

Jakob Eriksson (910731)
Dan Fröjd (891025)
Förvaltningshögskolan, Göteborgs Universitet
Mail: jakob91@hotmail.com; danfroejd@gmail.com



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Värdebaserad vård Styrmodellen som sätter patienten i fokus

En studie om ekonomistyrningen på Sahlgrenska
Universitetssjukhus

Förvaltningshögskolan, Göteborgs Universitet

Kandidatuppsats, 15 hp, Offentlig förvaltning VT-16

Dan Fröjd & Jakob Eriksson

Handledare: Iwona Sobis

Examinator: Gary Kokk

Abstract

Denna studie behandlar ekonomistyrning i praktiken och hur implementeringen av Michael Porters teori om värdebaserad vård har gjort avtryck i en offentligt styrd organisation i detta fall Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Inom sjukhusorganisationer sätts mål på nationell, regional, områdes och kliniknivå. Uppsatsen syftar till att beskriva och förklara utformningen av ett ekonomistyrssystem samt hur det lämpligen anpassas givet en värdebaserad hälso- och sjukvårdskontext.

I vår undersökning har vi använt oss av Malmi och Browns (2008) begrepp management control package. Detta begrepp innefattar fem olika delar av styrning. Med Malmi och Browns ramverk som referensram har vi valt att strukturera upp vår undersökning för att kunna förmedla en helhetsbild av hur organisationens ekonomistyrning förändrats med införandet av värdebaserad vård.

Studien består av fem intervjuer, fördelat på två med områdeschefer, en som innehar ett verksamhetsutvecklande ansvar, en ekonomistrateg på värdekontoret och en läkare.

Resultatet vi har kommit fram till är att vi kan konstatera att utifrån arbetsmodellen med värdebaserad vård, där ett större fokus på patienten är centralt, ställer krav på att ekonomistyrningen är utformad så att den harmoniserar med detta arbetssätt. Den absolut viktigaste prioriteringen för Sahlgrenska bör vara att utveckla IT-system som gör att alla system kan synkronisera och kommunicera med varandra. Detta i sin tur leder till att man mellan områden kan få ett ökat samarbete och en ökad följsamhet när det gäller det totala utfallet av vården i enlighet med Michael Porters teorier. Om man får ut mätbara mått på ett tillförlitligt sätt kommer detta att kunna användas som grund för både planerings och uppföljningsarbetet. Vi tror att det även kommer stimulera medarbetare i hela organisationen genom att det hela tiden går att följa upp och jämföra resultat. Att utveckla användbara IT-system anser vi kommer att leda till en positiv kedjereaktion inom organisationen i form av bättre planering, uppföljning och återkoppling.

Nyckelord: Ekonomistyrning, Värdebaserad vård, Offentlig verksamhet, Sahlgrenska Universitetssjukhus

Förord:

Vi vill först och främst tacka de personer som medverkat i de genomförda intervjuerna. Flera personer inom Sahlgrenska Universitetssjukhus har hjälpt oss att hitta lämpliga intervjuobjekt och bemött oss med positiv attityd och engagemang.

Vi vill även tacka vår handledare Iwona Sobis som bidragit med värdefull kunskap och information.

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Problemställning	7
1.2 Syfte och frågeställning	10
1.3 Tidigare forskning	11
2. Teoretisk referensram	12
2.1 Teori om Control package	12
2.2 Merchant och Van der Stedes teori om Contingency Approach	15
3. Metod	17
3.1 Val av metod	17
3.2 Val av perspektiv	17
3.3 Datainsamling	17
3.4 Intervjudel	18
3.5 Val av respondenter	18
3.6 Metod- och källkritik	19
4. Empiri av fallstudie	20
4.1 Bakgrund och Verksamhetsbeskrivning Sahlgrenska Universitetssjukhus	20
4.2 Planering	22
4.3 Cybernetiska styrinstrument	23
4.4 Administrativa styrinstrument	24
4.5 Belöningsystem	27
4.6 Kulturella styrinstrument	28
4.7 Sammanfattning Empiri	29
5. Analys av teori och empiri	30
5.1 Planering	30
5.2 Cybernetiska styrinstrument	31
5.3 Administrativa styrinstrument	32
5.4 Belöningsssystem	34
5.5 Kulturella styrinstrument	35
6. Slutsatser	36

6.1 Förslag på framtida studie	38
7. Källförteckning	40
8. Bilagor	44

1. Inledning

Under de senaste decennierna har styrningen av hälso- och sjukvården i Sverige genomgått en rad förändringar. I Sverige är det landstingen som beslutar hur ersättningen skall utformas och det finns stora variationer i olika delar av landet. Ersättningssystemens utformning skapar olika incitament för vårdens aktörer och organisationssätt. Systemen har en betydande påverkan för vårdens effektivitet, kvalitet och organisationssätt (Lindgren, 2014). Eftersom den svenska sjukvården i många år influerats av New Public Management (NPM) är det alltmer de ekonomiska drivkrafterna som styr sjukvården. Detta har lett till att fokus har riktats mot enskilda aktiviteter och interventioner istället för att se på vad de sammantagna insatserna faktiskt åstadkommer för patienten. Maciej Zaremba har uppmärksammat detta problem i en artikelserie som publicerades under 2013 i Dagens Nyheter. Här belyser han hur splittrat och funktionsuppdelat det svenska sjukvårdssystemet är. För att komma tillrätta med de existerande problemen har den svenska sjukvården påbörjat jakten på nästa generations styrmodeller, modeller som fokuserar på bättre hälsa snarare än på hög produktivitet.

En av de modeller som fått störst genomslagskraft är den värdebaserade modellen, som innebär mer patientcentrerat fokus, något som välkomnas från flera håll (Wohlin, Aspelin, Rehnqvist, Dahlström & Brommels, 2015; Nordenström, 2014). Modellen har utvecklats av de amerikanska professorerna Michael Porter och Elizabeth Teisberg, och handlar om att skapa ökat värde för patienten. Genom att fokusera på hur vården organiseras, utförs och ersätts i relation till uppnådda resultat vad gäller patienternas hälsa och upplevelser av vården. Istället för att fokusera på produktions- och ekonomivariabler ska vårdens resultat mätas efter utfall som är betydelsefulla för patienten (Porter, 2010). Att fokusera på det som är viktigt för patienten och att skapa ett ökat värde inom vården är en kraftfull styrmekanism som fokuserar på sjukvårdens kärna nämligen att främja hälsa. Den ekonomiska styrningens utveckling och utformning är idag en av de mest centrala och debatterade frågorna inom den svenska hälso- och sjukvården.

1.1 Problemställning

I Sverige har under lång tid de ekonomiska drivkrafterna dominerat styrningen av hälso- och sjukvården. Konstruktionen och utformningen av ersättningsystemen skapar olika incitament för organisationssättet och vårdens aktörer (Lindgren, 2014:15f).

Sjukhusorganisationer kännetecknas av att de är professionella byråkratier och domineras av professionella yrkesgrupper, såsom läkare och sjuksköterskor. Dessa professioner har ofta egna intressen och egen logik, och deras yrkesutövning kännetecknas av eget ansvar och autonomi (Östergren & Sahlin-Andersson, 1999:16f). Det finns en speciell problematik om huruvida dessa professioners värderingar är förenliga med en ökad användning av ekonomistyrning. Till följd av detta blir det inom sjukvården extra viktigt att använda ekonomistyrssystem som passar verksamheten. Om olämpliga ekonomistyrssystem tillämpas kan problem och rollkonflikter uppstå, eftersom att ekonomistyrssystemen i dessa fall kan upplevas som ett hot mot professionens etiska normer (Lidman & Lampou, 1999:63).

”Ekonomistyrning avser avsiktlig påverkan på en verksamhet och dess befattningshavare mot vissa mål”(Nationalencyklopedin). Inom ekonomistyrningen inkluderas ett antal aktiviteter såsom planering, koordinering, kommunikation, utvärdering, samt beslutsfattande.

Ekonomistyrningens huvudsakliga uppgift är att vara till hjälp i arbetet med att uppnå en organisations strategiska målsättningar. Det handlar om att få organisationens enheter och medarbetare att i sitt arbete sträva mot de gemensamma mål som ställts upp (Ax, m.fl. 2009:17ff). Syftet med ett ekonomistyrssystem blir alltså att uppnå målkongruens, man vill alltså se till att medarbetares individuella mål och preferenser är i linje med organisationens mål. Det är således viktigt att styrmodellerna är konstruerade så att medarbetarna i organisationen känner att de uppnår sina personliga mål i arbetet, samtidigt som deras handlande genererar måluppfyllelse för organisationen. Misslyckas organisationen med att uppnå målkongruens är det risk att suboptimering uppstår i olika delar av organisationen, det innebär att individer eller grupper inom organisationen handlar i eget intresse som motverkar organisationens övergripande mål (Anthony & Govindarajan, 2007:59).

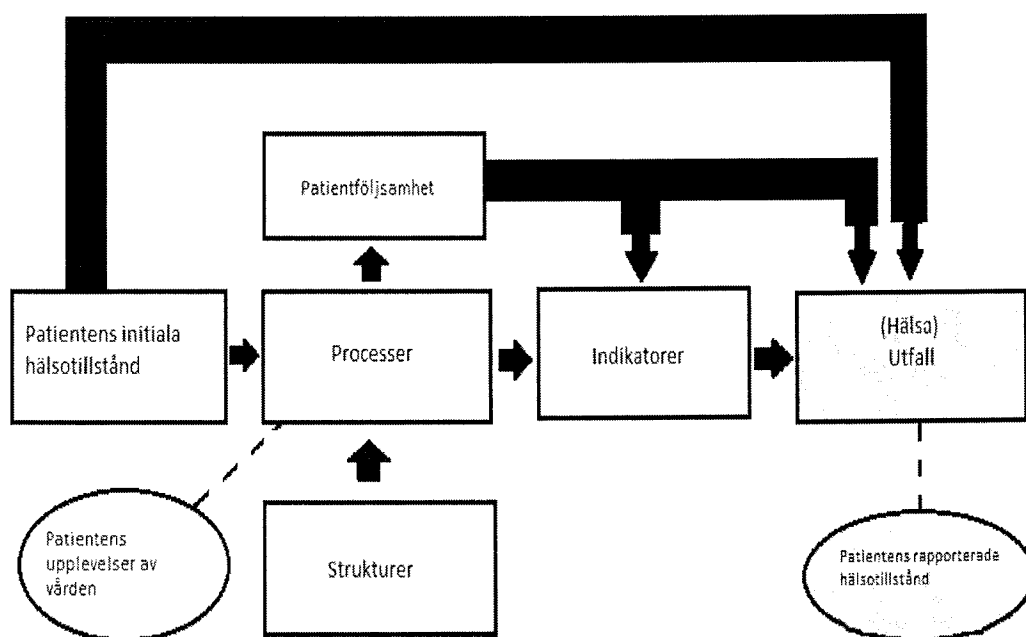
För att kunna styra i riktning mot de organisatoriska målen består ekonomistyrningen av olika hjälpmedel, s.k. styrmedel. Dessa styrmedel har olika karaktär och brukar delas upp i, formella styrmedel, organisationsstruktur och mindre formaliserad styrning (Ax, m.fl. 2009:41).

Man kan betrakta konstruktionen av ett ekonomistyrssystem som en blandning av en rad olika kontrollverktyg såsom budget, internprissättning, kalkyler etc. Malmi och Brown (2008) har utvecklat ett begrepp som går under benämningen "Management control package", som kan användas för att förklara hur olika ekonomiska styrinstrument används och samverkar i en organisation. Man argumenterar inom managementteorin att ett kontrollpaket ska utformas utifrån en så kallad "Contingency Approach". Det betyder att det inte finns en universallösning för hur ett ekonomistyrssystem bör se ut. Det mest effektiva sättet vid utformningen av ett styrssystem i en organisation, är att ta hänsyn till den miljö som organisationen opererar i och de specifika omständigheter som där råder. I de fall en missanpassning sker mellan styrsystemet och kontexten, kan negativa effekter uppstå för systemets tilltänkta syfte och kostnadseffektivitet (Merchant & Van der Stede, 2007;723ff).

I Sverige bestäms resursfördelningen till hälso- och sjukvård utifrån politiska beslut och regleringar. Vanligtvis fördelas resurserna i flera steg när de ska ut till verksamheterna som bedriver vård. Resurserna fördelas först från landstingen till sjukhusen och därefter fördelas sjukhusen i sin tur resurserna mellan sjukhusenheterna. Vid val av resursfördelningssystem är det viktigt att systemet går i linje och betonar organisationens övergripande mål. Beroende på syftet används olika ersättningsprinciper vid resursfördelning. Utformningen av ersättningsprinciper avspeglar hur man väljer att betala vårdgivaren. Det är vanligt att kombinera flera ersättningsprinciper för att uppnå hög produktionstakt och hög kvalitet till låga kostnader (Anell, 2010:35ff).

I Sverige finns fyra huvudtyper av ersättningsmodeller. Den första ersättningsmodellen är anslag, där ersättningen baseras på en i förväg bestämd budget. I den andra modellen baseras ersättningens storlek på den population (antal personer) som vårdgivaren har ansvar för, denna modell kallas kapitation. Vidare kan man erhålla ersättning per produktgrupp, exempel på detta är DRG (diagnosrelaterade grupper) och vårdepisodersättning. Vårdgivaren ersätts för definierade åtgärds paket med ett i förväg bestämt pris. Åtgärdsbaserad ersättning är den sista ersättningsmodellen. Vårdgivaren får här ersättning i efterhand för varje genomförd åtgärd. Trots att en mängd modeller för ersättning redan existerar finns ändå problem inom sjukvården. Missnöjet är stort hos vårdens personal med de befintliga ersättningsmodellernas fokus på effektivitet och produktivitet. Något som vårdorganisationer i Sverige är medvetna om och försöker komma tillrätta med.

Till följd av detta har svenska vårdorganisationer börjat omorganisera sig. En av de modeller som vuxit mest i popularitet är den värdebaserade vårdmodellen, som har utvecklats av Michael Porter och Elizabeth Teisberg. Värdebaserad vård kan bäst sammanfattas som ett koncept för hur sjukvården skall styras och organiseras. Konceptet syftar till att skapa en vård med så hög kvalitet som möjligt för patienten i förhållande till vårdkostnaden. Värde definieras som förhållandet mellan utfallet för patienten (hälsoutfallet) och kostnaden för vården. Ett ökat värde uppnås alltså genom ett bättre utfall till samma kostnad, eller samma utfall till en lägre kostnad (Porter, 2010). Inom värdebaserad vård organiseras vården efter patientgrupper med liknande behov och följs upp genom hela vårdkedjor utifrån resultat som är viktiga för patienten. Författaren argumenterar för att man ska involvera patienter i deras vårdprocess för att på så sätt få reda på vilka mått som faktiskt betyder något för den enskilda patienten. (Porter, 2010). De belyser att patienttillfredsställelse inte enbart handlar om att individen ska vara nöjd med mottagandet, välviljan och förtroende utan att dessa mått ska kunna analyseras tillsammans med det faktiska medicinska utfallet.



Figur 1.1 visar Porters modell av hur värde inom vården konstrueras.

För att kontinuerligt öka det patientvärde som produceras krävs att vården kommer ifrån dagens fokus på enskilda aktiviteter och interventioner och istället ser på vad de sammantagna insatserna faktiskt åstadkommer för patienten. Detta kräver i sin tur att sjukvårdens styrning i form av uppföljning och ersättning blir mindre fokuserad på enskilda vårdkontakter och produktivitet, och mer fokuserad på uppnådda hälsoreultat och resursåtgången för hela vårdkedjor (Porter, 2010). Vidare behövs effektivt och ändamålsenligt IT-stöd, samt

ersättningssystem som faktiskt belönar uppnått värde (Porter, 2010). Ett ökat värde på vården gynnar patienter, skattebetalare och leverantörer samtidigt som den ekonomiska hållbarheten i hela vårdssystemet ökar.

1.2 Syfte och frågeställning

Utifrån ovanstående presentation kan man konstatera att den svenska sjukvården står inför stora framtida utmaningar. Uppsatsen syftar till att beskriva och förklara utformningen av ett ekonomistyrningsystem samt hur det lämpligen anpassas givet en värdebaserad hälso- och sjukvårdskontext. För att uppfylla syftet med uppsatsen ställer vi följande forskningsfrågor:

- (1) *Vilka krav ställs på utformningen av ekonomistyrning på Sahlgrenska Universitetssjukhus till följd av den ökade graden värdebaserad vård?*
- (2) *Vilka ekonomistyrningsverktyg används vid värdebaserad vård?*

Vi har valt att studera de verksamhetsområden inom Sahlgrenska Universitetssjukhus, där man börjat arbetet med värdebaserad vård. Att valet föll på Sahlgrenska Universitetssjukhus beror på att man inom denna organisation arbetat ambitiöst med att införliva den värdebaserade vårdmodellen. Den primära frågeställningen rör utformningen av ett ekonomistyrningsystem men även implementeringsprocessen av värdebaserad sjukvård kommer tangeras då de två områdena är nära relaterade.

1.3 Tidigare forskning

Hälso- och sjukvården är ett ämne som ständigt debatteras och en hel del forskning har gjorts inom området. Exempelvis finns mycket forskning om olika ersättningsmodellers effekter. Svensson och Garelius (1994) gjorde en utredning av Stockholms läns landsting som infört modeller baserade på NPM och DRG. De positiva effekter man märkte av var en hushållning med resurserna, man hade fått en ökad kostnadsmedvetenhet, vårdköerna hade minskat och kapacitet frigjorts (Svensson & Garelius, 1994:98ff).

Liknande studier har genomförts där man studerar andra typer av ersättningsmodeller exempelvis aktivitetsbaserad ersättning (Kastberg & Siverbo, 2007). Forskningen visar att aktivitetsbaserad ersättning fört med sig positiva effekter såsom ökad effektivitet. Men man konstaterar också det är svårt att avgöra de totala effekterna eftersom det finns ett problem hur man mäter och bedömer kvalitet av vården. Slutligen poängterar man i denna forskning att

dilemmat vid utformningen av ersättningsmodeller verkar vara att hitta en balans mellan produktivitet, effektivitet och kostnadskontroll (Kastberg & Siverbo, 2007).

Ytterligare en forskare som har studerat ersättning i sjukvården är Anders Anell (2010). I forskningsrapporten *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården* ges en omfattande redogörelse över området målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapporten bygger på en genomgång av forskningsrapporter och praktiska erfarenheter av målbaserade ersättningssystem. För- och nackdelarna med målbaserade ersättningssystem diskuteras, och man finner i rapporten att modellen än så länge inte lett till några större kvalitetsförbättringar. Dock poängteras vikten av att fortsätta utveckla målbaserade ersättningssystem som komplement till andra styrmodeller i vården.

Vad som är önskvärt att ta hänsyn till i ersättningssystem är ett fenomen som Edwards (2001) har skrivit om. Hans forskning fokuserar på hur resurser bäst kan användas för att tillgodose de behov som finns, och diskuterar vikten av att röra sig mot en vård som minskar ojämlikheterna. Edwards rekommenderar en modell där de socioekonomiska faktorerna tas i beaktning.

Styrningen av verksamheter inom hälso- och sjukvården kan utföras på en mängd olika sätt, exempelvis genom övervakning, bestraffning och ekonomiska incitament. Jacobsson (2007) har studerat ekonomiska incitament i samband med monetär ersättning. Slutsatserna av hans forskning blir att ersättningsprinciperna som finns att tillgå skapar olika typer av ekonomiska incitament vilka kan användas för att styra vårdproducenter. Han betonar också vikten av att alla inblandade aktörer är medvetna om och, i möjligaste mån, överens om verksamhetens mål. Det är också viktigt att kartlägga hur andra miljö- och omgivningsfaktorer påverkar det praktiska utfallet av införandet av olika ekonomiska incitament (Jacobsson, 2007).

2. Teoretisk referensram

I det teoretiska avsnittet presenteras de teorier som vi anser vara viktiga inför analysen, *Management Control Package* av Malmi och Brown (2008) och *Contingency Approach* av Merchant och Van der Stede (2007).

2.1 Teori om Control package

Malmi och Brown (2008) har utvecklat en typologi vilken benämns control package. I denna betraktas ett ekonomistyrssystem som en sammansättning av en rad olika kontrollverktyg såsom, budget, internprissättning, kalkyler etc. I teorin används uttrycket Management Control Package (styrpaket), för att beskriva den uppsättning olika styrinstrument som en organisation använder, men begreppet påvisar även det faktum att de flesta organisationer använder flera former av kontroll- och styrssystem. När det finns ett underliggande syfte vid utformning och koordinering av kontrollerna kan systemet som helhet benämnas som ett ekonomistyrssystem.

Ett management control system package består av fem olika typer av styrning (Malmi & Brown, 2008:290f).

Cultural Controls						
Clans		Values			Symbols	
Planning		Cybernetic Controls				Reward and Compensation
Long range planning	Action planning	Budgets	Financial Measurement Systems	Non Financial Measurement Systems	Hybrid Measurement Systems	
Administrative Controls						
Governance Structure		Organisation Structure			Policies and Procedures	

Figur 1.2 illustrerar ett så kallat Management Control System Package baserat på Malmi och Brown. (s.291)

Planering (Planning controls)

Planering är ett styrinstrument som i första hand används för att sätta upp och klargöra de organisatoriska målen. De mål man sätter upp skall fungera som styrinstrument för vad som

förväntas av medarbetarna gällande prestationsnivå och beteende. Planering har även funktionen att möjliggöra att flera olika grupper och individer inom organisationen strävar och arbetar mot samma organisatoriska mål. Planeringsarbetet kan grovt delas upp i två kategorier, *aktivitetsplanering* och *långsiktig planering*. Den *aktivitetsbaserade planeringen* avser den kortsiktiga planeringen, vanligtvis ett år framåt i tiden. Den *långsiktiga planeringen* är strategiskt inriktad och syftar till fastställandet av organisationens långsiktiga mål och beslut (Malmi & Brown 2008:291f).

Cybernetiska Styrinstrument (Cybernetic Controls)

Den cybernetiska styrningen består av ett antal olika styrinstrument som *budget, finansiella mätetal, icke-finansiella mätetal, samt hybrida former*. *Budgeten* ses som ett ytterst viktigt styrinstrument, eftersom den fungerar som ett planeringsverktyg för att skapa en utgångspunkt för en acceptabel prestationsnivå, samt som en ram för att möjliggöra utvärdering av prestationer i förhållande till denna planering. Genom *finansiella mätetal* låter man de anställda stå till svars för vissa finansiella mått. Denna typ av styrning skiljer sig från budgeten, eftersom den finansiella mätningen används i en snävare kontext. De *icke-finansiella mätetalen* har blivit en allt viktigare del av organisationers styrinstrument. De kan användas för att mäta sådant som inte kan representeras i form av finansiella termer, exempelvis för att identifiera drivkrafterna till förbättringsarbete. Det sista styrinstrumentet är av *hybrid form*, den består av både *finansiella* och *icke-finansiella mätetal*, det balanserade styrkortet tillhör denna kategori av styrinstrument (Malmi & Brown:292f).

Belöningsystem (Reward and compensation)

Belöningsystem i form av styrinstrument syftar till att motivera, en grupp eller individ att arbeta med ökad intensitet. Organisationer implementerar belöningsystem för att skapa målkongruens, genom att implementera belöningsystem skapas incitament för de anställda att prestera i enlighet med önskvärt beteende (Malmi & Brown:2008:293).

Administrativa Styrinstrument (Administrative Controls)

De administrativa styrinstrumenten utgörs av de styrmedel som används för att styra medarbetarnas beteende genom organisatorisk struktur och ledningsstruktur. Det handlar alltså om fastslå exempelvis hur rapportering inom organisationen ska ske, vem som står till svars inför vem, tjänstebeskrivelse och handlingsstyrning i arbetsuppgifter.

De administrativa styrinstrumenten kan delas upp i tre grupper; organisationsstruktur, ledning- och styrelsestruktur, samt procedurer och regelstyrning.

Den organisatoriska strukturen syftar till att främja olika typer av relationer och kontakter. Ledningsstrukturen innefattar bland annat den formella makt- och ansvarsfördelningen, samt de system som möjliggör koordinering mellan organisationens olika enheter. Styrinstrument i denna kategori syftar till att skapa beteendemönster, mötesstruktur och hur olika grupper interagerar med varandra. Den tredje formen av administrativa styrinstrument är procedurer och regelstyrning som är synonymt med vad Merchant och Van der Stede (2007) kallar för handlingsstyrning och ser till formaliserad styrning av procedurer, arbetsmoment och regler för beteende inom företaget (Malmi & Brown, 2008:293f).

Kulturella styrinstrument (Cultural Controls)

Enligt Malmi och Brown (2008) omfattar den kulturella styrningen de värderingar och sociala normer som organisationer etablerar för att säkerställa önskvärt beteende. Dessa bidrar i sin tur till att organisationer kan institutionalisera ett visst tankesätt hos sina anställda och även ge vägledning till ledningen angående vilken attityd som nyanställda ska ha (Malmi & Brown, 2008:294). Författarna presenterar tre olika typer av kulturella styrinstrument;

Värdebaserad styrning (Simons, 1995), ”belief systems”, är styrningen av de värderingar, visioner, med mera som förmedlas nedåt i organisationen genom formella kanaler.

Symbolbaserad styrning (Schein, 1997), innebär att en organisation skapar synbara uttryck för att utveckla en viss typ av kultur. Exempel på sådana synbara uttryck kan vara arbetsuniformer, hur kontorsmiljön är och andra fysiskt betingade detaljer som påverkar medarbetarnas förhållningssätt till sin arbetsplats.

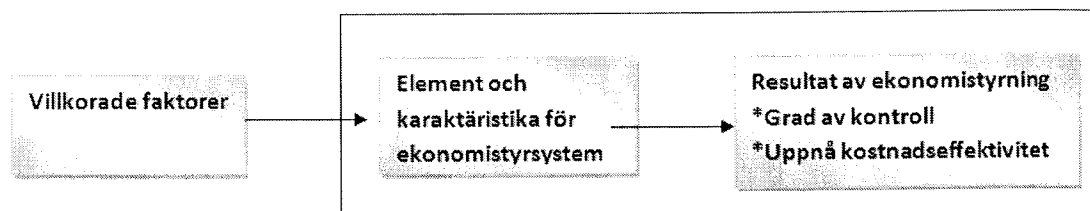
Klanstyrning (Ouchi, 1979), beskrivs bäst som en subkultur inom organisationen. Tanken bakom uppkomsten av klanstyrning är att människor som börjar en anställning eller utbildning utsätts för en socialiseringsprocess, i vilken de får nödvändig kunskap men också indoktrineras i de rådande värderingar som finns inom gruppen. Ett exempel på detta är läkare, som när de är färdigutbildade inte endast erhåller nödvändigt sakkunnande, utan även de värderingar som är kopplade till läkaryrket (Malmi & Brown, 2008:294f).

2.2 Merchant och Van der Stedes teori om Contingency Approach

Ett viktigt konstaterande i Merchant och Van der Stedes teori är att ett universellt applicerbart Management Control System inte existerar. Vid utformningen av ett ekonomistyrssystem finns ett antal situationsberoende faktorer, vilka har inverkan på de olika styrinstrumentens effekt.

Därför är det viktigt att ta hänsyn till den lokala kontexten vid utformningen av ett ekonomistyrssystem. Flera olika situationsberoende faktorer listas, exempelvis organisationsstorlek, men man fokuserar i synnerhet på två; *Enviromental uncertainty* och *Organizational strategy*. (Merchant & Van der Stede:2007:723f)

Figuren nedan demonstrerar relationen mellan kontextuella villkorade faktorer och ekonomistyrningens utformning. (Merchant & Van der Stede:2007:723f).



Figur 1.3. Contingency approach för Management Control System. (Merchant & Van der Stede, 2007;723)

Enviromental uncertainty

Syftar till de omgivningsfaktorer som gör det svårt eller omöjligt att förutspå vad som kommer att hända i framtiden. Denna osäkerhet om framtiden kan härstamma från förändringar i till exempel det politiska och ekonomiska klimatet, eller från agerandet från kunder, konkurrenter och andra intressenter. Merchant och Van der Stede (2007) hävdar att osäkerhet i omgivningen är en av de faktorer som kan få kraftfulla effekter på utformningen av styrsystemen. Till följd av en osäker omgivning blir det problematiskt för organisationer att använda prestationsmätning, eftersom för att kunna sätta upp rättvisa mål i förväg är det nödvändigt att kunna förutsäga vad som händer. Under osäkra förhållanden i omgivningen är det alltså svårare att sätta upp mål som på ett rättvist sätt kan användas för utvärdering av prestationer. (Merchant & Van der Stede:2007:724ff). Osäkra omgivningsfaktorer påverkar utformningen av de ekonomiska styrmodellerna och det mest effektiva sättet under sådana omständigheter är för organisationer att tillämpa en kombination av olika styrinstrument (Merchant & Van der Stede:2007:725f).

Organizational strategy

Ofta delar stora och komplexa organisationer in sitt strategival i två delar. Syftet med strategiuppdelningen är att få organisationen att fokusera på det den gör bäst, d.v.s. organisationens kärnkompetens. De två strategivalen utgörs en av företagsstrategi och en affärsstrategi.

En företagsstrategi avgör vad organisationen skall arbeta med och hur resurser inom organisationen skall fördelas. Företagsstrategin kan vara knuten till organisationens kärnverksamhet, syftet är då att åstadkomma samordning, något som uppstår via samverkan mellan olika affärsområden, detta blir möjligt genom att de agerar på marknader som ligger nära organisationens kärnverksamhet. Vidare kan en företagsstrategi även fokusera på orelaterade affärsområden. En sådan företagsstrategi karakteriseras av utbredd informationsasymmetri mellan den högsta ledningen och ledningen för varje affärsområde. Orsaken till bristen på information är att den högsta ledningen inte har detaljerad kunskap om varje diversifierat affärsområde. Man kan motverka den brist i kommunikation som råder genom att vidta olika åtgärder exempelvis en ökad grad av centralisering eller genom ökad fokus på styrning utifrån finansiella resultat (Merchant & Van der Stede, 2007:727f).

Affärsstrategin handlar om var på marknaden en organisation väljer att konkurrera samt hur den ska uppnå konkurrensfördelar gentemot andra aktörer inom samma marknad. Man delar in en affärsstrategi i två riktningar, en kostnadsledande och en differentierad. Med en kostnadsledande strategi fokuserar man på faktorer som standardisering, kostnadsreduktion och skalfördelar genererade från stordrift. Med en differentierad strategi strävar ett företag att åstadkomma konkurrensfördelar genom att vara unik gentemot kunden (Merchant & Van der Stede, 2007:727f).

3. Metod

I metodkapitlet kommer en beskrivning av det tillvägagångssätt vi valt utifrån stöd av relevant metodlitteratur. I kapitlet kommer också en redogörelse för den undersökningsdesign och datainsamlingsmetod som vi funnit lämpliga för att kunna besvara vår frågeställning.

3.1 Val av metod

För att ha möjlighet att kunna dra systematiskt grundade slutsatser om ett forskningsproblem är valet av forskningsdesignen ytterst viktigt. Detta eftersom forskningsdesignen är svår att ändra under undersökningens gång (Esaiasson. M.fl. 2007:97). Avsikten med vår studie är att besvara frågan rörande utformningen av ett ekonomistyrssystem samt hur det på bästa sätt anpassas givet en värdebaserad hälso- och sjukvårdskontext. Den forskningsdesign vi ämnar använda i vår studie är fallstudie-designen. I en fallstudie studeras en eller några få undersökningsenheter, exempelvis ett företag, denna metod lämpar sig bra för vår studie då vi endast studerar Sahlgrenska Universitetssjukhus (Halvorsen, 1992:67). Att tillämpa fallstudie som forskningsdesign är bra då man vill beskriva eller få en djupare förståelse för hur något förlöper eller utvecklar sig. Genom intensiva närgranskningar av ett litet antal konkreta fall får man fram tillförlitliga förklaringar (Esaiasson. M.fl. 2007:124f). Utifrån det här anser vi att fallstudie är en lämplig forskningsdesign för vår studie då vår avsikt med studien är att beskriva samt analysera hur ett ekonomistyrssystem kan stötta värdebaserad hälso-och sjukvård.

3.2 Val av perspektiv

De verksamhetsområden som tillämpar värdebaserad vård på Sahlgrenska Universitetssjukhus kommer att användas som studieobjekt. För att få en inblick och en större tillförlitlighet har vi valt att göra samma kvalitativa intervju till personer med fyra olika arbetsuppgifter. För att få en dimension från det teoretiska till det praktiska har vi valt att använda fem intervjupersoner, två områdeschefer, en verksamhetsutvecklare, en ekonomistrateg på kontoret för värdebaserad vård och en läkare.

3.3 Datainsamling

Studiens primärdata kommer att utgöras av den information som erhålls från de genomförda intervjuerna. Vi anser att samtalsintervjuer är det mest användbara tillvägagångssättet för insamling av primärdata. Något som innebär att ett interaktivt samtal förs mellan forskaren

och intervjupersonen. Med samtalsintervjuer ges man som forskare möjlighet till uppföljning på de frågor man på förhand bestämt, något vi anser vara fördelaktigt för vår studie då det kan bidra med en bättre och djupare förståelse kring vårt valda ämne (Esaiasson. M.fl. 2007:283f). Intervjuerna kommer vi att genomföra på plats då vi som sagt vill ha möjlighet att kunna ställa följdfrågor, men även för att minimera risken för eventuella missolkningar (Esaiasson. M.fl. 2007:284f). Studiens sekundärdata kommer att utgöras av information erhållet via sjukhusets olika styrdokument och handlingsplaner.

3.4 Intervjudel

Vad gäller kvalitativ och kvantitativ metod kommer vi använda oss av en kvalitativ metod. En kvalitativ metod innebär att intervjuer kommer att genomföras i närmare anknytning till det aktuella forskningsobjektet i dess naturliga miljö (Esaiasson. M.fl. 2007:216ff). En kvalitativ intervju behöver uppfylla några särskilda krav för att bli användbar. I vetenskapliga sammanhang är dessa krav:

- metoden måste ge tillförlitliga resultat (kravet på reliabilitet)
- resultaten måste vara giltiga (kravet på validitet)
- det skall vara möjligt för andra att kritiskt granska slutsatserna.

Dessa krav gör att det som sägs under intervjun kan användas som data som efter bearbetning och analys kan leda oss till någon form av slutsats. (Lantz, 2007:10)

För att våra intervjuer ska hålla en god tillförlitlighet har vi noggrant arbetat igenom våra intervjufrågor utifrån vår teori *Management Control Package* av Malmi och Brown (2008) för att få bra stabilitet och på så sätt få mer tillförlitliga svar.

3.5 Val av respondenter

Urvalsprocessen är av central betydelse och får avgörande effekter på hur väl man lyckas med sin undersökning. Att intervjua fel personer kan leda till att hela undersökningen blir meningslös i förhållande till de utgångspunkter man hade när man började. Genom att tydligt specificera informationsbehovet och frågeställningen ökar möjligheten att välja respondenter som besitter den kunskap man är ute efter (Holme. M.fl. 1996:104). Personerna för våra intervjuer har valts ut genom att vi via våra kontakter på Sahlgrenska, identifierat personer som på olika sätt deltagit i utvecklingen av värdebaserad vård på Sjukhuset, samt personer med god ekonomisk inblick i verksamheten. Vidare har vi även valt att intervjua en läkare

eftersom att det är intressant att se om det finns skillnader i hur denna styrmodell uppfattas av personer som befinner sig inom olika nivåer i verksamheten.

Under intervjutillfällena används inspelningsapparat för att säkerhetsställa korrekta uppgifter samt för att kunna spela upp intervjuer igen för att förhindra missförstånd. Även anteckningar skrivs för att kunna förhindra problematik med inspelning. Alla våra intervjuer kommer att skickas till respondenterna i efterhand för korrigerings. Detta för att våra respondenter ska känna en trygghet vid intervjutillfället. Vidare har vi även valt att behandla alla respondenter i vår studie konfidentiellt, därmed anges inte deras namn i studien, vilket kan ha bidragit till ökad trygghet bland respondenterna och på så sätt även mer tillförlitlig information. Genom att öka tryggheten för den intervjuade skapar man bättre möjligheter att få fram de svar och resultat man vill ha (Esaiasson. M.fl. 2007:302).

3.6 Metod- och källkritik

Vår studie är byggd på primärdata från de intervjuer som vi har valt att göra. Då vi har valt att genomföra intervjuer med personer kopplade till processen med införandet av värdebaserad vård kommer det att finnas en risk att det ser annorlunda ut på andra avdelningar där de ej jobbar utifrån detta perspektiv. I ett större perspektiv anser vi att det skulle vara väldigt intressant att göra en studie över hela Sahlgrenska sjukhuset men då både tid och resurser ej ger möjlighet har vi valt att göra den avgränsningen med avdelningar som vi har gjort. Bilden av de avdelningar vi studerat speglar inte hela verksamheten men den undersökningen som vi har gjort kommer att kunna jämföras med andra studier. Våra kvalitativa intervjuer kommer att ligga till grund för våra slutsatser och kommer att kunna prövas av andra hypoteser som sedan kan användas i andra studiefall.

Vi har prioriterat att utnyttja de primära källor vi har för att få en god överblick. Genom att använda oss av samma intervjumall till alla de tillfrågade kommer vi att kunna ha en objektivitet och ha en möjlighet att hålla isär de sakupplysningar som är viktiga för vårt arbete gentemot egna känslor och reaktioner. (Burell, Kylén 2003:48) Vi har strävat efter att välja intervjuobjekt med god tillförlitlighet.

4. Empiri av fallstudie

I detta avsnitt presenteras en sammanställning av uppsatsens empiriska material som insamlats. Avsnitt inleds med en presentation av Sahlgrenska sjukhus och dess verksamhet som följs av en beskrivning av sjukhusets ekonomistyrningsverktyg enligt Malmi och Browns teori om control package. Avsnittet avslutas med en presentation av erhållna erfarenheter av den studerade verksamheten samt ekonomistyrssystemet.

4.1 Bakgrund och Verksamhetsbeskrivning Sahlgrenska Universitetssjukhus

Sahlgrenska Universitetssjukhus är ett länssjukhus för invånarna i Göteborgsområdet. Sjukhuset utför behandlingar till patienter i hela Sverige. Verksamheten bedrivs på flera platser i Göteborgsområdet – på Sahlgrenska sjukhuset, Östra Sjukhuset, Mölndals sjukhus och på flera öppenvårdsmottagningar runtom i Göteborg. Totalt arbetar cirka 16 700 hos Sahlgrenska, vilket gör det till en av Västra Götalandsregionens största arbetsplatser. (Internet 1)

På Sahlgrenska togs initiativet till verksamhetsstyrning genom värdebaserad hälso- och sjukvård av sjukhusledningen. Man började arbeta med ett pilotprojekt med värdebaserad vård 2013 och startade arbetet på riktigt 2014. På Sahlgrenska tog man under pilottiden in en konsultfirma för att se hur det här arbetet skulle arta sig inom organisationen. Pilotprojektet genomfördes på fyra avdelningar prostatacancer, barnhjärtkirurgi, höftledsoperationer och bipolärt syndrom. När projekteringsfasen med externa konsulter var avslutad beslutades att detta var något att satsa på och därefter startade Sahlgrenska arbetet med värdebaserad vård på riktigt (Intervju 5).

Arbetsättet har nu införts på 21 patientgrupper. Målsättningen är att få in alla 200 patientgrupper på sjukhuset i detta arbetsätt.

Den långsiktiga strategin är att arbetsättet ska implementeras och genomsyra hela organisationen, man hoppas att genom detta arbetsätt uppnå ökad kvalitet och ökat patientvärde.

Kontoret för värdebaserad vård förbereder de som ska börja arbeta med arbetsättet genom en så kallad förberedelsefas eller ett så kallat startkit. I förberedelsefasen ingår att definiera patientgruppen samt få den godkänd av kontoret för värdebaserad vård. Man ska också utse patientrepresentanter, etablera projekt- styr- och referensgrupp. Därtill ska en utbildning

genomgå med kontoret för värdebaserad vård så att man vet verkligen vad det här arbetssättet handlar om. Därefter påbörjas en processkartläggning, man påbörjar kartläggningen av patientgrupper och man påbörjar även kartläggningen av dagens resultat. De mått som man väljer genererar sedan i ett styrkort som man så småningom använder sig av. De mått man väljer vid sidan av medicinska mått ska kunna fånga patientens upplevelse och hälsa men också spegla vad som är viktigt för patienterna själva alltså själva kvalitén. Vad som är viktigt för patienten är svårt för professionen att veta, något som följande citat vittnar om:

"Jag skäms nästan jag har jobbat i 30 år och jag har trott att patienten tycker det här är viktigast för honom/henne men egentligen så har jag ju inte vetat."

(Intervju 5)

Till följd av det här har man etablerat en patientrepresentant som ingår i förberedelsefasen. Målet med att ha med patientrepresentanterna är att de ska komma med förbättringsförslag och input innan man fastslår styrkortet. Principen är nytänkande genom att professionerna tillsammans med patienterna formulerar önskvärda medicinska utfall och dessa förbättras systematiskt genom jämförelser med andra aktörer. Detta arbetssätt öppnar upp för ett förbättringsarbete initierat, styrt och utfört av vårdprofessionerna tillsammans med patienterna på ett systematiskt sätt. När förberedelsefasen är över kommer projektfasen då man ska börja etablera projekt-, styr-, och referensgrupper. I styr och referensgruppen ingår personer med omvårdnadskompetens, forskningskompetens, ekonomikompetens och gärna annan kompetens som man ser att den här patientgruppen har. Styrgruppen är den lilla delen som egentligen bestämmer och referensgruppen är den stora gruppen där man visar upp det arbete man har gjort. I styrgruppen ingår en patientgruppsledare eller projektledare, denna person ska helst ha medicinsk kompetens, i styrgruppen ingår även en controller och gärna också en verksamhetsutvecklare, men också registerkompetens och även projektstöd ingår i detta. Om man ändå känner att viss kompetens saknas finns hela organisationen där att delegera frågor till och få svar av, men det finns även möjlighet att ta in extern part om det är viss kompetens man behöver(Intervju 5).

4.2 Planering

Planeringen av vården fungerar så att det från ägarnas och ägarrepresentanternas håll kommer direktiv. Det är en offentligt styrd och ägd verksamhet. Det finns en styrelse för sjukhuset och en styrelse på regionnivå som är den högsta beslutande församlingen. De levererar ett uppdrag till sjukhuset. Sahlgrenska får en tilldelad budget på ungefär 14 miljarder kronor som sedan fördelas mellan de olika områdena(Intervju 2). I detta uppdrag ingår att genomföra ett antal operationer och vad som ska genomföras inom varje specifikt område. Det ingår även att kunna hantera akuta ärenden. Här skiljer sig avdelningarna då vissa verksamhetsområden planerar väldigt noggrant och kan följa det som har tilldelats då dessa operationer sker under längre tid t.ex. ortopedi medan en avdelning som invärtesmedicin nästan enbart har akuta ärenden på akutmottagningen.

Områdena sätter sedan upp en utvecklingsplan, som sedan bryts ner i mål och delmål vad gäller effektivitet, ekonomi och kvalitet. Ekonomin är en viktig del då områdena inte ska gå med vinst men inte heller med förlust. Att strukturera arbetssätt och processer ingår också i planeringen (Intervju 2,3).

Sjukhusets långsiktiga mål är att ha en akutsjukvård i toppklass, samt skapa värde för patienterna och vara ett ledande universitetssjukhus. Målen har adresserats med förbättringsaktiviteter och löper från sjukhusledningen till verksamheterna och resulterar i individuella verksamhetsplaner för varje verksamhetsområde(Intervju 2). När det gäller arbetet med värdebaserad vård har man en önskan att man i slutet av året skall ha 25 patientgrupper som arbetar utifrån det här konceptet, och måltalet för 2018 är att 160 patientgrupper ska arbeta enligt det värdebaserade arbetssättet (Intervju 5).

Tre av de tillfrågade säger att man till följd av värdebaserad vård fått göra om i schemalagningen för att på bättre sätt kunna tillgodose patientens behov. Detta kan vara att man t.ex. har strukturerat om arbetstider på laboratorium för att på så sätt kunna ha mer timmar verksamma eller att man strukturerar om olika arbetsuppgifter för att på ett bättre sätt kunna utnyttja lokaler och tillgodose vårdplatser för patienter.

Sjukvården är ständigt utsatt för tvingande förändringar och detta gör att planeringen av verksamheten försvåras. Införandet av standardiserade cancerförlopp är ett exempel på en sådan tvingande förändring för verksamheten, eftersom det innebär att verksamheten måste

förändra sina interna rutiner för att kunna omhänderta patienter med cancerdiagnos på de exakt definierade dagarna eller tiderna som finns inom de här förloppen. (Intervju 4)

Eftersom det är svårt att förutse vilket patientinflöde som kommer uppstå går planering helt enkelt inte att göra fullt ut (Intervju 4).

4.3 Cybernetiska styrinstrument

Den cybernetiska styrningen inom Sahlgrenska består av en rad olika styrinstrument. De ersättningssystem som sjukhuset har bygger på DRG med takkonstruktion, vilket innebär att viss ersättning är prestationsbaserad. Om sjukhuset inte levererar till 100 % så kan viss ersättning dras ifrån dem, men levererar sjukhuset mer får de en viss ersättning upp till 1 % och därefter ingenting. Majoriteten av respondenterna upplever att ersättningssystemens utformning är ett hinder mot att arbeta värdebaserat och är skeptiska till den nuvarande utformningen av ersättningssystemen som de anser saknar verklighetsförankring. År 2015 gjorde Sahlgrenska Sjukhuset en ekonomisk förlust som uppgick till -122 mnkr där -61,5 mnkr var godkänt utnyttjande av eget kapital. Under 2015 utfördes en överproduktion av vård till ett värde av 174 mnkr som ej ersatts på grund av den takkonstruktion som finns. (Internet 2)

En av respondenterna säger följande om utformningen:

“Den beställarmodell som VGR tillämpar är något slags fantasisätt att arbeta mot, då vi år efter år utför en större mängd operationer än det beställda antalet, men ej får ersättning för detta.” (Intervju 1)

Budgeten sjukhuset har utgår från den vårdöverenskommelse man har med VG-regionen. Sjukhuset använder sig i grunden av ett rambudgetsystem, vilket innebär att sjukhusets olika verksamheter får pengar tilldelat sig som är baserat på historik men även på de uppdrag och beställningar som de olika verksamheterna fått (Intervju 2). På sjukhuset används även ett system som heter internhandel som betyder att de olika områden lägger projicerade beställningar till varandra om hur mycket man tror att man kommer utföra av en viss typ av vård nästkommande år (Intervju 3).

Vad gäller finansiella och icke-finansiella mätetal upplever respondenterna att fokus blivit allt mer inriktat på de icke-finansiella mätetalen i och med införandet av värdebaserad vård.

Samtliga respondenter upplever att de icke-finansiella mätetalen blivit allt viktigare och att rutinerna för uppföljning och återkoppling på värden som är relevanta för patienten blivit än tydligare. Detta arbetssätt går i linje med Porter, som menar att man inom värdebaserad vård skall arbeta med patientdelaktighet. Vad gäller finansiella mätetal så har varje område ett direktiv på sig att varje räkenskapsår hamna på plus minus noll i resultatet.

Sjukhuset jobbar inom vissa områden även med balanserade styrkort. Dessa har anpassats utifrån värdebaserad vård. Det här går i linje med Merchant och Van der Stedes idéer om contingency approach, om att anpassa och utveckla sina ekonomistyrverktyg efter den lokala kontexten.

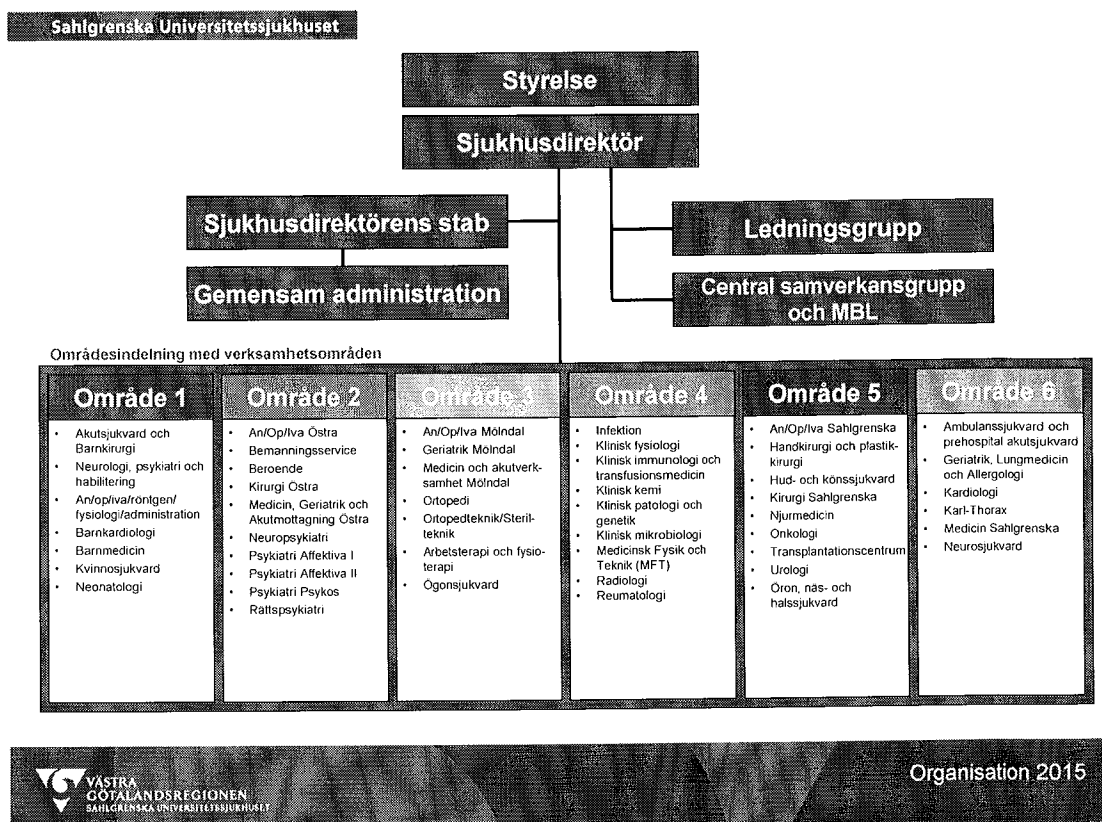
Ett område har t.ex. jobbat med balanserade styrkort uppdelade i Tier 1, Tier 2 och Tier 3 (Intervju 4). Tier 1 är omedelbara mått som ska kunna mätas direkt såsom sjukdagar, BMI etc. Tier 2 är långsiktiga mål som har en lite längre tidsram, detta kan vara t.ex. valfrihetsvård. Där kan man se både ekonomiska perspektiv där det kostar att vårdas på annan ort än hemort men även icke-finansiella där patienten får ett ökat värde av att vårdas på hemort. Ett annat mått är om personen behövde återinläggas inom en månad. Tier 3 är på ett ännu längre perspektiv där man kan se sysselsättning över tid. Hur lång tid tog det innan personen återgick till arbete? (Internet 3)

Det finns dock en viss skepsis mot styrkorten, något som en av våra respondenter förtydligade: *“Personligen så tror jag inte att det är de som gör att jag gör ett bra jobb.”* (Intervju 1)

4.4 Administrativa styrinstrument

Organisationsstrukturen på Sahlgrenska beskrivs som hierarkiskt uppbyggd och styrd. Sjukhuset är organiserat i sex områden, inom varje område omfattas olika vårdverksamheter. Områdesindelningen har i sig ingen gemensam nämnare, med det menas att inom varje område inkluderas ett antal verksamhetsområden men dessa är nödvändigtvis inte kopplade till varandra (Intervju 1). Varje område har en områdeschef, dessa är direkt underställda sjukhusdirektören. Vidare finns det inom varje verksamhet en verksamhetschef, som är underställd områdeschefen. Utöver det finns det även enhetschefer och patientgruppsledare. Sjukhuset har en ledningsgrupp som hanterar och tar ställning till sjukhusövergripande frågor

av långsiktig och principiell karaktär. Ledningsgruppen består av områdescheferna, stabspersoner, samt sjukhusdirektören, som också innehar det formella beslutsmandatet.



Sahlgrenska Universitetssjukhus organisationsschema.

En problematik som finns med Sahlgrenskas hierarkiska organisation är att medarbetarna upplever att det i vissa fall kan vara svårt att göra sig hörda. En av de intervjuade beskriver organisationen som linjär och att gå utanför linjen är inte uppskattat. De problem som man har ska tas upp med sin närmsta chef, som i sin tur ska ta det till sin chef, något som gör att problemen ibland inte når högsta ledningen (Intervju 1). När organisationen anses vara linjär blir det vattentäta skott lateralt åt sidorna då varje fråga ska tas upp med närmsta chef. Detta gör att det mellan de olika avdelningarna försvårar möjligheterna till en utveckling och lösning på de rådande problemen som existerar, främst resursbristen, i form av för lite narkosläkare, operationssalar eller sjuksköterskor etc. (Intervju 1). Att på något sätt försöka skapa en matris istället för dagens linjestrutur anses viktigt, för att råda bot på det existerande problemet med resursbrist (Intervju 3).

”Det vi har problem med idag är när det gäller överlämning av patienter mellan olika områden, exempelvis om vi skall flytta en patient från område 4 till område 5, och när patienten då skall flyttas får man ett nej från den andra avdelningen, på grund av att det inte finns möjlighet, plats eller tid för dem att omhänderta patienten. Så det finns stora utvecklingsmöjligheter i att organisera sig på tvären, både ekonomiskt och resursmässigt. (Intervju 3) ”

Uppföljning är en viktig process inom administrativa styrmedel.

Uppföljningen sker genom månadsrapporter där varje område månadsvis skriver en rapport om hur det ser ut, vilka är avvikelserna mot budgeten och vilka handlingsplaner man har mot detta etc.

Måtten i rapporterna är inte bara ekonomiska utan gäller alla processer sjukhuset har. Efter månadsrapportering sker det controlling-möten på verksamhetsnivå, varje område kallar in verksamhetscheferna på dialog möten, där man för en dialog om hur det går, i hopp om att ge områdes- och stabscheferna tillförlitlig information(Intervju 5). Områdescheferna har sedan möte med sjukhusledningen där man förklarar hur man tror det kommer gå nästkommande period samt delge information till sjukhusledningen om varför det svänger. Områdescheferna lämnar en form av prognos och avvikelse från handlingsplanen. Varje kvartal sker uppföljningen i lite större skala och så har varje område sin årsredovisning där man rapporterar om hur året har gått och hur det har svängt och förklaringar till dessa svängningar(Intervju 2).

En av våra respondenter belyser här vikten av att uppföljning efter ett beslut sker och att de från sjukhusledningens håll infört att efter att man har fattat ett beslut direkt skrivit in det för diskussion under nästa möte. Detta för att kunna följa upp och utvärdera effekten. (Intervju 2) På sjukhusövergripande nivå har man inrättat en analysenhet för att följa upp vad för resultat den värdebaserade vården egentligen skapar. Analysenheten följer med hjälp av statistiska data upp både utfall och projektion på framtida utfall både vad gäller ekonomi- och patientutfall (Intervju 3).

Gällande de uppföljningsmått som tillämpas har det värdebaserade arbetssättet lett till att en del förändringar genomförts. Tidigare har man haft ett stort fokus på medicinska utfallsmått och det arbetar Sahlgrenska väldigt noggrant med även idag för att säkerställa den medicinska

kvalitén men de avdelningar som har infört värdebaserad vård arbetar mycket tydligare med andra variabler som faktiskt skapar värde för patienten(Intervju 2,3,4).

Inom vissa verksamheter har man till följd av det värdebaserade arbetssättet ändrat rutinerna för hur man registrerar in data i sina system, för att kunna söka ut per diagnosgrupp(Intervju 3). I och med införandet av värdebaserad vård arbetar Sahlgrenska även mer aktivt med att involvera patienter i sin vårdprocess. Detta sker bland annat i olika arbetsgrupper där man involverar patienter, man bedriver patientintervjuer, att man involverat brukarföreningar och att man följer upp patientsäkerhetsberättelser (Intervju 4).

Ett återkommande problem som alla våra respondenter belyser är IT-infrastrukturen och problematiken med att få fram den data som man verkligen vill mäta. I dagsläget finns omkring 2000 olika mjukvaror inom Sahlgrenska(Intervju 3). De intervjuade återkommer till problem som att man ej kan söka efter specifika ord i systemen, att det finns svårigheter med att få en koppling mellan journaler, kvalitetssystem, mätbara data och andra system där man t.ex. kan följa upp kostnader över tid. Att snabbt kunna visualisera kvalitetsregister från olika områden är i dagsläget väldigt svårt (Intervju 2,4).

Det svåraste med uppföljningsarbetet i närtid vad gäller värdebaserad vård anses vara att mäta det faktiska patientutfallet då det ofta är ett flerårigt arbete för att se hur patientens levnadsstandard påverkades (Intervju 2).

4.5 Belöningssystem

I vår studie kunde vi inte urskilja att någon form av belöningssystem tillämpas inom organisationen. Dock påpekar en del av våra respondenter vikten av prestationsbaserad ersättning då de anser att det skulle skapa ett ännu tydligare incitament att driva utvecklingen och effektiviteten inom vården framåt.

Ett genomgående tema är att det råder brist på sjuksköterskor. Något som våra respondenter till stor del anser är beroende av att den ekonomiska aspekten där flertalet är underbetalda gentemot andra sjukhus och kliniker. Att sjuksköterskor ej har en högre ersättning eller möjlighet till bonusar gör att det både är tidskrävande och ofördelaktigt ekonomiskt då det hela tiden blir rotation på kliniker. Att lära upp sjuksköterskor tar tid, och skapar till viss del

även irritation bland läkare då dessa är vana att sjuksköterskorna kan sin grej.

Sjuksköterskorna i sin tur upplever en press på sig när läkare visar denna irritation. En av våra respondenter är inne på att flera sjuksköterskor väljer att söka sig till andra kliniker men även att söka sig uppåt i hierarkin internt genom att bli mellanchefer eller att utbilda sig till specialistsköterskor. (Intervju 1)

4.6 Kulturella styrinstrument

Vad gäller kulturella styrinstrument så använder sig Sahlgrenska av sin värdegrund, som lyder "Tillsammans - för patienten, med patienten" (Internet 2). Värdegrunden belyser tydligt att man vill institutionalisera det värdebaserade tankesättet hos medarbetarna i organisationen. Inom vissa verksamheter har man haft kickoffs i samband med att man lämnat projektstadiet och gått in i processtadiet, där man samlat alla medarbetarna inom verksamheten och gett dem utbildning och information angående arbetssättet värdebaserad vård (Intervju 4). De respondenter som har ledningsansvar påpekar att en viktig del vid spridandet av värdebaserad vård på en ny avdelning är att medarbetare som varit med i processen vid införandet av styrningsformen involveras. På detta sätt så blir det en organisk effekt inom organisationen. (Intervju 3)

Dock anser några av respondenterna att man inte fått tillräcklig kunskap och information om det värdebaserade arbetssättet, och en av respondenterna säger följande:

"Jag har hört talas om konceptet, men vet inte vad det är eller vad det går ut på" (Intervju 1).

Vikten av att utbilda och skapa en kultur av lärande inom organisationen framhålls som extra viktigt för att lyckas implementera och arbeta enligt värdebaserad vård. För att sprida denna kunskap och utbilda medarbetarna arbetar många områdeschefer aktivt med att vara närvarande i de olika verksamheterna och supporta sina medarbetare (Intervju 2).

"Det som jag tycker är bra är, det finns många aspekter på det här som är bra men att det hela tiden finns ett väldigt trängt fokus på vad är det som ger värde? Det kan man tycka är självklart men det är inte alltid som det är alldeles självklart i vårt dagliga arbete. Det har med en kultur att göra med väldigt mycket och det är också något som vi, jag också inklusive

mig själv jobbar mycket med för att påverka i en som jag uppfattar det bättre riktning”
(Intervju 2)

På sjukhuset tillämpar man även symbolbaserad styrning, som handlar om synbara uttryck för att utveckla en viss typ av kultur. Man har satt upp skyltar på dörrarna till alla verksamheter som arbetar enligt det värdebaserade arbetssättet, med information att man inom dessa verksamheter arbetar enligt konceptet värdebaserad vård (Intervju 1).

4.7 Sammanfattning Empiri

Ett återkommande tema som våra respondenter talar om är effektivitet och ekonomi men att bitar som patientsäkerhet och kvalitet har en stor inverkan på verksamheten. Att man strävar efter att hålla högsta kvalitet i sin vård är enligt samtliga respondenter en nyckelfaktor till en framgångsrik och kostnadseffektiv sjukvård. Har man en hög kvalitet så har man få komplikationer. Kvalitet och komplikationer mäts bland annat i form av biverkningar, infektioner, blödningar och transfusionsbehov. (Intervju 1,2)

Komplikationer kostar alltid pengar men även lidande i olika former för den enskilde patienten detta kan ge nedsatt livskvalitet och det är ett förlorat värde i sig. Att satsa för att ha så hög patientsäkerhet och kvalitet är viktigt då det ger ett värde för den enskilde individen, för verksamheten men även för samhället i stort. (Intervju 2)

Inom de avdelningar som startat med värdebaserad vård har Sahlgrenska förutom de mätbara resultaten kunnat uppleva positiva gensvar såsom ökad patientdelaktighet, ökat samarbete mellan olika verksamhetsområden, en bättre och tydligare kommunikation, ett utökat samarbete inom avdelningen och ett bättre fokus på patienten. (Internet 2)

Alla våra respondenter talar om att förändringen med värdebaserad vård kommer att ta tid, och att man måste ge det tid.

Ett värde som mäts är ett PROM (Patient Reported Outcome Measures). Detta värde mäter hur patienterna upplever sin sjukdom och sin hälsa efter deras behandling. (Internet 4)

Sedan införandet av värdebaserad vård har man på Ortopedkliniken på SU kunnat utöka antalet protesoperationer med 44 %. Medianvårdtiden har sjunkit med 15 % och flödet som behövs för varje patient har effektiviserats vilket har inneburit att varje patient har 20 % kortare tid på operationsavdelningen. Det har även kunnat mätas fram att andelen oönskade

händelser såsom trycksår och infektioner har minskat med 20 %. Återinläggningar inom 30 dagar har minskat med 50 % och det har även skett en minskning med 20 % av de patienter som behöver omopereras inom två år. Den analys som har gjorts efter patienternas protesoperationer visar att fler patienter år 2014 (89 %) var nöjda med utfallet jämfört med år 2013 (86 %). (Internet 5)

5. Analys av teori och empiri

I detta avsnitt analyseras det empiriska materialet och den teoretiska referensramen appliceras på empirin. Syftet är att belysa och diskutera likheter och skillnader mellan empiri och teori.

5.1 Planering

Enligt Malmi och Brown är planering i första hand ett styrinstrument som används för att sätta upp och klargöra de organisatoriska målen (Malmi & Brown, 2008:291). Vad gäller den aktivitetsbaserade- och långsiktiga planeringen som Malmi och Brown tar upp finner vi dessa tydligt i organisationens styrningsdokument. Ett problem vi har identifierat med ett av organisationens långsiktiga planeringsmål, att skapa värde för patienten, är att det är svårt att hitta och mäta relevanta mått utifrån värdebaserad vård (Intervju 4). Vid vår studie framkommer det att man i organisationen idag använder vissa mått endast av anledningen att de är mätbara, något som följande citat visar.

“Vi fick rådet att inte hitta på nya mått initialt utan att vi tog de mått vi kunde få hem och att vi i våra styrkort har bara de måtten som vi idag kan få fram och sen så har vi ett önskestyrkort där vi har mått som vi är intresserade av men som vi ej kan få fram idag. Men det som visade sig då som vi trodde var vår styrka var ju att när vi jobbat med kvalitetsregister och man har hög täckningsgrad men nu så har det ju visat sig att vi har svårt att få hem datan från registret.” (Intervju 4)

I teorin förklaras vikten av att grupperna fokuserar på att nå samma mål och att ej kunna mäta de mål som organisationen vill åt är då ett problem för de som arbetar med modellen mot patienter (Malmi & Brown:2008:291f).

Vid vår studie blev det tydligt att planeringen inom sjukvården är ett problematiskt område då efterfrågan på vård är svår att förutse. Något som går i linje med Merchant och Van der Stedes (2007) teori där de hävdar att en osäker omgivning påverkar de ekonomiska styrmodellernas utformning, eftersom det till följd av en osäker omgivning blir svårt att på förhand kunna sätta upp rättvisa mål som kan användas för utvärdering av prestationer (Merchant & Van der Stede:2007:724ff).

För att underlätta planeringen av verksamheten använder man sig på sjukhuset av något som man kallar workshiftning som innebär att man tittar på vart andra medarbetarkategorier kan ta över andra arbetsuppgifter för att på så sätt kunna skapa en bättre kapacitet inom verksamheten. En bättre kapacitet leder till att tillgången på salar, personal och operationssängar ökar och det ger en ökad produktivitet och effektivitet inom organisationen.(Intervju 3).

5.2 Cybernetiska styrinstrument

Inom organisationen tillämpas en rad olika cybernetiska styrinstrument, som exempelvis DRG, budget och andra viktiga måttal. Detta är något som vi ser ligger i linje med Malmi och Browns teori där de påvisar det faktum att inom organisationer används flera former av kontroll- och styrsystem.

Enligt Malmi och Brown är budgeten ett ytterst viktigt styrinstrument, och på Sahlgrenska är det inget undantag. Budgeten som Sahlgrenska har är av anslagskaraktär, vilket innebär att ersättningen som sjukhuset får är baserad på en i förväg bestämd budget.

Ersättningssystemet som idag används är baserat på beställar-/utförarmodellen. Det här sättet att arbeta anses av flera av våra respondenter vara ett problem vid införandet av värdebaserad vård. Att göra mer operationer än vad som är beställt men att ej få ersättning för detta anser flera vara ett sätt att ej uppnå maximal produktion. Att kunna erbjuda maximalt värde utifrån varje satsad skattepeng är ett av målen med värdebaserad vård, en av respondenterna har uppfattningen att prestationsrelaterad ersättning skulle främja arbetet med värdebaserad vård.

”Personligen kan jag tycka att det här med prestationsrelaterad ersättning är väldigt bra för det skulle skapa ännu tydligare incitament för att driva fortsatt utveckling, effektivisering och att vi kan se vad de här små förändringarna kan göra för helheten.” (Intervju 2).

Andra styrinstrument som Malmi och Brown belyser är finansiella och icke-finansiella mätetal. I och med införandet av värdebaserad vård har flera av våra respondenter noterat att från att tidigare haft ett stort fokus på de finansiellt mätbara talen har man nu skiftat fokus till att även värdera icke-finansiella mått med stor omsorg. Något som också stämmer överens med teorin där man menar att fokus på de icke-finansiella mätetalen under senare år blivit ett allt viktigare styrinstrument inom organisationer (Malmi & Brown, 2008:293).

Att ta till vara på patienters åsikter och upplevelser av vården är något som Sahlgrenska börjat arbeta aktivt med. Detta stämmer överens med grundteorin från Porter, som menar att man inom värdebaserad vård skall arbeta med patientdelaktighet. Att involvera patienter via intervjuer, enkäter och projektgrupper ges en möjlighet att följa de värden som patienter anser som viktiga. Genom att kunna fånga upp och mäta dessa icke-finansiella mått kan man identifiera drivkrafterna som leder till ytterligare förbättringar för verksamheten. (Malmi & Brown, 2008:293). En uppfattning som våra respondenter delar.

“Jag tycker att det här är ett jätteintressant sätt att arbeta på och att det är fluktbart att vi vänder oss till patienten och vad som har ett värde för dom, vi har sett alldeles för många exempel där vi tar tolkningsföreträde och talar om vad som är bäst liksom och så är det inte alltid. Vi har ju inte hela sanningen.” (Intervju 4)

Det balanserade styrkortet är det hybrida mätsystem som används inom vissa verksamheter på sjukhuset. De tillfrågade har här i flera fall uppgett att de ej tycker att tidsaspekten sen införandet ej är tillräcklig för att kunna följa upp vissa mått.

Mer kritik som vi upplever är att användningen av styrkorten inte fungerar speciellt bra och att de mått som är relaterade till värdebaserad vård är svåra att hitta. Detta leder i sin tur att styrkorten förlorar sitt syfte, eftersom att måtten och resultaten är svåra att härleda (Intervju 4).

5.3 Administrativa styrinstrument

Ansvarsfördelningen som finns på Sahlgrenska är uppbyggd på ett sätt där det framgår klart och tydligt vem som är varje persons närmsta chef, samtliga respondenter vittnar om att organisationen i sig är utformad linjärt. Det råder dock delade meningar om huruvida detta är

positivt eller negativt. En av de fördelar som finns är att det är väldigt klart och tydligt vem man ska rikta sig till när man har frågor och funderingar. Malmi och Brown (2008) påpekar vikten av att kunna ha ett tydligt system med hur rapportering ska ske och vem som ska stå till svars inför vem. Av våra tillfrågade var de som satt med i ledningsgruppen överlag mer tillfreds med hur den organisatoriska strukturen är utformad. Dock framkom även där kritik mot hur verksamheten idag är utformad, för att kunna implementera värdebaserad vård så är flera av våra respondenter inne på att man måste skapa mer samarbeten lateralt, för att på så sätt kunna harmonisera bättre med arbetssättet. De som riktade skarpast kritik mot den rådande organisationsstrukturen var arbetarna på "golvet". Kritiken som riktades mot den organisatoriska strukturen handlade huvudsakligen om de begränsade möjligheter man har att påverka sin vardagliga arbetssituation och komma med förbättringsförslag. Det kan i sin tur leda till att individer eller grupper inom organisationen handlar i eget intresse som i sin tur motverkar organisationens övergripande mål. Enligt Ax, m.fl.(2009) är det därför viktigt att involvera medarbetarna så att de känner att de uppnår sina personliga mål så att det kan åstadkomma måluppfyllelse för hela organisationen.

Våra respondenter är inne på att den rådande områdesindelningen inte är optimal, att verksamheterna inom varje område inte är kopplade till varandra försvårar samordning och koordinering mellan verksamheterna. Malmi och Brown (2008) argumenterar för att den organisatoriska strukturen skall främja olika typer av relationer och kontakter inom organisationen. Respondenterna menar dock att en hel del problem finns vad gäller samordning och koordinering inom organisationen, just på grund av den organisationsstruktur som råder.

Den administrativa styrningen handlar enligt Malmi och Brown (2008) också om att specificera hur uppföljning, rapportering och en handlingsstyrning i arbetsuppgifter skall utföras. På Sahlgrenska har rutinerna för uppföljning och inregistrering av data förändrats en del sedan införandet av värdebaserad vård. För att kunna vara proaktiva i sitt agerande följer man noggrant avvikelser från både budget och handlingsplanen. Ledningsgruppen jobbar även med att följa upp de beslut som fattats genom att direkt vid ett beslutsfattande införa en återkoppling vid nästa möte.

En analysenhet har inrättats på sjukhuset för att mäta det faktiska resultatet av de värden som det värdebaserade arbetet ger. Denna enhet mäter statistiska data för att möjliggöra utfall och projektion på framtida resultat både vad gäller ekonomi- och patientutfall.

Att fokus har skiftat från enbart medicinska och ekonomiska utfall till att även innefatta mjuka patientrelaterade mått är en indikation på att det värdebaserade arbetet i allra högsta grad tillämpas inom organisationen. Samtliga respondenter anser att det finns problem med att erhålla mjuka mätetal fortfarande vilket leder till viss manuell handpåläggning, något som gör att resultaten och effekten av det värdebaserade arbetet blir missvisande.

Vikten av att ha ändamålsenliga och effektiva IT-system inom vården är något som Porter (2010) trycker på. Utifrån vår studie kan vi se att det här finns en problematik inom organisationen. Samtliga respondenter upplever att IT-systemen är ett av de största hindren att arbeta värdebaserat. Svårigheterna med att söka och registrera indata i de olika IT-systemen är ett ständigt återkommande tema.

“Det som är vårt problem det är att våra uppföljningssystem inte riktigt är anpassat för detta. Och det gör att det kan bli en hel del manuell handpåläggning när det gäller uppföljning eller planering, eller man mäter något som skulle kunna vara en signal på att man har handlat rätt men man vet egentligen inte att man har handlat rätt”. (Intervju 3)

5.4 Belöningssystem

På Sahlgrenska tillämpas inte någon form av belöningssystem. Enligt Malmi och Brown (2008) tillämpas belöningssystem i organisationer för att motivera de anställda. Utifrån vår studie kan man utläsa att det inom organisationen finns ett visst behov av att tillämpa någon form av belöningssystem. Inte minst skulle den ekonomiska ersättningen till sjuksköterskor behöva höjas för att råda bot på problemet att många sjuksköterskor söker sig till andra arbetsuppgifter.

En av de intervjuade menar att belöningen inte behöver ske i enbart personliga former i form av höjd lön eller bättre förmåner utan att det belys vilket bra arbete som personalen har utfört, att de får möjligheten att åka på konferenser och representera sjukhuset och att vidareutbildning inom sitt område uppskattas. (Intervju 1)

Flera av våra respondenter är av åsikten att man bör utveckla en övergripande ersättningsform för sjukhuset som belönar prestationer. Detta för att kunna redovisa resultat och prestationer inom sin verksamhet och då öka motivationen bland de anställda att effektivisera arbetet.

5.5 Kulturella styrinstrument

Den kulturella styrningen enligt Malmi och Brown (2008) syftar till att institutionalisera ett visst tankesätt hos de anställda, man brukar dela upp den kulturella styrningen i tre delar. Vi har identifierat att Sahlgrenska genom sin värdegrund försöker förmedla ett önskvärt beteende inom organisationen. Detta är i linje med vad Simons kallar *värdebaserad styrning*, som handlar om styrningen av de visioner och värderingar som förmedlas. Åsikterna om hur ledningen lyckas förmedla de värderingar och visioner man har med det värdebaserade arbetet går dock isär. En av de tillfrågade menar att man inte alls fått någon information om konceptet och vad det går ut på (Intervju 1). Enligt Porter är en nyckelfaktor för att kunna implementera och arbeta värdebaserat att man har tydligt utformade mål och skapar en kultur av lärande inom organisationen. Något som även en av våra respondenter betonar vikten av och säger följande:

“Det är väldigt mycket en kulturfråga som vi försöker jobba väldigt mycket med inom vårt område. Lägg krut på att informera och investera i det så får du downstream att hämta hem effekten. Skapa en förståelse genom utbildning.” (Intervju 2)

Otydligt utformade mål kan enligt Porter leda till att medarbetare får allt för stort handlingsutrymme att utöva sina arbetsuppgifter enligt deras egna personliga värderingar och åsikter. Vidare menar Porter att otydliga mål bromsar utveckling och förbättringsarbete inom vården (Porter, 2010). Med utgångspunkt ur det här resonemanget bör därför ännu mer energi läggas på att informera och utbilda sina medarbetare.

De avdelningar på Sahlgrenska som arbetar med värdebaserad vård har en skylt på dörren in till avdelningen där det står att den avdelningen jobbar med värdebaserad vård. Detta är helt i enlighet med en Symbolbaserad *styrning* (Schein, 1997) som innebär att man ska arbeta utifrån att skapa en viss kultur inom sitt arbetsområde.

6. Slutsatser

En värdebaserad vårdmodell är efter vår studie ett väl tillämpat sätt att organisera vården på enligt vår uppfattning. Vi har i vår studie kunnat se indikationer på att denna styrmodell dock skulle behöva kompletteras ytterligare. I enlighet med Merchant och Van der Stedes teori om Contingency Approach, att vid utformningen av ett ekonomistyrssystem ska man ta hänsyn till ett antal situationsberoende faktorer. Vi anser det därför lämpligt att hitta kompletterande styrmodeller då Porters teori kanske inte tagit i beaktande att vissa verksamhetsområden inom vården skiljer sig åt. Ett exempel är inom neurologi, en patient har en elakartad tumör i hjärnan, man vet att utfallet är att patienten ej kommer att leva mer än 12 månader. I en situation likt detta kan det vara svårt att finna mätbara variabler som har ett värde för patienten.

- (1) *Vilka krav ställs på utformningen av ekonomistyrning på Sahlgrenska Universitetssjukhus till följd av den ökade graden värdebaserad vård?* (2) *Vilka ekonomistyrningsverktyg används vid värdebaserad vård?*

Till följd av en ökad grad värdebaserad vård krävs att organisationen hittar en lösning på ett flertal problem med som man idag upplever inom verksamheten. Utifrån vår studie kan vi se att de ersättningssystem som idag tillämpas upplevs som ett hinder för att främja utvecklingen av det värdebaserade arbetet. Man anser att problemet är det tak som landstinget satt upp, som betyder att sjukhusen inte kan producera hur mycket som helst och få betalt för det. Det lönar sig alltså inte att vara effektiv och produktiv eftersom man inte får betalt ändå. I förlängningen blir detta kontraproduktivt för ekonomin. Med utgångspunkt från det här anser vi att landstinget bör överväga att komplettera nuvarande ersättningsmodell med en värdebaserad ersättningsmodell.

I enlighet med Porters teori om att lägga ihop alla kostnader för slutna vård, öppen vård, rehabilitering, medicin, läkarkostnader, material och faciliteter för att mäta detta gentemot utfallet. I förlängningen anser vi att en vårdepisodersättning är bättre lämpad för organisation för att främja arbetet med värdebaserad vård. Vi anser att denna ersättningsprincip i mycket större utsträckning stödjer Porters ersättningsteorier. Vi är medvetna om att detta är en gigantisk förändring för en organisation som Sahlgrenska men för att få en bättre kontroll på

både kostnader och uppföljningar när patienter flyttas till andra sjukhus och regioner anser vi att denna modell är mer lämpad.

Ett stort problem som vi har kunnat se i vår studie är Sjukhusets IT-infrastruktur. Diskrepansen som finns mellan teori och praktik lyser igenom då man har en relativt klar bild på vad man vill mäta i form av finansiella och icke-finansiella tal från ledningshåll men ej har möjlighet att mäta dessa. Att det tar tid att implementera ett helt nytt styrsätt får man ta hänsyn till men att man ej har de instrument i form av synkroniserade IT-system är ett stort problem för att helt och hållet kunna arbeta värdebaserat. Detta anser vi gör att medarbetare kan bli tveksamma gentemot konceptet. För att stimulera medarbetare att lägga ner tid och energi på att ta till sig en ny styrmodell är det viktigt att både kunna visualisera de förbättringsområden som finns men även de framsteg som har gjorts. Vi ser att sjukhuset har arbetat aktivt genom att bland annat inrätta en analysenhet som följer upp och mäter resultaten av det värdebaserade arbetet.

Sedan införandet av värdebaserad vård har de icke-finansiella talen fått mer utrymme. Bland annat har de balanserade styrkortan anpassats efter värdebaserad vård och variablerna i dessa har arbetats fram med hjälp av patienter Detta är något som vi och alla respondenter är väldigt positivt inställda till.

Flera av respondenterna beskriver att den organisationsstruktur som idag råder skulle behöva en viss förändring för att bättre lyckas arbeta med en värdebaserad modell. Man upplever att i den nuvarande organisationsstrukturen finns det brister i samarbete och koordinering mellan olika områdesindelningar.

Vikten av att även som områdeschef synas och höra medarbetarna är väldigt viktigt. Är organisationen för hierarkisk och linjär är det svårt för medarbetare som utför det kliniska arbetet att ha ett forum att föra diskussion i. Att gå till en mellanchefer på avdelningen varje gång man har synpunkter, för att denna person ska föra vidare åsikter till områdeschefen är ett enkelt sätt för organisationen att utforma sin verksamhet. Detta är i linje med Malmi och Browns princip om att det ska finnas en tydlig ansvarsfördelning men sker det ej några förändringar eller att man får respons på tankar och åsikter finns det en risk att ett missnöje bland de kliniska medarbetarna uppstår. Något som vi lagt märke till i vår studie. Till följd av detta har vi kunnat se indikationer på att det inom organisationen råder en stark professionell

kultur. Något som även Ouchi (1977) uppmärksammat. Läkare och sjuksköterskor har sina åsikter om hur man på bästa sätt skall organisera sig inom vården, medan personer med ekonomroller inom organisationen har en annan bild av vad som är bra för organisationen. Det är därför viktigt för Sahlgrenska att man fortsätter arbeta aktivt med att förändra medarbetarnas tankesätt men även arbetar med utbildning för att de olika yrkesgrupperna ska få förståelse för varandras värderingar. För att ledningen skall kunna uppfylla de mål och visioner man har är det viktigt att man involverar alla vårdens aktörer vid utvecklingen av nya styrmodeller.

Vi har identifierat att de områden som arbetar med värdebaserad vård använder sig av en rad olika ekonomistyrningsverktyg. Organisationens ekonomistyrning består av styrinstrument som balanserade styrkort, budget, DRG, finansiella mätetal, planering och uppföljning.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att utifrån arbetsmodellen med värdebaserad vård, där ett större fokus på patienten är centralt, ställer krav på att ekonomistyrningen är utformad så att den harmoniserar med detta arbetssätt. Den absolut viktigaste prioriteringen för Sahlgrenska bör vara att utveckla IT-system som gör att alla system kan synkronisera och kommunicera med varandra. Detta i sin tur leder till att man mellan områden kan få ett ökat samarbete och en ökad följsamhet när det gäller det totala utfallet av vården i enlighet med Michael Porters teorier. Om man får ut mätbara mått på ett tillförlitligt sätt kommer detta att kunna användas som grund för både planerings- och uppföljningsarbetet. Vi tror att det även kommer stimulera medarbetare i hela organisationen genom att det hela tiden går att följa upp och jämföra resultat. Att utveckla användbara IT-system anser vi kommer att leda till en positiv kedjereaktion inom organisationen i form av bättre planering, uppföljning och återkoppling.

6.1 Förslag på framtida studier:

I vår studie har vi haft som avsikt att beskriva och förklara utformningen av ett ekonomistyrssystem samt hur det lämpligen anpassas givet en värdebaserad hälso- och sjukvårdskontext inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vi har utgått från ett internt perspektiv i vår studie och anser att ett område att forska vidare inom skulle vara att även få

med det externa perspektivet angående denna styrmodell, i form av exempelvis intervjuer med patienter eller politiker och tjänstemän inom landstingen.

Ett annat förslag på en framtida studie är att göra en kvantitativ studie med en enkätundersökning endast ur ett medarbetarperspektiv på hur den ekonomiska styrningen ändrats till följd av värdebaserad vård. Denna studie skulle kunna riktas mot implementeringen av de icke-finansiella mätetalen, då dessa i och med värdebaserad vård fått större utrymme vid styrningen av vården. Utöver att studera implementeringen av dessa "mjuka" mätetal är det således också rimligt att se över hur dessa kan mätas på ett enhetligt sätt, samt hur dessa mätetal kan bidra till verksamhetsförbättringar.

7. Källförteckning:

Böcker och Vetenskapliga artiklar

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

Anell, A. (1990). *Ekonomistyrssystem i sjukvården - kartläggning av praxis och förnyelse i landstingen*. Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi.

Anell, A. (2010). *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. ESO 2010:7*. Stockholm: Nordstedts juridik

Anthony, R N., Govindarajan, V., (2007), *Management Control Systems*
McGraw Hill, Singapore

Ax, C. Johansson, C., & Kullvén, H.(2009). *Den nya ekonomistyrningen*.
Upplaga 4:1 Malmö: Liber AB

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*
Nordstedts Juridik AB

Halvorsen, K. (1992), *Samhällsvetenskaplig metod*
Studentlitteratur, Lund

Holme Magne, I., Solvang Krohn, B. (1996). *Forskningsmetodik, Om kvalitativa och kvantitativa metoder*.
Studentlitteratur AB, Lund.

Lantz, Annika: (2007) *Intervjumetodik*
Studentlitteratur, Lund.

- Lidman, R. Lampou, K. (1999). *Sjukvårdsprofessioners värderingar och attityder gentemot vårdens ekonomisering*, i Lampou K, Anderson B, (red.), 1999, *Studier i sjukvårdsorganisationen*, Uppsala universitet
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS förlag
- Merchant, A. K., & Van der Stede, A.W. (2007). *Management control systems - Performance measurement, evaluation and incentives*. 2nd Edition. Financial Times Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1980). *Structure in 5's: A synthesis of the Research on Organization Design*. *Management Science*, Volume 26, Issue 3, pp.322-341
- Otley, T.D. (2006). *Trends in budgetary control and responsibility accounting*. In Bhimany A, (ed.) *Contemporary issues in management accounting*. (Kapitel 13) Oxford University press: Oxford
- Ouchi, W.G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*, Volume 25, Number 9, pp 833-848.
- Porter, E. Michael. (2010). *What Is Value in Health Care?*
The New England Journal of Medicine
- Porter, E. Michael, Teisberg, Elizabeth. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*.
Boston: Harvard Business School Press
- Svensson, H. & Garelius, L. (1994) *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande?* Utvärdering av Stockholmsmodellen, Spri rapport 392
Projekt 31009. Realtryck AB: Stockholm.
- Östergren, K. & Sahlin-Andersson, K. (1999). *Att hantera skilda världar – Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*.
Landstingsförbundet, Stockholm

Internetkällor:

Anell, A. (2010). *Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.*

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=1763643&fileOId=17699>

64

Calltorp, J. (2007). *Ersättningsystem inom hälso – och sjukvården. En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter.*

Sveriges Kommuner och Landsting

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-352-0.pdf>

Edwards, R.T. (2001). *Paradigms and research programmes: Is it time to move from health care economics to health economics*

Institute of Medical and Social Care Research, University of Wales, Bangor, UK

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.610/pdf>

Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård.* CMT Rapport 2007:2. LiU-Tryck, Linköpings universitet.

<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:294417/FULLTEXT02>

Malmi, T., Brown, D. (2008). *Management control systems as a package – Opportunities challenges and research directions*

Department of Accounting & Finance, Helsinki School of Economics, Finland

https://www.researchgate.net/publication/229321708_Management_Control_System_as_a_Package_-_Opportunities_Challenges_and_Research_Direction

Nordenström, J. (2014). *Värdebaserad vård kan ge bättre vårdutfall. Vården får ny färdriktning – vårdpersonalen spelar nyckelroll*

Publicerad på lakartidningen.se 2014-09-23

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2014/09/Vardebaserad-var-dkan-ge-battre-var-dutfall/>

Wohlin, J. Aspelin, P. Rehnqvist, N. Dahlström, T. Brommels, M. (2015). *Värdebaserad vård flyttar fokus från vårdproduktion till hälsa*. Publicerad: 2015-01-05

<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/01/Vardebaserad-var-d-flyttar-fokus-fran-var-dproduktion-till-halsa/>

Zaremba, M. (2013). *Hur mycket är en patient värd?*

Publicerad i Dagens Nyheter 2013-03-05

<http://www.dn.se/kultur-noje/hur-mycket-ar-en-patient-var-d/>

Internet 1: Om Sahlgrenska

<https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/>

Internet 2: Sahlgrenska Årsredovisning 2015

<https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/>

Internet 3: Vi skapar värde för patienterna h

[http://www.battrepsykosvard.se/wp-](http://www.battrepsykosvard.se/wp-content/uploads/2015/04/Vardebaserad_var-d_psykos2015.pdf)

[content/uploads/2015/04/Vardebaserad_var-d_psykos2015.pdf](http://www.battrepsykosvard.se/wp-content/uploads/2015/04/Vardebaserad_var-d_psykos2015.pdf)

Internet 4: Om PROM

<http://www.promcenter.se/sv/vadarprom/>

Internet 5: Svenska Höftprotesregistret

http://www.shpr.se/Libraries/Documents/Arsrapport_2014_WEB.sflb.ashx

8. Bilagor

Intervjuguide:

Tema 1: Om respondenten, inledande frågor för att komma igång och få en bild av respondenten.

1. Vad är din arbetsposition på sjukhuset? Vilka är dina vardagliga arbetsuppgifter?
2. Hur länge har du jobbat på sjukhuset?
3. Vad har du för utbildning?

Tema 2: Uppfattningar om värdebaserad vård

1. Hur länge har sjukhuset/avdelningen arbetat med värdebaserad vård?
2. Hur uppfattar du konceptet värdebaserad vård?
3. Vilka var orsakerna till beslutet att börja arbeta med värdebaserad vård?
4. Vilka anställda involverades i lanseringen av värdebaserad vård? Varför just dem?
5. Hur skulle du beskriva att verksamheten bedrivs utifrån värdebaserad vård?
6. Vilka problem har ni stött på vid arbetet med värdebaserad vård?
7. Vad anser du är viktigast för att lyckas implementera och arbeta värdebaserat inom vården?
8. Hur arbetar sjukhuset för att få patienter delaktiga i sin vårdprocess? Ge några exempel
9. Har några förändringar märkts sedan införandet av värdebaserad vård? Ge några exempel, tack

Tema 3: Ekonomistyrningens och organisationens utformning

1. Vilka styrdokument använder ni i er verksamhet?
2. På vilket sätt har dessa anpassats efter arbetet med värdebaserad vård?
3. Hur sker planeringen i er verksamhet?
4. På vilket sätt har planeringsarbetet förändrats sedan införandet av värdebaserad vård?
5. Hur mäter ni patienters upplevelser av vården? Ge några exempel tack.
6. Vilka möjligheter finns till patientföljsamhet på din avdelning?
7. Hur uppmuntrar ledningen ert lärande och möjligheter till förbättringar?
8. Vilka målsättningar har ni som är relaterade till värdebaserad vård?
9. Hur förmedlar ledningen de visioner och målsättningar med det värdebaserade arbetet nedåt i organisationen?
10. Vad har ni för kortsiktiga mål med det värdebaserade arbetet?
11. Vad har ni för långsiktiga mål med det värdebaserade arbetet?

12. Hur arbetar ni utifrån dessa mål för att uppnå målbilden med det värdebaserade arbetet?
 13. Hur ser budgeten ut i verksamheten? / Hur är ekonomistyrningen utformad i er verksamhet?
 14. Hur fungerar resursfördelning, uppföljning samt ersättningsystemen i er verksamhet?
 15. Vad har förändrats sedan införandet av värdebaserad vård? / Tror du att ekonomistyrningen måste förändras när man övergår till värdebaserad vård?
 16. Vilka finansiella prestationer mäter ni?
 17. På vilket sätt har dessa mätningar förändrats?
 18. På vilket sätt bidrar dessa till ökad produktivitet och effektivitet?
 19. Hur arbetar ni med kvalitet och kvalitetsmått i verksamheten?
 20. Har dessa mätningar förändrats sedan införandet?
 21. På vilket sätt bidrar dessa till ökad produktivitet och effektivitet?
 22. Kan du beskriva den organisatoriska strukturen?
 23. Har organisationsstrukturen förändrats sedan införandet av värdebaserad vård?
 24. Hur skulle du kunna beskriva organisationskulturen som råder här?
 25. Har den förändrats sedan införandet av värdebaserad vård?
 26. Hur ser arbetsklimatet ut på din avdelning? Trivs du bra på din avdelning?
- Har du något mer att tillägga?