

Ekonomisk styrning för förändring

En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården

av

Tomas Blomquist

Civ. ing., Fil. kand.

och

Johann Packendorff

Ek. lic.

Handelshögskolan vid Umeå Universitet
Institutionen för Företagsekonomi
Samhällsvetenskapliga fakulteten
Umeå Universitet



Framlägges för vinnande av filosofie doktorsexamen respektive ekonomie doktorsexamen till offentlig granskning vid Institutionen för Företagsekonomi, Umeå Universitet, 1998.

Institutionen för Företagsekonomi
Handelshögskolan vid Umeå Universitet
Umeå Universitet
S-901 87 UMEÅ

© Tomas Blomquist & Johann Packendorff 1998
ISBN 91-7191-423-4
ISSN 0346-8291
Typsnitt: Brödtext Garamond, rubriker Verdana
Tryck: Kompendiet, Göteborg

Ekonomisk styrning för förändring

En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården

Tomas Blomquist & Johann Packendorff

EKONOMISK STYRNING FÖR FÖRÄNDRING: En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården
MANAGEMENT CONTROL FOR CHANGE: A Study of Management Control Initiatives in Health Care

Swedish text with a summary in English. Tomas Blomquist and Johann Packendorff, Department of Business Administration, Umeå School of Business and Economics, Umeå University, S-901 87 UMEÅ, SWEDEN.

Abstract. Since the end of the 1980's, Swedish county council managers has been preoccupied with planning and implementing organisational change in order to alleviate the financial problems and to create more efficient production systems. Many of these efforts to change have implied changing the systems for management accounting and control, changes that have been inspired both by market-oriented ideologies and by the governance principles of large corporations in the private sector. Literature on management accounting and control indicates, however, that management is unintentionally contributing to the creation of organisational inertia and conservatism. This contradiction is formulated as a change dilemma; "How can managerial principles that make organizations subject to bureaucratization and inertia be used as important strategies for organizational change?" The purpose of the study is thus *to analyze the use of management control systems as organizational change strategies in health care, employing a change perspective on management control.*

When used as a change strategy, management accounting and control becomes manifest as *management control initiatives*. Actors handle these control initiatives by organising themselves around the issue at hand. This organising process ends or fades away when there are no need for further attention to the control initiative.

Empirical studies were made in the councils of Västerbotten, Sörmland and Uppsala counties. Management control initiatives investigated were performance-related pay, quality improvement work, systematic planning procedures, provider/purchaser-models, downsizing projects and profit center systems.

The systems for management accounting and control appeared to structure health care organisations in terms of spatial structuring, temporal structuring and actor categorization. The management control initiatives introduced were structured as extraordinary organising processes delimited in terms of space, time and involved actors. Actors in the administrative norm system participated with the intention to change the organisation, while those in the medical norm system aimed at just handling the initiative.

Management control initiatives can therefore be seen as passing opportunities to change, passing in the sense that the organising processes are temporary by nature, opportunities in the sense that temporary re-coupling can be used to achieve long-term change. One such opportunity is the formulation of control initiatives; the possibility of using simple and standardized change strategies can be useful, but only if they are also linked to the medical norm system. A second opportunity is the temporary organising processes; if the project form of organising change can also be conveyed to the medical norm system, management control initiatives could result in short, intense courses of events that actually change things. The third opportunity is the recurrent, cyclical properties of management accounting and control systems, enabling recurrent activities around the same themes, thereby keeping them alive.

Key words: Management accounting and control, organisational change, management control initiatives, health care, organising processes, projectification, space, time, actor categories.

Studier i företagsekonomi serie B, nr 40. 343 pages. ISBN 91-7191-423-4, ISSN 0346-8291. Umeå, Sweden, 1998.

Förord

”—Vad är det egentligen ni skall komma fram till?” Under den långa tid som gått sedan de första intervjuerna hösten 1992 har vi hört den frågan många gånger, ställt den både till oss själva och till andra. Frågan är berättigad; ofta är man alldeles för låst vid sina utgångspunkter och alltför vag beträffande vad det hela skall leda till. Om det nu är så att vi faktiskt kommit fram till något, så är det i mångt och mycket tack vare de människor som funnits med oss under denna process.

Först och främst vill vi bland dessa nämna våra handledare, professor Rolf A Lundin och fil dr Anders Söderholm. Åren tillsammans i programmet ”Projektorganisering för förnyelse och lärande” förde oss inte bara till Dallas och Kuala Lumpur, utan även till Lycksele och Järnnäsklubb. Rolf har med sin långa erfarenhet och insikt om forskarlivets natur ställt de rätta frågorna, dvs de som vi haft svårt att svara på, och har med sin entusiasm hjälpt arbetet framåt över åren. Anders har med sin idériakedom och känsla för vad som står mellan raderna varit ett ovärderligt stöd sedan arbetet med denna slutrapport påbörjades för några år sedan. Ett stort och varmt tack till er båda!

Ett kriterium på en väl fungerande forskarmiljö är att det finns en mångfald av inriktningar, åsikter och idéer att inspireras av när man känner att kreativiteten tryter. Den noggranna granskning av detta arbete som skedde under professor Carin Holmquists ledning i samband med vårt slutseminarium innebar just den typen av mycket konkret inspiration. Carin kunde tillsammans med ek lic Stellan Nilsson och civ ek Karl-Johan Bonnedahl ge oss de synpunkter och nya idéer som behövdes inför det avslutande arbetet. Vi hoppas att vi åtminstone delvis lyckats ta till vara er arbetsinsats, och att vi kan få tillfälle att återgälda denna framöver!

Många är de kollegor och vänner som på ett eller annat sätt gjort detta arbete möjligt. Under de första åren av arbetet hade vi förmånen att arbeta tillsammans med docent Eskil Ekstedt, ek dr Tomas Müllern, docent Hans Wirdenius och fil dr Katarina Östergren, och vi tackar er för en givande tid. Vi vill här också tacka medlemmarna av ”Umeå Barrack School” med dess dynamiske ”rektor” ek dr Nils Wählin i spetsen för ett par oförglömliga år. Tack också till professor Runo Axelsson och ek dr Leif Borgert för viktiga idéer när avhandlingsprojektet konkretiserades.

I samband med att arbetet mot den slutliga avhandlingen påbörjades kom ett flertal personer vid Handelshögskolan vid Umeå Universitet att på olika sätt involveras. Fil dr Monica Lindgren har löpande läst våra utkast, och

givit oss tankeväckande och detaljerade synpunkter på allt från vetenskapsfilosofi till korrektur. Ek dr Hans Hasselbladh och professor Jannis Kallinikos lämnade välgörande synpunkter på en tidigare version av avhandlingen. För noggrant korrekturläsande och detaljerade kommentarer tackar vi också Mona Nilsson, Mats Nilsson, Andrew Baldwin och Jan-Olov Blom. Vi vill också tacka alla våra icke nämnda, men icke heller glömda kollegor vid Institutionen för Företagsekonomi, som gör den till en så stimulerande och trevlig arbetsplats. Ett stort tack till er alla!

En studie av denna art går heller inte att genomföra utan god access till den studerade empirin. Vi vill framföra ett stort tack till alla de politiker, tjänstemän, läkare och sjuksköterskor i Västerbottens läns landsting, Landstinget Sörmland och Landstinget i Uppsala län som ägnat tid och kraft åt att fömedla sin syn på verkligheten till oss. Vi hoppas att vi kunnat återge just er verklighet, och att vi i någon liten mån kan bidra till att den blir bättre.

Denna bok utgör slutrapport på forskningsprojektet ”Den nya ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården” som finansierats av Landstingsförbundet. Tilläggsanslag för ytterligare datainsamling har givits av Humanistisk-Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet samt av Borgerskapets i Umeå Forskningsstiftelse. Detta stöd har varit förutsättningen för att studien över huvud taget kunnat genomföras, vilket härmed tacksamt redovisas.

Umeå i januari 1998

Tomas Blomquist & Johann Packendorff

Dedikationer

Till Carolina,

Få kan visa och företa livet med en sådan entusiasm och nyfikenhet som Carolina. Med en energi på livet som får mig att förundras och känna kärlek. Hur kan det komma sig att en sån liten människa kan vara så god och rar? Det enklaste bus och lekar som ”Tittut”, ”Bum Bum” och ”Atjjj...” kan få hela mig att spricka upp och känna lycka. Tack för att du finns.

Umeå i januari 1998

Tomas

Vaclav Havel skrev för några år sedan om den tomhet och oro många kände efter murens fall; vad skulle man nu kämpa för, sträva mot? Om man tror att livet endast får mening genom stordåd och omvälvande förändringar är frågan högst berättigad. Men det som är värdefullast är det som ständigt finns där; de människor som man delar sin vardag med och som finns där i glädje och sorg. Mest av allt vill jag tacka Monica Lindgren för att du funnits i mitt liv under den här tiden, för att du engagerar dig och arbetar för våra relationer. Jag vill också tacka barnen; Jacob för sin livsbejakande humor, Oscar för sin tillgivna glimt i ögat, Stina för sin omtänksamma självklarhet. Kan man tänka sig något bättre att kämpa för, sträva mot?

Boken tillägnas Monica, Jacob, Oscar och Stina, inte för att ni skall utföra stordåd, utan för att ni skall finna livets mening i varandra.

Umeå i januari 1998

Johann

Innehållsförteckning (sidnummer stämmer ej)

1	Ekonomisk styrning och förnyelse i hälso- och sjukvården	1
1.1	Ekonomisk styrning: Ekonomi som styrform i organisationer	1
1.2	Ekonomisk styrning för förnyelse i hälso- och sjukvården: Ekonomiska styrinitiativ	4
1.3	Förändringsdilemmat: Ekonomisk styrning som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården	6
1.4	Studiens syfte: Ekonomiska styrinitiativ och organisatorisk förändring	8
1.5	Bokens disposition	10
2	Metodologiska utgångspunkter: Ett förändringsperspektiv på ekonomisk styrning	13
2.1	Verklighetssyn, kunskapssyn och perspektiv: Om studiens vetenskaplighet (I)	14
2.2	Organisation, organisering, organiseringsprocesser	18
2.3	Förändringsperspektivet på ekonomisk styrning: Utgångspunkter	23
2.4	Tolkning, trovärdighet och teori: Om studiens vetenskaplighet (II)	27
2.5	Sammanfattning	29
3	Ekonomisk styrning i organisationer	31
3.1	Ekonomisk styrning: Grundläggande begrepp och teorier	31
3.2	Modern teoriutveckling: Tolkande och kritiska perspektiv	37
3.2.1	<i>Tolkande och kritiska perspektiv: Utgångspunkter</i>	39
3.2.2	<i>Ekonomisk styrning och aktörsskap: Tolkning och handling</i>	40
3.2.3	<i>Ekonomisk styrning som struktur: Språk och kommunikation</i>	42
3.2.4	<i>Ekonomisk styrning som struktur: Foucaults fängelse</i>	44
3.2.5	<i>Bortom aktörer och strukturer: Struktureringsteori</i>	46
3.3	Att studera ekonomisk styrning i hälso- och sjukvården: Utgångspunkter	50

4	Ekonomisk styrning och organisatorisk förändring	53
4.1	Förändringsprocesser i organisationer	53
4.1.1	<i>Förändring som diskontinuitet i organisationen</i>	54
4.1.2	<i>Förändring som temporär organisering kring projekt</i>	59
4.1.3	<i>Förändring som organisering kring strategiska frågor</i>	61
4.2	Ekonomisk styrning i förändring, för förändring	63
4.2.1	<i>Den ekonomiska styrningens förändringsdilemma</i>	64
4.2.2	<i>Förändringsdilemmat applicerat på hälso- och sjukvården</i>	68
4.3	Ekonomiska styrinitiativ i förändringen av hälso- och sjukvården: Utgångspunkter inför den empiriska studien	72
4.3.1	<i>Organisering av förändringen: Ekonomiska styrinitiativ</i>	72
4.3.2	<i>Organiseringens förlopp: Styrinitiativets väg genom organisationen</i>	74
4.4	Sammanfattning	76
5	Den empiriska studien: Urval, datainsamling och analys	77
5.1	Studiens bakgrund: Beställarstyrning och förändringsarbete i tre landsting	77
5.2	Ekonomiska styrinitiativ och organisatorisk förnyelse i tre landsting	81
5.3	Datainsamling genom återkommande intervjustudier	85
5.4	Kodning och analys av datamaterialet	89
5.5	Sammanfattning	94
6	Hälso- och sjukvårdens utveckling och ekonomiska styrning	95
6.1	1990-talets förutsättningar och organisationsmoden	95
6.2	Den svenska hälso- och sjukvårdens uppbyggnad, ekonomi och aktörer	97
6.3	Ekonomisk styrning och kontroll i hälso- och sjukvården	100
6.3.1	<i>Budgetering och planering</i>	100
6.3.2	<i>Kontroll och styrning</i>	103
6.4	Sammanfattning	108

7	Västerbottens Läns Landsting (VL)	109
7.1	Bakgrund till styrinitiativen	109
7.2	Styrinitiativ 1: Prestationsersättning av basenheter	114
7.3	Styrinitiativ 2: Tillsammans skapar vi kvalitet	122
7.4	Styrinitiativ 3: Verksamhetsplanering med LOTS	130
8	Landstinget Sörmland (LS)	137
8.1	Bakgrund till styrinitiativen	137
8.2	Styrinitiativ 4: Beställarstyrning inom ramen för Sörmlandsmodellen	140
8.3	Styrinitiativ 5: Verksamhetsplanering med IOS	150
9	Landstinget i Uppsala Län (LUL)	157
9.1	Bakgrund till styrinitiativen	157
9.2	Styrinitiativ 6: Beställar/utförarförsöket i Enköping/Håbo	160
9.3	Styrinitiativ 7: Isidor, det stora sparpaketet	171
9.4	Styrinitiativ 8: Laboratorier på Akademiska blir resultatenheter	175
10	Förändringsdilemmat I: Den ekonomiska styrningens strukturerande egenskaper	183
10.1	Ekonomisk styrning och dess strukturering av verkligheten	183
10.2	Struktureringen av rummet	185
10.3	Struktureringen av tiden	190
10.4	Strukturering av aktörerna	194
10.5	Ekonomisk styrning som förändringsstrategi	204
10.6	Sammanfattning	207

11	Organiseringsförloppen kring de ekonomiska styrinitiativen	209
11.1	Typer av organiseringsförlopp	212
11.1.1	<i>Engångsförlopp med distinkta slut</i>	212
11.1.2	<i>Engångsförlopp med kvarlevande rutiner</i>	214
11.1.3	<i>Återkommande förlopp på grund av modifieringar</i>	217
11.1.4	<i>Återkommande förlopp på grund av periodisk nyproduktion</i>	219
11.2	Skilda tolkningar, skilda förloppsbeskrivningar	223
11.3	Sammanfattning	226
12	Förändringsdilemmat II: De ekonomiska styrinitiativens förändrande egenskaper	227
12.1	Styrinitiativens organisatoriska kontext	227
12.2	Resonemang i struktureringen av styrinitiativet och dess kontext	229
12.2.1	<i>Avgränsning bakåt i tiden</i>	230
12.2.2	<i>Överbrygning bakåt i tiden</i>	233
12.2.3	<i>Avgränsning framåt i tiden</i>	238
12.2.4	<i>Överbrygning framåt i tiden</i>	239
12.2.5	<i>Avgränsning mot parallella aktiviteter</i>	242
12.2.6	<i>Överbrygning till parallella aktiviteter</i>	243
12.3	Organisering kring styrinitiativ: Förändringar som temporär sammankoppling av organisationen	245
12.4	Sammanfattning	249
13	Ekonomisk styrning för förändring: Projektifieringsdilemmat	253
13.1	Två normsystem, två föreställningar om ekonomisk styrning	254
13.2	Förändringsdilemmat i praktiken: Projektifieringsdilemmat	258
13.2.1	<i>Projektfiering av rummet, tiden och aktörerna</i>	258
13.2.2	<i>Projektfieringsdilemmat: Styrinitiativen som förändring eller hantering?</i>	262

13.3	Ekonomisk styrning för förändring: Den övergående möjligheten	264
13.3.1	<i>Introduktionen av styrinitiativ som övergående möjlighet</i>	264
13.3.2	<i>Temporära organiseringsprocesser som övergående möjligheter</i>	265
13.3.3	<i>Återkommande organiseringsprocesser som övergående möjligheter</i>	267
13.3.4	<i>Från övergående till beständiga möjligheter: Styrinitiativ och behovet av långsiktighet</i>	270
13.4	Erfarenheter och förslag till vidare forskning	273
13.5	Sammanfattning	275
	Summary in english	307
	Referenser	317
	Bilaga 1: Genomförande av den empiriska datainsamlingen	339

1 Ekonomisk styrning och förnyelse i hälso- och sjukvården

Denna bok handlar om ekonomisk styrning i hälso- och sjukvården, och hur denna kan relateras till de förändringar som sker i sättet att arbeta och tänka i dessa organisationer. Hälso- och sjukvården är en ofrånkomlig del av medborgarnas vardag och en del av den offentliga sektorns kärna. Förändrandet av dessa organisationers funktionssätt och ekonomiska utfall är därför i sig viktiga och intressanta aktiviteter att studera.

Boken tar sin utgångspunkt i att ekonomisk styrning är ett vanligt sätt att åstadkomma förändring i hälso- och sjukvården, inte minst under det senaste decenniet. Ekonomisk styrning är inte bara en specialiserad stabsfunktion med uppgift att producera beslutsunderlag åt ledningen, utan ett sätt att styra hela organisationen. Ett centralt problem i sammanhanget är att den ekonomiska styrningen kritiserats för att den byråkratiserar och konserverar organisationer, och vi menar oss här kunna formulera ett förändringsdilemma med den ekonomiska styrningen: *Hur kan en styrform som byråkratiserar och konserverar organisationer samtidigt användas som en central förändringsstrategi?* Utifrån detta dilemma formulerar vi nedan studiens utgångspunkter, problemområde och syften.

1.1 Ekonomisk styrning: Ekonomi som styrform i organisationer

Ekonomistyrning i organisationer är normalt inte något som enbart kan anförtros en stabsfunktion. På samma sätt som marknadsföring ofta i praktiken sköts av betydligt fler än individerna på marknadsavdelningen så är ekonomisk styrning inte bara ett slags kameral stabssyssla utan också en ledningsfunktion. Ekonomisystemets utdata används som underlag i beslutssituationer, vilket innebär att de metoder ekonomistyraren använder sig av för att mäta olika aspekter av organisationens verksamhet inverkar på valet av framtida åtgärder. Genom att t ex avgränsa resultatenheter och mäta deras resultat kan beslutsfattarna i organisationen analysera varje del av denna för sig och besluta om omorganisationer och chefsbyten i de mindre lyckade fallen. Ekonomisystemet skall därför enligt teorin vara noggrant anpassat till organisationens övergripande mål, och förse organisationens ledning med adekvata fakta när beslut fattas för att förbättra måluppfyllelsen. Ekonomistyrning innebär med denna

syn att konstruera och vidmakthålla systemen för datainsamling och verksamhetsmätning, och att producera beslutsunderlag som underlättar koordineringen och styrningen av organisationen i linje med de övergripande mål som satts upp (jfr Horngren & Sundem, 1990: 4). Mot tillämpningen av denna syn på hälso- och sjukvården talar dock många av de erfarenheter som de senaste decenniernas organisationsforskning lett till.

I motsats till den anglosaxiska ekonomistyrningslitteraturens antaganden om organisationen som ett överblickbart och styrbart objekt ställs ofta bilden av sjukvården som "löst kopplad" (jfr Weick, 1976). Organisationer inom hälso- och sjukvården har en mångfald av intressenter med sinsemellan olika intressen och möjligheter att påverka, vilket kräver ekonomiska styrsystem som kan tillfredsställa en mängd olika informationsbehov. De har starka institutionella omgivningar, vilka i praktiken hänvisar organisationen till en begränsad uppsättning strukturformer och redovisningssystem (Meyer & Rowan, 1977). De rymmer en mängd olika professioner, produktionslogiker och lokala föreställningsvärldar som gör formulering av, och acceptans för, enhetliga organisationsövergripande styrsystem ytterst svåra (jfr Coombs, 1987). De kan uppvisa "sediment" av tidigare styrsystem som kan förleda och till och med motverka nya dylika (jfr Berger & Luckmann, 1966: 85ff). I ljuset av dessa komplexitetsfaktorer framstår mycket av den traditionella teknik- och beslutsorienterade teoribildningen som en ledningsrationalistisk fiktion i studiet av hälso- och sjukvårdens ekonomistyrning.

Den syn på ekonomistyrning som skisseras ovan pekar mot att den förknippas med samma "imperfektioner" som andra former av organisationsstyrning, dvs problem med långtidsplanering, konflikter inom organisationen, irrationalitet och hyckleri, institutionella och kulturella "tvångströjor". Vi kommer fortsättningsvis att använda oss av begreppet *ekonomisk styrning* för att betona ekonomistyrningens karaktär av handlingsgenererande ledningsaktivitet (med alla de inskränkningar i verkningsgrad som ledningsaktiviteter ofta uppvisar). Ekonomisk styrning definieras här som de rutiner för systematisk mätning och beskrivning av organisationens verksamhet som upprätthålls av ledningen i syfte att uppnå de organisationsmål ledningen ger uttryck för. En liknande svensk terminologi används av Frenckner (1989: 15), som föredrar termen "ekonomisk styrning" framför "ekonomistyrning", då han i likhet med oss studerar:

"...styrning med ekonomiska styrmedel, dvs med priser, kostnader, avgifter, skatter, subventioner, budgetramar osv. Det är ej styrning av ekonomisystemen eller styrning utförd av ekonomer" (ibid.)

Till skillnad från t ex Kullvén (1994:2) ser Frenckner därmed styrningens innehåll som avgörande för kategoriseringen av den, dvs det spelar ingen roll om den ekonomiska styrningens ”avsändare” är ekonomer eller ej. Följaktligen är vår definition av ”ekonomisk styrning” vidare än den som vanligtvis tillämpas inom ekonomistyrningsforskningen (jfr t ex Lind, 1996: 9f), vilket Otley (1994) menar är förutsättningen för att kunna förstå hur den ekonomiska styrningen samverkar med sin organisatoriska kontext.

Mot den strikt teknik- och beslutsorienterade synen på ekonomistyrning kan sålunda ställas en mer handlingsorienterad syn. Enligt den senare är ekonomisystemet en bland andra ledningsaspekter i organisationen, och har i likhet med personalpolitik, produktionslogik, ledarskap och arbetsmiljö en effekt på handlandet i organisationen även mellan beslutstillfällena (Macintosh, 1994: 2). Vetskapen om sätten att fastställa internpriser, beräkna underenheters resultat och jämföra produktionskvaliteten leder till att individer och grupper i organisationen kan anpassa sitt dagliga agerande i riktning mot vad de upplever att styrsystemen utpekar som önskvärt (Eccles & Nohria, 1992: 154). Som Swieringa & Weick (1987: 294) konstaterar genererar ekonomiska styrsystem handling, men då snarare som ett resultat av hur den ekonomiska informationen tagits fram och presenterats än som konsekvens av omsorgsfullt fattade beslut:

”What analysts miss when they focus on accounting information as a means to improve decisions is the effect the same information may have on action. Good decisions do not automatically flow into forceful action. In fact, the procedures necessary to produce high quality decisions may produce cautious, hesitant, conservative, incremental action through their effects on motivation and commitment. Alternatively, analytically imperfect, biased accounting measures which can be viewed as misleading inputs to decision-making, may sometimes stimulate forceful, sustained, self-validating action.”

Resonemanget ovan är inte ovanligt; inom såväl företagsekonomisk som statsvetenskaplig forskning har det de senaste decennierna varit högsta mode att utifrån olika aspekter ifrågasätta det deskriptivt riktiga i att beskriva sociala system i termer av de beslut som fattas i dem (jfr t ex Brunsson, 1989). Varken beslutsprocesserna i sig eller implementeringen av fattade beslut uppvisar de programmerade, logiska egenskaper som normativa teoribildningar anger som centrala för det framgångsrika ledarskapet. Organiseringen kring besluten förlöper sällan som förväntat, och mycket av de för organisationen viktiga aktiviteterna äger rum oberoende av (eller rentav trots) besluten. Samtidigt är aktivi-

teter utförda i syfte att fatta och implementera väl utformade beslut en viktig del av ledarskapet i de flesta organisationer, vilket innebär att beslutsfattandet i sig är en del av organiseringen av den ekonomiska styrningen.

Att analysera ekonomiska styrsystem i termer av organisering innebär en i många stycken annorlunda forskningsansats jämfört med traditionell ekonomistyrningsforskning. För det första innebär det att aktiviteterna *kring* de ekonomiska styrsystemen studeras snarare än enbart besluten och teknikerna *i* dem. Det som konstituerar och upprätthåller systemen är *til syvende og sidst* organiserad handling, och utan förståelse för handlandet når man inte heller förståelse för det ekonomiska styrsystemets roll i organisationen (se t ex Boland & Pondy, 1983). För det andra innebär det att samtliga involverade aktörers upplevelser av det ekonomiska styrsystemet (inklusive systemkonstruktörernas intentioner med det) studeras snarare än enbart de mål ledningen ger uttryck för. Organiseringen av ekonomistyrningen är nära knuten till de tolkningar aktörerna gör av den, och för att förstå organiseringen måste man också förstå den verklighetsuppfattning som ligger till grund för denna. För det tredje innebär en ansats som söker förståelse för organiseringen *kring* ekonomistyrningen att man erkänner olikheter mellan aktörer. Beroende på bakgrund, utbildning, yrke, grupptillhörighet i organisationen mm kommer olika aktörer att tolka denna olika och därmed också handla olika (jfr Broadbent, 1992).

1.2 Ekonomisk styrning för förnyelse i hälso- och sjukvården: Ekonomiska styrinitiativ

Reformarbetet inom sjukvården har mot bakgrund av stora offentliga budgetunderskott varit intensivt i såväl Sverige som i andra industriländer (jfr Hood, 1995). De senaste tio åren har för svensk sjukvård inneburit ständiga förändringar från rikspolitiskt håll, samtidigt som man internt i landstingen ”experimenterat” med olika former för ledning, resursallokering och resultatmätning (se t ex; Sköldberg, 1991; Saltman & von Otter, 1992; Jacobsson, 1994b; Lundin & Söderholm, 1997). Idéerna om konkurrensutsättning och privatisering har dock modifierats sedan de mött praktiken, och det går (inte minst efter 1994 års val) på sina håll att skönja såväl reträtter som sidoflyttningar från de ursprungligen så djärva positionerna (jfr t ex Öhrmings, 1997, beskrivning av Landstinget Sörmland).

Bakom de flesta interna initiativ låg i slutet av 1980-talet en tilltro till marknaden som resursfördelningsmekanism och storföretaget som lednings-

system, vilket har gett merparten av styråtgärderna en ”ekonomistisk” karaktär. Politiker och administratörer har sedan landstingens tillkomst 1862 egentligen aldrig haft någon möjlighet att direktstyra hälso- och sjukvårdsverksamheten; starka professioner och en för lekmanen ofta svårbegriplig verksamhet har gjort att man nöjt sig med att styra ”på distans” (Gustafsson, 1987; Erichsen, 1995). Till detta kommer att läkare och sjuksköterskor är uppsplittrade på olika specialiteter med olika status och att rationaliseringsmöjligheterna är svåra att ta tillvara på de externa begränsningar medicinsk etik och patienttillströmning innebär. Dessutom är administratörernas kompetens att direktstyra sjukvård oftast låg, och de organisationslösningar som kan anses legitima är de som andra landsting redan funderar på eller har genomfört. (Hasselblad, 1994) Det gängse förnyelse-receptet är att öka kontrollen, dvs avkräva underenheterna beskrivningar av verksamheten och dess resultat, beskrivningar gjorda med en terminologi som de överordnade enheterna förstår sig på (för ett tidigt exempel, se Rhenman, 1969). I en förnyelsesituation som i mångt och mycket är framsprungen ur en tilltagande resursknapphet ses det därmed som viktigt att enskilda underenheter kan mäta sin produktion och relatera denna till resursåtgång och kvalitetskrav.

Styrning på organisatoriska nivåer ovanför enskilda kliniker (dvs sjukhus, förvaltningar och landsting) har således i mångt och mycket kommit att handla om att utforma och implementera reformeringar av strukturerna för ledning, resursallokering och resultatmätning. Genomgående är det ekonomisk styrning som står på agendan i början av 1990-talet; ledarskapet definieras som resultatansvar, resurserna fördelas genom marknadsliknande förhandlingar och vårdresultaten värderas i ekonomiska termer. (jfr Lundin & Söderholm, 1997)

Att ekonomisk styrning är något centralt i landstingsorganisationerna är således inte bara ett resultat av ”marknadseufori.” Givet att organisationen är vertikalt löst kopplad är ett icke oväsentligt inslag av reformer formulerade som ekonomisk styrning ofrånkomligt (givet att förebilden är det privata storföretaget). Mot bakgrund av detta har man då inte heller svårt att argumentera för en ”företagisering” (Forssell, 1994) av underenheterna, eftersom någon form av gränser krävs mellan dessa för att deras respektive resultat skall kunna isoleras och deras respektive chefer utvärderas. För att underenheternas chefer skall kunna påverka det resultat de kommer att utvärderas utifrån krävs då tydligare beskrivningar av produktionen i effektivitets- och kvalitetstermer, mekanismer för att reglera interna mellanhavanden underenheterna emellan, identifiering av kostnadsbärare, osv. Mycket av ledningsarbetet inom hälso-

och sjukvården har också mycket riktigt ägnats åt att reformera dessa strukturer. Nya system och synsätt har provats ut och införts, gamla har förklarats önskade eller underordnats de nya. Vi har valt att använda begreppet *ekonomiska styrinitiativ* för sådana reformer, dels för att betona deras (i förhållande till sjukvården) ”ekonomistiska” innehåll, dels för att peka på att vi på organisationernas komplexitet ser sjukvårdens tjänstemannaledningar som ambitiösa ”avsändare” av reformerna snarare än som allsmäktiga genomdrivare.

1.3 Förändringsdilemmat: Ekonomisk styrning som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården

Som framgått är inte ekonomiska styrsystem i praktiken neutrala och objektiva. De påverkar tvärtom organisatoriska skeenden, uttrycker ledningens värderingar och tilldelas symboliska innebörder utöver de rent instrumentella (jfr även Tinker, Merino & Neimark, 1982; Cooper, 1983; Boland, 1989). En viktig anmärkning i detta sammanhang går ut på att ekonomiska styrsystem inte förmår ifrågasätta sig själva eftersom deras konstruktion gör att konflikter, osäkerhet och möjligheter till förändringar och lärande filtreras bort (Hedberg & Jönsson, 1978). De ekonomiska styrsystemen blir självupprätthållande genom att rutinerna med tiden utvidgas till att bli ritualer, som i sin tur blir viktigare att genomföra än organisationens verkliga uppgifter (jfr Meyer & Rowan, 1977; Starbuck, 1983). Det blir härigenom svårt för komplexa organisationer att i praktiken följa contingency-teorins grundregel att ständigt anpassa sin rådande struktur till förutsättningarna i omgivningen (Cooper, 1983). Risken är snarare att de ekonomiska styrsystemen genom sin karaktär av reproducerande ritualer konserverar de befintliga rutinerna och därmed i praktiken motverkar förnyelse, vilket leder till att man hamnar i en ”byråkratins onda cirkel” (Crozier, 1964: 187ff).

Detta resonemang pekar mot två motstridiga slutsatser: (1) Ekonomisk styrning spelar en inte oväsentlig roll i förändringen av organisationer, vikten av detta ökar med ökad komplexitet, (2) de ekonomiska styrsystemens centrala roll innebär att deras upprätthållande ses som viktigt, och det handlande som sker i relation till den ekonomiska styrningen låses därmed lätt i bestämda rutiner som de facto är svåra för ledningen att förändra. Nöjer man sig med att förvalta organisationen är detta gott och väl. Försöker man förnya och förändra den (eller rentav upplever sig vara tvungen att göra så) är den ekonomiska styrningen problematisk.

Inom teoribildningen om ekonomisk styrning har spörsmål om ekonomisk styrning och organisationsförändring tilldragit sig ett förvånansvärt litet intresse. De traditionella, normativt ledningsorienterade, synsätten har visserligen utmanats av nya perspektiv (Chua, 1986; Gaffikin, 1994; Otley, Broadbent & Berry, 1995; Alvesson & Willmott, 1996: kap 6) som beskrivit ekonomiska styrsystem som utsatta för manipulation och som arenor för maktutövning, internpolitik och kulturkrockar. Kulturteori har använts för att bl a beskriva systemen som organisatoriska symboler och kulturbärare (Melander, 1995), och den kritiska teorin har t ex kompletterat med resonemang om ”ekonomisering” av organisationer som mental kolonisering av de anställda (Broadbent, Laughlin & Read, 1991; Laughlin, 1995). Men ett teoretiskt ramverk för att analysera den ekonomiska styrningens roll i förändringssituationer saknas nästan helt i dessa nyare ansatser (se dock Broadbent (1992), Hopwood (1987, 1990) samt Laughlin (1991) för några tentativa resonemang).

En del av inspirationen till ett sådant ramverk står att finna i teoribildningen kring organisationsförändring. De flesta av de många modeller och forskningsansatser som ryms inom detta vittförgrenade område kan sägas utgå ifrån ett projekt/processtänkande, där organisationsförändringar ses som satsningar som pågår över tiden och som behöver ständig ledning och aktivitet för att uppnå de önskade resultaten (se t ex Miller & Friesen, 1984; Hinings & Greenwood, 1988; Burnes, 1992). Studier av organisationsförändring kan i mångt och mycket sägas vara studier av ofullkomlighet. Ledningar har sällan kontroll över förändringsprocesserna, och förändringarna genomförs sällan som avsett. Här har forskare inom kulturteori och neo-institutionell teori pekat på att djupt rotade föreställningsmönster i och kring organisationen är det som slutligen behöver förändras och att detta dessutom är synnerligen svårt (Sköldberg, 1991; Brunsson & Olsen, 1993).

Lite hårddraget kan snittytan mellan teoribildningen om organisationsförändring och teoribildningen om ekonomisk styrning beskrivas på följande sätt: Teorier om organisationsförändringar är i allmänhet teorier om hur organisatoriska handlingsmönster kan förändras över tiden (Burnes, 1992), och genom tillämpningen av kulturteori/socialkonstruktionistiska ansatser har teorierna alltmer kommit att handla om beskrivningar av de mönster av föreställningar som ligger ”bakom” det organisatoriska handlandet. Teorier om ekonomisk styrning är däremot i allmänhet icke-dynamiska teorier om hur ekonomiska styrsystem bör/kan vara utformade, och genom tillämpningen av kulturteori/socialkonstruktionistiska ansatser har teorierna alltmer kommit att beskriva den ekonomiska styrningen som en särskild sorts föreställningar med

särskilda handlingsimplikationer. Vårt intresse inriktas således på att studera hur ledningsaktörer i hälso- och sjukvården uppfattar den ekonomiska styrningen och organiserar sig kring förändringar av denna (dvs ekonomiska styrinitiativ).

Ekonomiska styrinitiativ av det slag som nämndes i avsnitt 1.2 ovan leder naturligtvis inte till den önskade förändringen bara för att de introducerats i hälso- och sjukvården. De löser i sig inga effektivitets- eller kvalitetsproblem, skapar i sig inga väl avgränsade och ledda underenheter. Beroende på hur styrinitiativen hanteras i de underenheter som tänks förändras kan resultaten bli mycket olika. Ekonomiska styrinitiativ är i praktiken nya administrativa rutiner som genom att de omsätts i organiserad handling av chefer och administratörer i underenheterna skall ge idéer och underlag till beslut som bidrar till att de problem som föranledde styrinitiativen löses. Organiseringen kring styrinitiativen sker dock utifrån underenheternas egna upplevelser av styrinitiativen (som inte på något sätt behöver överensstämma med ledningens dito), och de eventuella idéer och beslut som organiseringen leder till behöver därmed inte överensstämma med de ursprungliga intentionerna. Organiseringens förlopp ser dessutom sannolikt olika ut beroende på vilken del av organisationen som studeras, vilket styrinitiativ som studeras samt vilken organisation som studeras. Förhållandet mellan organiseringen kring styrinitiativen och upprätthållandet av de befintliga ekonomiska styrsystemen är då av stor vikt för att förstå hur organisationsförändringen är relaterad till styrinitiativen.

1.4 *Studiens syfte: Ekonomiska styrinitiativ och organisatorisk förändring*

Av ovanstående resonemang kan vi för det första konstatera att ekonomisk styrning är problematisk i en förändringssituation. Enligt den traditionella synen skall utformningen av ekonomistyrssystemet ske i efterhand för att passa den existerande organisationsstrukturen och inte ha med den faktiska förnyelsen att göra. Dessutom har ekonomiska styrsystem en tendens att reproducera sig själva, vilket innebär att det kan bli problem med att såväl ”tina upp” som ”återfrysa” (Lewin, 1958) en organisation i syfte att införa nya rutiner och handlingsmönster. Vidare är det den ekonomiska styrningen som den upplevs av olika aktörer i organisationen som ligger till grund för organiseringen, inte den rent tekniska utformningen och implementeringen. Olika aktörer och

grupper av aktörer handlar olika i förhållande till den ekonomiska styrningen beroende på vilka grundläggande föreställningar de har om verksamheten.

För det andra kan vi konstatera att hälso- och sjukvården det senaste decennierna verkar ha valt just administrativa reformer som förnyelseverktyg, och att denna typ av organisationer genom sin komplexitet dessutom lämpar sig för denna typ av styrning. Beskrivningar och belysningar av förändringsarbete i kommuner och landsting fokuseras ofta på svårigheterna med att bedriva just förändringsarbete; det kringrända ledarskapet, den politiska irrationaliteten och de institutionella modeväxlingarna är återkommande teman (se t ex Borgert, 1992; Czarniawska-Joerges, 1992; Brunsson & Olsen, 1993; Jacobsson, 1994b; Bergevärn, Mellemvik & Olson, 1995; Müllern & Östergren, 1995; Lundin & Söderholm, 1997). Däremot verkar konsekvenserna av att använda ekonomiska styrinitiativ som innehåll i förändringsförlopp vara sorgfälligt utredda; teoribildningen inom Management Accounting/Management Control uppvisar ytterst få exempel på studier av ekonomisk styrning som ”input” i förändringssituationer (se dock Hopwood, 1987; Laughlin, 1991; Broadbent, 1992; Melander, 1995).

Utifrån ovanstående formulerar vi syftet med studien som att:

- utifrån ett förändringsperspektiv på ekonomisk styrning analysera den ekonomiska styrningens användning som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården.

Att studera den ekonomiska styrningens användning som förändringsstrategi får både en praktisk och en teoretisk innebörd. Det praktiska bidraget ges i form av en ökad kunskap om hur ekonomisk styrning kan vara en drivkraft eller ett hinder för förändring inom landstingens hälso- och sjukvårdsverksamheter. Teoretiskt menar vi att den befintliga teoribildningen om ekonomisk styrning nått långt när det gäller samspelet mellan intern ekonomistyrning och organisatoriskt handlande, men att studier av och teorier om detta samspel i förändringssituationer nästan helt saknas. På motsvarande sätt utgår teoribildningen om organisationsförändring nästan uteslutande ifrån hela organisationen som förändringsobjekt och förmår därför inte heller skilja förändringar av de ekonomiska styrsystemen från andra förändringar. I snittytan mellan dessa teoribildningar finns med andra ord ett dubbelt tillkortakommande. Genom att studera ekonomisk styrning som förändringsstrategi vill vi föra kunskapen i denna snittyta framåt.

Detta innebär praktiskt att vi ska:

- analysera hur ekonomiska styrinitiativ introduceras i hälso- och sjukvården, och hur organiseringsprocesserna kring dessa förlöper,
- analysera hur organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen relateras till den organisatoriska kontext som de är avsedda att förändra, samt att utifrån detta
- utveckla teoretiska begrepp för hur den ekonomiska styrningen hanteras som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården.

1.5 Bokens disposition

Bokens övergripande disposition består av tre huvudsakliga delar. Den första delen (I) omfattar kapitlen 1-4 och behandlar de metodologiska och teoretiska överväganden vi gjort i studien, och anger utgångspunkterna inför del II. I denna del (kapitlen 5-9) presenteras hur vi praktiskt gått tillväga med vår studie, det ges en allmän beskrivning av svensk hälso- och sjukvård samt ingående fallbeskrivningar av åtta ekonomiska styrinitiativ i tre landsting. Bokens tredje och avslutande del (kapitlen 10-13) består av en analys av de empiriska resultaten, empiriska och teoretiska slutsatser samt förslag till vidare forskning.

I kapitel 2 redogör vi närmare för vår syn på forskning och på organisationer. Ett centralt tema i kapitlet är att ekonomisk styrning är en viktig del i organisationsmedlemmarnas reproduktion av organisationen, och att förändringar av den ekonomiska styrningen bör studeras som processer. I kapitlet formuleras förändringsperspektivet på ekonomisk styrning och några centrala metodologiska spörsmål diskuteras.

I kapitel 3 förs de metodologiska resonemangen vidare, här beträffande ekonomisk styrning och hur denna bedrivs i organisationer. Teoribildningen om ekonomisk styrning analyseras, och de huvudsakliga perspektiven som influerat denna studie identifieras och beskrivs. Kapitlet, som inriktas på att diskutera hur den ekonomiska styrningen bidrar till att strukturera organisationer, avslutas med en genomgång av vår positionering inom teoriområdet.

Kapitel 4 är även det ett teorikapitel, och behandlar frågan om organisatorisk förnyelse/förändring i relation till de ekonomiska styrsystemen. Vi redogör för vår syn på organisationsförändring, analyserar den ekonomiska styrningen utifrån denna syn samt konkretiserar begreppet ”ekonomiska styrinitiativ”. Kapitlet avslutas med en genomgång av vår positionering inför den empiriska studien.

I kapitel 5 redogörs för hur vi praktiskt gått tillväga i våra empiriska studier av organiseringsprocesser kring ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården. Vi redogör här för urval av styrinitiativ, tillvägagångssätt vid datainsamling, samt för analysarbetet.

Kapitel 6 ger en övergripande introduktion till svensk hälso- och sjukvård. Framställningen inriktas på förnyelseproblem och styrformer i syfte att förmedla en förståelse för den institutionella kontext i vilken landstingen och styrinitiativen studeras.

I kapitel 7 presenteras vår studie av Västerbottens Läns Landsting, med tonvikt på de ekonomiska styrinitiativen prestationsersättning, verksamhetsplanering och kvalitetsstyrning.

I kapitel 8 presenteras vår studie av Landstinget Sörmland, med tonvikt på de ekonomiska styrinitiativen beställarstyrning och verksamhetsplanering.

I kapitel 9 presenteras vår studie av Landstinget i Uppsala Län, med tonvikt på de ekonomiska styrinitiativen beställarstyrning, besparingsprojekt och införande av resultatenheter.

Kap 10 utgörs av en analys av hur den ekonomiska styrningen strukturerar hälso- och sjukvårdsorganisationerna, samt hur denna strukturering kan ställas i relation till den förändringsambitioner tjänstemannaledningarna har.

Kap 11 utgörs av en analys av organiseringsförloppen kring de ekonomiska styrinitiativen, och utmynnar i en beskrivning av de förloppsvarianter som våra empiriska exempel uppvisar.

I kapitel 12 analyseras organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen i termer av hur de relateras till den organisatoriska kontexten, och grundläggande resonemang i aktörernas bilder av denna relation beskrivs.

I kapitel 13 lyfter vi blicken något för att diskutera ekonomisk styrning och organisatorisk förnyelse i hälso- och sjukvården. Ett centralt tema är att ekonomiska styrinitiativ kan ses som övergående möjligheter till förändring, där den ekonomiska styrningen innehåller möjligheter som dock är av övergående natur p g a organiseringsprocessernas tidsavgränsade karaktär. Kapitlet

avslutas med våra erfarenheter av forskningsarbetet samt förslag till fortsatt forskning.

2 Metodologiska utgångspunkter: Ett förändringsperspektiv på ekonomisk styrning

Att studera ekonomisk styrning utifrån ett förändringsperspektiv är, som framgått av kapitel 1, en i mångt och mycket annorlunda ansats jämfört med traditionell ekonomistyrningsforskning. Därmed inte sagt att det råder brist på annorlunda ansatser; såväl Puxty (1993) som Macintosh (1994) redogör för en mängd olika ideologiska och metodologiska skolbildningar inom denna forskning som alla på sitt sätt utmanar ”traditionen” och söker sig bortom dess begränsningar. Därmed heller inte sagt att den traditionella ekonomistyrningsforskningen är enhetlig och föremål för konsensus; rågången mellan det traditionella och det nya är inte alldeles klar, och kan svårligen dras mellan olika skolbildningar. Detta beror inte primärt på någon klassifikatorisk oenighet bland de många som försöker sig på översikter av ekonomistyrningsforskningens utveckling, utan snarare på att ekonomistyrningsforskning bedrivs av forskare med skilda vetenskapsteoretiska utgångspunkter (Chua, 1986; Otley, Broadbent & Berry, 1995). Utan ett explicitgörande av de grundläggande antagandena blir en teori- eller skolbildning mest en etikett utan genomtänkt koppling till innehållet.

Detta kapitel är en redogörelse för vår syn på forskning om ekonomisk styrning i organisationer, och syftar till en fördjupad förståelse för förändringsperspektivet och för den forskningsstrategi vi tillämpat i studien. Vi inleder med att redogöra för de vetenskapsteoretiska överväganden vi gjort, och fortsätter med att utifrån dessa överväganden diskutera de grundläggande begrepp och perspektiv som det studerade området inbegriper. Kapitlet avslutas med en diskussion kring studiens ”vetenskaplighet”, dvs kring sanningskriterier och överförbarhet.

2.1 **Verklighetssyn, kunskapssyn och perspektiv: Om studiens vetenskaplighet (I)**

Sedan Thomas Kuhn i början av 60-talet publicerade den på flera sätt epokgörande boken *De vetenskapliga revolutionernas struktur* (1992) har begreppet paradigm blivit allt vanligare i den samhällsvetenskapliga metodlitteraturen. Kuhns beskrivning av hur vetenskapliga revolutioner/paradigmbyten går till har mött en hel del kritik, men paradigmbegreppet i sig har överlevt, inte minst i form av en uppmaning till forskare att artikulera och problematisera den forsknings-tradition de anser sig vara delar av (se t ex Törnebohm, 1978: 137). Artikuleringen består i att medvetandegöra sina grundläggande antaganden och att argumentera för att dessa (1) leder till att intressanta problemställningar kring ett fenomen kan formuleras, (2) innehåller god vägledning för hur problemställningarna praktiskt kan beforskas. Problematiseringen är mindre vanlig och dessutom svårare¹, men likväl viktig; paradigmen ger inom sig trygghet och stadga åt forskningen, men fungerar samtidigt som skygglappar, som mentala likriktare som utesluter alternativa synsätt. En diskussion kring en vetenskaplig studies paradigm bör således dels beröra själva paradigmet och dess utgångspunkter, dels de eventuella eller möjliga nackdelar paradigmet har för den aktuella studien. I detta och påföljande avsnitt skall vi argumentera för vårt synsätt på hur ekonomisk styrning i organisationer bör beforskas, för att i kapitlets slut resonera kring de problem och möjligheter den valda ansatsen har för studiens vetenskapliga värde.

Lindholm (1979: 58) menar att en diskussion kring en studies paradigm ”implicerar ställningstaganden av ontologisk, kunskapsteoretisk och värde-teoretisk karaktär.” Med detta menas att bakom varje vetenskaplig studie ligger implicita eller explicita åsikter hos forskaren rörande verklighetens natur, möj-

¹ Lindholm (1979: 56) definierar paradigmbegreppet på följande sätt: ”Med paradigm menar jag en uppsättning normer eller föreställningar som i ett visst forskarsamfund påverkar forskarnas uppfattning om vad man skall forska på och hur man skall göra det.” Lindholm ser m a o paradigm som något den enskilde forskaren socialiseras in i, och i likhet med all annan socialisation i vuxen ålder innebär detta att man anpassar sig till de institutionella beteendemönster som råder i ens sociala kontext (jfr även Berger & Luckmann, 1966: 158). Att medvetandegöra, artikulera och kritisera institutionella beteendemönster är inte helt lätt, och kräver både distans och reflektion. Att dessutom i handling bryta mot institutionerna är nästan omöjligt om man önskar fortsätta sitt medlemskap i sin befintliga sociala kontext. I praktiken är ambitionen att problematisera sitt paradigm ofta just en ambition, som man med andras hjälp får eftersträva så gott det nu går.

ligheterna och sätten att nå kunskap om denna verklighet, samt vilka forskningsmetoder eller företeelser som är riktiga att använda eller studera.

När det gäller synen på verkligheten är vi i likhet med Johansson Lindfors (1989: 15ff) ”filosofiskt ambivalenta.” Å ena sidan kan man se världen som existerande i sig själv, oavsett om någon förnimmer den med något sinne. Det finns då en sann verklighet, om vilken vi bör försöka formulera sanningar genom att oupphörligen förfinna våra forskningsmetoder (jfr Popper, 1963). Å andra sidan kan man se världen som den subjektiva upplevelse av den som vi erfar genom våra sinnen, och hävda att det enda vi kan uttala oss om är våra (och indirekt andras) sinnesförnimmelser av det fenomen vi beforskar. Detta är inget enkelt val man gör givet ett visst forskningsproblem; tror man att det finns en objektiv verklighet kommer man att söka kunskap om den, tror man att världen är subjektivt upplevd kommer man att söka kunskap om individens upplevelse av den. Det ontologiska ställningstagandet får därmed viktiga konsekvenser för såväl forskningsområde, forskningsproblem, forskningsmetoder som sanningskriterier.

Ett sätt att hantera ambivalensen kan vara att konstatera att mycket av det man upplevt också upplevts av andra, dvs att det föreligger intersubjektivitet kring vissa upplevelser (Louis, 1981; Lindgren, 1996: 17f). Den intersubjektivt upplevda världen är dels sann för individerna, dels för gruppen som helhet, förutsatt att man har samma grundläggande tolkningsramar och normsystem. Genom att interagera med varandra, genom att socialiseras in i gemenskaper, genom att anpassa sig till institutionaliserade beteendemönster, kommer individer att i ökande grad uppleva saker och ting på liknande sätt². För forskaren innebär det att man inte nödvändigtvis är hänvisad enbart till individsubjektiva upplevelser bara för att man förnekar att en verklig värld finns. Vissa upplevelser kommer individerna att vara så rörande överens om att man i praktiken nästan skulle kunna säga att det är den sanna, objektiva

² Giddens (1984: 28) menar att denna process pågår oavsett om man fysiskt interagerar (social integration) eller enbart definierar sig som medlem av samma kollektiva sammanhang (systemisk integration). T ex så kan anställda på en klinik i ett stort svenskt landsting utveckla en intersubjektiv världsbild genom att de dagligen träffas på samma plats, samtidigt som de också kommer att relatera sig till landstinget i stort genom att på olika sätt få kännedom om händelser i landstingets historia (överbryggning i tiden) eller händelser i andra delar av landstinget (överbryggning i rummet). Detta innebär dock inte att det föreligger en fullständig intersubjektivitet mellan alla medlemmar av landstinget, eftersom den organisatoriska tillhörigheten bara är en del av arbetsplatsstillvaron. Inom sjukvården kan således olika professioner eller organisationsroller leda till att olika grupperingar har olika intersubjektiva föreställningar om samma fenomen.

verkligheten vi upptäckt. Byggnader, apparatur, sängar annat tillhör aspekter av det sociala livet i hälso- och sjukvården som anställda och patienter med hög grad av intersubjektivitet kan uppleva som existerande. Däremot är mer ”opåtagliga” fenomen som ”stämningen på kliniken”, ”läkarjargongen” eller ”intern konkurrens” sannolikt svårare att finna några enhetliga upplevelser av, eftersom människor upplever och känner så mycket mer än de ytfenomen som fysisk existens eller färg utgör. Som kommande avsnitt i detta kapitel visar kräver ett förändringsperspektiv på ekonomisk styrning att aktörers föreställningar studeras; traditionell ekonomistyrningsforskning sysselsätter sig ofta med den generaliserbara ”yta” som redovisningsdata och ekonomistyrningstekniker utgör, och betydligt mer sällan med de fallspecifika tolkningar och handlingar den ekonomiska styrningen ger upphov till (Chua, 1986: 613). I föreliggande studie intar vi därmed en ontologisk ståndpunkt som betonar människors intersubjektiva upplevelser som källan till empirisk kunskap om förändringarna av hälso- och sjukvårdens ekonomiska styrning.

I och med att vi pekat ut människors upplevelser som det som skall studeras för att angripa forskningsproblemet, så har vi också sagt att forskningsansatsen kommer att kännetecknas av en strävan att försöka förstå och tolka de studerade sociala sammanhangen så bra som möjligt. Eftersom vi förutsätter att den verklighet som skall studeras är den verklighet aktörer själva upplevt och agerat utifrån så förutsätter man också att det inte finns några fakta ”utöver” eller ”bortom” denna verklighet som påverkat deras agerande. De teorier vi som forskare formulerar måste då bygga på just vad aktörerna förmedlat.

Traditionellt brukar man se den ovan beskrivna ansatsen som induktiv, där forskaren samlar intryck och sedan genererar en teori utan att vara försedd med några teoretiska förföreställningar om det studerade fenomenets natur. Detta för att inte frestas att lägga ett teorins rutnät över intrycken och därmed riskera att missa det unika i det aktuella datamaterialet:

”An effective strategy is, at first, literally to ignore the literature of theory and fact on the area under study, in order to assure that the emergence of categories will not be contaminated by concepts more suited to different areas. Similarities and convergences with the literature can be established after the analytic core of categories has emerged.” (Glaser & Strauss, 1967: 37)

Detta angreppssätt ställs i metodlitteraturen ofta mot deduktionen, dvs att etablera en teori genom att testa en teoretiskt härledd hypotes på ett empiriskt material (se t ex Holme & Solvang, 1991: 51; Johansson Lindfors, 1993: 55ff). På senare år har denna dikotomi ifrågasatts på olika sätt, och flera författare

föreslår medelvägar och kombinationer mellan/av ansatserna (se t ex Sköldberg, 1991: 344ff; Johansson Lindfors, 1993: 59f; Alvesson & Sköldberg, 1994: 41f). Gemensamt för dessa är att de ser både induktion och deduktion som ouppnåeliga ideal; induktivisten kan inte undvika att ha någon form av teoretisk förföreställning om sitt undersökningsområde, och deduktivisten kan inte undvika att ha erfarenheter av eller förväntningar på empirins uppförande när han/hon utformar sin teoritest. I grund och botten verkar problemet bestå i att den begreppsliga tudelningen av forskarens verklighet i empiri och teori är omöjlig att upprätthålla i praktiken. Om man tror att teori och empiri alltid går att separera från varandra kommer man också att tro att induktion och deduktion är två var för sig eftersträvansvärda och varandra uteslutande ideal.

Vår syn på kunskapsbildning och teorigenerering ligger i en kombination av induktion och deduktion, det som Kaj Sköldberg (i Sköldberg, 1991: 343ff och Alvesson & Sköldberg, 1994: 42f) valt att kalla abduktion:

”Induktion utgår ifrån empiri och deduktion ifrån teori. Abduktionen utgår ifrån empiriska fakta liksom induktionen, men avvisar inte teoretiska förföreställningar och ligger i så motto närmare deduktionen. Analysen av empirin kan t ex mycket väl kombineras med, eller föregripas av, studier av tidigare teori i litteraturen: inte som mekanisk applicering på enskilda fall, utan som inspirationskälla för upptäckt av mönster som ger förståelse. Under forskningsprocessen sker således en alternering mellan (tidigare) teori och empiri, varvid båda successivt omtolkas i skenet av varandra.” (Alvesson & Sköldberg, 1994: 42)

I Alvesson & Sköldbergs version utgår den abduktiva forskningsprocessen ifrån observerade empiriska regelbundenheter i ett enskilt fall, vilka man söker begripliggöra i teoretiska termer för att sedan empiriskt testa de teoretiska resonemangen på ytterligare fall. Vi har (i likhet med Alvesson & Sköldberg) tolkat begreppet ”empiriska regelbundenheter” på så sätt att det både kan inrymma empirisk och teoretisk förförståelse, såväl personliga erfarenheter som från litteraturen inhämtade (jfr även Gummesson, 1991: 58). Som ovan påpekats är forskarens upplevelser av empirin mestadels teoretiskt färgade, liksom att upplevelsen av inhämtad teori påverkats av de praktiska erfarenheter man gjort. Våra förföreställningar kan i enlighet med Johansson Lindfors (1993: 77) karakteriseras snarare som ett perspektiv än som en modell, dvs ett förändringsperspektiv på ekonomisk styrning i organisationer.

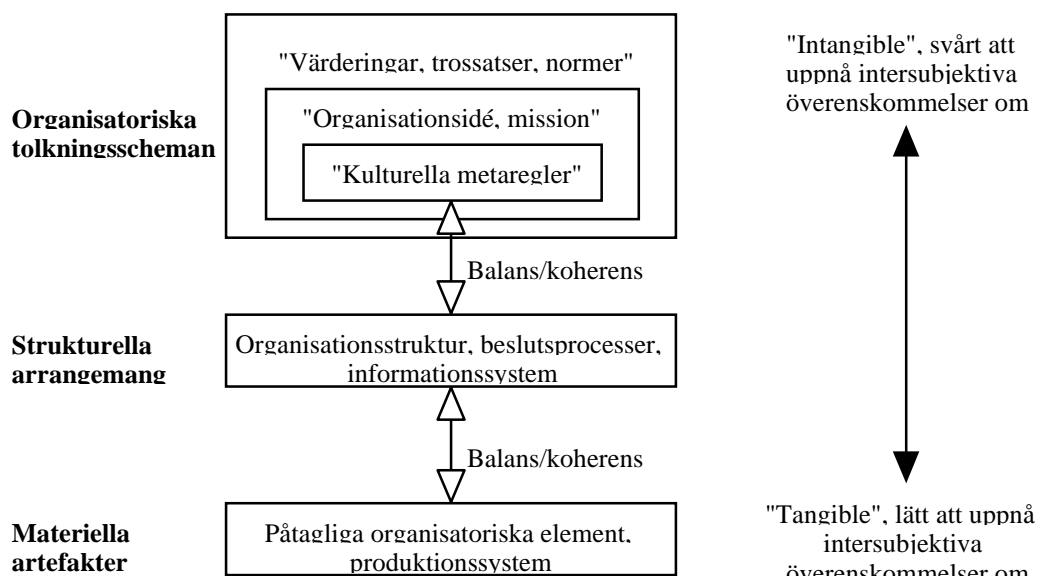
Slutligen några ord om de värdeteoretiska överväganden som ligger till grund för studien. Vårt syfte är primärt att utveckla teoribildningen kring ekonomisk styrning och organisationsförändring i hälso- och sjukvården, vilket innebär att undersöka och analysera hur organiseringen kring ekonomiska

styrinitiativ går till. En viktig organisatorisk egenskap hos hälso- och sjukvården är problemen för organisationsmedlemmarna att förstå varandra, att verkligen nå intersubjektivitet om strategiskt viktiga frågor. Som bland andra Eccles & Nohria (1992: 94ff) noterat handlar strategiskt ledarskap i organisationer ofta om att försöka kommunicera, att försöka sprida budskap. Inom det kritiska synsättet på ekonomisk styrning har man (bl a med utgångspunkt i Habermas) pekat på det faktum att ledning och anställda i organisationer kan ha olika synsätt och språk. Problem med implementering av nya ekonomiska styrsystem kan härröra just från svårigheterna att kommunicera ”över gränserna” — vertikalt och horisontellt — i organisationer (se t ex Laughlin, 1987). Skall man nå en god förståelse för organiseringen kring ekonomiska styrinitiativ måste man försöka sätta sig in i de olika synsätt som finns i organisationen och försöka förstå varför olika individer och grupper har handlat som de gjort. Vi avstår därför i denna studie från ett normativt ledningsperspektiv, dvs att analysera organiseringen kring de ekonomiska styrinitiativen utifrån de synsätt och värderingar som landstingsorganisationernas ledning ger uttryck för, och beteckna avvikelser från dessa som dysfunktionella. Däremot har vi ett ledningsperspektiv på så vis att vi studerar just ekonomiska styrinitiativ, dvs en yttring av den eviga problematiken med ledning och styrning av organisationer, vilket gör att landstingens ledningsaktörer är upphovet till de organiseringsprocesser vi studerar och har ett avgörande inflytande över hur styrinitiativen tolkas.

2.2 Organisation, organisering, organiseringsprocesser

Utan att i detalj gå in olika synsätt på vad en organisation är, kan vi utifrån resonemangen i föregående avsnitt konstatera att *en organisation är en intersubjektivt upplevd strukturell företeelse som ständigt produceras och reproduceras genom social och systemisk integration*. Organisationen är intersubjektivt upplevd, eftersom det krävs en viss grad av konsensus bland såväl organisationens medlemmar som de som betraktar organisationen utifrån rörande organisationens existens. I denna upplevelse ingår allt från mycket påtagliga artefakter som maskiner, hus, logotypes mm till icke påtagliga och knappt medvetna fenomen som t ex atmosfär och ”tyst kunskap”. Detta sätt att se organisationen utvecklas av Laughlin (1991) som menar att organisationer är intersubjektivt upplevda strukturella företeelser, men att möjligheterna till intersubjektivitet varierar beroende på vad i organisationen det är man betraktar. Lättast att ha samma

upplevelse av är organisationens fysiska och påtagliga element, som t ex byggnader, maskiner, likvida medel och människor. Svårare är det med organisationens strukturella arrangemang (där också den ekonomiska styrningens rutiner ingår), då dessa inte är lika synliga och påtagliga. Den analysnivå som är svårast att nå intersubjektiva överenskommelser om är enligt Laughlin tolkningsschemata, dvs de grundläggande normer, värderingar och trossatser som förser de två andra nivåerna med mål och mening. I sin helhet ser Laughlins organisationsmodell ut så här:



Figur 2: Organisationen som kombination av tolkningsnivåer (efter Laughlin, 1991: 211)

Uppdelningen i tre nivåer är naturligtvis även den en förenkling, eftersom nivåerna praktiskt kan vara svåra att skilja åt. Samtidigt menar vi att denna förenkling är viktig för att visa på olika grader av intersubjektivitet i olika organisationsyttringar, och att den är central för studien i och med att den ekonomiska styrningen skiljs ut ifrån andra yttringar av organisationen.

Upplevelsen av organisationens existens förutsätter vidare konsensus kring institutionen "organisation"; man måste helt enkelt ha en gemensam uppfattning om vad begreppet "organisation" betyder och vilka karaktäristika som kan knytas till det. Detta innebär inte att man är överens om varför man ägnar tid åt att verka i eller gentemot organisationen, ej heller om i vilket syfte organisationen är tillskapad. Det innebär inte heller att alla har samma syn på organisationens gränser eller ledningens jurisdiktion. Om organisationens existens kan man vara överens, däremot inte nödvändigtvis om yttringarna av

eller syftet med denna existens. Inom hälso- och sjukvården brukar man tala om olika normsystem eller professioner för att förklara skillnader i tolkningar av vad organisationen egentligen är (jfr Broadbent, 1992: 361ff).

Organisationen är vidare strukturell i den meningen att den upplevs bidra till formandet av handlingsvillkor för individer såväl inom som utom den; organisationen kan upplevas som såväl begränsande som möjliggörande av både dess medlemmar och intressenter. Enligt Giddens (1984: 176ff) kan det som begränsar individens handlande också upplevas som möjliggörande. Människokroppen i sig möjliggör ett otal handlingsmönster, samtidigt som den begränsar oss till just dessa handlingsmönster. Tvångsmakt över andra människor är ett sätt att begränsa deras handlingsfär, samtidigt som den möjliggör handlingar som annars aldrig skulle ha kommit till stånd. På samma sätt förhåller det sig med de sociala strukturer som vi producerar och reproducerar i vardagen — organisationer, familjer, stammar etc; vi upplever den som möjliggörande vissa handlingar samtidigt som vi samtidigt ser dem som uteslutande andra³. T ex så möjliggör medlemskapet i en universitetsinstitution att man på olika sätt kan utnyttja forskarvärldens resurser i sin förkovran, samtidigt som det begränsar ens handlingsfrihet genom att det för med sig explicita och implicita krav på motprestationer och konformt beteende i form av undervisning, administration, rapporteringsplikt mm. Upplevelsen av vad som är begränsande respektive möjliggörande kan dessutom variera mellan individer och inom samma individ över tiden.

³ Här skulle man möjligen kunna invända att beslutet att handla på ett visst sätt är individens egna fria val, och att eventuella konsekvenser av handlandet endast existerar som bakgrundsinformation till detta val. Vi menar dock att det praktiskt och analytiskt är mycket svårt att skilja handlingen från dess förväntade konsekvenser, dels eftersom mycket av det dagliga rutinhandlandet inte sker på någon övervägd eller diskursiv medvetandenivå (jfr Giddens, 1984: 7), dels eftersom många handlingar har oavsedda konsekvenser som sätts i efterhand begränsar friheten i det förutsättningslösa val individen kan tycka sig ha haft. Dessutom kommer andra människors handlingar alltid att samverka med våra egna. Vi är med andra ord inte alltid medvetna om varför vi handlar som vi gör, och vi har inte heller full kontroll över att våra handlingar skall leda till de avsedda konsekvenserna. Detta innebär inte att individer utsätts för något slags ”mekanisk” påverkan av samhälle, organisationer och andra individer, men det innebär att handlingar måste lyftas upp till en diskursivt medveten nivå för att de skall kunna ifrågasättas och förändras jämfört med vid tidigare liknande situationer. Någon fullkomligt fri vilja tror vi således inte finns, men vi kan göra den mindre determinerad genom att medvetet överväga de handlingar o/e strukturella förhållanden vi upplever oss behöva hantera. Förutsättningen är att de medvetandegörs.

Organisationen måste dessutom ständigt återskapas för att existera; utan att ständigt konstitueras genom återkommande handlingsmönster skulle organisationen inte fortleva över tiden och institutionaliseras. Som tidigare nämnts sker detta återskapande i stor utsträckning genom social integration, vilket innebär att aktörerna upprätthåller organisationen genom umgänge med andra aktörer som befinner sig i samma tid och på samma plats. Men reproduktionen av organisationen sker också genom systemisk integration, dvs att individerna upprätthåller organisationen genom att relatera sig till individer skilda från dem själva i tid o/e rum (Giddens, 1984: 28). Gemensamt för dessa båda integrationstyper är att det handlande som leder till social och systemisk integration inte är vilket umgänge och vilken ryktesspridning som helst. Det som konstituerar organisationen är det upprepade kollektiva utförandet av meningsfulla rutinhandlingar av olika slag, rutinhandlingar som i människors föreställningsvärld därmed kommer att förknippas med organisationens existens.

Sammanfattningsvis är organisationen därmed egentligen inte något som existerar i tid och rum annat än som förutsättning och konsekvens för/av rutinhandlingar som utförs av socialt och systemiskt integrerade individer. Organisationens existens beskrivs då bättre i termer av en repetitiv kollektiv handlingsprocess än genom hänvisning till momentana strukturella karaktäristika, dvs hellre i termer av organisering än i termer av organisation:

”The word *organization* is a noun, and it is also a myth. If you look for an organization you won’t find it. What you will find is that there are events, linked together, that transpire within concrete walls and these sequences, their pathways, and their timing are the forms we erroneously make into substances when we talk about an organization. Just as the skin is a misleading boundary for marking off where a person ends and the environment starts, so are the walls of an organization.” (Weick, 1979: 88)

”Organisering som begrepp antyder en pågående social interaktion snarare än att begreppet är en bestämning av ett visst tillstånd. Organisering är så till vida *ett alternativ* till de mer formellt bestämda begreppen, som t ex organisation, för att förstå och analysera organiserad social interaktion. Organisering är vidare ett uttryck för en processfokusering i och med att den sociala interaktionen är utgångspunkten. En ensidig processfokusering är dock knappast användbar, det finns vanligtvis någon form av stadga eller kontinuitet i en process som gör det möjligt att referera processen till strukturella förhållanden.” (Söderholm, 1991: 44f)

Organiserandet innebär således att individer skapar mening i sitt kollektiva agerande genom att komma överens om vad de gör, varför de gör det och vilka begränsningar och möjligheter agerandet är behäftat med. Annorlunda uttryckt: Organisering innebär etablerandet av en intersubjektivitet rörande det gemensamma handlandet och dess kontext. Organisationen blir då en del i

denna intersubjektiva föreställningsvärld, en del som i likhet med andra upplevda strukturer bidrar till rutinhandlandets meningsfullhet. De befintliga strukturella arrangemangen, där den ekonomiska styrningen ingår, förser aktörerna med ett slags regelverk som avgränsar deras handlingsutrymme och ger reproduktionen av detta regelverk en mening kopplad till organisationens överlevnad och framgång. Organisering är m a o:

”...a consensually validated grammar for reducing equivocality by means of sensible interlocked behaviors. To organize is to assemble ongoing interdependent actions into sensible sequences that generate sensible outcomes.” (Weick, 1979: 3)

I Weicks (i jämförelse med Giddens ganska så voluntaristiska) version bygger organiseringen både på social och systemisk integration mellan individer. Organiseringen beskrivs i termer av interaktionsprocesser individer emellan, men tillämpas också på organisationsnivån; organisationen som sådan är en fortlöpande organisering utförd av individer som tillskriver organisationen en hel del av meningen i deras rutinhandlande (jfr Müllern, 1994: 61f). Fokus i föreliggande studie ligger dock inte på organisationen som organiseringsprocess, utan på kollektiva aktivitetssekvenser i organisationer som avgränsade organiseringsprocesser. Skillnaden kan synas marginell, men innebär att det primärt är individers intersubjektiva meningsskapande kring avgränsade organiseringsprocesser som skall studeras, inte deras meningsskapande kring organisationen som sådan. Med ”organiseringsprocess” menar vi här en sekvens av individuella och kollektiva händelser, handlingar och aktiviteter som äger rum över tiden i en omgivande kontext (Pettigrew, 1997: 338).

Vi har ovan talat om organisationer som ett slags strukturella ramverk för det organiserade utförandet av rutinhandlingar (jfr Giddens, 1984: 200). I detta ramverk ingår allt från fysiska ting till underliggande tolkningsscheman, vilkas funktion i sammanhanget är att utgöra en långsiktigt hållbar anledning för aktörerna att fortsätta reproducera ramverket. Den ekonomiska styrningen, som ju är en del av de strukturella arrangemangen, utgör en del av detta ramverk genom att ständigt framhålla systematiska o/e kvantitativa beskrivningar av handlandet i organisationen. Reproduktionen av de rutinhandlingar som ger utslag i den ekonomiska styrningens verklighetsbeskrivningar blir därmed också reproduktionen av de rutinhandlingar som upprätthåller själva den ekonomiska styrningen. Ekonomisk styrning blir en del av det strukturella ramverk aktörerna förväntas/förväntar sig att reproducera genom organiserade rutinhandlingar.

Samtidigt är inte allt handlande i organisationer av rutinkaraktär; även i den mest mekanistiska organisation i den mest stabila av omgivningar sker från tid till annan förändringar i sättet att handla i olika situationer. T ex så innebär en ny kontoplan för kommunal redovisning att tjänstemännen på ekonomiavdelningen måste hantera en mängd problem med gamla rapportmallar och blanketter. Det invanda mönstret av rutinhandlingar kan alltid störas av beslut och andra händelser inom eller utom organisationen. Om störningen kan identifieras och dessutom upplevs medföra förändrade förutsättningar för handlande blir störningen i sig själv föremål för organiserat handlande. Organiseringen kring störningen är temporär till sin natur; oavsett hur allvarlig den upplevs vara eller hur den i praktiken hanteras så kommer dess karaktär av störning med tiden att försvinna. När de ekonomiansvariga skapat nya rapportmallar och sänt ut de nya blanketterna, då har störningen införlivats i den dagliga praktiken och blivit till ny rutin. Den organisering som sker kring en störning från det att den blivit känd tills dess att den givit upphov till nya rutinhandlingar och därmed inte längre sysselsätter individer som just en störning, är vad vi här menar med ”avgränsade organiseringsprocesser”.

”Förändringsdilemmat”, som det formulerades i avsnitt 1.3, har att göra just med resonemangen ovan, dvs den ekonomiska styrningen som en del i det stabila ramverket för rutinhandlingar kontra det faktum att den av ledningsaktörer i hälso- och sjukvården används för att introducera störningar som ger upphov till särskilda organiseringsprocesser. För studiet av detta dilemma formulerar vi i det följande det förändringsperspektiv på ekonomisk styrning som ligger till grund för den fortsatta studien.

2.3 Förändringsperspektivet på ekonomisk styrning: Utgångspunkter

Teoribildningen kring organisationsförändring är omfattande och svåröverskådlig (Sköldberg, 1991: 221; Van de Ven & Poole, 1995). Man kan t o m säga att merparten av organisationsteorin har med förändring att göra, eftersom den historiskt har varit inriktad på att förklara organisatorisk effektivitet och hur effektiva organisationer skall designas. Det senaste decenniets förkärlek för begrepp som ”den lärande organisationen” och ”continuous improvement” är ett tecken på att organisationsförändring från att ha varit en deluppgift i ledarskapet kommit att bli själva kärnan i det. Även dessa nya synsätt är dock i allt väsentligt designteorier, eftersom de inriktar sig på att beskriva vilka

förutsättningar som måste vara uppfyllda för att de önskade ständiga förändringarna skall komma till stånd. Vi kommer därför nedan att inrikta oss på teoribildningar som explicit behandlar organisationsförändring i sig, som process och konsekvens av förändringsaktiviteter.

Traditionellt har organisationsförändring studerats i termer av formell struktur. Organisationer har betraktats som ting, som designade strukturella arrangemang, och förändring av organisationen följaktligen som en ”redesign”, en omformulering av de strukturella arrangemangen. De yttersta orsakerna till att förändringar över huvud taget initieras har man normalt funnit i organisationens omvärld. En ”stöt” eller ”störning” i omvärlden fortplantar sig in i organisationen via organisationsledningen, och leder till att omformuleringar av de strukturella arrangemangen sätts i verket (Bartunek, 1984: 356; Morgan, 1986: 249; Greenwood & Hinings, 1988). Beroende på hur organisationen och själva störningen är beskaffade kan de strukturella arrangemangen utvecklas längs olika ”spår” som ger sinsemellan olika utfall (Greenwood & Hinings, 1988). Bakom denna teoretiska beskrivning ligger en syn på organisationer som konserverande sociala system, vilka utvecklas diskontinuerligt över tiden och kräver någon form av omvärldsstörningar för att kunna förändras (jfr Miller & Friesen, 1984: 209). Perioder av strukturell stabilitet avlöses med av perioder där störningar i omvärlden leder till att de befintliga strukturella arrangemangen ifrågasätts och ersätts av nya.

Denna syn på organisationer och organisationsförändring kan med rätta kritiserats på ett antal punkter. Framför allt utgör den en förenkling av organisationens förhållande till sin omvärld, men den representerar också en förenklad syn på organisationen som sådan. Organisationer förutsätts vara strukturella arrangemang som kan ta emot störningar utifrån, och de förutsätts också omväxlande vara inne i identifierbara perioder av stabilitet och radikal förändring. Aktörerna och deras tolkningar och handlingar försvinner till förmån för ett mekanistiskt ”biljardbollstänkande” där organisationen är det intressanta, inte vad människor tänker och gör inom den. Som bl a Sköldberg (1991: 222f) påpekar finns det i såväl teori som praktik förändringsansatser som fokuserar andra yttringar av organisationer än den formella administrativa strukturen.

Samtidigt knyter denna syn dock an till viktiga delar i det förändringsperspektiv på ekonomisk styrning som skisserats ovan. Det handlar då dels om organisationers benägenhet till rutinisering och institutionalisering av handlingsmönster, men också om organisationsförändringarnas karaktär av avgränsade, övergående processer. Vår syn på organisationer som av individer upplevda och reproducerade strukturella företeelser innebär för det första att

vi gör ontologiska och epistemologiska invändningar; organisationer är inte objektivt existerande ting och går heller inte att beforska som sådana. För det andra innebär det att den formella organisationsstrukturen inte är den enda yttring av organisationer aktörer upplever och handlar utifrån; organisationer består såväl av fysiska artefakter som värdesystem.

Detta skulle slutligen kunna sammanfattas i vårt förändringsperspektiv på ekonomisk styrning:

- Ekonomisk styrning är en del av de strukturella arrangemang som skapas och upprätthålls av organisationer i syfte att styra aktörernas organiserade handlande mot uppfyllandet av organisationens mål.
- Den ekonomiska styrningen bidrar som en del av organisationens strukturella arrangemang till att skapa ett stabilt ramverk för rutinhandlingar.
- När den ekonomiska styrningen förändras utgör detta en störning av det stabila ramverket som hanteras genom att organisationens aktörer formar en organiseringsprocess kring förändringen.
- Förändringar av den ekonomiska styrningen initieras av den ansvariga ledningen i form av ekonomiska styrinitiativ, och ledningen har därmed det avgörande inflytandet över hur störningen av ramverket definieras.
- Förändringarna av den ekonomiska styrningen upplevs olika av olika aktörer och grupperingar av aktörer utifrån de normer och värderingar dessa bär med sig.

Resonemangen kring ekonomisk styrning och organisatorisk förändring kommer att vidareutvecklas i kapitlen 3 och 4, dels genom att den teorbildningen kring ekonomisk styrning i organisationer i allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet analyseras, dels genom att vår syn på hur organisatorisk förändring går till konkretiseras.

Beträffande studiens praktiska utformning ger de ovanstående resonemangen upphov till tre ställningstaganden: (1) Förändringar av den ekonomiska styrningen studeras i ett fåtal fallorganisationer, där de organiseringsprocesser som aktörerna ser som viktigast följs närmare, (2) för att kunna studera hur organiseringsprocesserna går till görs fallstudierna longitudinellt, med återkommande datainsamling i samma organisationsdelar, (3) för att kunna fånga hur olika aktörer upplever de studerade organiseringsprocesserna genomförs datainsamlingen som öppna djupintervjuer.

Valet av fallstudiemetodiken kommer sig i grunden av det epistemologiska ställningstagandet att källan till empirisk kunskap om den ekonomiska

styrningens funktion som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården är de intersubjektiva upplevelser människor förmedlar till oss. För att kunna få tillgång till dessa intersubjektiva upplevelser och samtidigt spegla den organisatoriska komplexitet som finns krävs datainsamlingsmetoder som medger att man kan få en nära relation till aktörerna samtidigt som man kan följa olika aktörsgruppers intersubjektiva tolkningar av en viss organiseringsprocess. Utifrån argumentet att processer är inbäddade i sin organisatoriska kontext (Pettigrew, 1997: 340) innebär detta att man måste fokusera datainsamlingen till ett mindre antal processer i ett avgränsat antal kontexter/organisationer. Genom att begränsa antalet fallorganisationer begränsar man antalet möjliga viktiga processer att studera, och kunskapen om en organisatorisk kontext kan användas för att belysa flera processer. Inom detta begränsade antal organisationer och organiseringsprocesser erbjuder fallstudiemetodiken goda möjligheter att få en mångsidig belysning av dessa.

Fallstudiemetodiken möjliggör också för forskaren att få en bild av den nutid, dåtid och framtid som aktörerna i en organisation o/e process upplever. För att förstå hur processen förlöper och hur den relateras till kontexten (ett grundläggande karaktäristika hos processer som syftar till organisationsförändring är att de ”är till för” kontexten) är det dock viktigt att man har möjlighet att följa upp dessa bilder genom återkommande studier. Gör man inte det finns risken att man får en förståelse för processernas förlopp som grundas på en enstaka tidpunkt, vilket innebär att man implicit antar att aktörernas upplevelser av en process är konstanta under hela processens förlopp. Vi har därför besökt de studerade landstingen åtminstone två gånger och insamlat data om de studerade organiseringsprocesserna kring styrinitiativen vid åtminstone två tillfällen med minst ett års mellanrum. Det innebär naturligtvis inte att dessa tillfällen nödvändigtvis inträffade då processerna tog avgörande vändningar, men vi har försökt kompensera för detta genom att hålla löpande kontakter med åtminstone någon person i varje landsting. Dessutom har vi under intervjuerna genomgående frågat efter ”kritiska händelser” i processerna, och i den mån intervjupersonerna har hänvisat till skriftlig dokumentation för att stödja sina utsagor har vi tagit del av dessa (jfr Dawson, 1997: 401). Som Dawson (a a: 402) påpekar är detta ett sätt av flera möjliga att bedriva longitudinella studier av förändring; gemensamt för de flesta ansatser är att forskaren inte kan vara fysiskt närvarande vid alla viktiga händelser och att man på olika sätt försöker kompensera för detta.

Den huvudsakliga datainsamlingsmetoden har som nämnts varit öppna intervjuer, där vi eftersträvat att få ta del av respondentens upplevelser röran-

de utvecklingen av den ekonomiska styrningen i organisationen. Det innebar att vi var tvungna att tillägna oss det språkbruk som används inom hälso- och sjukvården och att få en förståelse för hur organisationen generellt fungerade. Detta eftersom språket är det sätt på vilket vi skapar oss förståelse för respondenternas upplevda livsvärldar (Kvale, 1997: 34) och i den mån respondenten i sin berättelse använder organisationsspecifika tankefigurer och metaforer så måste vi försöka förstå även dessa. I centrum för intervjuerna stod dock de kritiska teman som respondenterna själva definierade, dvs de förändringsprocesser som upplevdes som viktigast vid varje tidpunkt. Allt eftersom de longitudinella studierna fortskred blev intervjuerna allt mindre strukturerade och allt mer lika samtal eller dialoger.

2.4 Tolkning, trovärdighet och teori: Om studiens vetenskaplighet (II)

Det bidrag denna studie är avsedd att göra är att tillföra teoribildningen om ekonomisk styrning och organisationsförändring en begreppsapparat för hur ekonomisk styrning hanteras som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården. Som beskrivits ovan skall detta göras genom att ett begränsat antal landsting följs över tiden, där datainsamlingen fokuseras på att skapa en god förståelse för hur olika aktörer upplever processerna kring förändringar av den ekonomiska styrningen. Vi skall nedan beskriva de allmänna överväganden vi gjort i strävan att kunna göra detta bidrag, uttryckt i termer av den utvecklade teorins giltighet, intersubjektivitet och praktiska användbarhet (Johansson Lindfors, 1993: 165ff).

Med giltighet avses i vilken mån de insamlade data täcker så många kvaliteter som möjligt hos det som studeras, dvs hur väl vi med den använda datainsamlingsmetoden förmått förstå den verklighet vi beforskat. Giltighetskriteriet beskriver på samma sätt som det mer traditionella begreppet validitet hur väl vi lyckats nå kunskap om det vi avsett att nå kunskap om, och dessutom om vi lyckats spegla mångfalden i materialet. Avsikten med uppläggnings av de empiriska studierna har varit att söka spegla förändringarna av den ekonomiska styrningen utifrån flera olika aktörers synvinklar, och vi har därför intervjuat människor från de flesta organisationsdelar och de flesta professioner i de studerade landstingen. Avgränsningen har här varit att vi studerat den ekonomiska styrningen, och att vi därför i princip exkluderat de aktörskategorier som inte haft med den att göra. Denna exkludering baserar vi på ett mind-

re antal intervjuer med vårdpersonal i Sörmland och Uppland, samt på de omfattande utvärderingsstudierna i Västerbotten, där respondenterna gav uttryck för att de vare sig involverats i eller fått möjlighet att påverka de ekonomiska styrsystemen.

En viktig del i strävan efter giltighet har varit att efter varje koncentrerad datainsamlingsinsats återföra våra observationer i skriftlig (och ibland muntlig) form till de ledande aktörerna i respektive landsting. Förutom att dessa återföringar kunde tjäna som avstämningstillfällen där aktörerna kunde ha synpunkter på innehållet, så möjliggjorde de också ytterligare datainsamling rörande specifika teman i rapporterna.

När det gäller vår förmåga att överföra studien till det övriga forskarsamhället och praktiker i landstingsvärlden, det s k intersubjektivitetskriteriet, så måste denna bedömas utifrån en redogörelse för hur vi själva sett på studiens genomförande. Vi redogör i kapitel 5 närmare för hur den empiriska studien förlöpt, men kan redan här göra ett par markeringar rörande detta. En viktig aspekt av detta är studiens förändrade karaktär över tiden, där vi utgick ifrån ett ledningsuppdrag från landstingsledningen i Västerbotten, övergick till att göra jämförande studier i Sörmland och Uppland inom ramen för ett rådsfinansierat forskningsprojekt, varefter det egentliga avhandlingsprojektet startade med stöd av Landstingsförbundet. Detta innebar att vi redan från början inriktade oss på ledningsinitierade administrativa förändringsåtgärder, och att den inledande fokuseringen på marknadsstyrning förändrades i ett intresse för intern ekonomisk styrning. Förutom att erfarenheterna från dessa projekt löpande avrapporterats och presenterats för de studerade landstingen, så har även ett omfattande och givande erfarenhetsutbyte med andra "sjukvårdsforskare" kunnat ske över åren; under den period studien var forskning om hälso- och sjukvården en viktig del av den skandinaviska forskningen om organisationer. Detta innebär inte att vi på något sätt försöker övervältra ansvaret för det skrivna på andra, men däremot vill vi poängtera att forskningsprocessen inneburit ett omfattande utbyte med såväl forskarkollegor som praktiker. Det skall dock påpekas att ett sådant utbyte kan bli en "normaliseringsprocess", där de särdrag den egna forskningen har modifieras till att passa in i de etablerade tankemönstren. Att vara en del av en tradition ger stadga och struktur åt forskningen, men den låser också forskaren till just denna tradition.

Det tredje kriteriet rörande hur väl studien ger det avsedda bidraget, den praktiska användbarheten, kan diskuteras både i termer av teoretisk överförbarhet och praktisk sådan (Lindgren, 1996: 27). Med teoretisk överförbarhet

menas då den mån i vilken andra forskare kan utnyttja resultaten i fortsatt forskning, och praktisk överförbarhet är följaktligen den praktiska nyttan i för ledningsaktörer inom hälso- och sjukvården. När det gäller den teoretiska överförbarheten har vi försökt positionera oss metodologiskt och teoretiskt så explicit som möjligt, för att på så sätt visa till vilka teoribildningar vi relaterar oss och därmed också till vilka teoribildningar bidraget skall lämnas. Vi har också försökt att tydliggöra resultaten av studien som entydiga begrepp och modeller. Även om detta ibland kan innebära ganska långtgående förenklingar av den komplexa empiriska verklighet vi studerat så är det viktigt för att resultaten skall kunna överföras. Modeller och begrepp som förses med alltför många förbehåll och undantag är svår använda och förmedlar inte någon klar bild av de data på vilka de baserats.

När det gäller den praktiska överförbarheten så är det erfarenheter av den ekonomiska styrningen använd som förändringsstrategi vi vill förmedla till ledningsaktörerna i hälso- och sjukvården. Vi intresserar oss mer för de organiseringsförlopp ekonomiska styrinitiativ ger upphov till än för själva konstruktionen av styrinitiativen, och vi hoppas att kunna bidra till att ekonomer och ledare reflekterar över den ekonomiska styrningens organisatoriska konsekvenser i högre grad än hittills. Många av de ”praktiker” vi mött under studiens gång reflekterar gärna över hur ekonomiska styrsystem styr människors handlande, men söker gärna sina förklaringar i styrsystemens konstruktion snarare än i tillvägagångssättet vid implementering. Och egentligen är ju konstruktion och implementering två sidor av samma mynt; när man konstruerar något innebär detta samtidigt att det börjar införas, och när man implementerar något innebär detta att man omkonstruerar det att passa den verklighet man lever i. Genom denna och tidigare rapporter från forskningsprojektet hoppas vi kunna bidra till mer konstruktiva implementeringar och bättre implementeringar av den ekonomiska styrningens konstruktioner.

2.5 Sammanfattning

- Organisationsforskning innebär att man måste ta ställning till ontologiska, epistemologiska och värdeteoretiska frågeställningar när studier skall utformas. Våra ställningstaganden innebär att vi ser aktörers intersubjektiva upplevelser som källan till kunskap om hälso- och sjukvårdens ekonomiska styrning. Värdeteoretiskt innebär detta att vi studerar ledningsaktiviteter,

men att vi inte utvärderar de studerade organisationerna utifrån ledningarnas perspektiv.

- Organisationen är en intersubjektivt upplevd strukturell företeelse som begränsar men samtidigt möjliggör aktörernas handlingar. För att existera måste den hela tiden reproduceras av aktörerna genom det repetitiva utförandet av rutinhandlingar. Störningar av rutinhandlandet (dvs vad vi här har betecknat ekonomiska styrinitiativ) utlöser särskilda organiseringsprocesser ämnade åt störningarnas hanterande. Dessa resonemang sammanfattas i det tillämpade förändringsperspektivet på ekonomisk styrning.
- Metodologiskt innebär detta att studien bedrivs som fallstudie, där en longitudinell ansats tillämpas för att kunna följa organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen. Datainsamlingen sker huvudsakligen genom öppna intervjuer med aktörer från olika professioner och organisationsdelar.
- Studiens tänkta bidrag är att tillföra teoribildningen om ekonomisk styrning och organisationsförändring en begreppsapparat för hur ekonomisk styrning hanteras som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården. Som mått på hur väl vi lyckas med detta bidrag används studiens giltighet, uppnådd intersubjektivitet mellan oss och studiens avnämare, samt resultatens praktiska användbarhet i teoretiska och praktiska termer.

3 Ekonomisk styrning i organisationer

Det förändringsperspektiv på ekonomisk styrning som skisserades i kapitel 1 skiljer sig från traditionell ekonomistyrningsteori på åtminstone två grundläggande punkter. Dels innebär det ett intresse för den organisering som sker kring ekonomiska styrsystem i organisationer, dels innebär det att de organisatoriska särdrag många organisationer (inte minst inom hälso- och sjukvården) uppvisar erkänts och tas tillvara. Samtidigt präglas såväl teoribildning som praxis på området av den traditionella ekonomistyrningslitteraturens begrepp och tänkande, vilket innebär att en redogörelse för denna är en naturlig startpunkt i argumentationen för studiens teoretiska referensram.

Efter att sålunda ha identifierat de viktigaste beståndsdelarna i den traditionella synen på administrativa och ekonomiska styrmedel i organisationer övergår vi till att närmare behandla de två moderna inriktningar inom forskningen om ekonomisk styrning som enligt Chua (1986) utmanat den traditionella synen; de tolkande och kritiska perspektiven (jfr även Otley, Broadbent & Berry (1995: S35ff). Vår syn på begreppet ”ekonomisk styrning” är en konsekvens av dessa perspektiv. Införande och upprätthållande av ekonomiska styrsystem ser vi inte bara som en stabsfunktion med vissa tekniker till sin hjälp, utan också som en ledningsfunktion som producerar text och symboler som kontrollerar och dominerar. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av de metodologiska och teoretiska utgångspunkter vi valt inför studiet av ekonomisk styrning i hälso- och sjukvården.

3.1 Ekonomisk styrning: Grundläggande begrepp och teorier

Begreppet ekonomisk styrning, dvs det som på engelska brukar kallas management accounting och/eller management control, betecknar i denna studie de rutiner för systematisk mätning och beskrivning av organisationens verksamhet som upprätthålls av ledningen i syfte att uppnå de organisationsmål ledningen ger uttryck för (jfr Macintosh, 1994: 2). Ekonomisk styrning innebär således både själva systemen för att operationalisera, mäta, sammanställa, analysera och rapportera de aktiviteter som sker i organisationen, och de potentiella och utnyttjade kontrollegenskaper dessa system har i styrandet av organisationen (Frenckner, 1989: 64). Ekonomisk styrning är en av de viktigaste sät-

ten att styra och kontrollera moderna organisationer (andra sätt kan vara karismatiskt ledarskap eller förändringar av produktionsteknologin), och inrymmer både administrativa system och det ledarskap och beslutsfattande som utövas i relation till dessa system. Till skillnad mot begreppet ekonomistyrning, som normalt avser själva konstruktionen och upprätthållandet av de administrativa systemen, så innebär begreppet ekonomisk styrning att också strategiskt beslutsfattande och styreffekter inkluderas. Det är inte bara ekonomiavdelningens tjänstemän som involveras i den ekonomiska styrningen, utan också controllers, mellanchefer, förmän, stödjande staber, företagsledning, styrelse och ägare. Ekonomisk styrning är ingen stabssyssla vid sidan om kommandokedjan, utan i högsta grad en aktivt fungerande del i upprätthållandet av organisationsstrukturen.

Bortsett från en del innovationer när det gäller kapitalbudgetering och kvalitetsstyrning så har den ekonomiska styrningens praktik utvecklats relativt lite sedan 1920-talet (se t ex Kaplan, 1984: 401). Undantagen från denna tendens är påtagligt ofta av skandinaviskt ursprung, och flera svenska forskare tillbakavisade de slutsatser som Kaplan och andra förde fram (Ax & Ask, 1995: 18f). Den version av ekonomisk styrning av organisationer som lärs ut vid universitet och högskolor — och som därmed också på ett eller annat sätt återfinns i praktiken — bygger ofta på de tekniker som uppfanns under seklets första decennier. Teknikerna för budgetering, kalkylering, kostnadsanalys, avkastningsberäkning mm är desamma i de flesta anglosaxiska läroböcker, och följer i stort Scapens (1991) uppdelning i tabell 3.1. Utöver de uppräknade områdena är det också vanligt med resonemang kring kvalitetskontroll och kvalitetsmätning (se t ex Kaplan & Atkinson, 1989: Kap 10, Hansen & Mowen, 1994: kap 17,) samt aktivitetsbaserad redovisning (Drury, 1996: kap 12; Rayburn, 1996: kap 22).

Planering	Beslutsrelevanta kostnader
	Kostnad-Volym-Vinst analys
	Produktmixbeslut
	Lageroptimering
Kostnadsklassificering	Fasta och rörliga kostnader
	Kostnadsestimeringstekniker
	Kostnadsprognostisering
	Lärkurvor
Styrning och kontroll	Ansvarighetsredovisning
	Budgetering och standardkostnadsredovisning
	Variansanalys
Kostnadsredovisning	Produkt- och processredovisning
	Bidrags- och självkostnadsredovisning
	Kostnadsallokering (inklusive internfakturerings)
Divisionsorganisationer	Prestationsutvärdering
	Internprissättning

Tabell 3.1: Övergripande områden inom ekonomisk styrning. Källa: Scapens, 1991:11.

Det bör noteras att flera av dessa tekniker av många anses föråldrade, inte minst den utbredda företeelsen att dela upp organisationer i resultatenheter och utvärdera deras prestationer utifrån resultatmått (Kaplan, 1984: 411ff). Detta beror framför allt på att organisationerna blivit både mer komplexa och mer kortsiktiga, vilket gjort att ledningskorridorerna i allt högre grad befolkas av administrativa experter som kan manipulera resultatredovisningen för att nå kortsiktiga fördelar för den egna enhetens del. Cooper & Kaplans (1991) välkända alternativ till detta, den aktivitetsbaserade redovisningen, stöds inte alltid av de ekonomiska styrsystemens övergripande konstruktion.

Den teoretiska utvecklingen (se Cooper, 1981; Macintosh, 1985) om ekonomisk styrning av organisationer kan sägas ha startat i och med att contingency-teorin formulerades (Burns & Stalker, 1961). I denna teori är omgivningens förändringstakt och intressentstrukturens sammansättning viktiga bakgrundsfaktorer, vilka också skall avspeglats i organisationens interna uppbyggnad. Organisationsdesignen skall sedan ligga till grund för styrsystemens utformning, allt enligt filosofin att en effektiv organisationsstruktur måste förses med informationssystem som stödjer effektivitetssträvandena.

Nationalekonomen Kenneth Arrow (1964) insåg liksom contingency-teoretikerna att med komplexa omvärldsbetingelser och komplexa organisationsstrukturer följde allvarliga svårigheter för organisationsledningen att bedriva ekonomisk styrning på det traditionella, mekanistiska sättet. Skälet till detta var framför allt att ledningen inte skulle kunna hantera all information på ett adekvat sätt. Hans lösning var att dela in organisationen i självförsörjande resultatenheter, och i de fall där de olika resultatenheterna hade ekonomiska transaktioner med varandra såg han det som nödvändigt att ledningen grep in genom att fastställa att de skulle ske till marknadsmässiga priser. Watson & Baumler (1975) byggde vidare på resonemanget och utpekade just fastställandet av internpriserna som en central integrerande ledningsuppgift, inte bara en syssla för ekonomistaberna.

I Joan Woodwards klassiska studie (1965) var produktionsteknologin den centrala förklaringsfaktorn, beroende på hur produktionen var organiserad så såg organisationsstrukturen (och därmed de ekonomiska styrsystemen) ut på olika sätt. I de högt mekaniserade processindustrierna var styrsystemen integrerade i processkontrollen, och man förlitade sig i övrigt på verbal kommunikation. I styckeproduktion och hantverk var det svårt att fastställa enhetliga och operationaliserbara mål, och där spelade också den ekonomiska styrningen en mindre roll i ledningen av organisationen. I löpande band-produktion, slutligen, förlitade man sig i stor utsträckning på formella, kvantitativa styrsystem och styrde långsiktigt med hjälp av databaser och skriftlig rapportering. Den traditionella modellen för ekonomisk styrning var således bäst anpassad till massproduktionens logik.

Utifrån Woodwards grundtanke om olika styrformer i olika organisationsformer formulerades ett antal modeller för att beskriva styrproblem i organisationer som avvek från massproduktionens norm. Thompson (1967: 134) såg dessa organisationer som utsatta för stor osäkerhet i beslutssituationer, vilken gick att klassificera utifrån två dimensioner: (1) osäkerheten rörande möjliga framtida konsekvenser av beslutet, samt (2) osäkerheten rörande vilka orsak/verkan-samband som ligger emellan beslut och konsekvens. Förutom i den situation där osäkerheten i båda dimensionerna var låg menade Thompson att beslutet helt eller delvis måste fattas på grundval av omdöme och intuition snarare än utifrån kvantitativa beräkningar. I en liknande typologi såg Ouchi (1977: 98) en slags ritualistisk, kulturellt betingad kontrollform som den mest lämpliga i de mest osäkra och komplexa situationerna. I en senare artikel (Ouchi, 1979) formulerades detta i termer av ”klankontroll”, dvs att kontroll i t ex hälso- och sjukvården framför allt skedde genom att ledning

och anställda slog vakt om gemensamma normer, ceremonier mm (Anell, 1990b: 74; Lindkvist & Cederholm, 1994: 167). På ett liknande sätt resonerade Daft & Macintosh (1978) när de klassificerade arbetsuppgifter i organisationer utifrån analyserbarhet och uppgiftsvariation. I de minst komplexa situationerna, dvs de med hög analyserbarhet och låg variation, var kvantitativa, datoriserade informationssystem att föredra, medan man i den motsatta situationen borde förlita sig på informell kommunikation, verbalt avancerade informationssystem och socialt umgänge.

Samtliga dessa teoribildningar ger uttryck för en ganska så abstrakt syn på den ekonomiska styrningens funktionssätt. En organisation framställs som ett slags system vars strukturella uppbyggnad kan beskrivas i termer av enkla orsak-verkan-samband. De ekonomiska styrsystemen antas kunna designas att passa dessa orsak-verkan-samband på ett optimalt sätt. I den mån det finns resonemang rörande aktörer i organisationer så förutsätts det att dessa aktörer delar organisationsledningens syn på saker och ting och att de samarbetar för organisationens långsiktiga bästa.

Denna bild av hur ekonomisk styrning fungerar i organisationer fick redan tidigt utstå kritik mot sin förenkling av verkligheten, en kritik som grundades på empiriska studier av hur ekonomisk styrning faktiskt bedrevs. T ex så menade Khandwalla (1977) att organisatorisk komplexitet gjorde sofistikerade informationssystem både svåra och ineffektiva att använda, samtidigt som den gjorde aktörerna benägna att söka kontrollera sina organisationer just med hjälp av sådana system. Vidare visade Hayes (1977) att olika enheter inom en organisation uppvisade stora olikheter rörande den ekonomiska styrningens användbarhet. I och med att traditionella ekonomiska styrsystem framför allt utvärderar enheters interna prestationer, så var det inte oväntat de produktionsinriktade enheterna som bäst lämpade sig för ekonomiska styrmodeller. Vid enheter vars prestationer bäst mättes i termer av samverkan med andra enheter eller med aktörer i den externa omgivningen (som t ex FoU-avdelningar eller marknadsavdelningar) såg aktörerna den ekonomiska styrningen som mindre viktig. Olika aktörer hade helt enkelt olika roller och olika inställning till den.

Liknande slutsatser drogs utifrån studiet utav budgetprocesser i företag och förvaltningar. Utifrån observationen att budgetprocesser och budgetdokument var oerhört komplexa företeelser liknade Wildawsky (1975) organisationen kring budgeten med ett ”spel”. I detta spel kan man urskilja åtminstone tre olika aktörskategorier; (1) en ”förespråkarkategori” som äskar medel för aktiviteter, (2) en ”väktarkategori” som ser till att de beviljade medelsäskande-

na inte överstiger den befintliga budgetramen, samt (3) en "samlarkategori" som eftersträvar en solid ekonomi genom både intäktsökande aktiviteter och utgiftsminskande besparingar. Wildawskys tes är att om det råder maktbalans mellan dessa kategorier så blir budgetprocessen effektiv för organisationen. Som Rombach (1990a: 79ff) påpekar bygger detta dock på att det inte sker några större förändringar i organisationens omvärld som förskjuter maktbalansen. Över tiden kan detta innebära att budgetprocessens utfall varierar med den aktörskategori som råkar inneha problemformuleringsprivilegiet i organisationen (jfr Jönsson & Lundin, 1977).

Slutsatsen av teoriutvecklingen blev för många att den ekonomiska styrningen av organisationer bars upp av aktörer, och att man för att förstå hur styrningen fungerade också måste förstå aktörernas förståelse av styrningen. I slutet av 70-talet och början av 80-talet formulerades en organisationsteoretiskt baserad kritik av den dittillsvarande forskningen om ekonomisk styrning. T ex så hävdade Otley (1980) att contingency-teorin inte bidragit med särskilt mycket utöver sina grundantaganden om omgivningspåverkan och situationsbetingad design, och föreslog liksom Hopwood (1978) noggranna fältstudier för att skapa förståelse för hur detta fungerade i praktiken. Burchell et al (1980) menade liksom Otley (1978) att man visste mycket om den ekonomiska styrningens formella funktion men alltför lite om den praktiska funktionen, och efterlyste nya typer av frågeställningar. Hopwood (1974: 149) pläderade för en ny forskningsagenda baserad på att verkligheten var subjektivt upplevd av företagsledarna, inte något objektivt som de bara reagerade på:

"A manager acts on the basis of the social meanings that he ascribes to the world around him. Rather than just passively absorbing the information which he is either given or directly observes, he attaches meanings to it in accordance with his attitudes and values, and his previous social experiences. All situations are interpreted, they are never merely seen as physical stimuli, but are inevitably shaped by the manager's personality and the social nature of his environment."

Detta krävde en metodologisk omorientering från att studera själva systemen till att faktiskt studera de aktörer som genom sina dagliga handlingar producerade och reproducerade dem. Det var inte givet att förståelse för systemens design var slutmålet, inte heller att organisationsledningens syn på den ekonomiska styrningen (även om denna i regel dominerar organisationen) var det enda möjliga perspektivet att anlägga (Cooper, 1981). Utifrån dessa insikter kunde nya grundläggande synsätt på redovisningsforskning formuleras. Vi

skall nedan redogöra närmare för dessa synsätt och för vad de innebär för synen på studieområdet.

3.2 *Modern teoriutveckling: Tolkande och kritiska perspektiv*

Enligt Archer (1987: 373) finns det sedan länge en ambition bland många forskare inom finansiering, redovisning och ekonomisk styrning att göra sina teoriområden till rent 'vetenskapliga' discipliner i traditionell mening, både i praktik och teori. Archer ser denna ambition som missriktad, inte minst vad gäller ekonomisk styrning i organisationer. Den ekonomiska styrningens praktik baseras i mångt och mycket på vad han kallar en "folkvetenskap" som utgör en helt annorlunda epistemisk kontext än "ortodox" naturvetenskap. Skall man beforska den ekonomiska styrningens praktik innebär detta också ett beforskande av den sociala kontext där styrningen och dess utgångspunkter är inbäddad. Detta innebär i sin tur ett intresse för ekonomisk styrning som ett socialt och kulturellt fenomen snarare än som en lagbunden teknologi, ett intresse för tolkning och handling snarare än för design och principer (jfr även Boland & Pondy, 1983: 225f):

"Hence, the accounting researcher may reasonably hope for some modest success as a social scientist, but should beware of construing success in terms of the production of theoretical models for technological prescription employable in accounting practice. The relationship between accounting research and practice requires further consideration. In particular, the significance of intersubjective, interpretive processes in accounting practice constitutes a pointer to the theories and research approaches which are likely to be fruitful in yielding explanations and predictions of accounting phenomena." (Archer, 1987: 394)

Att tillämpa en epistemologi i beforskandet av ekonomisk styrning i organisationer som ser den som en diskursiv praktik baserad på sociala konventioner, får långtgående praktiska konsekvenser för forskningen. Puxty (1993: 10ff) sammanfattar den kritik mot det traditionella redovisningsparadigmet som riktats bl a av Cooper (1981), Tinker, Merino & Neimark (1982), Boland & Pondy (1983), Hopper & Powell (1985), Chua (1986), Laughlin (1987), samt Gaffikin (1994) på följande sätt:

- Det traditionella paradigmet tar ledningsperspektivet för givet. Eftersom de ekonomiska styrsystemen är det som skall studeras så blir det med automatik intentionerna bakom styrsystemen som är intressanta. Allt beteende som inte följer dessa intentioner är per definition ”dysfunktionellt”.
- Det traditionella paradigmet är tekniskt orienterat. Med ”tekniskt” avser vi här en fokusering på effektivitetsmätning utifrån organisationens mål och medel, en fokusering som leder till att vare sig målen eller medlen egentligen ifrågasätts. En hög effektivitet innebär att man får ut mycket måluppfyllelse med givna medel, men man frågar sig sällan om målen och medlen borde ha varit helt annorlunda.
- Det traditionella paradigmet är preskriptivt. Syftet är i regel att konstruera modeller och system som fungerar ännu bättre än de som är i bruk. Organisationer beskrivs följaktligen som fria och obundna aktörer med obegränsade förbättringsmöjligheter och oändligt handlingsutrymme.
- Det traditionella paradigmet är funktionalistiskt. Man tenderar att förklara de ekonomiska styrsystemens funktionssätt utifrån de funktioner systemen är avsedda att fylla. Därmed bortser man från den sociala kontextens betydelse, från kulturella faktorer, från de individer som agerar inom ramen för styrsystemen. Den ekonomiska styrningen är som den är eftersom alla alternativa utformningar hade varit mindre funktionella. Följaktligen handlar också traditionell forskning om att öka funktionaliteten; i stället för att försöka förstå komplexa sammanhang är man ute efter att lösa problem med den ekonomiska styrningen.
- Det traditionella perspektivet är rationalistiskt. Man förutsätter att både beslutsfattare och de som skall utföra de beslutade aktiviteterna agerar rationellt utifrån den information styrsystemen ger, och bortser både från skillnader i tolkningar av styrsystemen och från förhållanden utanför dessa.
- Det traditionella paradigmet är reduktionistiskt. Man intresserar sig främst för ekonomiska, mätbara, fenomen, och reducerar komplexa sociala interaktionsmönster till enskilda individer och beslut.

Denna kritik har av Chua (1986) formulerats i termer av två alternativa inriktningar för forskning om ekonomisk styrning, en tolkande och en kritisk. Båda dessa inriktningar delar den alternativa synen på vad forskning om ekonomisk styrning är som framskymtat ovan, men de uppvisar också en del viktiga skillnader. Eftersom vi — som framgått — delar den tolkande ansatsens grundläggande syn på vad ekonomisk styrning är, och också ser den kritiska ansatsen som behövlig för att förstå hur ekonomisk styrning fungerar i komplexa

organisationer som hälso- och sjukvården, följer här en kort redogörelse för bägge.

3.2.1 Tolkande och kritiska perspektiv: Utgångspunkter

Utifrån ett tolkande perspektiv är ekonomisk styrning en social konstruktion som reproduceras och institutionaliseras genom att individer handlar intentionellt i interaktion med varandra utifrån sina normer och värderingar (Lindvall, 1997: 22). Dessa normer och värderingar är institutionella, dvs för-givet-tagna i den kontext i vilken aktörerna agerar. (Chua, 1986: 615ff)

För forskningen innebär detta att teorier kring ekonomisk styrning är teorier omkring hur denna produceras och reproduceras genom social interaktion. Centralt i sådana teoribildningar är strävan efter förståelse för de verklighetsbilder och intentioner som aktörerna har i sitt fortlöpande handlande. Ekonomiska styrformer som budgets, internpriser mm utgör i detta sammanhang symboler och artefakter som tilldelats sin meningsinnehåll genom aktörernas intersubjektiva förståelse. I flera fall är denna meningsinnehåll att de ekonomiska styrsystemen är neutrala och objektivt sanna, vilket innebär att systemen därmed ofta upplevs som legitima och oomstridda i sin kontext. Konflikter kring styrsystemen blir främst en fråga om skillnader i tilldelad meningsinnehåll aktörer emellan, och konflikterna löses enligt detta synsätt allteftersom aktörerna interagerar med varandra.

Det kritiska perspektivet kan sägas utgöra både vidareutveckling och alternativ till det ovan skisserade tolkande perspektivet. Även om mycket av den kritiska forskningen om ekonomisk styrning utgår ifrån samma ontologiska och epistemologiska grunder som beskrevs ovan, så finns det också några grundläggande skillnader. En sådan är att tolkande forskning ofta saknar en utvärderande dimension, dvs ett inslag av kritiskt ifrågasättande av aktörernas utsagor från forskarens sida. Det är t ex tänkbart att forskaren kan uppdaga förhållanden som aktörerna själva är omedvetna om, såsom maktskillnader, diskriminering eller exploatering. Medan det tolkande perspektivet utgår ifrån att sociala konflikter ”organiseras bort” över tiden på det lokala planet, så innebär det kritiska att man utgår ifrån att konflikterna har sitt ursprung i långsiktiga, samhällsliga intressemotsättningar. (Chua, 1986: 618f) Annorlunda uttryckt är det kritiska perspektivet en plädering för ett medvetet etiskt förhållningssätt i forskningen (Laughlin, 1987: 483).

Utifrån ett kritiskt perspektiv (om det nu går att formulera ett enhetligt sådant med tanke på mångfalden av filosofiska impulser) kan ekonomisk styr-

ning ses som en uppsättning objektiverade föreställningar som påverkar människors handlande. Hur denna påverkan sker kan dock inte fastställas om man inte dels analyserar alternativa synsätt på styrning (dvs vad den ekonomiska styrningen inte är), dels analyserar styrningen som en konsekvens av dess samhälleliga och historiska kontext. Därmed öppnar man också upp för möjligheten att den ekonomiska styrningen utformats utifrån vissa aktörers intressen (dvs något helt annat än att den bara är objektivt effektiv) och att dess utformning ansluter till rådande, för-givet-tagna normer i organisationens kontext. Detta leder i sin tur att man till skillnad från den rent tolkande ansatsen också kan ifrågasätta målen och avsikterna bakom aktörernas agerande, att man som en del av forskningsinsatsen försöker väcka uppmärksamhet och insikt kring de intressen och normer som styr aktörernas handlande i skepnad av objektiverade strukturer.

Vi skall nedan beröra några viktiga tankeströmningar inom de tolkande och kritiska ansatserna, detta i syfte att göra diskussionen i 3.3 rörande organisatorisk komplexitet i hälso- och sjukvården mer teoretiskt konkret. Inledningsvis beskriver vi ekonomisk styrning som organiserad handling, varefter vi diskuterar hur Foucault respektive Habermas har inspirerat både andras och egen forskning. Vi avslutar med några synpunkter kring Giddens struktureringssteori kopplat till det aktuella problemområdet.

3.2.2 Ekonomisk styrning och aktörsskap: Tolkning och handling

I grunden för vår forskningsansats ligger en syn på ekonomisk styrning som ett intersubjektivt upplevt strukturellt fenomen i organisationer. Aktörer i organisationer organiserar gemensamt fram en kollektiv förståelse för den ekonomiska styrningen, en förståelse som producerar styrsystemens framtida handhavande samtidigt som den reproducerar befintliga normer och föreställningar kring hur styrsystemen skall vara utformade.

Ett enkelt exempel på hur man i organisationer producerar och reproducerar ekonomiska styrsystem ges av Swieringa & Weick (1987), som beskriver hur användning av den så kallade DuPont-modellen i en organisation kan förändra organisationsmedlemmarnas synsätt på sin verksamhet och därmed också utlösa långsiktiga förändringar i deras agerande. DuPont-modellen, som bryter ned måttet på ett företags räntabilitet till identifierbara resultat- och balansposter, är enligt författarna ett sätt att fokusera organisationsmedlemmarnas uppmärksamhet på ett tydligt mått som också kan förädlas med enkla framgångskriterier. Genom modellens karaktär av nedbrytning till beräknings- och

påverkningsbara storheter blir det relativt enkelt för ledningen att etablera en gemensam bild av de samverkande faktorer som leder till en viss räntabilitetsnivå och därmed en viss grad av måluppfyllelse. Modellen gör den ekonomiska styrningens funktionssätt transparent, och det är enkelt för aktörerna i organisationen att avläsa effekterna av sina åtgärder i dess terminologi. På så sätt accepteras den som en över tiden hållbar måttstock på företagets utvecklingsarbete och blir något som de flesta aktörer tolkar och agerar utifrån på samma sätt.

Ett liknande resonemang, fast fört i kulturtermer, förs fram av Capps et al (1989). Med hänvisning bl a till Giddens strukturerings teori redogör de för en fallstudie av redovisningssystemen i den brittiska kolproduktionsmyndigheten NCB, och finner att systemen är en viktig del av upprätthållandet av organisationens verklighetsbilder. Produktionen i kolgruvorna reduceras i systemen till en fråga om volymer och produktivitet, dvs en ensidig fokusering på "output", och följaktligen så är det frågor om just volymer och produktivitet som dominerar den interna diskursen i organisationen. Trots att den dagliga driften i gruvorna är långtifrån förutsägbar, så dominerar bilden av kolproduktion som en långsiktig och stabil verksamhet. Gruvarbetarnas löner och anställningsförhållanden visade sig också kopplade till produktionsmätningen, vilket ytterligare understryker bilden av NCB som en kolproducerande organisation. Däremot ses ekonomiska rapporter (dvs rapporter där produktionsstatistiken översatts till pengar) som ytliga, och får aldrig något genomslag i den interna styrningen förrän de uttrycks i produktionstekniska termer. Utredningar om investeringar och förändringar handlar nästan uteslutande om vad som är tekniskt möjligt, inte om vad som är ekonomiskt lönsamt. Författarna beskriver detta som att kulturen i organisationen har frambringat de produktionsfokuserade redovisningssystemen, och att dessa system därmed också bidrar till att upprätthålla och ytterligare befästa denna kultur. Varje gång aktörerna använder produktionsstatistik i den löpande styrningen av organisationen, så förstärker de bilden av att produktionsstatistik är en central ingrediens i den NCB-anställdes upplevda verklighet.

En liknande studie redovisas av Dent (1991), som menar att kulturen i en organisation i någon mån alltid är unik, och att den ekonomiska styrningen dels måste utgå ifrån kulturen, men också har goda möjligheter att påverka den. I en longitudinell studie av ett nationellt järnvägsbolag som på bara några år gick från att vara en myndighet till ett affärsdrivande företag, visar han att den gamla kulturen gjorde förändringsprocessen både konfliktfylld och krävande på grund av skillnaderna i verklighetsbild mellan olika organisationsde-

lar. Samtidigt innebar det nya ekonomiska styrsystemet att många aktörer i organisationen förändrade sin syn på produktionen, kunderna, produktionsprocessen, tidsflödet, affärsidén osv. Som viktiga faktorer bakom den relativa framgången pekar Dent på att förändringsprocessen satts igång av den befintliga ledningen och att man fick utforma styrsystemet lokalt utan diktat från regeringen. De nya idéerna var på så sätt väl förankrade i den befintliga kulturen, samtidigt som de öppnade möjligheter för aktörerna att själva skapa organisationens framtid.

3.2.3 Ekonomisk styrning som struktur: Språk och kommunikation

Ekonomisk styrning handlar således i stor utsträckning om hur aktörer i organisationer beskriver sin verklighet. Den språkliga interaktionen aktörer emellan är en central del i allt mänskligt organiserande, och detta gäller även hur ekonomiska styrsystem produceras och reproduceras:

”It seems safe to assume that the analytical use of management accounting information is mainly referred to staff units. Line managers, working in real time in management situations characterized by ‘brevity, variation and fragmentation’ are likely to use information in different ways and they may be expected to use it in conversations with others in joint problem solving or implementation processes to achieve the establishment of rules of the game, commitment to tasks and policies, and for attention direction. Conversations are cooperative games rather than competitive ones and they do not only convey information but also serve to generate symbolic capital and trust.” (Jönsson, 1996: 148)

Jönsson utgår i sitt resonemang från de många studier som visat att ledararbete i organisationer primärt är en verbal aktivitet. Ledares vardag är inte att analysera och beräkna, utan snarare att kommunicera verbalt med andra människor och bygga sociala nätverk inom och utom organisationen (jfr t ex Wåhlin, 1994: 41ff). I den mån ekonomiska styrsystem används av ledande aktörer i organisationer så kommer de således att användas som grund för konversationer människor emellan snarare än som analytiska tekniker använda i syfte att räkna fram objektiva beslutsunderlag. Styrsystemen blir sålunda en del av aktörernas tolkningsrepertoar vad avser händelser i organisationen. I många av de sociala situationer aktörerna hamnar i är de ekonomiska styrsystemen föremål för handling. Aktörerna bygger med tiden upp en gemensam förståelse för hur systemen fungerar och vilka förutsättningar för handling de ger. Själva organiserandet av den ekonomiska styrningen blir då en språklig, diskursiv, process, där aktörerna formulerar sina tolkningar av styrsystemen i

ord och meningar. Ser man verkligheten som socialt konstruerad är det i denna diskursiva interaktion själva det sociala konstruerandet sker.

Hedlin (1996: 193f) påpekar att detta språkliga umgänge människor emellan dock inte alls med nödvändighet måste leda fram till att aktörernas upplevelser av styrsystemen konvergerar i en gemensam, intersubjektiv tolkningsrepertoar. Trots att styrsystemen rent syntaktiskt är logiskt och omsorgsfullt utformade så missförstås de, även om organisationsledningar och ekonomiexperter söker överföra sina tolkningsrepertoarer på resten av organisationens medlemmar. Detta, menar Hedlin, har dels sin grund i vad han med en Wittgensteinsk term kallar "lokala språkspel" i olika organisationsdelar, dels i kulturella och institutionella faktorer utanför organisationen. Ledningens möjligheter att påverka hur aktörer i organisationer skall uppleva och konversera kring de ekonomiska styrsystemen är goda, eftersom ledningen både har systemdesign och retorisk tyngd att ta till. Samtidigt är dessa möjligheter begränsade, eftersom ledningen handlar utifrån sina tolkningsramar och därför inte riktigt förstår sig på andra möjliga tolkningar som kan finnas i organisationen.

I en serie artiklar från f d Sheffieldprofessorn Richard C Laughlin och hans forskargrupp analyseras detta utifrån Habermas teori om den kommunikativa rationaliteten⁴. Enligt Habermas bör det moderna samhället analyseras i termer av från varandra åtskilda "system" och "livsvärldar", där "system" står för allehanda tekniska och regelmässiga arrangemang och "livsvärld" för den av människorna upplevda symboliska tillvaron. Systemen ses som skapade av människor utifrån deras livsvärld i syfte att stödja denna. Den önskvärda situationen är naturligtvis att systemen skall underlätta för människor att upprätthålla och förbättra sina livsvärldar, men Habermas konstaterar att systemen tyvärr också påverkar livsvärlden. System (som lagar eller redovisningsprinciper) är ursprungligen avsedda att uttrycka den allmänna viljan bland människor, men kommer med tiden också att påverka hur människor upplever sin tillvaro och hur denna bör förändras. I Habermas terminologi "koloniserar" livsvärlden av systemen, och den rationella, demokratiska dialogen medborgare emellan störs. Vissa människor får genom sin insikt och kontroll över de mekanismer med vilka systemen styrs ett avgörande inflytande över hur företeelser i livsvärlden skall tolkas, vilket med tiden innebär att systemen kommer att leva ett eget liv oberoende av vad merparten av medborgarna tycker:

⁴ Här hänvisar vi framför allt till Power & Laughlin, 1996, samt Broadbent, Laughlin & Read, 1991, men i övrigt även till Broadbent, 1992; Laughlin, 1991; Laughlin & Broadbent, 1993; samt till Laughlin, Broadbent & Shearn, 1992. Se även den sammanfattande beskrivningen i Alvesson & Willmott, 1996: 144f.

”The colonizing potential of accounting consists not only in the instrumental reach of its information systems technology but also in its capacity to capture organizational self-understandings and reframe them in accounting terms, thereby insulating accounting from systemic inquiry other than in terms of technical success or failure.” (Power & Laughlin, 1996: 447)

Ett exempel på detta hämtar vi från en studie av det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet NHS (Broadbent, Laughlin & Read, 1991). Under 1980-talet producerades en rad övergripande utredningar om NHS organisation i syfte att göra denna mer effektiv och patientorienterad. Ett gemensamt tema i utredningsförslagen var att en mer företagslik och decentraliserad struktur behövde införas. I utredningarnas spår följde införandet av system för kostnadskontroll, effektivitetsmätning, kvalitetsindikering, budgetering mm; gemensamt var att man nu skulle börja producera och styra efter organisationsdata som inte tidigare varit möjliga att ta fram. Merparten av dessa förändringar utfördes av ekonomistyrningsexperter och inlånade företagsledare, ibland under häftiga protester från läkare och övrig vårdpersonal. Broadbent et al ser i detta ett antal nya styrmekanismer (en ökad fokusering på styrning, kostnadsansvar och externrekryterade administratörer) som på olika sätt gör att Sjukvårdsdepartementet kan kolonisera NHS-personalens livsvärld med nya begrepp och nya referensramar. Koloniseringen yttrar sig inte så mycket i själva de formella besluten om nya strukturer och system, som i de nya ord och synsätt på verksamheten som över tiden insmyger sig i de dagliga konversationerna människor emellan i vården.

3.2.4 Ekonomisk styrning som struktur: Foucaults fängelse

Ett med ovanstående resonemang besläktat synsätt på ekonomisk styrning är att se den som en disciplinerande företeelse för människors tankar och handlingar. Grunden för en sådan analys kan med fördel tas i Michel Foucaults (1993) studie av hur disciplineringen av människor historiskt har utvecklats inom det västerländska fängelseväsendet. Studien behandlar en av de mest påtagliga formerna för kontroll och disciplinering som vårt samhälle känner, och kan därför i viss mån också överföras till mindre påtagliga fenomen. Ekonomisk styrning är ett exempel på ett sådant fenomen.

I sin diskussion kring Foucaults synsätt applicerade på ekonomisk styrning framhåller Macintosh (1994: kap 13) tre grundläggande principer för disciplineringen av fångarna (se även Foucault, 1993: kap III:I): (1) Inspärrning och fördelning av fångarna i en sluten miljö, (2) etablerandet av en strikt tan-

ke- och handlingsreglerande dagordning, samt (3) en ständig och allestädes närvarande övervakning och utvärdering. Dessa principer tolkar Macintosh som (1) en disciplinering i rummet, (2) en disciplinering av tiden, och (3) en disciplinering av själen.

När det gäller disciplinering i rummet bygger fängelset för det första på att inspärningen sker i en självförsörjande, avgränsad enhet; fångarna skall kunna framleva hela sitt liv där. Inom fängelset delas rummet upp ytterligare på celler, vilket dels får konsekvensen att individerna finns på identifierbara ställen i rummet, dels att individerna med tiden kommer att identifiera sig med sina respektive rumsliga lokaliseringar. Analogin med ekonomisk styrning är tydlig; organisationens medlemmar får större delen av sina behov tillfredsställda inom organisationens ramar, och genom att organisationen delas in i avgränsade underenheter framkallar man både rumslig kontroll och identifikation.

Disciplineringen av tiden bygger i allt väsentligt på att det finns en auktoritativ tidtabell för alla sysslor som skall utföras, en slags dagordning som reglerar vad alla individerna skall vara sysselsatta med vid varje tidpunkt på dagen. Denna kan ytterligare förfinas genom detaljerade föreskrifter för rörelsemönster (t ex militär exercis) eller klädedräkt (t ex uniformer), genom vilka frihetsgraden för individerna vad gäller den egna kroppens rörelser ytterligare inskränks. Ekonomisk styrning innebär i mångt och mycket att man etablerar olika former av tidsramar och normativa regelsystem i organisationer som rutar in de anställdas vardag, och i många verksamheter arbetar man också med föreskrivna rörelsemönster, konversationsfraser och kläder (även om sådana sällan direkt kan hänföras till den ekonomiska styrningen).

Disciplineringen av själen, slutligen, bygger på *panopticon*, dvs att alla individer skall kunna ses, övervakas och utvärderas av ledning och vakter. Detta organiserades i fångelser ofta i form av hierarkisk övervakning, med vilket menas att vakterna kommenderades att övervaka ett begränsat antal fångar, och i sin tur själva övervakades av andra vakter. På så sätt kunde fångelsechefen genom sin kommandokedja ständigt övervaka varenda fånge. Den hierarkiska övervakningen kan ytterligare inskräpas genom bruket av sanktioner när givna regler överträds, och genom individuell utvärdering och jämförelse av de enskilda fångarnas prestationer. Vad ekonomisk styrning beträffar är den till sin natur hierarkisk (både vad gäller organisationsstruktur och systemstruktur) och förses ofta med sanktioner och jämförelsepunkter. Den avdelningschef som överskrider sin budget är för det första medveten om att detta kommer att upptäckas, för det andra att sanktioner kan påräknas (lönesänkning, för-

flyttning eller rentav avsked), för det tredje att hans resultat kommer att bli föremål för offentlig jämförelse inom organisationen.

Som vi sett kan Foucaults beskrivning av hur fängelser är organiserade användas för att analysera hur komplexa organisationer som hälso- och sjukvården fungerar, inte minst hur deras ekonomiska styrning fungerar. Ett exempel som ges av Macintosh (1994: 228-238) är ledningssystemet i ITT under Harold Geneen. Geneen, själv en mycket disciplinerad person, införde i ITT en långtgående indelning i resultatenheter, en detaljerad instruktion om rapportering och återkommande ledningsmöten, och etablerade en omfattande utvärderingsorganisation vid huvudkontoret. Ett annat exempel ges av Miller & O'Leary (1987), som i polemik mot traditionell redovisningshistoria beskriver det tidiga 1900-talets uppkomst av standardkostnader och budgetering som betingat av disciplinering och samhällliga strömningar. Standardkostnader och budgetar var i praktiken ett sätt att utvärdera enskilda individers prestationer, vilket tjänade ambitionerna både i Europa och USA att effektivisera produktionen och skapa en ny modern människa. Medan den traditionella redovisningshistorien framhäver de nya teknikernas funktionalitet i företagen som den huvudsakliga drivkraften i utvecklingen, ser Miller & O'Leary dem som politiskt korrekta beståndsdelar i det expertledda byggandet av det moderna industrisamhället. Ekonomisk styrning är för dem ett sätt att disciplinera rummet, tiden och människokroppen i strävan efter effektivitet och upplyst rationalitet.

3.2.5 Bortom aktörer och strukturer: Struktureringsteori

Avsnitten ovan innebär att ekonomisk styrning är ett socialt fenomen i den meningen att den produceras och reproduceras genom social interaktioner. Dessutom är den strukturell till sin natur, dvs att den institutionaliseras i form av fasta, för-givet-tagna föreställningsmönster som avgränsar aktörernas upplevda förutsättningar för handling. Den ekonomiska styrningen kan därmed sägas ha vad Giddens (1984) kallar 'strukturens dualitet', dvs strukturers egenskap att på en gång både vara skapade av aktiva aktörer och samtidigt verka begränsande på dessa aktörers handlingsutrymme. Annorlunda uttryckt: Strukturer är något som skapas både genom vårt egna sociala handlande och genom vår medvetna eller omedvetna begränsning av detta handlande till det som faller inom ramen för befintliga normsystem. Varje gång vi följer en skriven eller oskriven regel utför vi en aktiv handling av egen vilja, samtidigt som vi erkänner de begränsningar som reglerar hur denna vilja kan tänkas yttra sig.

Strukturer existerar på detta sätt endast i den utsträckning som aktörer använder sig av dem i sitt fortlöpande medvetna sociala handlande. Deras "funktion" är främst institutionell, de utgör basen för upprätthållandet av olika ömsesidiga relationer mellan individer och mellan kollektiv. Dessa mönster av relationer (dvs vad Giddens kallar "system") upprätthålls genom social interaktion där aktörer kommunicerar med varandra på ett meningsfullt sätt, utövar makt gentemot varandra och ger uttryck för rättigheter och skyldigheter. Denna sociala interaktion både förutsätter och reproducerar underliggande strukturer som styr aktörernas meningsskapande, deras inbördes maktförhållanden och deras uppfattningar om vad som är legitimt och inte. (Capps et al, 1989: 220ff)

Beträffande strukturerings teori applicerad på ekonomisk styrning, så har den varit föremål för en omfattande debatt mellan framstående forskare under det senaste decenniet⁵. Debatten har framför allt rört gränsdragningen mellan dualitetens två komponenter, dvs det sociala aktörskapet och den institutionella strukturalismen, och i vilken mån ekonomisk styrning är socialt skapad respektive institutionellt strukturerande. Medan debattörerna i stort är överens om strukturerings teorins användbarhet och om att ekonomisk styrning är ett till stora delar strukturellt fenomen, så finns det skillnader i hur man ser på den individuella aktören i förhållande till dessa strukturer. Är aktören fullständigt underkastad den homogena kollektiva föreställningen om vad ekonomisk styrning är, vilka som styr/styrs och varför det måste fungera på det sättet?

⁵ Debatten, som förts under 90-talet i tidskriften *Accounting, Organizations and Society*, startade i och med att Boland (1993) kritiserade Macintosh & Scapens (1990) för att i sin argumentation för att tillämpa strukturerings teori på ekonomisk styrning inte tillräckligt ha uppmärksammat individens aktiva roll. Boland kritiserade framför allt att Macintosh & Scapens utgick från att ekonomiska styrsystem ingick i uppsättningen av delade normer och värderingar i organisationer, och att individen därmed var underordnad den kollektiva kulturen. I sitt svar till Boland menade Scapens & Macintosh (1996: 683f) att meningsskiljaktigheterna härrörde från metodologiska läsningar; där Boland främst var intresserad av aktörens reflexiva strategiska handlande, där var man själva främst inriktade på att framhäva den ekonomiska styrningens institutionella egenskaper. Boland (1996) kommenterade detta genom att hävda att den institutionella analysen lett Scapens & Macintosh på villovägar vad beträffade aktörskapet; i stället för att anta att olika människor tolkade styrsystem olika, så hade man (i motsats till Giddens) antagit att styrsystemens upplevda förutsättningar för handling var föremål för social konsensus.

Eller är aktören, visserligen inbäddad i sin institutionella omgivning, i besittning av ett eget friutrymme för tolkning och handling?⁶

Utifrån struktureringsteorins grundbegrepp kan den ekonomiska styrningen sägas vara ett slags tolkningsschema, som möjliggör för aktörer i organisationer att skapa en konkret mening kring organisationens verksamhet och kommunicera denna mening. Tex så är den ekonomiska styrningen ett sätt för organisationsledningen att omvandla föreställningen om lönsamhet till något som kan bli föremål för kommunikation och handling i organisationsmedlemmarnas vardag. I detta meningsskapande uppstår också en moralisk dimension. Olika aktörer i organisationen kan avkrävas ansvar för lönsamhetens utveckling, och handlingar utförda i syfte att öka lönsamheten ses som både legitima och rättrådiga. Detta innebär också att lönsamhetstänkandet blir ett sätt att utöva makt i organisationen genom att det blir legitimt att handla på olika sätt mot individer med grund i deras lönsamhetspåverkande prestationer. Även om detta är som tydligast i de fall där individer befordras eller degraderas i samband med lönsamhetsmätningen, så finns denna maktutövning med även i det vardagliga flödet av aktiviteter. (Macintosh, 1994: 172ff)

Frågan om aktörernas handlingsutrymme i förhållande till dessa blir med nödvändighet en fråga om möjligheten att överskrida de strukturer för meningsskapande, maktutövning och legitimering som aktören är inbäddad i. Ser man individers livssituation generellt är detta naturligtvis knappast möjligt, eftersom en sådan gränsöverskridare antagligen skulle karaktäriseras som däre, brottsling och människofientlig på en gång. Ser man det däremot i den begränsade kontext som den ekonomiska styrningen i organisationer utgör, så kan man konstatera att aktören till stor del är underkastad dess strukturer men inte uteslutande hänvisad till dem. Den ekonomiska styrningen är i regel något ”som kommer med jobbet”, dvs något som främst existerar inom ramen för vissa anställningsförhållanden i organisationer. I livet utanför organisationen är det andra strukturer som är relevanta, och även inom organisationer kan det förekomma skillnader i hur olika aktörer tilldelar vardagen mening, ser på maktförhållanden och legitimerar olika handlingar (Boland, 1993: 139f). Organisatorisk komplexitet skulle därmed också kunna sägas innebära förekomsten av skilda uppsättningar av strukturella föreställningar och därmed skillnader i hur organisationsmedlemmarna skapar mening kring det ekonomiska styrsystemet, anpassar sig till dess maktimplikationer och anammar dess legitimitets-

⁶ Själva menar vi att aktörerna har ett visst handlingsutrymme, men att det i organisationer som hälso- och sjukvården finns ett flertal starka institutionella normsystem vars inbördes skillnader förklarar mycket av skillnaderna mellan enskilda aktörer.

anspråk (jfr Mellempvik, 1997: 203). Inbäddad i den typen av komplexitet kan aktören sägas ha ett visst handlingsutrymme, inte minst om det stöds av flera olika åsiktsriktningar.

3.3 Att studera ekonomisk styrning i hälso- och sjukvården: Utgångspunkter

Resonemangen hittills i detta kapitel skall dels ses som en metodologisk positionering, där vi i klargöra vilka ontologiska, epistemologiska och värdeteoretiska referensramar vi har i studiet av ekonomisk styrning i hälso- och sjukvården. Samtidigt är det också en teoretisk positionering i den meningen att vi sökt beskriva den tidigare empiriska forskning vi inspirerats av. Som en sammanfattning av kapitlet följer här en summering av våra utgångspunkter inför det fortsatta studiet av förändringar av de ekonomiska styrsystemen i hälso- och sjukvården.

- Ekonomisk styrning är en socialt konstruerad företeelse i organisationer. Liksom organisationerna som sådana så kan den ekonomiska styrningen av dem ses som en uppsättning av föreställningar kring organiserandets natur. Dessa föreställningar organiseras fram över tiden av aktörer i social interaktion, men bakgrund av systemiska/institutionella strukturer som förser dem med den ekonomiska styrningens meningsinnehåll, ledningsanspråk och moraliska legitimitet.
- Ekonomisk styrning kan inte förstås utan förståelse för aktörernas förståelse av den. För att nå förståelse för hur aktörernas sociala meningsskapande kring den ekonomiska styrningen går till, och på vilka strukturella grundvalar de interagerar, måste forskaren förstå hur aktörerna upplever styrsystemen och agerar relativt dem.
- Ekonomisk styrning kan inte förstås utan förståelse för den kontext som styrningen är inbäddad i. Den ekonomiska styrningen är bara en aspekt av ledningsarbetet i organisationer, och påverkas därför av hur situationen upplevs i övrigt, t ex ledarstil, ekonomiska förutsättningar och produktionsteknologi. I den mån organisationen är tätt kopplad till ett fält av organisationer med gemensamma normsystem och omfattande interorganisatoriskt umgänge, så är en förståelse även för dessa nödvändiga.
- Ekonomisk styrning kan inte förstås utan att dess grundantaganden tydliggörs och öppnas upp för ifrågasättande. Ekonomisk styrning och ekonomiska styrsystem bär i allmänhet med sig outtalade anspråk på objektivitet, neutralitet och distansering (till skillnad från mycket av ledningsarbetet i övrigt, som bygger på starka visioner, retorik och närhet till de ledda). I och med att den ekonomiska styrningen ses som socialt konstruerad av med-

vetna aktörer inbäddade i institutionella normsystem, så kan den inte skiljas från dessa aktörers verklighetsupplevelse. Styrsystemen existerar inte i någon objektiv bemärkelse, de står inte utanför avsikter och intressemotsättningar, de utgör nära och påverkande strukturella betingelser i aktörernas vardagstillvaro.

- Aktörernas upplevelse av den ekonomiska styrningen beror i hög grad på de institutionella föreställningar kring styrningen som ligger till grund för interaktionen. I grunden ligger en syn på organiserandet som inbegriper ekonomiska aspekter, och en acceptans för att ekonomisk styrning och kontroll kan och måste användas i ledningen av detta organiserande.
- De aktörer som producerar och reproducerar den ekonomiska styrningen kan ha olika upplevelser av den ekonomiska styrningens mening, styrningsanspråk och legitimitet. Aktörerna i organisationen refererar inte med nödvändighet till samma uppsättning av underliggande institutionella strukturer, snarare vore en fullständig ontologisk samstämmighet att betrakta som ett undantag. Beroende på funktion, profession, grupp tillhörighet, mm så tillämpar man delvis olika grundläggande antaganden på den ekonomiska styrningen. Vissa aktörsgrupper kan t ex hävda att ekonomiska resultat är en sekundär aspekt av organisationens prestationer, att ekonomiska rapporter inte har med deras eget agerande att göra, och att det vore förkastligt att låta ekonomin styra.
- Genom att reproducera den ekonomiska styrningen bidrar aktörerna till att upprätthålla strukturella förhållanden som styr deras språk användande och skapar ordning och reda i organisationer. Organisationsstrukturen kan beskrivas som ett slags systematiskt betraktelsesätt av aktörernas fortlöpande organisering av gemensamma angelägenheter, och den ekonomiska styrningen avses i regel spegla detta betraktelsesätt. I stället för allehanda individuella och gruppvisa verklighetsbeskrivningar kan den ekonomiska styrningens enkla och allomfattande avbild användas för att förstå organisationen, och därmed inränga aktörer och aktiviteter i tiden och rummet. Aktörernas konversation rörande ekonomiska frågor kan därmed komma att ske med ett systematiskt, gemensamt språkbruk där missförstånd och skillnader i tolkning kan minimeras.
- Komplexiteten i hälso- och sjukvården innebär för oss att aktörerna har olika institutionella referensramar i förhållande till den ekonomiska styrningen, och att dessa skillnader manifesteras i den sociala interaktion aktörer emellan där styrningen produceras och reproduceras. Den fortlöpande organiseringen av den ekonomiska styrningen har ett element av konver-

gens i det att man med tiden alltmer kan närma sig en gemensam förståelse av styrsystemen. Å andra sidan kan sådana organiseringsprocesser bli arenor för konflikt, där latenta meningsmotsättningar i det vardagliga rutinarbetet plötsligt lyfts fram och blir manifesta.

4 Ekonomisk styrning och organisatorisk förändring

Efter att i det föregående kapitlet formulerat våra utgångspunkter vad beträffar ekonomisk styrning i organisationer och med vilken ansats empirisk forskning kring denna bör bedrivas i organisationer, skall vi nu explicit gå över på förändringsaspekten av ekonomisk styrning. Efter att inledningsvis ha behandlat vår allmänna syn på organisatorisk förändring i organisationer, går vi över på ekonomisk styrning och dess relation till organisatorisk förändring. Vi utgår i denna diskussion från vad vi i kapitel 1 benämmt ”den ekonomiska styrningens förändringsdilemma”, med vilket vi menar den ekonomiska styrningens användbarhet som styrform i organisationer satt i förhållande till dess konserverande inverkan på organisationer. Kapitlet avslutas med att vi formulerar begreppet ”ekonomiska styrinitiativ” som beskrivning på hur förändringar av den ekonomiska styrningen går till i hälso- och sjukvården, och ser närmare på vilka generella drag organiseringsprocesserna kring dessa kan tänkas ha. Dessa resonemang tar vi sedan som utgångspunkt inför den empiriska studien av ekonomiska styrinitiativ i tre landsting.

4.1 *Förändringsprocesser i organisationer*

Teoribildningen kring förändring i organisationer är ytterst omfattande och mångfacetterad (Sköldberg, 1991: 221; Van de Ven & Poole, 1995), och detta avsnitt har därför inte ambitionen att göra en fullständig genomgång av området. I praktiken är flertalet teorier om organisation och organisering teorier just om förändring, och empiriska studier av dessa fenomen (åtminstone de med förståelseorienterade ansatser) rör i allmänhet situationer där betingelserna på något sätt förändras. Däremot finns det en stor variation i litteraturen, både vad gäller skolbildningar, perspektiv och förändringsteorier, och föreliggande avsnitt skall därför främst ses som en positionering av denna studie utifrån de grundantaganden som redovisades i kapitel 2. När det gäller förändringar av de ekonomiska styrsystemen så innebär dessa i regel att organisationens strukturella arrangemang förändras, och vi har därför tagit vår utgångspunkt i teoribildningen om strukturella förändringar och deras förlopp.

Centralt i resonemanget är att vi ser organisatorisk förändring som något diskontinuerligt, dvs som urskiljbara processer i organisationer som startas,

pågår och avslutas. En organisation i ”ständig förändring” är därför en organisation där det ständigt pågår olika förändringsprocesser, processer som inte nödvändigtvis behöver vara tätt och logiskt sammankopplade. Vi redogör i sammanhanget för två varandra kompletterande sätt att betrakta förändringsprocesser; som organisering kring strategiska frågor och som temporär organisering kring projekt.

4.1.1 Förändring som diskontinuitet i organisationen

I mycket av teoribildningen kring organisationsförändring är bilden av förändring som ett diskontinuerligt socialt fenomen central. Förändringsbegreppet i sig bygger på föreställningen att något rör sig, och därmed att denna rörelse sker relativt någonting annat i tid och rum. Ett flertal vid det här laget klassiska förändringsmodeller utgår också ifrån förändring som något diskontinuerligt i tiden (dvs att det finns något före och efter) samt i rummet (dvs att förändringen har rumsliga konsekvenser i termer av förflyttning eller spridning).

Van de Ven & Poole (1995: 515ff) benämner detta synsätt som ”teleologiskt”, med vilket de menar att organisationen ses som något framåtskridande och målinriktat, som förändras i och med att det uppstår gap mellan organisationens önskade och faktiska tillstånd. När organisationens aktörer (som agerar utifrån egna övertygelser men begränsas av institutionella och resursmässiga strukturer) upplever detta gap som alltför stort initierar de förändringsåtgärder. Vid sidan av det teleologiska synsättet (som till stora delar kan sägas utgöra grunden för denna studie) identifierar Van de Ven & Poole också tre andra synsätt: (1) ett livscykel-synsätt, som bygger på organisk tillväxt utifrån inneboende ”genetiska” koder, (2) ett evolutionärt synsätt baserat på kamp för överlevnad och naturligt urval, samt (3) ett dialektiskt synsätt som förklarar diskontinuiteter i organisationens tillstånd med konflikter och intressemotsättningar (s. 514). Som framgått har vi en kritiskt teleologisk grundhållning, där vi ser förändring som organiserad av medvetna (om än begränsade) aktörer, som dock kan ha sinsemellan olika tolkningar och intressen i den organisatoriska vardagen.

Ett välkänt exempel på en teleologisk teoribildning representeras av Lewin (1958) som beskriver organisationsförändring i termer av upptining, förflyttning och återfrysning. Organisationer ses som stabila system som genom särskilda ansträngningar kan beredas på förändring, förändras och åter stabiliseras i ny form. Ett annat exempel är Greiner (1972) som beskriver organisationers tillväxt över tiden som bestående av en rad olika faser med olika pro-

blem att hantera. Greiner (som även kan sägas ha en livscykel-syn på förändring) menar att utvecklingen växlar mellan "revolution" och "evolution", dvs mellan snabba, radikala omvälvningar och lugnare perioder där den befintliga strukturen förfinas och fördjupas. En liknande indelning görs av Tushman & Romanelli (1985) som talar om "radikala" respektive "inkrementella" förändringar.

Denna syn på förändring framgår kanske som tydligast i Miller & Friesens statistiska studier av förändringsförlopp i organisationer (Miller & Friesen, 1980a, 1980b, 1984). Genom att använda sig av multivariata tekniker kunde man identifiera både en rad typer av strategiska förhållningssätt bland organisationer och ett antal typer av förändringsinriktningar. Utifrån dessa studier konstaterar författarna att organisationsförändringar i regel berör ett stort antal dimensioner av organisationen och att det finns fördelar med att genomföra sådana förändringar på ett snabbt och dramatiskt sätt (Miller & Friesen, 1984: 203ff). Eftersom de menar att organisationer från tid till annan stabiliserar sig i vissa strukturella arrangemang (jfr Mintzberg, 1983) så är "revolutionära" förändringar som berör ett stort antal strukturella variabler nödvändiga med jämna mellanrum (208f). Inkrementella förändringar ser de som alltför långsamma, och förändringar som bara riktar sig mot vissa aspekter av organisationen är otillräckliga. De strukturella arrangemang som framgångsrika organisationer anammat är visserligen harmoniska och välfungerande, men det går omöjligt att "bygga in" förändring i ett sådant arrangemang:

"[...] firms that are structured for a dynamic environment must, when their markets stabilize, face an adaptive task that is every bit as difficult as that which confronts mechanistic or bureaucratic firms whose environment are becoming more dynamic. No type of structure can remove the need for periodic restructuring." (Miller & Friesen, 1984: 208)

Miller & Friesens observationer har legat till grund för en hel del förändringsforskning. Till de mer omfattande studierna hör Royston Greenwood och Bob Hinings undersökning av regionala och kommunala myndigheter i Storbritannien (Hinings & Greenwood, 1988). Liksom i Miller & Friesen (1980b) var det övergripande syftet att hitta generella mönster i organisationers förändringsförlopp (Greenwood & Hinings, 1988). Grundtanken var att det finns en uppsättning "designarketyper", dvs generella stabila strukturella former som organisationer kan anta under en längre tid. På ytan består formerna av strukturella arrangemang i organisationen, men de motsvaras också av mer grundläggande tolkningsschemata i organisationen rörande dess existens och

organiseringsprinciper (Hinings & Greenwood, 1988: 22). Så länge inga viktiga störningar sker i organisationens omvärld kan man förvänta sig att dess form är relativt stabil, och att eventuella interna förändringar främst görs i syfte att ytterligare förfinas denna form. Om det däremot inträffar en grundläggande störning i omvärlden som gör den existerande designarketyper obsolet, så kan man förvänta sig att ett förändringsförlopp inleds i organisationen i syfte att hantera störningen. Greenwood & Hinings menar att det finns en begränsad uppsättning möjliga förändringsförlopp, och använder begreppet ”spår” för dessa. De huvudtyper av förändringsspår man identifierat är (1) självrefere- rande förändring, där designarketyper aldrig ifrågasätts, (2) avbrutna föränd- ringar, där man återgår till den ursprungliga designarketyper, (3) omorienter- ingar, där man byter designarketyper, samt (4) oavslutade förändringar, där man överger den ursprungliga arketyper men inte lyckas hitta något nytt stabilt läge.

Richard Laughlin (1991) hör till de som använt sig av Greenwood & Hi- nings resonemang och dessutom utvecklat deras organisationsmodell. Laugh- lin utgår liksom dessa ifrån att organisationer från tid till tid tillämpar olika designarketyper, och att organisationsförändring innebär att störningar i orga- nisationens omvärld leder till att arketyper omprövas i olika utsträckning. Däremot menar Laughlin att det ”spår” förändringen kommer att följa inte bara kan analyseras som strukturell förändring, utan att dess inverkan på orga- nisationens tolkningsschemata måste analyseras djupare⁷. Tolkningsschemata är inte givna en gång för alla, utan kan förändras över tiden så att helt nya de- signarketyper kan bli möjliga att introducera. Likaså behövs en förståelse för organisationens ”sub-system”, dvs de teknologiska och materiella betingelser som organisationsmedlemmarna lever under. Tolkningsschemata och struktu- rella arrangemang kan påverkas mycket av hur byggnader är utformade och hur maskiner är uppställda, och förändringar av dessa aspekter inverkar också på organisationens förändring (se fig 2.1).

Laughlin (som placerar de ekonomiska styrsystemen bland de strukturella arrangemangen) skiljer på förändring av första och andra ordningen. Med ”första ordningens förändring” avses en förfining av det befintliga, medan en ”andra ordningens förändring” innebär en grundläggande omorientering⁸. Grunden för denna klassificering är enligt Laughlin huruvida organisations-

⁷ Här kan dock viss kritik riktas mot Laughlins argumentation; han menar att Green- wood & Hinings skiljer på designarketyper och tolkningsschemata, medan det i de senares verk klart framgår att tolkningsschemata (åtminstone ytligt) ses som en del av designarketyperna (Hinings & Greenwood, 1988: 22).

medlemmarnas tolkningsschemata har ändrats i någon avgörande mån. Om tolkningsschemata är oförändrade trots förändringar i struktur och sub-system menar han att detta är en första ordningens förändring, eftersom omgivningsstörningen inte lett till att organisationsmedlemmarna omdefinierat sin syn på organisationen. För en andra ordningens förändring krävs just detta.

Måhända ger ovanstående resonemang en bild av att organisationsförändring är något mekaniskt, ett slags biljardbollstänkande där en stöt från omgivningen fortplantar sig genom organisationen och omformar den. Vad modellerna egentligen säger är dock att organisationer består av aktörer som reproducerar organisationen och därmed också dess strukturella och materiella arrangemang, och att dessa aktörer kan förändra sin syn på organisationen när de organiserar sig kring upplevda problem och möjligheter i omvärlden. Samtidigt finns det gränser för förändringen; t ex så ifrågasätter få aktörer att de över huvud taget skall fortsätta att vara en organisation, eller att denna organisation inte längre skall använda sig av ekonomiska mått i sin verklighetsbeskrivning.

Diskontinuiteten i organiserandet av förändring är mot denna bakgrund naturlig. I det vardagliga flödet av aktiviteter nöjer sig aktören med att reproducera sin sociala roll och de institutioner i vilken hon är inbäddad, och det skall till kritiska händelser för att denna rutinisering skall brytas (Giddens, 1984: 60ff). Sedan är det olika från fall till fall huruvida organiseringsprocessen verkligen leder fram till någon förändring av hur organisationsmedlemmarna upplever förutsättningarna för handling i organisationen; Laughlin menar att organisationer är konservativa till sin natur (vilket talar för första ordningens förändringar) men att verklig förändring ändå är oundviklig på sikt (dvs andra ordningens förändringar):

”[...] it can be argued that organizations do have a tendency to conservatism and avoidance of fundamental [...] change in interpretive schemes. Change is not usually sought and the trauma involved in changing the interpretive schemes is something the organization will avoid, if at all possible, even though the challenge and importance of this concern to those who subscribe to the whole concept of progress and development in an evolutionary sense cannot be lightly avoided.” (Laughlin, 1991: 223)

Inför nästa steg i analysen, dvs studiet av hur omvärldspåverkan i praktiken yttrar sig i det interna ledningsarbetet och hur organiseringen kring de upplevda problemen går till, gör dock de ovan citerade författarna delvis halt. Centra-

⁸ Denna distinktion görs även av Meyer, Goes & Brooks (1993).

la frågeställningar i en sådan analys är dels hur organiseringsprocessen kring den aktuella problembilden går till, dels hur denna process förhåller sig till organisationen i övrigt. Den förstnämnda frågeställningen omfattar teoretiska modeller som behandlar temporära organiseringsprocesser kring avgränsade frågeställningar. Sådana finns i viss utsträckning inom modern organisations- och projektteori. Den andra frågeställningen, dvs rörande hur olika förändringsprocesser förhåller sig till varandra och till sin organisatoriska kontext, finns närmare behandlad i litteraturen om strategiska frågeställningar (Strategic Issue Management). Därför en kort behandling av dessa båda områden i det följande.

4.1.2 Förändring som temporär organisering kring projekt

Vi har ovan pekat på att organisationsförändringar kan ses som kritiska händelser i organisationer, kritiska händelser som på något sätt har sin grund i organisationens omvärld men som översätts till en för organisationsmedlemmarna relevant problembild. Sahlin-Andersson (1994: 175ff) konstaterar att detta översättande inte nödvändigtvis måste ske på ledningsnivå; alla organisationsmedlemmar lever på sätt och vis i omvärlden och kan själva bilda sig en uppfattning om de omvärldsproblem som är relevanta. I sjukvården är detta tydligt på flera sätt, inte minst genom att landstingens verksamhet dagligen debatteras i lokalpressen. I denna studie har vi koncentrerat oss på ledningsöversatta problembilder, men det bör noteras att denna översättning kan ske med flera olika förtecken; politiska, administrativa, ekonomiska, teknologiska, etiska etc.

I och med att en problembild i omvärlden definieras som organisationsrelevant och översätts på ett sådant sätt att den upplevs ha relevans för organisationsmedlemmarnas agerande, så har en tidsbegränsad organiseringsprocess tagit sin början (Lundin & Söderholm, 1997: 165). I vissa fall är det frågan om regelrätta projekt, där det redan från början angivits klara problem, mål, resurser, tidsramar mm. Ett exempel på ett sådant kan vara det välbekanta T50-projektet i ABB (jfr text Ekstedt & Wirdenius, 1995), där det ganska abstrakta behovet av ökad konkurrenskraft översattes till den slagkraftiga målsättningen att alla ledtider i koncernen skulle halveras. I andra fall kan organiseringsprocessen främst handla om att definiera och konkretisera problembilden, snarare än om att implementera färdiga lösningar. Många utredningar och utbildningsåtgärder i organisationer handlar mycket om just att uppnå en gemensam bild av organisationen och dess problem, vilket realiserar genom att man under en begränsad tid låter människor interagera kring specificerade teman.

Enligt Lundin & Söderholm (1995) genomlöper temporära organiseringsprocesser olika faser, där olika handlingsmönster är olika viktiga vid olika tidpunkter under förloppet. Dessa är (1) handlingsbaserat entreprenörskap, (2) fragmentering för skapande av commitment, (3) planerad isolering, samt (4) institutionaliserad avveckling.

Det handlingsmönster som är centralt i organiseringsprocessens begynnelse, det handlingsbaserade entreprenörskapet, handlar främst om att mejsla fram en bild av situationen som kan ligga till grund för organiserad handling. Detta sker i mångt och mycket med retorik; de som initialt driver

organiseringen söker presentera sin problembild och sina eventuella lösningar på ett sådant sätt att behovet av handling står klart för övriga aktörer i organisationen. Eftersom olika aktörer och aktörsgrupper kan ha olika syn på vad som kan kräva organiserat handlande är retoriken på detta stadium ganska vag och möjlig att tolka på flera sätt (jfr Christensen & Kreiner, 1997: 37).

Allteftersom olika aktörsgrupper ansluter sig till organiseringsprocessen uppstår behovet av att konkretisera och avgränsa den i förhållande till resten av vardagens rutiniserade flöde av aktiviteter. Detta sker i regel i syfte att skapa commitment till organiseringsprocessen bland aktörerna. Främst handlar det om att omvandla den löst hållna retoriken till någon form av uppgift eller fokus som organiseringsprocessen fortsättningsvis skall samlas kring, detta utan att ”skrämma bort” någon eller några av de aktörer som man ursprungligen försökte övertyga. På detta sätt uppstår med tiden också en föreställning om organiseringsprocessen som ett i någon mån avgränsat förlopp i organisationen.

När aktörerna samlats kring behovet av konkret handling övergår organiseringsprocessen i en mer isolerad fas, där ansträngningar sker i syfte att implementera den övergripande uppgiften. Detta tar sig dels uttryck i planering, dvs utformandet av detaljerade handlingsplaner för aktörerna, men också i att organiseringsprocessen i någon mån skyddas från sin kontext. Mycket av processen har så här långt handlat om retorik, debatt och kompromisser, och isoleringen innebär därför att handlingsplanerna ”stängs” för ytterligare impulser utifrån. Att ständigt hålla processen öppen för nya förslag och idéer kan äventyra möjligheterna att slutföra den på ett bra sätt; risken finns alltid att det hela annars ”rinner ut i sanden”.

Organiseringsprocessen avslutas med tiden på ett eller annat sätt; avvecklingen kan handla om allt från att en färdig lösning eller produkt levereras till att aktörerna i processen helt enkelt tappar intresset och upphör att organisera sig kring processens fokus. På något sätt återkopplas därmed processen till vardagen, vilket sker genom att den börjar upplevas som avslutad och att aktörerna söker hitta sätt att upplösa de mentala gränsdragningarna mellan processen och dess kontext.

Ett problem med att använda denna typ av generella resonemang om temporära organisationer applicerat på förändringsprocesser i organisationer är att processerna kan se ganska så olika ut, och att de inte alltid ”fungerar” som projekt i den traditionella bemärkelsen. Vissa förändringssatsningar bedrivs i avgränsad utredningsform och innehåller planerade aktiviteter, vilket gör att de i stor utsträckning kan förstås utifrån projektteoretiska resonemang.

Andra förändringsprocesser är betydligt mer ”inbäddade” i organisationen (jfr Blomquist & Packendorff, 1998), och kan ha själva organiseringsprocessen som huvudsyfte snarare än att ett konkret mål skall uppnås eller produceras.

4.1.3 Förändring som organisering kring strategiska frågor

Som nämnts ovan är förändringsprocesser i organisationer inga fristående projekt, utan de är i högsta grad inbäddade i den kontext de skall förändra. Detta innebär att processernas förlopp inte kan förstås utan en analys också av deras rumsliga och tidsmässiga omgivning i organisationen (Blomquist, 1994). Denna omgivning kan dock vara mycket komplex, och inrymmer i regel också andra förändringsprocesser och projekt, som syftar till förändring av andra delar eller aspekter av organisationen. Ett förändringsprojekt som syftar till införandet av ett nytt ekonomisystem kan mycket väl förlöpa parallellt med en stor utbildningsatsning och en ombyggnation. Detta beror på att olika aktörer i organisationen har sina särskilda förändringsintressen att driva, och att väsensskilda processer inte alltid är logistiskt enkla att koordinera⁹. Organisationer som hälso- och sjukvården har också att hantera impulser från olika intressenter och normsystem simultant, vilket ofta sker genom att t ex separera impulserna i tiden, rummet och med avseende på vilka som skall hantera dem (jfr Brunsson, 1989: 33ff). En tydlig konsekvens av detta kan vara att ledningsnivån behöver hantera flera olika satsningar samtidigt och i de fall resurserna är knappa (vilket de i regel är) också väga dessa satsningar mot varandra. De enskilda förändringsprocesserna hanteras därmed inte alltid som enskildheter, utan som en del av en portföljen av strategiska frågor (strategic issues).

Teoribildningen om strategiska frågor bör främst ses som en kritik mot den traditionella strategiteorins föreställning om att organisationer arbetar med övergripande, homogena strategier. Ansoffs (1980) insikt att organisationer också ibland behöver hantera hastigt uppdykande hot och möjligheter, har därför utvecklats till ett särskilt synsätt på strategisk förändring. Enligt detta synsätt bör strategisk förändring analyseras som den ständiga behandlingen av uppdykande strategiska frågeställningar på den organisatoriska dagordningen. Alla frågeställningar är naturligtvis inte strategiska, men de hot och möjligheter

⁹ Koordinationsproblem mellan projekt är vanligt även i de fall där projekten är av samma typ och bedrivs av samma aktörer; projekten konkurrerar s a s om samma resurser och de respektive projektledarna optimerar hellre projekten än organisationen som helhet. Se Eskerod, 1996, för en diskussion kring detta.

som upplevs ha en långsiktig och genomgripande betydelse för organisationen hänförs till denna kategori.

Strategiska frågeställningar är inte nödvändigtvis detsamma som 'problem'; man kan också tänka sig att de är positiva inslag i tillvaron eller att organisationen ställer sig neutral till dem. De är heller inte detsamma som 'beslut', eftersom långt ifrån alla frågeställningar som förs upp på dagordningen resulterar i någon beslutspunkt eller i någon bestämd handlingslinje. (Dutton, Stumpf & Wagner, 1990) I hälso- och sjukvården kan man t ex tänka sig strategiska frågeställningar som revolutionerande behandlingsmetoder, nya administrativa system eller löneanspråk från olika personalkategorier. Gemensamt är att organisationen på något sätt måste hantera frågorna och att hanteringen i regel innebär någon form av förändring.

En central iakttagelse i teoribildningen om strategiska frågor är att hanteringen och konsekvenserna av en strategisk fråga inte enbart har att göra med sakinnehållet i frågan. Förståelsen för det handlingsförlopp som en strategisk fråga utlöser måste därför snarare sökas i frågans kontext. Strategiska frågor tolkas olika av olika aktörer och att hantera en sådan fråga innebär därför att hantera aktörernas subjektiva bilder av den. Dutton (1993) beskriver frågornas kontext i termer av tre nivåer; frågans kontext, den organisatoriska kontexten och den institutionella kontexten.

Frågans kontext består dels av de aktörer som för fram och hanterar frågan, dels av det forum i organisationen där hanteringen sker. Om de aktörer som definierar och uppmärksammar frågan ses som tillförlitliga och kompetenta, kan detta också överföras på själva frågan och öka möjligheterna att nå en gemensam syn på den som en strategisk möjlighet. Av betydelse i sammanhanget är då också att finna det rätta forat, dvs det sociala sammanhang där de huvudsakliga intressenterna finns representerade och där det nödvändiga stödet för frågan kan påräknas (jfr Dermer, 1990: 72ff). Forat kan vara av formell karaktär (t ex en ledningsgrupp eller en styrelse), men också informell (som t ex ett möte under en lunch eller över en kopp kaffe).

Den organisatoriska kontexten utgörs, enkelt uttryckt, av den organisation och det tillstånd denna är i när frågan aktualiseras. Grundläggande är att den strategiska frågan på något sätt måste relateras till organisationskulturen; stämmer den till sin natur överens med de tolkningskemata som organisationsmedlemmarna upprätthåller eller ej? Vidare måste frågan också relateras till den aktuella strategiska dagordningen i organisationen (Dermer, 1990: 71f); vid olika tillfällen har organisationer olika centrala problemområden (jfr Jönsson & Lundin, 1977) och därmed olika mottaglighet för

nya frågor. I tider av resursknapphet och nedskärningar så är det ofta svårt att lansera djärva och kostsamma planer, även om dessa ligger i linje med organisationens långsiktiga utveckling. Och även om den strategiska frågan ligger rätt i tiden, så kan organisationen vara upptagen med ett antal andra strategiska frågor som i praktiken tränger ut allt annat arbete på ledningsnivå. I starkt centraliserade organisationer med små men inflytelserika ledningar kan detta vara ett stort problem, eftersom ledningen per definition skall hantera alla viktiga frågor samtidigt som dess kapacitet att göra detta är låg.

Den institutionella kontexten, slutligen, utgörs av centrala frågor utanför organisationen och hur man i organisationen upplever hot och möjligheter i omgivningen. Frågor som bryter mot invanda och väl spridda föreställningar i branschen eller i samhället i stort kan därmed ha svårt att accepteras, liksom frågor som ifrågasätter befintliga professionella o/e hierarkiska mönster. Till detta kommer också den upplevda förändringstakten i omgivningen; i miljöer stadda i ständig, ifrågasättande förändring kan nya och utmanande strategiska frågeställningar ha lättare att föras upp på den organisatoriska dagordningen än i stabila, självtillräckliga miljöer.

Sammanfattningsvis så antar vi en teleologisk syn på organisatorisk förändring (Van de Ven & Poole, 1995: 515ff), där aktörer med intentioner och målsättningar interagerar för att realisera dessa inom ramen för sina grundläggande föreställningar om verkligheten. Förändringen är diskontinuerlig i den meningen att den innebär ett brott med invanda handlingsmönster och därför måste hanteras i särskild ordning. Däremot kan den vara olika långtgående; man kan tänka sig allt från en återgång till utgångsläget till en reell förändring av aktörernas verklighetssyn. Hanteringen av förändringsprocesser i organisationer kan till viss del liknas vid projektorganisering; man organiserar sig i någon mån kring en avgränsad handlingslinje med specifika mål och resurser till sitt förfogande. Samtidigt är denna handlingslinje ytterst beroende av dess kontext, och kan betraktas som en strategisk fråga i organisationen som har ett antal kontextuella förhållanden att beakta.

Vi övergår nu till att mer specifikt behandla den ekonomiska styrningens roll i organisationsförändring, och därmed till att diskutera huruvida ekonomisk styrning har några särdrag i förhållande till andra typer av förändringsprocesser.

4.2 Ekonomisk styrning i förändring, för förändring

Att analysera ekonomisk styrning i förhållande till organisationsförändring kan göras utifrån flera olika utgångspunkter. Man kan t ex studera huruvida de ekonomiska styrsystemen påverkas av att andra aspekter av organisationen förändras, eller hur nya redovisningsprinciper påverkar beslutsfattandet. Ansatsen i denna studie, dvs att studera de förändringsförlopp i organisationer som sker i och med att förändringar av de ekonomiska styrsystemen initieras, innebär framför allt att undersöka hur organiseringen kring förändringarna sker över tiden. På ett teoretiskt plan innebär detta att den ekonomiska styrningens egenskaper som strukturellt arrangemang i hälso- och sjukvården är av intresse, framför allt i en förändringssituation.

I detta avsnitt konstaterar vi inledningsvis att ekonomisk styrning på flera sätt är på en gång både fördelaktig och problematisk i förändringen av organisationer som hälso- och sjukvården. Man kan t o m tala om ett förändringsdilemma; den reducerar oöverskådliga organisationer till hanterbara strukturer som ledningen kan använda i sin praktiska verksamhet, men gör samtidigt att de i sitt förändringsarbete görs beroende av just denna förenklade verklighetsbeskrivning och därmed får svårt att gå utanför denna. Vi redogör sedan kortfattat för några av de erfarenheter som tidigare gjorts i studiet av hälso- och sjukvårdsorganisationer. Avsnittet avslutas med några reflektioner kring denna befintliga teoribildning, och vilka svagheter och styrkor denna har i förhållande till ansatsen i vår egen studie.

4.2.1 Den ekonomiska styrningens förändringsdilemma

I en artikel om förändring i byggnadsindustrin pekar Ekstedt, Lundin & Wirdenius (1992: 204) på vad de kallar ”förnyelseparadoxen”. Genom studier av svensk byggnadsindustri har man funnit att större delen av arbetet är projektorganiserat, vilket torde ge goda möjligheter till förändring jämfört med stabila, permanenta organisationsformer. I praktiken är dock branschen oerhört konservativ till sin natur, och splittringen på olika projekt får snarare konsekvensen att det inte sker något lärande eller övergripande förändringsarbete över tiden. När det gäller ekonomisk styrning så indikerar litteraturen ett liknande dilemma; samtidigt som ekonomisk styrning har ett antal egenskaper som är högst användbara i förändringen av komplexa organisationer, så har den också starkt konserverande och självrefererande inslag som i praktiken kan hindra förändringen.

När det gäller den ekonomiska styrningens användbarhet för strategisk förändring i komplexa organisationer som hälso- och sjukvården, så pekar fle-

ra forskare på styrsystemens förmåga att ge en klar och enkel bild av organisationen som en avgörande fördel. Hopwood (1990: 8ff) diskuterar kritiskt detta i termer av att redovisningen synliggör, objektiverar och kategoriserar aktiviteter i organisationer. Med synliggörande menar han att ekonomiska styrsystem registrerar och sammanfattar händelser i organisationen som ledningen annars vare sig kunnat få kännedom om eller kunnat förstå. I komplexa organisationer är ledningen helt enkelt tvungen att styra ”på distans” (Fernler, 1994: 108f), och styrsystemens synliggörande egenskaper kan då bidra till att överbrygga avståndet mellan ledning och ledda. I en förändringssituation innebär detta att ledningen kan nå en ökad styrbarhet av organisationen, och få genomslag för sin problembeskrivning genom att låta styrsystemen fokusera vissa nya dimensioner av verksamheten (Hopwood, 1987: 228). Ett enkelt exempel på detta kan vara att införa aktivitetsbaserad redovisning i syfte att uppmärksamma organisationen på att det är produktionsprocesserna som skall optimeras, inte olika avdelningar eller enheter.

Vidare menar Hopwood att den ekonomiska styrningen objektiverar förhållanden i organisationen, dvs att den översätter tvetydiga, abstrakta och komplexa skeenden till oomtvistliga kvantitativa data (jfr även Robson, 1991: 551f). Tydligast är detta i begrepp som ”vinst” eller ”lönsamhet”, där ett helt år i en organisations liv enkelt kan sammanfattas i en siffra eller ett relationstal. Dessa enkla, ”objektiva” mått på organisationens verksamhet kan sedan användas för att instruera organisationsmedlemmarna att uppmärksamma olika problembilder, och ledningen kan då hänvisa till att det faktiskt är styrsystemets utdata och inte några subjektiva åsikter som ligger till grund för detta. Komplexa organisationer som hälso- och sjukvården tenderar ofta att vara splittrade i sin syn på ekonomiska styrsystem (i regel beroende på kulturella skillnader och institutionell komplexitet; jfr Broadbent, 1992; Chua, 1995: 139), och i vissa fall strider styrsystemen mot hela organisationskulturen (Goddard, 1997). Att upphöja styrsystemens utdata till något sant och oomtvistligt är i sådana fall ett sätt för ledningen att vinna accept för sin förändringslinje.

Den tredje funktionen den ekonomiska styrningen kan fylla i en förändringssituation är att den bidrar till att kategorisera olika skeenden relativt organisationens ekonomiska utveckling, vilket innebär att det s a s etablerar en ekonomisk aspekt på verkligheten. En organisations verksamhet kan analyseras och beskrivas ur en mängd olika perspektiv, och den ekonomiska styrningen utgör ett mycket tydligt sådan perspektiv. Genom de ovan beskrivna funktionerna att synliggöra och objektivera skeenden i organisationen gör den

ekonomiska styrningen tydliga anspråk på att ge en både korrekt och odiskutabel bild av sakernas tillstånd, en bild som kan ställas mot textuellt, socialt, politiskt, ekologiskt eller etiskt inspirerade bilder. I en förändringssituation utgör det ekonomiska perspektivet en klar tillgång för ledningen i en komplex organisation, inte minst för att det är så tydligt och rationellt, förutsatt att det kopplas till en övergripande strategi för verksamheten (Lapsley & Pettigrew, 1994: 91).

Samtidigt som den ekonomiska styrningen sålunda kan beskrivas som ett både kraftfullt och nödvändigt styrsätt när komplexa organisationer skall förnyas, så finns det också en rad problem i detta hänseende. En del av dessa problem härrör från den ekonomiska styrningens grundantaganden (och har således berörts i kap 3), medan andra är specifika för de förändringssituationer som här diskuteras.

Ett grundläggande problem med ekonomiska styrsystem är att de är implementerade för att skapa ordning och reda, och att förändringar av dem i regel innebär att denna intention åsidosätts. Styrsystemen står för stabilitet och rutin, i motsats till den oftast så föränderliga omvärlden. I grunden är detta det klassiska byråkratiseringsproblemet; organisationen är så regelstyrd att reglernas upprätthållande med tiden blir viktigare än utvecklingen av den verksamhet som reglerna var till för att understödja (jfr Crozier, 1964).

Hedberg & Jönsson (1978: 47ff) menar att informations- och redovisningssystemens största fördel också är deras största nackdel; genom att de standardiserar och rutiniserar administrationen av organisationen uppnås hög effektivitet men också låg flexibilitet. Organisationen blir i praktiken uppknuten till de befintliga styrsystemen, och det kostar mycket tid och kraft att förändra dem:

”The more experience an organization has cast into action programs, and the more successful these programs have been, the stronger are the forces which strive to make the organization continue along its route of development. It takes a threshold amount of counter-evidence to challenge old behaviours, and it takes further efforts to unfreeze these behaviours and replace them with new ones. Unprogramming and reprogramming behaviours take time. Thus, learning and the resulting use of standard operating procedures introduce significant response delays into organizations’ decision systems [...]” Hedberg & Jönsson, 1978: 48)

I stabila, oföränderliga omgivningar utgör detta inget större problem för en organisation. Men med hög komplexitet och hög förändringstakt så är risken överhängande att informationssystemen stänger ute relevant information; systemen är konstruerade utifrån ett antal antaganden om vilken information

som är viktig, och dessa antaganden kan med tiden bli obsoleta. Beslut i organisationen riskerar följaktligen att grundas på den information som är tillgänglig, och inte den information som egentligen borde vara relevant. I systemteoretiska termer kan man säga att informationssystemen blir självrefererande, dvs de bygger sina utdata på indata som genererats inom systemet, och förmår således inte inkorporera information av annat slag än den som systemet konstruerats för. I den mån ny information tillförs så mildras dess inverkan genom att den kategoriseras utifrån den befintliga mallen.

Om ekonomiska styrsystem skall användas som ett led i förändringen av en organisation så innebär detta för det första att styrsystemen i sig måste förändras så pass mycket att de befintliga rutinerna överges. Om strategier, ledarskap mm förnyas men de ekonomiska styrsystemen kvarstår opåverkade, så finns det stor risk för att aktörerna fortsätter att upprätthålla styrsystemet i stället för att söka förändra det. För det andra måste förändringen av styrsystemen så s ”gå hand i hand” med den allmänna förändringsinriktningen och verkligen stödja (och stödjas av) strategiförändringar (Lapsley & Pettigrew, 1994: 91). Styrsystemens rutinisering kan annars yttra sig i att deras upprätthållande blir en särskild syssla skild från den dagliga kärnverksamheten i organisationen, och det gäller i en förändringssituation därför att ”återinföra” dem som betydelsefulla inslag i vardagsverksamheten.

Problemet med att styrsystemens rutiner ritualiseras och upprätthålls oavsett vad som händer i organisationen eller i dess omvärld har dock inte bara med informationshantering och rutinisering att göra. Som påpekades i kap 3 har sällan alla aktörer i en organisation samma bild av den ekonomiska styrningen, och det kan därför lätt uppstå kulturella grupperingar inom organisationen som vare sig har samma syn på eller samma intresse för styrsystemen (jfr Czarniawska-Joerges & Jacobsson, 1989; Dent, 1991; Broadbent, 1992; Scapens & Roberts, 1993). I den mån dessa olika grupperingar följer institutionellt betingade skillnader av typ profession, hierarkisk status mm, så finns naturligtvis risken att ekonomisk styrning blir något som endast angår ett mindre antal personer på lednings- och stabsnivå. Som förändringsstrategi blir den ekonomiska styrningen då ytterst tandlös.

Sammanfattningsvis kan således förändringsdilemmat sammanfattas med att ekonomiska styrsystem har en rad ledningsmässiga fördelar i förändringssituationer, men att de också har egenskaper som inverkar konserverande och fragmenterande på organisationen. För att ytterligare fördjupa denna diskussion skall vi nedan redogöra för en del empiriska resultat från studiet av hälso- och sjukvården.

4.2.2 Förändringsdilemmat applicerat på hälso- och sjukvården

För hälso- och sjukvården både i Sverige och utomlands, har de senaste decennierna inneburit en lång rad förändringar (se kap 6). Eftersom problemet i regel inte varit att sjukvården varit av låg kvalitet utan snarare att resurserna varit knappa, så har många av förändringarna inriktats mot att förbättra resursutnyttjandet. De förändringsåtgärder som varit mest omdebatterade de senaste åren har varit de som på olika sätt sökt introducera marknadsmekanismer i hälso- och sjukvården. Kontroverserna kring dessa förändringar härrör naturligtvis från motsättningar på den politiska höger-vänster-skalan, där begreppet ”marknad” i allmänhet förknippas med högern. Praktiskt långt viktigare, men sällan lika uppmärksammade, har de reformer som sökt introducera företagsekonomiska synsätt i sjukvården varit. Företaget är som förebild för sjukvårdens funktionssätt mindre kontroversiellt än marknaden, dels för att företagsbegreppet ofta upplevs som mindre ideologiskt laddat, dels därför att företag (till skillnad från marknaden) är konkreta företeelser som oftast anses fungera ganska väl.

När det gäller den internationella litteraturen om ekonomisk styrning och förändring i hälso- och sjukvården, så handlar merparten om det brittiska sjukvårdssystemet NHS (National Health Service). NHS var en av de statliga verksamheter som utsattes för ett kraftigt förändringstryck under Margaret Thatchers tid som premiärminister, och en våg av olika marknads- och företagsinspirerade styrmodeller sköljde över organisationen (jfr t ex Broadbent, Laughlin & Read, 1991; Glennerster, 1994). Till de vanligaste åtgärderna hörde beställar/utförar-modeller, interna köp/säljssystem, produktionsmätning med DRG, resultatenheter och affärsplanering, och till detta kom olika ”sparpaket” och valfrihetsreformer av mer politiskt ursprung. I många industrialiserade länder följde en liknande utveckling (Hood, 1995), vilket har dokumenterats bl a i Sverige (Jacobsson, 1994b; Saltman & von Otter, 1992), Belgien (Jegers & Houtman, 1993) Australien (Chua, 1995: 120) och i USA (Preston, 1992). Även om många av erfarenheterna är knutna till specifika förhållanden i respektive land så finns det också en hel del gemensamt.

Den ekonomiska styrningens funktion att synliggöra aktiviteter i organisationen som annars hade varit fördolda för ledningen är ett centralt inslag i många studier. Preston (1992: 72ff) beskriver detta som ett evigt problem i hälso- och sjukvården, eftersom få administratörer kan förstå allt vad som händer på olika kliniker och vårdnivåer. Dessutom behöver de i vårdpersona-

len som har arbetsledande befattningar uppmärksammas på ekonomiska förhållanden inom deras ansvarsområden, varför synliggörandet också måste ske ute i organisationen för att deras beteende skall kunna ändras (jfr Chua, 1995: 140). Ett vanligt synliggörande styrsystem inom sjukvården är DRG (DiagnosRelaterade Grupper) som genom att det kan översätta all möjliga slutenvårdsåtgärder till ett poängsystem, också kan användas till prissättning och prestationsmätning. Såväl Charpentier & Samuelson (1996) som Preston, Chua & Neu (1997), Purdy (1993) och Lindkvist (1996) konstaterar att systemet förmår synliggöra ekonomiska händelser i verksamheten, men att det också innebär att andra sätt att betrakta verksamheten kommer i skymundan. Använder man DRG-systemet som bas för att mäta klinikers prestationer i ekonomiska termer innebär detta ett synliggörande av prestationen, men också att man oavsiktligt drar uppmärksamheten ifrån den resursförbrukning prestationen krävt (dvs totalkostnadskontrollen). Vidare synliggör man också de kliniker vars produktion till stora delar låter sig beskrivas utifrån DRG, medan andra typer av kliniker riskerar att ses som perifera undantag. Den ekonomiska styrningens synliggörande effekt är således inte oproblematiserad; eftersom det finns flera parallella behov av synliggörande utifrån flera olika aspekter så finns det risk för att mycket av det som synliggörs inte uppfattas av beslutsfattarna.

Ett liknande problem uppstår rörande den ekonomiska styrningens objektiverande förmåga, dvs dess anspråk på att producera oomtvistliga fakta. Som konstateras av Chua (1995: 140ff) så är ekonomiska styrsystem i sjukvården i regel kraftfulla i detta avseende eftersom de bidrar till att fabricera en ny verklighet som organisationsmedlemmarna måste förhålla sig till. Däremot är organisationsmedlemmarna som kollektiv högst heterogent med olika bakgrund, utbildning, funktion, intressen mm, vilket gör att styrsystemen inte ses som faktiska och oomtvistliga om de inte förses med hänvisningar till andra verkligheter som olika grupperingar inom organisationen ser som mer legitima. I en studie av införandet av ett nytt budgeteringssystem skriver författarna:

”Fabrication recognizes that the development of budgeting systems is a fragile and uncertain activity and that resistance not only impedes and constrains the process, but also shapes it in specific ways designed to overcome the scepticism. Further, machinations, rhetoric, and appeals to other seemingly legitimate activities (e.g. science and experimentation, managerial practices in the private sector of the economy) are also significant elements of the fabrication process.” (Preston, Cooper & Coombs, 1992: 589)

När det gäller den tredje förändringsaspekten av den ekonomiska styrningen, dvs kategoriseringen av verkligheten beträffande vilka fenomen som skall betraktas och bedömas utifrån ekonomiska kriterier, så är denna i högsta grad verksam inom sjukvården. Ett genomgående drag i många av de nya styrsystem som introducerats i hälso- och sjukvården det senaste decenniet är att man uppmärksammat basenhetsnivån som ansvarsnivå för ekonomiska händelser. Från att ha låtit ekonomiska överväganden främst ha varit något för sjukhusledningarna att sysselsätta sig med, så har reformer som prestationersättning, resultatenheter mm i ökande grad pekat ut den enskilda basenheten som den optimala enheten för ekonomisk styrning (se t ex Lindkvists, 1996: 90f, beskrivning). Till skillnad från de synliggörande och objektiverande funktionerna så kan inte den ekonomiska styrningens kategoriserande funktion undslippas med hänvisning till kulturella skillnader; är man basenhetschef så är man också ytterst ansvarig för basenhetens ekonomi. Däremot är naturligtvis denna kategorisering också ett exempel på att de administrativa systemen är självrefererande, detta i och med att man utgår ifrån den befintliga organisationsstrukturen och inte söker skapa någon ny kategorisering.

Vi kan sålunda konstatera att den ekonomiska styrningen är ett för ledningen attraktivt sätt att styra komplexa hälso- och sjukvårdsverksamheter, och att styrsystemen torde ha en viss (om än begränsad) förändringspotential. Begränsningen kommer sig framför allt av att sjukvårdsorganisationerna är så heterogena att synliggörande och objektivering i ekonomiska termer inte ses av alla som oomtvistliga fakta (annat än möjligen efter en lång tids tillvänjning), vilket får konsekvensen att styrsystemen inte blir några arenor för samsyn och konsensus. Följaktligen skulle mycket av förändringspotentialen kunna ligga i styrsystemens förmåga att involvera aktörer och därmed bryta deras dittillsvarande rutiner. Hur detta går till över tiden i en förändringsprocess är dock inte helt klart.

Vi har i detta avsnitt pekat på att den ekonomiska styrningen är på en gång både attraktiv och problematisk styrfilosofi för att förändra komplexa organisationer som hälso- och sjukvården. Attraktiviteten kommer sig av att styrsystemen förmår ge enkla, konkreta beskrivningar av komplexa och mångfacetterade skeenden, vilket gör att man lättare kan uppnå samsyn och konsensus i organisationen rörande den framtida strategiska inriktningen. Problemen med den ekonomiska styrningen är på ett sätt desamma som möter även andra förändringsstrategier (kulturskillnader och kommunikationssvårigheter), men också till viss del unika för styrningen som sådan; styrsystemen är självupprätthållande och självrefererande och är i regel konstruerade för att skapa

stabilitet, inte förändring. Med utgångspunkt i denna motsättning, den ekonomiska styrningens förändringsdilemma, kan vi utifrån befintliga empiriska studier av hälso- och sjukvård konstatera att förändringsdilemmat är högst aktuellt men att dess processuella egenskaper är otillräckligt studerade. Vi övergår därför till att sammanfatta våra utgångspunkter beträffande ekonomisk styrning och förändring i hälso- och sjukvården.

4.3 Ekonomiska styrinitiativ i förändringen av hälso- och sjukvården: Utgångspunkter inför den empiriska studien

Utifrån resonemangen i avsnitten 4.1 och 4.2 ovan kan ett antal grundläggande utgångspunkter formuleras inför den empiriska studien av ekonomisk styrning och förändring i hälso- och sjukvården. Inledningsvis behandlar vi vår syn på själva förändringarna av de ekonomiska styrsystemen och introducerar begreppet ”ekonomiska styrinitiativ” som beskrivning av dessa. Därefter diskuterar vi vår syn på förändringsförloppen, dvs vilka centrala aspekter av förändringsprocessen över tiden som bör studeras.

4.3.1 Organisering av förändringen: Ekonomiska styrinitiativ

I kapitlet diskuterade vi inledningsvis förändring i organisationer som något diskontinuerligt, som distinkta handlingslinjer som initierats av ledningsaktörer i organisationer i syfte att anpassa organisationerna till förändringar i dess omvärld. Vi menade vidare att det i komplexa organisationer som hälso- och sjukvården finns flera olika omvärldar att hantera, och därmed flera olika typer av aktörer som initierar förändringar utifrån sina föreställningar, i sin del eller aspekt av organisationen. Den sammantagna övergripande förändring som ”på ytan” kan påvisas i en organisation behöver därmed inte vara samordnad och genomtänkt, utan snarare resultatet av ett flertal aktörers egeninitierade förändringsförlopp. Det kan naturligtvis finnas en övergripande strategisk idé som genomsyrar de olika förändringsförloppen, men denna kan lika gärna (i enlighet med Mintzberg, 1987) vara något som man konstruerat i efterhand, inför fullbordat faktum.

Den ekonomiska styrningen som central förändringsaspekt i komplexa organisationer är naturligtvis också utsatt för problematiken med olika aktörsgrupper och olika förändringsförlopp. I hälso- och sjukvården kan förändringar av den ekonomiska styrningen drivas av ekonomistyrningsexperterna själva, men också komma från politiker, landstingsledningar, nationell lagstiftning mm. Utifrån olika problembilder och förändringsimpulser tar olika ledande aktörer initiativ till förändringar av styrsystemen i syfte att förbättra styrningen av organisationen. Dessa förändringsförlopp kan vara sammankopplade, men behöver inte vara det, och det är inte heller säkert att förändringsförloppet får någon som helst konsekvens för organisationen i övrigt. Vi har valt beteck-

ningen ”ekonomiska styrinitiativ” på dessa förändringsförlopp för att signalera (1) att det handlar om ekonomisk styrning, (2) att det handlar om organisationens styrsystem och inte nödvändigtvis om ledarskap, samt (3) att det handlar om initiativ till att styra, vilket innebär att styrning är avsikten men inte nödvändigtvis resultatet.

Det första argumentet, att det handlar om ekonomisk styrning, innebär att styrinitiativet på något sätt har med kvantitativt orienterade administrativa styrformer att göra. Tydligast är detta när det gäller de system som sammanställer aktiviteterna i organisationen i monetära termer, men det gäller även i den mån man söker systematisera andra aspekter av organisationen på liknande sätt, t ex inom produktionsstyrning, kvalitetsuppföljning eller personaladministration.

Vidare är ekonomiska styrinitiativ primärt en del av den administrativa styrningen av organisationen; tanken är i regel att när organisationsmedlemmarna ställs inför ett nytt system så skall de själva fundera ut vilka beteendeförändringar som systemet medför. T ex så skall ju ett system som presenterar resultaträkningar i stället för som förut bara kostnadsrapporter, få som konsekvens att chefer på olika nivåer också får upp ögonen för intäktssidan och ser positiva ekonomiska resultat som något viktigt. Däremot åtföljs i regel ekonomiska styrinitiativ av ledningsretorik, dels för att skapa uppmärksamhet och därmed organisering, dels för att föra fram vilka beteenden ledningen ser som önskade. Vissa ekonomiska styrformer är i sig mycket enkla, t ex de i landstingen så vanliga sparpaketerna där ett övergripande sparmål skall brytas ned på underenheter som i sin tur skall presentera konkreta åtgärder, och retoriken handlar därmed mest om uppmärksamhet och krismedvetande. Andra styrformer är mer komplicerade, och kräver mer av pedagogik, begreppsutredningar och övertalning.

Avslutningsvis är ekonomiska styrinitiativ just initiativ till att styra och förändra, dvs en åtgärd som förts upp på dagordningen av någon eller några ledande aktörer som upplever ett problem och ser det som nödvändigt att även andra i organisationen inser problemet och ändrar sitt beteende. Att ta initiativ till ett förändringsförlopp innebär inte med nödvändighet att någon organisering kommer till stånd; det kan finnas gott om hinder i styrinitiativets kontext. Om det verkligen blir ett organiserat förändringsförlopp, så är det inte säkert att detta leder till vad initiativtagarna tänkte sig. Att använda termen ”styrinitiativ” är därför ett uttryck för vår förväntan att de initiativtagande aktörerna i hälso- och sjukvården långtifrån alltid kommer att lyckas, vare sig

med att få igång ett förändringsförlopp eller med att slutföra det i enlighet med de ursprungliga intentionerna.

4.3.2 Organiseringens förlopp: Styrinitiativets väg genom organisationen

I linje med vår diskussion i 4.1 ser vi organiserandet kring de ekonomiska styrinitiativen som något diskontinuerligt; organisationen börjar när styrinitiativet introduceras och avslutas när de inblandade aktörerna inte längre finner anledning att agera med anledning av det (jfr Tyre & Orlikowski, 1994). Själva förloppet kan därmed tänkas se olika ut från styrinitiativ till styrinitiativ, eftersom aktörernas upplevda förutsättningar för handling ser olika ut.

Introduktionen av ett ekonomiskt styrinitiativ torde i regel ske från ledningshåll, och går i mångt och mycket ut på att genom retorik skapa uppmärksamhet och commitment kring styrinitiativet (jfr Nahapiet, 1988: 352ff). Därefter blir förloppet någon form av organiseringsprocess, där de inblandade aktörerna hanterar styrinitiativet. Viktiga delar i denna process blir formeringen av aktörerna och ett meningsskapande kring hur styrinitiativet förhåller sig till organisationen i stort. Förenklat kan man tänka sig att organisationen hela tiden befinner sig i ett "nu", där styrinitiativets förespråkare hela tiden måste söka uppamma till handling genom att presentera bilder av dåtidens problem och framtidens lösningar.

Som noterats sker dock hela organiseringsprocessen i en kontext, där organisationen kring styrinitiativet hela tiden kan påverkas av de involverade aktörerna, andra styrinitiativ och den långsiktiga utvecklingen inom och utom organisationen. I komplexa organisationer som hälso- och sjukvården tillkommer dessutom de skillnader mellan aktörerna som beror av att de verkar inom olika kulturella domäner eller normsystem (Kouzes & Mico, 1979). Skillnaderna i utbildningsbakgrund, roll i organisationen, synen på patienten mm kan innebära att man tolkar styrinitiativen och deras konsekvenser för handling olika, vilket i sin tur får konsekvensen att stora delar av organiseringsprocesserna består av konfliktlösning och begreppsdiskussioner snarare än om regelrätt införande av de nya systemlösningarna.

När det så gäller den förändrande inverkan organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen får på organisationen, så har vi pekat på att den ekonomiska styrningen är en både attraktiv och problematisk förändringsform i komplexa organisationer. Till stor del har detta att göra med organisationens processkaraktäristika; uttalat administrativa förändringsstrategier för-

enklar organisationen men torde ha svårt att överföras till vardagens vårdverksamhet genom de kortvariga insatser det kan bli frågan om. Men även organiseringskontext, dvs den organisation som skall förändras, spelar in; de inbyggda kulturskillnaderna gör att de flesta styrinitiativ som rör fler än bara en grupp aktörer står inför översättningsproblem. Till detta kommer att det ofta pågår andra styrinitiativ parallellt i organisationen, och att ledningen kan vilja ge en känsla av övergripande strategiskt tänkande genom att sammanfatta de olika styrinitiativen som delar av en samordnad långsiktig förändring.

Metodologiskt innebär detta att studiet av ekonomiska styrinitiativ (1) måste ske över tiden i syfte att fånga processkaraktäristika, (2) måste ske på flera nivåer och i flera grupperingar i syfte att fånga kulturskillnader, (3) måste göras i flera fall eftersom styrinitiativen är olika men också kan kopplas samman, (4) måste göras i flera organisatoriska kontexter eftersom övergripande synsätt i organisationen kan spela in på hur förändringsförloppen och deras kontext ter sig. Den logiska femte slutsatsen, att variera även den institutionella kontexten, har vi avgränsat bort genom vår fokusering på svensk hälso- och sjukvård. Vi skall återvända till dessa överväganden i kapitel 5.

4.4 **Sammanfattning**

- I mycket av teoribildningen kring organisationsförändring är bilden av förändring som diskontinuerligt fenomen central. Vi har i denna studie en teleologisk syn på förändring, med vilket menas att organisationen är något framåtskridande och målinriktat som förändras i och med att det uppstår gap mellan organisationens önskade och faktiska tillstånd. Förändringsförloppen sker delvis avgränsat från organisationen i övrigt, men kan inte isoleras från den organisatoriska kontext som andra förlopp, strategier och normsystem utgör.
- Ekonomisk styrning har en rad fördelar som förändringsstrategi, t ex att den möjliggör enkla, objektiverade beskrivningar av verkligheten med ett tydligt och rationellt beskrivningsspråk. Den ekonomiska styrningens förändringsdilemma kommer sig av att de ekonomiska styrsystemen bidrar till att aktörer reproducerar rutinhandlingar, och att upplevelsen av styrsystemen kan skilja sig åt mellan olika aktörskategorier.
- Förändringar av den ekonomiska styrningen yttrar sig i vad vi kallat ekonomiska styrinitiativ. Organiseringsprocesser kring ekonomiska styrinitiativ förlöper diskontinuerligt och till viss del avgränsat från organisationen i övrigt.

5 Den empiriska studien: Urval, datainsamling och analys

I detta kapitel redogör vi de vägval som gjordes under de år studien pågick avseende den empiriska studien och analysen av datamaterialet. Vid sidan om en diskussion kring urvalet av landstingsorganisationer, ekonomiska styrinitiativ och intervjupersoner innebär detta också en redogörelse för hur data konkret samlades in och för hur det praktiska analysarbetet bedrivits.

5.1 *Studiens bakgrund: Beställarstyrning och förändringsarbete i tre landsting*

Studiet av förändringsprocesser i hälso- och sjukvården började hösten 1992 i och med att vi båda engagerades i ett forskningsprogram om projektorganiserad verksamhet vid Handelshögskolan vid Umeå Universitet, Institutionen för Företagsekonomi. Utöver att inventera litteratur inom var sitt område (hälso- och sjukvårdsorganisation resp. projektorganisering) kom vi att delta i datainsamling rörande förändringsprojekt i organisationer. De två empiriska delprojekt som var aktuella för vår del var dels en studie av nya styrformer inom landstingskommunal verksamhet, dels en studie av införandet av byråkratiska marknader inom sjukvården (beställar/utförar-modeller). Det första av dessa projekt skulle avrapporteras vid halvårsskiftet 1994 och det andra vid halvårsskiftet 1995. Det förstnämnda projektet kan spåras tillbaka till hösten 1991, då tjänstemannaledningen i Västerbottens läns landsting (VL) kontaktade institutionen inför en större organisationsförändring där nya styrformer skulle introduceras. Det visade sig att man från VL:s sida var intresserad av ett samarbete där vi skulle studera hur man gick tillväga med förändringsarbetet genom att granska och även senare utvärdera detta. Förhistorien till denna studie är således en klart ledningsorienterad studie av hur man inom landstingens politiska och administrativa toppskikt arbetade med organisationsförändring, och hur detta arbete ”slog igenom” på lägre hierarkiska nivåer.

Studien av beställarstyrning (som var en del av ett nationellt forskningsprogram om den offentliga sektorn) var redan från början upplagd så att flera olika varianter av styrformen skulle studeras, vilket innebar att ytterligare ett par landsting skulle väljas ut. Detta innebar också en möjlighet att jämföra

erfarenheterna av VL:s förändringsarbete med andra landsting, vilket inte minst VL:s ledning själva efterfrågade. Utifrån den grundläggande principen att maximera skillnaderna mellan fallen (jfr Johansson Lindfors, 1993: 100) eftersöktes landsting som avvek från VL i viktiga dimensioner beträffande hur den strategiska ledningen bedrevs, men som införde någon form av beställar/utförar-modell. Detta tankesätt stöds av Eneroth som menar att man vid urval ska försöka få så många olika kvaliteter som möjligt av det studerade fenomenet (1984:169), i det här fallet alltså hur man infört beställarstyrning. Ett annat sätt att välja ut landsting vore att välja landsting som angivit att de inte införde någon form av beställarstyrning och se hur de arbetade och vilka typer av förändringar som drevs i dessa landsting. Studien skulle då snarare komma att behandla förändringsarbete i landsting generellt, varför urvalsstrategin formulerades som att landstingen skulle införa beställarstyrning men att strategin för införandet skulle vara olika mellan fallen.

Denna urvalsstrategi tillämpades vid två tillfällen. Det var dels under våren 1993 då Landstinget Sörmland (LS) kontaktades, dels under våren 1994 då vi inledde studien av Landstinget i Uppsala Län (LUL). Det som gjorde Landstinget Sörmland intressant var att man inom landstinget hade en mycket tydlig organisationsmodell för införandet och att man vid denna tid refererade det mesta som hände till denna modell, den s k "Sörmlandsmodellen". Fokuseringen på en organisationsmodell skilde sig en hel del från strategin i Västerbotten, där man inte gav beställarstyrningen någon tydlig etikett eller sökte koppla ihop olika förnyelseinitiativ med varandra. I Västerbotten framstod "den radikala förnyelsen" snarare som ett antal projekt sammanhållna av den nye landstingsdirektören. Däremot införde man i båda fallen beställarstyrningen i hela organisationen på en gång, vilket innebar att vi vid urvalet av det tredje landstinget eftersökte en annorlunda strategi. Denna fann vi i Uppsala län, där man testade beställar/utförar-modellen i två år i ett av de mindre sjukvårdsdistrikten innan beslut om införande i hela landstinget togs.

Hösten 1992 ägnades åt datainsamling i Västerbottens läns landsting, och framför allt då genom intervjuer med personer inom organisationen. Intervjuerna gjordes med personer från de olika sjukvårdsdistrikten på förvaltningsnivå och på basenhetsnivå, och det gjordes också intervjuer med centrala tjänstemän och med politiker. Studien delades upp i två separata studier av ledningsnivån respektive basenhetsnivån för att eventuella skillnader i synen på förändringsarbetet lättare skulle kunna spåras. Med data från de första insamlingsomgången påbörjades de första analyserna av landstingets förnyelsearbete (se Blomquist & Packendorff, 1993) Vi såg där att det fanns en viss enighet i

organisationen kring behovet av förändringar, men att förståelsen för och kunskapen om landstingsledningens åtgärder var låg. Genomgående beskrevs dessa åtgärder av basenhetscheferna som separata satsningar utan någon sammanlänkande logik, dvs som av varandra oberoende projekt.

Under våren 1993 kontaktade vi landstingsledningen i Landstinget Sörmland och vi fick deras stöd för att göra en undersökning av hur Sörmlandsmodellen infördes. Vi gjorde då på samma sätt som i Västerbotten, dvs intervjuade landstingstjänstemän, politiker, förvaltningstjänstemän och basenhetschefer på de tre sjukhusen och på vårdcentraler. I den mån intervjupersonerna hänvisade till interna dokument tog vi del även av dessa. Skillnaden var framför allt att vi p g a det geografiska avståndet måste utföra en koncentrerad studie under ett par intensiva veckor på plats i Sörmland, och att vi inte på samma sätt som i Västerbotten löpande kunde närvara vid olika möten, konferenser och seminarier. Erfarenheterna från denna första intervjustudie sammanställdes i en rapport som överlämnades till landstingsledningen. Mycket av förändringsarbetet i LS kretsade då kring Sörmlandsmodellen, men bakom själva etiketten rymdes en mängd olika tolkningar och en tveksamhet om vad modellen egentligen skulle innebära. Vi återvände kort till VL under våren 1993 genom en mindre undersökning av urologkliniken vid Norrlands universitetssjukhus, en undersökning som gav oss ökad insikt i sjukvårdens vardagliga problem och hur organisationen påverkas av introduktionen av ny medicinsk teknik.

Erfarenheterna under den första omgångens intervjuer i Västerbotten visade tydligt att vi av våra respondenter inte uppfattades som oberoende forskare utan som utvärderare med landstingsledningen som uppdragsgivare och delfinansiär. Själva hade vi ambitionen att göra en avbildande undersökning av landstingets förnyelsearbete, och vi konsulterade inte heller landstingsledningen beträffande forskningsprojektets uppläggning. Det visade sig dock att landstingsledningen i ett internt informationsmaterial hade meddelat de anställda att forskare från Umeå Universitets företagsekonomiska och statsvetenskapliga institutioner skulle följa upp de pågående förändringarna, och också framhållit denna uppföljning som en viktig aspekt av arbetet. I en tid där landstingsledningen generellt upplevdes som oerhört synlig och aktiv upplevdes detta ute i sjukvårdsverksamheten som att vi skulle utvärdera förändringsarbetet vid enskilda förvaltningar och kliniker. Ställda inför valet att antingen söka ändra bilden av oss i organisationens ögon eller att explicit uppträda som utvärderare valde vi i det senare, inte minst för att det möjliggjorde djupstudier av enskilda enheter. Tio stycken enheter på förvaltnings- och basenhetsnivå utvärderades under hösten 1993 och våren 1994, vilket innebar att vi deltog i

intervjuer och samtal med ett stort antal personer inom samtliga personalkategorier. En genomgående slutsats var att de olika enhetsledningarna hanterade förändringsarbetet på sitt eget sätt, och bara delvis relaterade det till de landstingscentrala initiativen. Den ekonomiska styrningen var något som närmast uteslutande hanterades av enhetsledningen, och i den mån personer under basenhetsledningsnivån involverades så var det frågan om rutinarbete som registrering av patientbesök mm.

Det tredje landstinget valdes under våren 1994, och under några veckor i april och maj genomfördes en rad intervjuer på lasarettet i Enköping och vid landstingsledningen och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Som vi nämnt tidigare så valdes Landstinget i Uppsala län ut beroende på att de valde en annan implementeringsstrategi i införandet av beställarstyrning. Det som skilde datainsamlingen från de två tidigare landstingen var främst att vi nu i större utsträckning intresserade oss för olika ekonomiska styrinitiativ och hur organiseringsprocesserna kring dessa förlöpte över tiden. Förändringsarbetet i LUL visade sig ha samma karaktäristika som i de andra två landstingen, fast inslagen av centralstyrning var än mindre och utrymmet för lokala tolkningar än större. I övrigt var som sagt de tre landstingsorganisationerna ganska lika som organisatoriska kontexter till organiseringsprocesser kring förändringar av den ekonomiska styrningen.

I början av 1994 var det sålunda klart för avrapportering av projektet om nya styrformer inom landstingskommunal verksamhet, och inom VL såg man förnyelsearbetets första fas som genomgången. I samband med en forskningsansökan till Landstingsförbundet formulerade vi de erfarenheter som hittills gjorts rörande landstingens förnyelsearbete. En central observation var att de på ytan så sammanhängande och logiska förändringssatsningarna i praktiken visade sig bestå av sinsemellan löst kopplade förändringsprojekt som drevs i olika delar av organisationerna. Sammansättningen av projekt skapade ibland osäkerhet kring prioriteringar, och ibland konkurrerade rentav budskapen med varandra. Vidare förändrades förnyelsebudskapet både till form och till innehåll över tiden. Det som var beständigt var fokuseringen på ekonomi och system för verksamhetsstyrning. För att förstå den organisatoriska förändringen inom hälso- och sjukvården behövdes således en förståelse för de enskilda förnyelseprojekten, för organiseringen kring dessa samt för den övergripande förnyelsens sammansättning. Eftersom ekonomiska argument stod i centrum inriktades studien på förändringssatsningar som hade med ekonomi- och verksamhetsstyrning att göra. Den empiriska studien kunde påbörjas under sensvåren 1994 och avslutades våren 1996. Eftersom longitudinella studier be-

hövdes för att kunna följa organiseringsprocessernas utveckling så valde vi att fortsätta med Västerbotten, Sörmland och Uppsala. Genom återkommande studier avsåg vi att studera aktörernas upplevelser av de ekonomiska styrinitiativen och organiseringsprocesserna kring dessa vid olika tillfällen.

5.2 Ekonomiska styrinitiativ och organisatorisk förnyelse i tre landsting

Senhösten 1994 ägnades åt ett återbesök Landstinget Sörmland. Vid denna intervjuundersökning gjordes på samma sätt som vid de tidigare studierna intervjuer med olika ledningsaktörer inom organisationen, och i de olika förvaltningarna intervjuades basenhetschefer och administratörer. Intervjuer gjordes också med centrala landstingstjänstemän. Skillnaden mot den intervjuundersökning som gjordes våren 1993 var att vi vid det här tillfället endast intervjuade en politiker och i stället träffade flera tjänstemän ute på förvaltningarna. Anledningen till detta val var att vi fokuserade på hur man inom verksamheten upplevt arbetet kring de olika ekonomiska styrinitiativen. Den första undersökning hade som ett syfte haft att få en bild av landstingets totala förändringsarbete (inklusive den politiska nivån). De studier som nu gjordes inriktades mot den ekonomiska styrningen och eftersökte upplevelser av olika styrinitiativ och organiseringsprocesserna kring dessa.

Under 1995 återkom vi två gånger till landstingsvärlden genom uppföljande intervjustudier i LUL i månadsskiftet maj/juni och i Västerbotten i november och december. På samma sätt som vid uppföljningsstudien i Sörmland senhösten 1994 så lämnades oppositionspolitikerna utanför vid återbesöken i Uppsala län och i Västerbotten. Studierna innebar framför allt att vi följde upp de styrinitiativ som vi tidigare studerat, men också att ett par nya styrinitiativ tillkom.

Vi gjorde ytterligare en intervjustudie i Uppsala under våren 1996, som liksom de tidigare sammanställdes i en kortare rapport och återfördes. Resten av 1996 ägnades till analys och sammanställning av empirin samt författande av fallbeskrivningar. Hur själva analysarbetet utfördes beskrivs nedan i avsnittet om kodning och analys. Under året sammanfattades under vår medverkan också erfarenheterna från de två första forskningsprojekten åren 1992-94 i Lundin och Söderholm (1997).

Som tidigare beskrivits valdes de tre landstingen ut efter principen att maximera olikheterna med avseende på hur förändringsarbetet i allmänhet och

beställarstyrningen i synnerhet bedrivits. Detta innebar tre olika organisatoriska kontexter till de ekonomiska styrinitiativen. Däremot är den institutionella kontexten (landstingskommunal hälso- och sjukvård) gemensam, vilket visade sig innebära att skillnaderna mellan de tre kontexterna inte var så stora.

När det gäller urvalet av ekonomiska styrinitiativ att studera, så skedde detta stegvis, allteftersom de olika empiriska delstudierna genomfördes. Den övergripande urvalsprincipen var att de valda styrinitiativen skulle pekats ut av respondenterna som viktiga satsningar eller kritiska händelser i organisationen, vilket innebar att aktörer från landstings- till basenhetschefsnivå skulle peka ut dem. Det innebar att flera förändringar som bara omtalades av de administrativt ansvariga (som t ex införandet av nya datorsystem) föll bort, liksom organisationsförändringar inom enskilda basenheter (som t ex inrättandet av vårdplatsenheter). Analysmässigt innebar detta att centrala förändringsteman i varje intervju markerades och sammanställdes landstingsvis och sjukhus/förvaltningsvis. Anledningen till att temata sammanställdes på bägge dessa nivåer var att landstingsledningarna och basenhetscheferna inte alltid talade om samma förändringsteman; de förra gick sällan nedanför sjukhusnivån i sina resonemang och de senare sällan över den.

Bland de förändringsteman som sålunda utkristalliserades valdes sedan de som föll inom ramen för vår definition av ekonomiska styrinitiativ, dvs förändringar av de rutiner för systematisk mätning och beskrivning av organisationens verksamhet som upprätthålls av ledningen i syfte att uppnå de organisationsmål ledningen ger uttryck för. Detta innebar att styrinitiativen (1) skulle innebära väsentliga förändringar av de ekonomiska styrsystemen, (2) ha ledningarna på landstings- och förvaltningsnivå som initiativtagare och formulärer, (3) att avsikten skulle vara att styra hela organisationen eller stora delar av den. Här föll således mindre modifieringar av styrsystem bort, liksom nya tekniker för att hantera befintliga rutiner (t ex datorstöd i journalhanteringen). Likaså ledde dessa kriterier till att vi uteslöt styrinitiativ som formulerats utanför landstingen eller som bara riktades mot särskilda delar av organisationen (som t ex husläkarreformen eller vårdgarantin). Analysmässigt innebar detta att vi kvalitativt granskade de förändringstematata som fanns i intervjumaterialet och sorterade ut de som inte stämde in på alla kriterierna.

En ytterligare urvalsprincip var att styrinitiativen verkligen skulle ha lett till någon form av organiseringsprocess som involverat aktörer från landstingslednings- ner till basenhetsnivå. Styrinitiativ som inte genomfördes i praktiken eller som bara visade sig beröra den övergripande ledningsnivån var därför inte heller aktuella, eftersom det formulerade förändringsdilemmat inte

uppstår i sådana fall. Det analysmässiga kriteriet på detta var att åtminstone några basenhetschefer skulle uppleva att de involverats i det praktiska arbetet kring styrinitiativet.

Detta urvalstänkande innebar i ett par fall att vi undersökte liknande ekonomiska styrinitiativ i de olika landstingen (beställarstyrning och system för verksamhetsplanering). Detta är inte tänkt som en jämförelse utan är helt enkelt en konsekvens av att landstingen inom ramen för sin institutionella kontext använder sig av samma strukturella lösningar. Studiens fokus ligger på organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen, och följaktligen är det egentligen mer intressant att få kunskap om olika former av organiseringsprocesser än om olika former av ekonomiska styrsystem.

Vi är medvetna om att vissa av styrinitiativen ligger på gränsen av vad som traditionellt brukar betraktas som ekonomisk styrning. (t ex sparpaketet Isidor och VL:s kvalitetssatsning). Men de innehåller samma systematiska mätning och beskrivning av organisationens verksamhet som alla de andra ekonomiska styrinitiativen givet urvalskriterierna ovan. Vi är också medvetna om att tjänstemän och andra i de studerade landstingen säkert kan ge exempel på många andra styrinitiativ som varit både mer sofistikerade och kanske också mera ”lyckade”. Men eftersom vi ser ekonomisk styrning som något som styr hela organisationen och inte bara försiggår i administrationskorridorerna så har även dessa avgränsats bort (t ex nya redovisningssystem, nya personalhanteringsystem, ändrade rutiner för framtagande av landstingsplaner etc.) De ekonomiska styrinitiativ som valdes involverar såväl landstingsledning, tjänstemän på förvaltningsnivå och basenhetschefer.

De ekonomiska styrinitiativ som slutligen valdes att studeras var i Västerbottens län, prestationsersättning, total kvalitet och verksamhetsplanering, i Sörmland valdes två styrinitiativ, beställarstyrningen och verksamhetsplanering, och slutligen i Uppsala län studerade vi tre initiativ, försöket med beställarstyrning, sparpaketet Isidor och införandet av resultatenheter vid UAS.

Det första styrinitiativet, prestationsersättning i Västerbotten, valdes med anledning av att landstingsledningen 1992 uttalade att all sjukvård, såväl poliklinisk som slutenvård, skulle prestationsersättas i stället för att få budgetanslag. Genom prestationsersättning skulle klinikerna tvingas arbeta effektivare och produktiviteten därmed förbättras..

Det andra styrinitiativet handlar om genomförandet av en omfattande kvalitetsutbildning i Västerbotten. Initiativet valdes eftersom det var något som delvis väckts lokalt i förvaltningarna och senare kom att omfatta hela landstinget. Till den landstingscentrala kvalitetssatsningen knöts med tiden

ambitioner att mäta och följa upp kvalitet som ett slags styrningsvariabel, där basenhetscheferna skulle ta med kvalitetsarbetet i såväl planering som rapportering vid sina enheter.

Det tredje styrinitiativet som valdes var införandet av ett system för verksamhetsplanering som genomgående skulle användas i hela landstinget (LOTS). Styrinitiativet infördes med tankar om att verksamheten skulle få ett gemensamt språkbruk, t ex beträffande vilka kunderna var, vilken verksamhetsidén var och vilka målrelaterade aktiviteter som skulle utföras. De nya verksamhetsplanerna skulle liksom budgeten revideras och göras om för varje år. Cheferna på olika nivåer fick genomgå utbildning i hur de nya verksamhetsplanerna skulle skrivas och vad de skulle innehålla.

Det fjärde styrinitiativet var införandet av beställarstyrning i Sörmland och hur man arbetade med frågan vid länets tre sjukhus. Införandet av Sörmlandsmodellen innebar att verksamheten skulle delas upp på beställare och utförare, och att utförarna skulle få ett tydligare ansvar för sin produktion. Beställarsidan organiserades som en central avtalsenhet som skulle upprätta avtal och sköta upphandling av vård för länsmedborgarnas räkning. Detta innebar en tydlig ”produktifiering” av hur sjukvårdsproduktionen beskrevs, och chefer på olika nivåer involverades i kalkylarbete och offertförberedelser.

Det femte styrinitiativet rörde verksamhetsplanering i Sörmland utifrån IOS-modellen. Införandet och den bakomliggande historien skilde sig från Västerbottens LOTS-initiativ på så sätt att ledningen mycket tydligare i dokument och material knöt initiativet till en pågående strategi för hur landstinget ska förnyas, men i övrigt var tankegångarna kring verksamhetsplaneringens syfte och hur man inom verksamheten skulle arbeta med det nya verktyget relativt lika de vi fann i Västerbotten.

Det sjätte styrinitiativet var försöket med beställarstyrning i Enköping/Håbo sjukvårdsdistrikt i Landstinget i Uppsala län. Man skulle här på försöksbasis utvärdera den nya styrmodellen, som innebar att ett lokalt beställarkansli tillskapades och att chefer på olika nivåer inom verksamheten involverades i produktifierings- och kalkylarbete samt förberedelser för avtalsprocesserna. Argumenten för beställarstyrningen var desamma som i Sörmland, dvs att cheferna inom vården skulle spöras att göra sin verksamhet mer effektiv samtidigt som medborgarnas önskemål på ett tydligare sätt skulle föras in i planeringsarbetet.

Det sjunde styrinitiativet som valdes var ett stort sparpaket, ett arbete där utredningar och beslut om besparingar uttryckta i exakta krontal skedde inom en relativt kort tid. Besparingarna däremot skulle successivt ske under en rad

av år därefter. Detta styrinitiativ påverkade hela organisationen under det år det genomfördes, inte minst på grund av den tydliga etiketten och att samtliga högre chefer involverades i utredningsarbetet. I processens senare del involverades flera chefer på basenhetsnivå för att närmare utreda konsekvenserna av de föreslagna strukturförändringarna. Valet av detta styrinitiativ skedde i efterhand när sparpaketet initierades, och det fanns således inte med från den första intervjurundan i Uppland.

Det åttonde och sista styrinitiativet rörde de kliniska laboratorierna på Uppsala Akademiska Sjukhus och hur de omvandlades till resultatenheter. Även om detta styrinitiativ kan synas som sjukhusinternt så fanns det även på landstingsnivå en klar strävan mot att serviceenheter skulle fungera som resultatenheter. Man ville stoppa alla ”fria nyttigheter” och öka det ekonomiska medvetandet och ansvarstagandet både inom serviceenheterna och vid de enheter som köpte deras tjänster. Denna intention avsåg både UAS och andra förvaltningar inom länet. De kliniska laboratorierna är ett exempel på hur införandet av resultatenheter i den medicinska verksamheten gått till.

5.3 *Datainsamling genom återkommande intervjustudier*

Huvuddelen av de data som vi analyserat består av intervjuer med personer inom de tre landstingen. Att data samlats in med intervjuer har främst med att göra att vi önskat få veta hur de olika aktörerna i landstingen uppfattat de olika ekonomiska styrinitiativen. Vi ser härvidlag intervjuens möjligheter på samma sätt som Kvale (1997: 9):

”Om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte prata med dem? I ett intervjusamtal lyssnar forskaren till vad människor själva berättar om sin livsvärld, hör dem uttrycka åsikter och synpunkter med sina egna ord, får reda på deras uppfattningar om den egna arbetssituationen och familjelivet, deras drömmar och förhoppningar. Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen ur de intervjuades synvinkel, utveckla innebörden av människors erfarenheter, frilägga deras livsvärldar före de vetenskapliga förklaringarna”.

Det finns flera frågor man kan ställa sig när det gäller att använda intervjuer och mer specifika som gäller vårt avhandlingsprojekt. En fråga man direkt kan ställa sig är hur man väljer ut personer att intervjua i organisationer med mer än tiotusen anställda där kanske hundratals är involverade i organiseringsprocessen kring ett och samma styrinitiativ. En annan fråga är hur man får access

och förtroende hos den man intervjuar. En tredje fråga är hur väl språket i intervjusituationen fungerar som informationsbärare i meningen att det skall överföra kunskap om och förståelse för förhållanden och handlingar som utförs i en annan situation än själva intervjusituationen.

Den första frågan kan i mångt och mycket besvaras utifrån de urvalsresonemang vi beskrev ovan; vi har försökt få en god täckning av organisationen med avseende på de hierarkiska nivåer vi inriktat studien mot och också sökt en spridning över flera organisationsdelar. Den grundläggande strävan har varit att uppnå ”teoretisk mättnad” (Glaser & Strauss (1967:61-62, 111-112), dvs att ytterligare intervjuer inte tillför någon ytterligare information och förståelse inom det valda studieområdet. Vi anser att vi regelkommit ganska långt i denna strävan, eftersom vi har haft en god täckning och spridning inom de aktuella aktörsgrupperna och de löpande återföringarna till respondenterna endast resulterat i detaljmärkningar från deras sida.

Frågan om access och förtroende har vi försökt hantera dels genom att vi sökt landstingsledningarnas stöd/accept för att göra intervjustudierna, dels genom att vi i regel själva bokade och genomfört intervjuerna. Vi försökte även skapa förtroende genom att under hela studien återvända till samma personer vid de uppföljande intervjustudierna. Anledningen till att vi ville hålla kvar vid samma personer i så stor utsträckning som möjligt var att vi försökte bygga upp ett förtroende mellan oss och den intervjuade över tiden, vilket senare underlättade för oss att förstå hur uppfattningarna kring de olika styrinitiativen ändrades under studiens gång. Vid uppföljande studier innebär detta dessutom att man kan koncentrera sig på det som förändras sedan den första intervjun snarare än att bygga upp kunskapen om respondenten från grunden.

När det så gäller språket som informationsbärare, så har vi i denna studie förlitat oss på att språket kunnat förmedla och överföra intervjupersonernas föreställningar om olika styrinitiativ till oss som forskare i intervjusituationerna. Huruvida vi klarat att förstå och finna mening i det som sägs är en svår fråga. Vi hoppas dock att vårt analysarbete gjort att vi förstått våra intervjupersoner, dels genom att vi intervjuat flera personer, men även genom att vi besökt landstingen flera gånger och därmed byggt upp en förståelse för språkbruken i hälso- och sjukvården. Dessutom gjordes nästan samtliga intervjuer i respondenternas vardagliga arbetsmiljö, och vi blev ofta visade runt i lokalerna för att få en känsla för hur denna vardag såg ut.

När det gäller de inledande studierna av de tre landstingen så avsåg de som nämnts ovan främst en förståelse för det allmänna förändringsarbetet, och strävan var därför att finna ett urval som i någon mån kunde vara repre-

sentativt för hela landstinget. Önskemålet var att få tag på personer som hade kunskap om pågående förändringar och förändringar som skett inom landstinget, och urvalet skulle även inbegripa personer geografiskt spridda över länen och professionellt utspridda på de tre klassiska sfärerna politik, administration och sjukvård. I samtliga tre landsting innebar detta att vi intervjuade landstingsråd, landstingsdirektörerna, ledande tjänstemän (landstingens ekonomidirektörer, personaldirektörer och beställansvariga), förvaltningschefer, vissa chefläkare och ett antal basenhetschefer från olika specialiteter.

Vid de återbesöken i landstingen hade vi åter kontakt med landstingsledningarna i respektive landsting för att informera om våra studier. Valet av vilka som skulle bli intervjuade styrdes nu mer av forskningsfrågan i föreliggande studie. Huvudtanken har under hela studietiden dock varit att i största möjliga mån hålla kvar vid samma personer och återkommande göra intervjuer med dessa. Förändringar som skedde var att vissa personer inte intervjuades vid de återkommande studierna samtidigt som det vid de olika landstingen tillkom nya intervjupersoner. Även om vissa personer försvann och nya tillkom så var majoriteten av de intervjuade med från de första intervjuerna till avhandlingsprojektets slut.

Anledningen till att det skedde skiften av intervjupersoner var flera. För det första så skedde det en viss förändring av studiens inriktning i och med att de två första forskningsprojekten vi involverades i 1992 avslutades och ersattes med ett nytt. Det nya projektet betonade i större utsträckning organiseringsprocesserna vid införandet av olika ekonomiska styrinitiativ, och sålunda fokuserades urvalet av intervjupersoner mot de som varit involverade i de studerade styrinitiativen. Detta innebar t ex att intresset för den politiska nivån minskade och att fler tjänstemän med insikter i ekonomiska frågor tillkom. Vid de uppföljande/återkommande studierna tillkom bl a förvaltningarnas ekonomischefer, och vid ett mindre antal basenheter intervjuade vi utöver basenhetschefen även basenhetsföreståndaren (i regel en administrativt ansvarig sjuksköterska).

För det andra så tog vi också tillfället i akt att ta till vara på de kunskaper vi fått från de första undersökningarna av landstingen och de idéer vi fått i samband med att vi analyserade och författade de första rapporterna om landstingens pågående förändringar. Med den första analysen som grund märkte vi att det fanns nya personer som vi gärna ville träffa under de återkommande intervjuerna, inte minst på basenhets/klinik-nivå. En tredje anledning att urvalet förändrats har varit rent praktiskt; i två av de studerade landstingen har vi p g a det geografiska avståndet måst genomföra intensiva studier

under kortare perioder, och därmed har de som inte kunnat ställa upp under de dagar då vi vistades på orten fallit ifrån. I några fall har detta kunnat lösas genom snabba ombokningar eller telefonintervjuer i efterhand. I stort sett samtliga intervjuer genomfördes dock under arbetstid på den intervjuades arbetsplats, och vi konkurrerade således med andra åtaganden om tiden för intervjun.

Första omgångens intervjuer i de tre landstingen genomfördes med stöd av frågeguider där en rad olika teman täcktes. Den generella modellen för dessa inledande intervjuer återfinns i bilaga 1.

Den andra omgångens intervjuer genomfördes på ett lite annorlunda sätt jämfört med den första omgångens intervjuer, vilket berodde på analysresultaten från de första intervjuerna och på det faktum att ett nytt forskningsprojekt påbörjats. Under de uppföljande intervjuerna användes inte någon generell intervjuguide med olika teman, utan frågorna ställdes utifrån de styrinitiativ som identifierats och allteftersom de olika intervjustudierna förlöptes så fokuserades frågorna mot de teman som kommit upp. De första fyra/fem intervjuerna i en koncentrerad studie om ca 20 intervjuer var i regel tillräckliga för att få en övergripande uppfattning om vilka teman som var centrala vid tiden för besöket. Vi försökte också att i görligaste mån vara tillsammans vid intervjuerna, eftersom vi ville få ut så mycket av varje intervju som möjligt och att kunna reflektera över våra empiriska data som en gemensam erfarenhet. Intrycken från dessa reflexioner tog vi med oss till nästa intervju i form av nya frågor som skulle berika vår förståelse av hur de olika styrinitiativen utvecklats. En möjlig nackdel med detta tillvägagångssätt skulle kunna vara att den intervjuade hamnar i numerärt underläge gentemot intervjuarna och att kommunikationen därmed blir mindre öppen. Det stora flertalet av de som intervjuades hade dock inga som helst problem med detta; som akademiker, chefer och läkare var de vana vid intervjusituationer och vid att förklara och försvara sina åsikter i olika sociala sammanhang.

I den mån intervjupersonerna hänvisat till skriftlig dokumentation i sin beskrivning av händelser och företeelser i organisationen så har vi försökt att även insamla dessa som bakgrundsmaterial. Det har varit framför allt varit dokument som beskrivit pågående förändringar, som t ex broschyrer, årsredovisningar, landstingsplaner, internt presentationsmaterial och artiklar i personaltidningar. De flesta ledningspersoner inom landstingen ser produktionen av olika former av dokument som en central del av arbetet och som en förutsättning för styrningen av organisationen.

5.4 Kodning och analys av datamaterialet

I följande avsnitt ska beskriva hur vi gått tillväga vid kodning och analys av de intervjudata som samlats in i de tre landstingen. Det har skett flera analyser av datamaterialet sedan vi hösten 1992 började studera landsting och förändringen av hälso- och sjukvården. En del av dessa har haft mindre betydelse för det som presenteras här, men de har alla varit viktiga för studiens utveckling.

Flertalet intervjuer i studien spelades in med intervjubandspelare och skrevs ut i ett ordbehandlingsprogram. Längden på intervjuerna varierade mellan 45 minuter och två timmar, vilket gjorde att utskriften blev relativt omfattande. I några fall avböjde respondenterna bandinspelning med hänvisning till dåliga erfarenheter av att uttala sig offentligt, och under ”utvärderingsstudierna” i VL 1993/94 så dokumenterades intervjuerna genom anteckningar under samtalsgången. De intervjuer som spelades in skrevs dels ut som papperskopior, men sparades också som textfiler i en databas. I de fall där bandspelare ej användes sparades våra minnesanteckningar i databasen.

De första analyserna av de första omgångarnas intervjuer skedde i samband med att de första fallrapporterna skrevs. Dessa analyser av de enskilda landsting har som nämnts också legat till grund för urvalet av ekonomiska styrinitiativ. Här samlades utsagor från olika intervjuer rörande samma teman ihop till kategorier, vilka tolkades i form av urklippa textavsnitt från intervjuutskriften. När den sammanfattande analysen av landstingens och styrinitiativens utveckling över tiden skulle göras hade den empiriska databasen vuxit till att omfatta 146 dokument, innehållande över 200 intervjuer och samtal. Vi insåg att det skulle bli besvärligt att kopiera upp varje intervju i flera exemplar för att sedan kunna klippa ur uttalanden och systematisera dem till kategorier (Lincoln & Guba, 1985: 344-351), ett tillvägagångssätt som varit vanligt i andra studier (se t ex Bengtsson, 1994:52 och Nylén, 1996:133).

För att ändå kunna hantera materialet på detta sätt började vi söka efter någon typ av PC-baserad programvara som kunde hålla reda på intervjuer, citat, och kategorier. Den typ av program vi sökte efter skulle naturligtvis inte göra själva analysen (jfr Lincoln & Guba, 1985: 352), utan primärt underlätta det traditionella ”klippa-och-klistra-förfarandet”. Detta innebar att programmet skulle klara att koda ett och samma textstycke utifrån olika koder (t ex Skellefteå, Basenhet och Kvalitet) och att textstycken från olika intervjuer som kodats med samma kod skulle kunna skrivas ut som ett gemensamt dokument. I valet av programvara nyttjade vi oss av möjligheten att provköra olika demo-

versioner av program som finns tillgängliga på Internet¹⁰, och dessutom genomgick en av oss en kortare utbildning samt inhämtade ett par böcker i ämnet (Miles & Huberman, 1994; Kelle, 1995; Weitzman & Miles, 1995). Det slutliga valet stod till sist mellan programmen Atlas/it och NUD*IST. Här var det främst frågan om stabilitet som avgjorde att vi valde NUD*IST; vid den här tiden fanns endast Atlas/it i en DOS-version som vi såg som mindre stabil över tiden. Sedan vårt val har båda programvarorna utkommit i versioner som ser mycket lovande ut. Även om det finns skillnader i programmen så bygger de på att forskning kan bedrivas enligt en "grounded theory"-ansats, där kodning och generering av nya kategorier leder fram till att ny teori utvecklas (Richards & Richards, 1987, Richards & Richards, 1994).

Kodning av text kan göras på flera sätt och med flera olika utgångspunkter. Ett tillvägagångssätt som vi använt och som Lincoln & Guba kallar "enhetisering", innebär att kodning görs utifrån fristående enheter som i sig ger förståelse och mening (1985:345). Vi är likt Johansson Lindfors medvetna om att det är vi som forskare som ger enheterna mening när vi tolkat innehållet av den text som samlats in (1993:148f.). Informationsenheterna tolkas och ges mening i den kontext de befinner sig. Likartade uttalanden som ges vid olika intervjustudier kan kodas på olika beroende på om det är vid den första intervjuundersökningen eller om det sker vid någon av det uppföljande studierna. Men samtidigt kodade vi också informationsenheter till olika kategorier om de kunde föras till olika.

I NUD*IST byggdes successivt upp ett träd av kategorier, där vi själva genom våra tolkningar bestämde vilka textstycken som skulle hamna i olika kategorier. När vi säger "kodning" så menar vi själva processen att tolka och välja till vilken eller vilka kategorier textenheten ska hänföras. En kategori består således av en mängd textenheter som tolkats på en likartat sätt (t ex alla uttalanden som implicit eller explicit rör beställarstyrning). Vad gäller textenheternas storlek så kan man när dokumentet introduceras i NUD*IST välja om textenheterna ska bestå av rader eller stycken. Vi valde med tanke på resonemanget ovan om enhetisering att välja stycken (dvs hela repliker) i intervjuutskriften som textenheter. Valet gjordes med hänsyn till att varje rad var för liten som informationsenhet och att vi därmed skulle riskera att förlora känslan för textens sammanhang.

¹⁰ En av de platser där det är möjligt att ladda ner demo-versioner av den här typen av program är från CAQDAS hemsida, <http://www.soc.surrey.ac.uk/caqdas/packages.htm>.

Kodningen av olika de olika textenheterna och inplaceringen i olika kategorier har gjorts utifrån tre olika grundkategorier: Bakgrundsdata, Styrinitiativ, och Tolkade kategorier. De två första grupperna av kategorier ligger nära empirin och har fått betydelse för analysarbetet bakom fallbeskrivningarna i kapitlen 7-9. De har m a o haft ett datasammanfattande syfte medan den tredje gruppens kategorier användes i teorigenererandet (jfr Johansson Lindfors, 1993:156). Kodningen av den tredje gruppen av kategorier har haft ett större mått av tolkning än de tidigare kategorierna, en kodning som påverkats av vårt eget meningsskapande av uttalanden i texten, vårt teoretiska perspektiv, vår forskningsfråga och våra utgångspunkter för studien.

Den första kodningen som gjordes av materialet rörde rena bakgrundsdata och denna kodning gjordes på dokumentbasis och gällde hela dokumentet/intervjun. Kodningen av bakgrundsdata skedde med ett antal underkategorier. Dessa underkategorier var uppdelade efter; landsting som undersöks, personalkategori, geografi, primärvård, samt vilket år intervjun genomförs. Nedan i tabell 5.1 visas vilka kategorier som används, och hur de är uppbyggda i programmet. Siffrorna som anges i parenteserna före de olika kategorierna är de som används rent praktiskt i programmet när man kodar textenheter.

För att koda t ex bakgrundsdata till en intervju som är gjord 1992 med en basenhetschef på sjukhuset i Umeå, har vi först markerat hela intervjun och sedan kodat intervjun till kategorierna, 1 1, 1 4, 1 9, och 1 19. Kodningen innebär att bakgrundsdata till intervjun har hamnat i kategorierna; Västerbottens läns landsting, Basenhetschef, Umeå och 1992. Sättet att arbeta med bakgrundsdata har utnyttjats för att kunna plocka ut vad till exempel vad intervjuade basenhetschefer ett visst år har sagt om ett speciellt styrinitiativ.

Den andra gruppen av kategorier rör de olika styrinitiativen. Dessa kategorier är i programmet uppbyggda på ett liknande sätt som kategorierna för bakgrundsdata, där vi haft en nivå som vi kallat styrinitiativ och sedan en andra nivå för de åtta olika styrinitiativen. Skillnad finns i hur vi har gått tillväga vid kodningen. När vi kodade bakgrundsdata så kodade vi hela dokumentet till respektive bakgrundskategori, men när vi skulle koda texten utifrån styrinitiativ så behövde vi läsa igenom intervjuerna

och koda texten alltefter som vi läste. Ett förfaringssätt som framstår som naturligt i och med att flera av intervjuerna behandlar flera av styrinitiativen.

- (1) /Bakgrund
- (1 1) /Bakgrund/VL
- (1 2) /Bakgrund/LS
- (1 3) /Bakgrund/LUL
- (1 4) /Bakgrund/Basenhetsch
- (1 5) /Bakgrund/Tjmförvalt
- (1 6) /Bakgrund/Politiker
- (1 7) /Bakgrund/Tjmlandsting
- (1 8) /Bakgrund/Vårdpersonal
- (1 9) /Bakgrund/Umeå
- (1 10) /Bakgrund/Skellefteå
- (1 11) /Bakgrund/Lycksele
- (1 12) /Bakgrund/Nyköping
- (1 13) /Bakgrund/Kullbergsska
- (1 14) /Bakgrund/Eskilstuna
- (1 15) /Bakgrund/Enköping
- (1 16) /Bakgrund/Uppsala
- (1 17) /Bakgrund/Norduppland
- (1 18) /Bakgrund/Primärvård
- (1 19) /Bakgrund/1992
- (1 20) /Bakgrund/1993
- (1 21) /Bakgrund/1994
- (1 22) /Bakgrund/1995
- (1 23) /Bakgrund/1996
- (1 24) /Bakgrund/1997
- (1 25) /Bakgrund/Beställare
- (1 26) /Bakgrund/Kvalitet

Tabell 5.1: Kodförteckning, kategori Bakgrund.

Den tredje gruppen av kategorier har ett teoriutvecklande syfte. Uppbyggnaden av dessa koder har kommit fram under den intuitiva analysen av den ekonomiska styrningens funktionssätt och styrinitiativens förlopp (dvs kapitlen 10-12). Analysen blev på så sätt uppdelad dels utifrån styrinitiativens interna förlopp och dels utifrån hur de relaterades till sin tidsmässiga och rumsliga kontext. Utgångspunkten och arbetet med analysen skedde i en växelverkan mellan teori och empiri, där vårt teoretiska perspektiv och utgångspunkterna för studien jämfördes med utsagorna i intervjuerna som i sin tur skapat mening.

En viktig del i kategoriseringen av intervjudata utgjordes således av vår teoretiska föreställningsram. När det gäller den ”statiska sidan” av förändringsdilemmat, dvs den ekonomiska styrningens strukturerande och konserve-

rande effekter på organisationen utgick vi i från resonemangen i kapitel 3 rörande aktörers skilda upplevelser av den ekonomiska styrningen, och när vi systematiserade dessa skilda upplevelser såg vi att många av beskrivningarna handlade om i vilken mån man involverats i styrningen och i vilken mån man kunnat påverka denna. Utifrån detta abstraherade vi den ekonomiska styrningens strukturerande/konserverande inverkan till kategorierna rumslig involvering, tidsmässig påverkansmöjlighet och aktörskategorisering (se kapitel 10).

Beträffande den ”förändrande sidan” av förändringsdilemmat, dvs hur organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrsystemen upplevdes, så förväntade vi oss skilda uppfattningar om förloppen beroende på vilket styrinitiativ det var och vilken aktörskategori som tillfrågades. Vi kunde snart konstatera att det fanns en grundläggande skillnad mellan engångsförlopp och repetitiva förlopp, där de senare sällan berörs i litteraturen om organisationsförändring. Inom dessa kategorier fann vi ytterligare skillnader beroende på hur man upplevde att förloppen avslutades och återkopplades. Dessa kategorier återfinns i kapitel 11.

Den teoretiska föreställningsramen innebar också att vi såg kopplingarna mellan organiseringsprocesserna och dess organisatoriska kontext som viktiga för att förstå hur de fungerade som förändringsförlopp. I intervjuerna fanns det genomgående en tendens att avskilja styrinitiativen från resten av organisationen, och denna var i allmänhet riktad bakåt i tiden. Samtidigt fanns det många som överbyggade organiseringsprocesserna till dåtiden, och det var också vanligt med någon form av resonemang om framtida konsekvenser av processerna. Slutligen formulerade vi sex resonemangskategorier baserat på begreppen avgränsning och överbyggning, där dåtid, parallell nutid och framtid var huvudkategorierna. Dessa resonemang, som återfinns i kapitel 12, var inte en förfining av förloppstyperna i kapitel 11, utan snarare att betrakta som abstraherade kategorier som i olika utsträckning förekom i olika organiseringsprocesser.

5.5 *Sammanfattning*

- Förhistorien till denna studie är två forskningsprojekt vi deltog i 1992-94, som syftade till att undersöka beställarstyrning och strategiskt förändringsarbete i tre landsting. Dessa projekt avsåg landstingen som aggregeringsnivå och utgick både ifrån beskrivande och utvärderande ledningsperspektiv.
- Denna studie inriktades mot ekonomisk styrning och organisationsförändring, och eftersom vi således skulle studera processer longitudinellt över tiden så fortsatte vi att följa de tre landstingen.
- De ekonomiska styrinitiativ som beskrivs i kapitlen 7-9 är utvalda utifrån kriterierna att de (1) skulle innebära väsentliga förändringar av de ekonomiska styrsystemen, (2) ha ledningarna på landstings- och förvaltningsnivå som initiativtagare och formulerare, (3) att avsikten skulle vara att styra hela organisationen eller stora delar av den.
- Data insamlades genom intervjuer med aktörer på olika nivåer från landstingsledningen ned till basenhetsledningarna. De utskrivna intervjuerna och minnesanteckningarna samlades i en databas, som vi hanterade med hjälp av programvaran NUD*IST. Med programmets hjälp kategoriserades respondenternas uttalanden i (1) bakgrundskategorier för respondenterna, (2) styrinitiativen, samt (3) de teoretiska kategorier som ligger till grund för analysen i kapitlen 10-12. De teoretiska kategorierna byggde både på den teoretiska föreställningsramen och på de tidigare analyser vi gjort av data efter varje enskild empirisk studie.

6 Hälsa- och sjukvårdens utveckling och ekonomiska styrning

I detta kapitel ges en bild av hur den ekonomiska styrningen utvecklats i hälso- och sjukvården de senaste decennierna, samt en beskrivning av den allmänna syn som rådde i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet rörande hur offentliga organisationer skulle styras och ledas. Kapitlet är uppdelat i tre delar; (1) en beskrivning av det tidiga 90-talets styrfilosofier, (2) en redogörelse för sjukvården dess bakgrund, uppbyggnad, ekonomiska utveckling och aktörer, och (3) en beskrivning av hur styrningen och kontrollen av hälso- och sjukvården har utvecklats.

Kapitlet skall på så sätt ge en introduktion till styrinitiativens organisatoriska kontext som senare beskrivs i kapitel 7, 8 och 9. Kontexten består i vid mening av både de offentliga sektorns och de enskilda landstingens särdrag, såsom de upplevdes när de olika styrinitiativen introducerades i de olika landstingen. Det finns flera forskare som på samma sätt som vi menar att kontext och historia är viktig för att förstå pågående förändringar som sker i samhälle och organisationer när den ekonomiska styrningen förändras (se t ex Bergevärn & Olson, 1989; Broadbent & Guthrie, 1992). I beskrivningen av organiseringsprocesserna står dock landstingsorganisationerna i fokus, dels eftersom det är inom dessa organisationerna som förändringar har skett, men även därför att de som organisationer är ett uttryck för de institutionella och samhälleliga strömningar som nedan beskrivs.

6.1 1990-talets förutsättningar och organisationsmoden

Många av de förändringar och reformer som introducerades inom den offentliga sektorn under 1980- och första hälften av 1990-talet drevs med förtecknet att effektiviteten, valfriheten och demokratin behövde förbättras. I en studie av svenska kommuner visar Wise & Amnå (1993) att de reformer som introducerades under 1980-talet i första hand betonade ledningsaspekter, i andra hand ekonomin och i sista hand medborgarintresset. På ett liknande sätt visar Montin, Fridolf & Sköldborg (1993:43) att de förändringar som introducerades i början av 1990-talet framför allt betonade de ekonomiska motiven framför de demokratiska. Kommunernas och landstingens förändringsarbete skulle

förbättra effektiviteten och produktiviteten, dvs användandet av skattemedel i produktionen av offentliga tjänster.

Utvecklingen av offentliga organisationer från centralt planstyrda byråkratier mot mer decentraliserade och marknadsinriktade organisationsideal går att spåra i de flera västländer, och det är en utveckling som liknar den som skett inom den privata sektorn (Hoggert, 1991:255; Aucoin, 1990:117). Kritik kan riktats mot att den offentliga sektorn tar över idéer och styrsystem som är anpassade till den privata sektorns förutsättningar. En tydlig konsekvens av detta är ”företagiseringen” av de offentliga sektorns organisationer, där organisationer som inte betraktats som företag liknar sig vid och antar den privata företagens organisationsformer (Brunsson, 1991:36; Förssell, 1994:23). Inom sjukvården har detta yttrat sig i att sjukhus betraktats som dotterbolag i landstingskoncerner och att sjukhuskliniker blivit självständiga resultatenheter (jfr Jacobsson, 1994c:51). Det har skapats en indelning av organisationerna, där gränser byggts både mentalt, via språkbruket, och formellt genom uppbyggnaden av nya informationssystem som ska mäta och utvärdera de olika enheternas prestationer. Det som kan sägas karaktärisera de nya idéerna för den offentliga sektorn är att ledarskapet ska förtydligas, att mål och resultat skall klargöras, att avgränsade organisatoriska enheter skall skapas, att dessa enheter skall konkurrensutsättas, och att ekonomiska framgångsmått liknande de i privata företag skall tillämpas (Hood, 1991:4f).

Bland de svenska landstingen var sätten att organisera sig i stort sett desamma. Ett gemensamt drag för landstingen under 1990-talets början var strävan att försöka skilja politiker och verksamhet åt och tydliggöra deras respektive roller och funktioner. Detta fick till följd att beställarstyrningen slog igenom i ett stort antal kommuner och landsting under mandatperioden 1992-1994 (Landstingsförbundet, 1994). Ett annat drag var att verksamheten i allt större omfattning skulle prestationsersättas i stället för budgetfinansieras (Landstingsförbundet, 1992b:46), vilket också genomfördes i stor utsträckning (Landstingsförbundet, 1992a:15, 27; SPRI, 1993:34).

På ytan var både idéerna bakom reformerna och själva genomförandet av dem likadana över hela landet. Det finns flera exempel på att reformidéer liknar varandra både inom och utom landet (jfr Blomquist, 1996). Likheter går att finna såväl i de nordiska ländernas sjukvård (Alban & Christiansen, 1995:12f) som i andra OECD-länder. De största likheterna med Sverige går att finna i det engelskspråkiga länderna Storbritannien (Klein, 1989:208; Holliday, 1992), Australien, Kanada, och Nya Zeeland (se Hood, 1995). Dessa likheter har uppmärksamrats inte minst i forskningen om institutionella spridnings-

mönster mellan organisationer, men också av landstingens aktörer själva. Men även om det övergripande tankestoffet är samma över hela västvärlden, finns det saker som är specifika för både sjukvård och för svensk sjukvård.

6.2 Den svenska hälso- och sjukvårdens uppbyggnad, ekonomi och aktörer

Svensk hälso- och sjukvård har som övergripande mål att kunna ge likvärdig vård till alla medborgare, oavsett vart man bor och vem man är. Ansvariga för denna uppgift är de 26 sjukvårdshuvudmän, 23 landsting och 3 primärkommuner, som för detta ändamål har beskattningsrätt (1996). Svensk hälso- och sjukvård har som samhällssektor haft en stark tillväxt under det senaste seklet. Tillväxten har rört flera områden, som antal behandlade patienter, antal anställda, antal läkare per invånare, budgetomslutning, investeringar i medicinsk utrustning, byggandet av sjukhus och vårdcentraler och antal professionella grupper som involveras i sjukvården. Tillväxtens resultat har yttrat sig i en förbättrad folkhälsa, ökad medellivslängd och minskad spädbarnsdödlighet.

I ekonomiska termer kan tillväxten beskrivas genom att hälso- och sjukvårdens andel av BNP stigit från under 1 procent i seklets början till 9,4 procent 1980. Stora delar av den vårdstruktur som finns idag har byggts upp efter 1945, med en stark expansion under 50-, 60-, och 70- talen. Nya sjukhus byggdes i de flesta större tätorter och antalet anställda inom hälso- och sjukvården ökade genom rekrytering främst bland kvinnor. Den största uppbyggnaden av nya sjukhus skedde under 60-talet, vilket medförde att vården försåg sig med en mängd specialanpassade lokaler och därmed lästes upp till en sjukhusbaserad struktur. Utbyggnaden av vården kunde ske genom att den landstingskommunala skatten successivt höjdes (jfr Jönsson, 1982:288). Även om de stora sjukhusen byggdes under den här perioden så fanns det också de politiker som drev frågan om primärvårdens utveckling. Denna utveckling gick dock långsamt, men under 1970- och 1980-talen kom utbyggnaden av vårdcentraler igång.

Den alltmer omfattande hälso- och sjukvården växte även i termer av BNP-andel, även om det skedde en avmattning av ökningstakten i slutet av 1970-talet och början av 1980-talet (Calltorp 1989:22ff). Sjukvårdens andel av BNP stabiliserade sig då på en nivå omkring 9 procent. Rent kvantitativt så skedde det under 1980-talet en minskning av BNP:s andel av sjukvårdskostnaderna, och 1995 hade denna minskat till 7,7 procent. Men under den här

perioden försvann vissa delar som tidigare varit medräknade som sjukvårdskonsumtion i och med att omsorgen av psykiskt utvecklingsstörda och äldre och handikappade övertogs av kommunerna. Om hänsyn tas detta har inte hälso- och sjukvårdens andel av BNP minskat sedan mitten av 1980-talet. Den allmänna bilden av besparingar och neddragningar inom hälso- och sjukvården bör således nyanseras med det faktum att de totala sjukvårdskostnaderna i fasta priser var högre 1995 än 1990 (Arvidsson och Jönsson, 1997:14f). Den förklaring som Arvidsson och Jönsson ger till krisstämningen inom vården, är att det under perioden skedde omfördelningar mellan olika delar av sjukvården. Den sjukhusbaserade slutenvården avlastades en hel del uppgifter som i stället kunde skötas inom sjukhusens och vårdcentralernas öppenvårdsmottagningar, vilket bl a medförde att antalet vårdplatser vid sjukhusen minskade och att lågutbildad personal vid vårdavdelningarna successivt kunde fasas ut. Neddragningarna inom slutenvården vägdes upp av ökade kostnader inom öppenvården och av ökade läkemedelskostnader, och dessutom började landstingens ekonomer varna för att avsättningarna till personalens pensioner varit otillräckliga. Den krisstämning som beskrivs av Arvidsson och Jönsson känner vi igen från våra studier av hälso- och sjukvård, liksom de nya krav som ställs på de ekonomiska styrsystemen för att belysa och hantera resursknappheten. Tilläggas kan att det vikande skatteunderlaget i arbetslöshetens spår gjort att landstingen inte kunnat upprätthålla en kostnadsnivå som för några år sedan sågs som naturlig och oproblematiske. Och även om kostnaderna inte ökar så görs således nedskärningar som svar på minskande intäkter.

Hälso- och sjukvårdens uppdelning på olika aktörer och professioner har rötter långt tillbaka i tiden, rötter som går till bardskärare, hospital och fattigstugor. Den professionella uppdelningen mellan olika grupper i sjukvården började ta form vid 1600-talets slut då det fanns en uppdelning på apotekare, medicinare och kirurger. En uppdelning som påverkade utvecklingen av de första sjukhusen under 1700-talet. Till de allra första brukar Nosocomium Academicum (1708) i Uppsala och Serafimerlasarettet (1752) i Stockholm räknas. Även på andra ställen i landet började det byggas sjukhus. De flesta var små och den sjukvård som bedrevs gjordes under överinseende av en ensam läkare, en medicinare. Men utvecklingen gjorde att man på undervisningssjukhusen snart delade upp sjukvården mellan medicinare och kirurger. Exempelvis så fanns denna uppdelning mellan medicin och kirurgi vid UAS (Uppsala Akademiska Sjukhus) när det startade 1867. En liknande utveckling — om än inte lika långtgående — kan konstateras bland sjuksköterskorna.

Även uppdelningen på administrativ och politisk nivå har rötter i historien. En milstolpe i den administrativa utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård var inrättandet av landstingen 1862 och lasarettsförordningen 1864 (Gustafsson, 1987:299). Landstingets centrala ledning bestod i begynnelsen av ombud som valts av stadsfullmäktige, kommunalstämma eller allmän rådstuga (Petersson, 1992:41ff). Men även kungen hade rätt att utse vilka som skulle sitta i landstingensledning. I samband med rösträttsreformen 1907-1909 började den politiska nivån i landstingsvärlden ta form. Redan tidigt bestod huvuddelen av landstingens ekonomi och verksamhet av sjukvården, men det dröjde ända till 1928 innan landstingen enligt lag blev skyldiga att bedriva slutet sjukhusvård. Byggandet av allt fler och allt större sjukhus gjorde också att det från mitten av 1930-talet började utvecklas en administrativ hierarki inom sjukvården. En hierarki med behov av att styra, planera, samordna och kontrollera verksamheten. Till dessa uppgifter rekryterades professionella administratörer och chefer som ersatte den tidigare strukturen med förtroendevalda lekmän och lägre tjänstemän. Sakta men säkert utvecklades den administrativa och politiska struktur mot den vi känner igen i dagens landsting.

Sedan decennier tillbaka finns det således en uppdelning av sjukvården på profession, administration och politik. Denna uppdelning såg vi även själva när de empiriska studierna gjordes, en uppdelning som gjordes inte minst av läkarna, administratörerna och politikerna själva. Inspirerade av resonemangen kring olika domäner (Kouzes & Mico, 1979) finns det andra studier som direkt eller indirekt haft en denna uppdelning. Här finner vi t ex Stjernberg & Wennerberg (1980: 21) Calltorp (1989:75), Anell (1990b:159), Borgert (1992:103) och Ternblad (1992:47). Även i tidigare studier av sjukvård kan man finna liknande resonemang (Borgenhammar, 1979:21ff), vilka kan spåras tillbaka till hälso- och sjukvårdens historia och tradition (Gustafsson, 1987; Axelsson, 1993:37ff).

Uppdelningens karaktär och de olika aktörernas sätt att frikoppla sig från varandra har mycket att göra med verksamheten. Den hierarkiska hälso- och sjukvården med läkarna i spetsen är ett vanligt exempel på hur professionella grupper skapas och fortlever. Karakteristiskt för en profession är att de ska baseras på en systematisk teori, ha auktoritet inom sitt område, vara auktoriserade av samhället att utföra sina uppgifter, samt att ha etiska regler inom gruppen och liksom en egen yrkeskultur (jfr Strömberg, 1997:29f). Läkarprouffessionen stämmer in på alla dessa punkter, men även andra grupper inom vården kan ses som mer eller mindre professionella. Administratörer, sjuksköterskor och andra grupper försöker uppnå denna status. Läkarna som profes-

sion får härigenom en särställning inom hälso- och sjukvården, med totalansvar för de beslut och för den verksamhet som bedrivs (Rhenman, 1969; Fredson, 1986, 1988). Något som också karaktäriserar professionella och andra grupper är att socialt stänga eller avgränsa ett arbetsområde där gruppen når monopol och där andra stängs ute och exkluderas (jfr Strömberg, 1997:36).

Även om grupper av administratörer, politiker, sjuksköterskor och annan vårdpersonal kan känna sig som professionella, kan man inte enligt de traditionella kriterierna definiera dessa som professioner. Även om dessa avgränsar sig socialt och monopoliserar ett yrkesområde. Detta förstärker frikopplingen mellan politiker och verksamhet, mellan tjänstemän och verksamhet och mellan tjänstemän och politiker. Den medför att olika grupper befinner sig på olika avstånd från verksamheten och har olika stor makt att påverka medicinska beslut och beslut som rör t ex budgetprocessen (jfr Öhrming, 1997:207ff). Det finns alltså en frikoppling mellan de centrala aktörerna och de som verkar i vården. De olika aktörernas makt över budget och vårdbeslut förstärks av att de olika aktörerna lever inom olika praktikområden med olika sociala normer (Hellqvist, 1997).

6.3 *Ekonomisk styrning och kontroll i hälso- och sjukvården*

En större och mer komplex verksamhet medförde att landstingen och sjukhusen behövde förändra sin ekonomiska styrning. Det gällde såväl resursfördelningen mellan enheter som efterhandskontrollen av hur verksamheten faktiskt bedrevs. Följande två avsnitt kommer att behandla denna utveckling. Den första av dessa tar upp budgetering och planering medan det andra tar upp kontrollen och styrningen.

6.3.1 Budgetering och planering

Under 1960-talet blev intresset för hälso- och sjukvårdsplanering allt starkare. Både bland landstingen och på regeringsnivå, vilket till stor del hängde ihop med dåtidens förkärlek för övergripande långtidsplanering (Garpenby, 1989:87). Till stor del gick planeringen ut på att planera hur man skulle gå vidare med utbyggnaden av sjukvården. Landstingen fortsatte med sina långtidsplaner på fem och tio år, planer som snarare försvarade befintlig struktur

än att de ifrågasatte och föreslog omfördelningar inom systemet (Borghammar, 1979:129f). Även vid den tiden fanns det kritiker som menade att sjukvården behövde rationaliseras och bli mer effektiv (Rhenman, 1969). Men den ekonomiska styrningen skedde huvudsakligen via anslagsbudgeten. De olika sjukhusen fick anslag för att bedriva vård, men någon noggrann uppföljning eller kontroll av hur anslagen användes skedde inte.

Anslagsbudgeten fick en tydligare struktur i och med att Landstingsförbundet kom med en rekommendation om budget- och redovisningssystem, L-planen, 1971. Med L-planen som grund skulle landstingen fördela budgetanslagen på organisatoriska enheter, som sjukhus och vårdcentraler. L-planen hade också som tanke att underlätta insamlandet av statistik. Till viss del parallellt med denna utveckling fanns det ett intresse för programbudgetering under 1960-talet och början av 1970-talet. Efter en del praktiska försök visade det sig dock att programbudgetering passade dåligt inom hälso- och sjukvården. Arbetsmetoden kring programbudgetering var för arbetskrävande eftersom varje program kräver sina egna beräkningar, och dessutom är det inom hälso- och sjukvården svårt att formulera och isolera klara mål och effekter (Anell, 1990b:95ff).

Anell (1990b) delar in sjukvårdens budgetutveckling i fem steg; först de två ovannämnda och därefter i rambudgetering, verksamhetsinriktad budgetering och slutligen köp/sälj-modeller. Rambudgetering började användas i slutet av 1970-talet. Den tidigare tron på långtidsplaner hade började överges och de inblandade lade mindre vikt såväl vid planeringen som att utfallen inte stämde överens med planen. Denna era av planering nådde sin höjdpunkt i slutet av 1970-talet (Ternblad, 1992:152), då den centralistiska synen på organisationen byttes mot decentralisering, vilket också gjorde att rambudgeteringen fick genomslag och blev allmänt spridd bland landstingen. Motivet för rambudgetering var att delegera ansvaret för de ekonomiska resurserna till lägre nivåer i organisationen för att därigenom skapa ett bättre resursutnyttjande. Den verksamhetsinriktade budgetering, som kom 1983, innebar att budgeten skulle delas upp på olika verksamhetsområden (regionvård, länsvård och primärvård), blev däremot inte lika spridd. Utvecklingen följdes av att det under mitten och slutet av 1980-talet blev allt vanligare att sjukvårdens allmänservice blev resultatenheter och att köp/sälj-modellerna började introduceras inom vården. Serviceenheterna skulle inte längre få anslag via budget utan via intäkter genom utförda prestationer till sjukvårdens kärnverksamhet. Till skillnad mot förut skulle kärnverksamheten internfaktureras för alla tjänster de nyttja-

de (t ex hyra, mat, städning etc), vilket avsågs få till konsekvens att de skulle se över konsumtionen av dessa.

Den stagnerande samhällsekonomin innebar att kraven på att finna nya styrformer i landstingen ökade. Problemen med ökande vårdköer, dålig produktivitet och effektivitet debatterades på allvar från 1980-talets mitt och framåt. Utredningar hade visat att produktivitetsutvecklingen inom sjukvården sedan 1960-talet hade varit allt annat än bra (jfr t ex Ds Fi 1985:3). Kraven ökade därmed på att nya styrsystem skulle prövas inom den offentliga sektorn. Diskussioner om den offentliga sektorns expansion och effektivitet hade förts sedan 1970-talet bland nationalekonomerna, vilket mynnade ut i en ökad tilltro till marknaden som fördelningsmekanism (Hugemark, 1994) och storföretaget som organisationsförebild. Den här utvecklingen satte spår även bland landets politiker, som i allt högre grad menade att lösningen på effektivitetsproblemen var att utsätta den offentliga sektorns organisationer för resultatkrav och marknadsmässig konkurrens (Antman, 1994).

Marknadstänkandet och decentraliseringarna märktes även i planeringsaktiviteterna inom landstingen, där mindre vikt lades vid långtidsplanering och upprättandet av flerårsplaner. Fortfarande upprättas dock årligen treåriga verksamhetsplaner på landstingsnivå. Den plan som inleder mandatperioden ses som den viktiga i och med att det är där som den politiska organisationen under perioden fastläggs. Decentraliseringen av landstingen gjorde också att planeringen decentraliserades. I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet var det allt flera landsting som införde att sjukhus, kliniker och andra enheter skulle upprätta egna verksamhetsplaner, planer som förutom rena personaldata och verksamhetsdata, redogjorde för verksamhetens syfte, vilka som var dess kunder och hur verksamheten skulle utvecklas under det kommande året.

I sättet att fördela resurser inom landstinget fick även tankarna om marknaden genomslag i många kommuner och landsting. Bland de som blev mest kända för att pröva och introducera en mer marknadslig fördelning av resurser fanns Dalarnas, Bohusläns, samt Stockholms läns landsting. I Dalarna introducerades "Dalamodellen" där pengarna fördelades till primärvården som sedan skulle köpa vård från sjukhusen (Borgert, 1992:178). I Bohuslän och Stockholm infördes beställarstyrning. Bohuslän började 1992 (Brorström, 1995:11) och Stockholm 1991 (Jacobsson, 1994c:40). Beställarstyrningens grundläggande tanke var att inom länet bygga upp en marknad för sjukvårdsproducerande aktörer, inom och utom själva landstingen, vilka sedan skulle konkurrera med varandra om sjukvårdsbeställarnas produktionskontrakt.

Bland de landsting som införde beställarstyrning var syftet med införandet att förbättra effektiviteten, demokratin och valfriheten (Bergman & Dahlbäck, 1995). Detta skulle ske genom att producenterna anpassade sina strukturer till den rådande konkurrenssituationen, att politikerna skulle ges köparens kontroll över produktionen samt att ett flertal vårdalternativ skulle kunna erbjudas medborgarna.

6.3.2 Kontroll och styrning

Med den kraftiga expansion av hälso- och sjukvården som skedde under 1960-talet följde att organisationerna blev allt mer komplexa, och att styr- och kontrollproblemen ökade. 1960- och 1970-talets tilltro till planering gjorde att några större krav inte ställdes på uppföljning och kontroll i form av väl utvecklade redovisningssystem. Allt var redan uttänkt på förhand. Landstingsförbundet försökte vid ett par tillfällen att införa en gemensam kontoplan för landstingen, men dessa försök fick ett ljumt mottagande innan L-planen kom och accepterades generellt (Paulsson, 1993:100ff). Vid slutet av 1980-talet utnyttjade dock de flesta landstingen inte L-planens möjligheter till intern kontroll, utan L-planen blev huvudsakligen använd i sina enklare former (Anell, 1990a:21f).

Sjukvårdens starka tillväxt räknat i budgetomslutning och i antal anställda, tillsammans med en differentiering av organisationen i allt fler specialister och kliniker (Anell, 1990b: 81), medförde större problem att administrera verksamheten. Allt mer resurser lades ned på att styra och kontrollera den (jfr Scott, 1992b: 260). Ett naturligt steg i många organisationer (och så även inom sjukvården) när de blir mer differentierade och komplexa är att ansvaret decentraliseras, vilket också skedde i sjukvården under framför allt 1980-talet. Det innebar bland annat att chefsöverläkaren skulle bli basenhetschef (vilket vi också kallar dem i studien) och få ansvar för såväl vård som administration (Borgert 1992: 119ff). Med den ökade decentraliseringen fick chefsöverläkarna i allt högre grad ta ansvar för klinikens ekonomi, vilket i sin tur ökade deras behov av information om hur verksamheten fungerade i ekonomiska termer.

Decentralisering sägs skapa ett ökat behov av kontroll i och med att ledningen inte längre har den direkta kontrollen och själva sköter det direkta beslutsfattandet. Problemen med att fatta beslut och ha kontroll över organisationen är också ett av argumenten för att decentralisera när organisationen blir större och mer komplex (March & Simon, 1993: 225). Utbyggnad och förfining av ekonomistyrsystemet är en möjlighet för ledningen att få indirekt kon-

troll trots decentraliseringen (Scott, 1992a: 104). Ser vi till sjukvårdsadministrationens utveckling med långtidsplanering och en i många stycken centraliserad syn på organisationen, så är det en syn som i det närmaste kan ses som mekanistisk (Rhenman, 1969). En sådan syn innebär att decentraliseringen kommer styras av tankar på att man tvingas avhända sig den direkta kontrollen över verksamheten. Om en sådan syn skulle råda är det också naturligt att uppbyggnaden av nya ekonomistyrssystem görs för att inte släppa kontrollen och inblicken i organisationens produktion och kostnader (jfr Morgan, 1986:27ff).

Den här typen av utveckling kan ses på många av de svenska sjukhusen. När kontrollproblemen började bli stora och insynen i verksamheten minskade påbörjades konstruktionen av allt mer komplicerade ekonomisystem. Ett exempel på en sådan konstruktion är Akademiska sjukhuset i Uppsala som i mitten av 1980-talet introducerade ett avancerat MIS (Management Information System). Ett annat exempel tar Brorström (1995:47) upp i sin undersökning av avdelningschefer inom Bohuslandstinget. Där påpekas det att den stora förändringen som skett de senaste åren varit decentraliseringen av ansvar. Brorström menar att faran med en långtgående decentralisering är att regler och rutiner för kontroll blir alltmer komplicerade och att ledningen ökar insatserna för att utveckla styr- och informationssystem för att inte ”tappa greppet” om verksamheten.

Med införandet av rambudgetering och decentraliseringen av vårdorganisationen blev det allt vanligare att det skapades resultatenheter ute på sjukhusen. Det var i första hand olika serviceenheter som städ, kök och transport, men med tiden blev också medicinska enheter som röntgen, central operation och laboratorier resultatenheter. Sjukhusens kärnverksamhet (dvs de vårdande klinikerna) skulle köpa tjänster från dessa olika serviceenheter. Det här är också ett sätt att arbeta som känns igen från de lösningar som ges i litteraturen om ekonomistyrning; vid decentralisering och inrättande av resultatenheter ska man genomföra internpriser mellan de olika enheterna (Se text Horngren, Foster & Datar 1994:859ff; Anthony & Govindarajan 1995: 181). När mer av sjukvårdens verksamhet skulle börja internfaktureras ökade kraven och behoven på ekonomisystemet från såväl sjukhusnivå som klinikinivå (Paulsson, 1993: 147). Ekonomisystemet skulle vara till hjälp för ansvariga på klinikerna vid prissättning och kostnadsuppföljning av den egna verksamheten och ge landstings- och sjukhusledningen insyn och möjlighet till styrning och kontroll. Samtidigt skulle det hantera de nya rutinerna på ett smidigt sätt så att inte klinikadministratörerna överhopades med faktureringsarbete.

När sedan beställarstyrning infördes i början av 1990-talet ökade kraven ytterligare på registrering av ekonomiska transaktioner. Organisationen delades upp, och vissa av tjänstemännen skulle tillsammans med politikerna beställa sjukvård medan andra tjänstemän och själva verksamheten skulle utföra det som beställdes. Kraven på ökad registrering kom sig av att man inom många av dessa landsting önskade prestationsersätta all verksamhet, även den direkta sjukvården. Detta återspeglades i de första avtalen mellan beställare och utförare på så sätt att de i allmänhet var detaljerade och att ambitionsnivån var hög (Bergman & Dahlbäck, 1995: 63). Det visade sig senare att denna ambitionsnivå var för hög och att senare avtal mer och mer fick inslag av abonnemang.

Utvecklingen av beställarstyrning och en alltmer decentraliserad organisation ökade sålunda kraven på ekonomisystemet. Kraven från beställare och utförare var dock olika; utförarna hade i första hand önskemål att kunna bestämma kostnader och att prissätta sina tjänster, medan beställarna å andra sidan önskade kontroll, insyn och möjlighet till uppföljning av verksamheten. Ekonomisystemet behövde egentligen två sidor; en som kunde ge underlag för verksamhetsbeslut och en sida som kunde ge möjlighet till kontroll. Anell (1993) menar här att ekonomisystemet både ska ha en kontrollerande och en lärande roll. Ekonomisystemet ses här utifrån två synsätt. Dels ett lärande, där klinikansvariga ska lära och få information inför kommande beslut, och dels ett styrande och kontrollerande där landstingsledning och sjukhusledning ska få insyn i verksamheten.

I utvärderingar av beställarstyrning (Bergman & Dahlbäck, 1995; Anell & Svarvar, 1995; Leffler, 1996) framkommer att landstingen under 1990-talets första hälft lagt ner stora resurser på att utveckla sina informationssystem. Leffler menar att det är svårt att påvisa den ökade nyttan av de nya systemen, och vidare att syftet med systemen många gånger av personal inom verksamheten uppfattats som försök att öka kontrollen (258f). Möjligheterna till lärande och utveckling har därigenom förspillts. En liknande slutsats drar även (Bergman & Dahlbäck, 1995: 101) som menar att beställar-utförar modellens bidrag ligger i den ökade kunskapen om verksamheten, men utvecklingen av informationssystem har tagit stora resurser i anspråk som kan vara svåra att motivera. Leffler menar vidare att det inom landstingens organisation funnits svårigheter att behandla och utnyttja den nya informationen och systemens möjligheter. Även om landstingen haft problem så menar Anell & Svarvar (1995: 51) att ekonomistyrningen har blivit bättre och att intresset för kostnadsinformation hos basenheterna har ökat i takt med deras ekonomiska ansvar.

Om nu ledningarna för de landsting som infört beställarstyrningen fått en förbättrad insyn i sin organisation är väl det bra. Problemet var dock att systemet bara reglerade den byråkratiska marknadens inre funktionssätt och inte den totala kostnaden för produktionen. Den som producerade skulle få ersättning för det som producerades, vilket innebar att det fanns en stark drivkraft att producera sjukvård. En drivkraft som spädades på ytterligare i de fall kliniken/resultatenheten fick behålla eventuella positiva resultat för egen disposition. Samtidigt fanns det även ett yttre incitament för klinikerna att öka sin produktivitet i och med att vårdgarantin infördes. Studier har visat att de landsting som införde prestationsersättning fick en bättre produktivitetsutveckling jämfört med landsting som inte gjorde det (Jonsson, 1996), men produktivitetens ökningarna, och de ökade kostnader dessa förde med sig, gjorde att beställarledningarna tämligen omgående ändrade förutsättningarna. Klinikerna och sjukvårdsförvaltningarna fick finna sig i att få ersättning upp till vissa vårdvolymmer eller brytpunkter, varefter ersättningen avtog på marginalen eller uteblev. Vidare drev man inte kraven på prestationsersättning och konkurrens lika hårt som tidigare. Beställningarna började därmed mer och mer övergå till uppgörelser om fastställda volymer eller i form av abonnemang av vård (Bergman & Dahlbäck, 1995:64). Återgången till ett budgetliknande system och det delvisa övergivandet av marknadsidén gjorde att styrsystemet åter började centraliseras, om än på en mer avancerad nivå (Granberg, 1997:48).

Utvärderingar av förändringarna av den ekonomiska styrningen inom kommunal verksamhet och hälso- och sjukvård har visat att det i flera fall varit svårt att driva idén om marknaden till sin spets. Men strävandena att prissätta och ge ersättning för utförda prestationer har synliggjort ekonomin och det ekonomiska handlandet. Synliggörandet medför en ökad medvetenhet om ekonomin samtidigt som den gjort det möjligt att överföra sjukvårdens vardag i kvantifierade mått till administratörer och politiker (Hasselbladh, 1994:128). Att kostnadsmedvetenheten har ökat genom tydliggörandet av det ekonomiska ansvaret (både på kliniklednings- och avdelningsnivå) konstateras av flera undersökningar (se t ex Leffler, 1996:257; Larsson, 1997:97).

Synliggörandet av verksamhetens funktionssätt och konsekvenser har inte enbart skett i monetära termer, även om kostnadsjakten varit en av drivkrafterna. Kraven på ökad produktivitet har varit en annan. Svårigheten har varit att bedöma värdet av utförd sjukvård. Inom slutenvården har många administratörer och läkare ställt hoppet till DRG som ett sätt att mäta produktionen. Det fanns även de som menade att DRG skulle vara den fördelningsnyckel som skulle styra resursfördelningen inom sjukhusens slutenvårdspro-

duktion. Dessa förhoppningar kom dels på skam p g a motstånd från vårdpersonalens sida, och dels p g a den medicinska utvecklingen som medfört att öppenvården blivit allt viktigare även för traditionella slutenvårdskliniker. Kostnadsjakten i kombination med svårigheterna att mäta produktionen har gjort att landstings- och sjukhusledningar runt om i landet initierat kvalitets-satsningar.

Samtidigt ligger det också i tiden och i den allmänna samhällsutvecklingen att tjänsteproducerande organisationer ska förbättra sin service och sin kvalitet. Detta gäller såväl i Sverige som internationellt. Gaster (1991) som studerat engelska kommuner säger att decentraliseringar följts av satsningar på ökad kvalitet och kund Anpassning. Inom vården har kravet varit att kvaliteten inte ska bli sämre när mer vård produceras till lägre kostnader. Det råder inga tvivel om att den svenska sjukvården har en bra kvalitet medicinskt och tekniskt, men kritiken har riktats mot bland annat bemötande och tillgänglighet (Edgren, 1991). Vad gäller den medicinska och tekniska kvaliteten så är det i stort sett läkare och vårdpersonal som avgör och kan avgöra om kvaliteten är bra, tillfredsställande eller dålig. Inom detta område finns det också en lång tradition av att kliniskt testa och kvalitetssäkra verksamheten. Nationella jämförelser görs löpande genom Socialstyrelsens försorg. Bekymret för den administrativa ledningen i tider då sjukvården ska producera mer vård med mindre pengar, och med ett oförändrat vårdresultat, är att avgöra om vårdresultatet inte har förändrats. I slutet av 1980-talet bedrev många landsting kvalitetsprojekt för att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet. Huvuddelen av landstingen använde patientenkäter för att mäta kvaliteten, vilket Rombach (1990b:63ff) kritiserar och ser som otillförlitliga. I andra fall, som t ex Bohus läns landsting, var motivet och ambitionen med kvalitetsförbättringsprojekten att styra hela landstinget (Rombach, 1990b:181). Om vården faktiskt blir bättre eller ej får då en underordnad roll.

Den tillväxt som har skett inom sjukvården, den tekniska utvecklingen och förändringar i samhället, har gjort att den ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården förändrats under de senaste trettio åren. Även om sätten att planera, budgetera, kontrollera och styra har förändrats återstår fortfarande landstingsledningarnas problem med att ha kontroll över och möjlighet att styra kostnadsutvecklingen. Mycket av diskussionerna som förts under den tid studien har pågått har rört kostnader och den allt sämre ekonomin. Inom verksamheten, bland läkare och sköterskor, har vi märkt att man blivit mer medveten om sina kostnader, men man är också på samma sätt som tidigare starka försvarare av tidigare strukturer och fördelningsramar. Det är mot den-

na bakgrund man bör se det studerade förändringsdilemmat när vi nu övergår till att beskriva organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen i Västerbotten, Sörmland och Uppsala län.

6.4 Sammanfattning

- Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna varit utsatta för ett starkt förändringstryck, även om detta har skiftat i karaktär. Fram till mitten av 80-talet var hälso- och sjukvården en expansiv sektor, vilket sedan förändrades till ett utdraget krisläge med ständiga besparingar. De tankeströmningar som präglade det tidiga 90-talet gick ut på förbättringar av effektiviteten, valfriheten och demokratin, vilka skulle uppnås genom organisationsreformer med den fria marknaden och det effektiva storföretaget som ideal.
- Sjukvårdens expansion innebar en ökad specialisering och professionisering av landstingens organisation, och den inrymmer nu ett flertal grupper som tillhör sinsemellan olika normsystem. Expansionen förde också med sig en ökad organisatorisk komplexitet, som man sedan flera decennier försökt hantera med olika former av ekonomisk styrning.
- Införandet av marknads- och storföretagsinspirerade styrmodeller innebar att man fjärmade sig från de olika former av anslagsstyrning som tidigare tillämpats. Dessutom eftersträvade man en ökad detaljeringsgrad i styrsystemen, och den nya beställarstyrningen innebar en ”produktifiering” av vårdproduktionen där varje enskild behandling sågs som en tjänsteleverans.

7 Västerbottens Läns Landsting (VL)

7.1 *Bakgrund till styrinitiativen*

Västerbottens läns landsting (härefter förkortat VL) bedriver sin hälso- och sjukvårdsverksamhet inom ramen för tre geografiskt avgränsade förvaltningar med var sitt sjukhus och tillhörande vårdcentraler. Den ojämförligt största förvaltningen är Umeå Sjukvård, mycket beroende på att man driver Norrlands Universitetssjukhus (NUS) i den expansiva universitetsstaden Umeå. NUS är VL:s länslasarett, men är också regionsjukhus för norra Sverige och ett undervisnings- och forskningssjukhus som inrymmer Umeå Universitets medicinska och odontologiska fakulteter.

De båda andra förvaltningarna är betydligt mindre. Skellefteå Sjukvård driver förutom primärvården ett stort länsdelssjukhus i industristaden Skellefteå. För hälso- och sjukvården i inlandet svarar Södra Lapplands sjukvård med länsdelssjukhus i Lycksele och vårdcentraler/sjukstugor i inlandskommunerna. Traditionellt är således Umeå sjukvård den stora, starka förvaltningen i VL, och Skellefteå och Södra Lappland de mindre och svagare. Politiskt domineras landstinget av socialdemokraterna.

VL har, i jämförelse med många andra landsting, en relativt god ekonomisk situation, dock inte så god att genomgripande besparingsprogram kunnat undvikas. Efter några relativt goda år i början av 90-talet drabbade det vikande skatteunderlaget även VL, och sedan slutet av 1994 redovisar hälso- och sjukvårdsverksamheten stora underskott. Sedan dess har besparingspaketen avlöst varandra.

Historiken bakom de senaste årens intensiva förnyelseaktiviteter inom VL går tillbaka till 1986, då HSLO (Hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation) infördes för att hantera styrproblemen i en redan då kärv ekonomi. HSLO innebar att begreppet basenhet infördes som lägsta organisatoriska nivå i VL, och att basenheterna fick egna budgetramar och egna basenhetschefer. De befintliga sjukhusklinikerna blev basenheter, liksom även vårdcentraler, sjukhem, administrativa staber etc. Administrativt innebar HSLO således en decentralisering på tjänstemannasidan. Samtidigt tydliggjorde man att politikerna skulle sysselsätta sig med frågor på övergripande nivå, företräda patienterna och lämna verkställandet av sina beslut till sjukvårdsdirektörer och basenhetschefer.

Två år senare, 1988, konstaterade landstingsmötet i en utredning att HSLO på flera sätt inte infriat de ursprungliga förhoppningarna. Framför allt rörande kommunikationen mellan ledning och basenheter. 1990 initierade politikerna en förutsättningslös utredning om VL:s framtida organisation och styrformer, ”Rabbe 90”. I direktiven fastslogs att det inte var aktuellt med en tillbakagång till den tidigare centralstyrningen.

I den färdiga utredningen konstaterades att HSLO varit lyckad som decentraliseringsreform och att den nya ekonomiska styrningen klargjort gränserna mellan olika ansvarsområden och därmed förbättrat möjligheterna till totalkostnadskontroll. Samtidigt menade man att styrsystemet inte innehöll några incitament till produktivitetshöjningar. Man föreslog därför införandet av prestationsersättning till basenheterna, vårdtillfällesbaserad redovisning, samt DRG som ett sätt att mäta och jämföra prestationer. Den politiska styrningen skulle ytterligare reformeras genom införandet av en beställar/utförarmodell och resursfördelningen mellan sjukvårdsförvaltningarna skulle vara ”befolkningsbaserad”.

1991 anställdes en ny landstingsdirektör i VL med det uttalade uppdraget att driva ett aktivt förändringsarbete utifrån intentionerna i Rabbe 90. Han var ny inom landstingsvärlden, och i kombination med de ganska så radikala utredningsförslagen så ledde detta till att man i organisationen förväntade sig stora förändringar framöver. Genom att han fick en samordnande roll som överordnad både beställare och utförare blev hans position också mer inflytelserik än vad den hade varit för hans företrädare.

I den nya tjänstemannaledningen var den allmänna meningen att VL var en splittrad organisation med svagt ledarskap:

”Det intryck jag fick var att detta var en organisation som trampade vatten i vissa stycken, där det var oklart med målsättningarna, oklart med ansvaret och rollfördelningen. Det var oklart på vilka krav och förväntningar man hade på sig och det var också oklart på vilken handlingsfrihet man egentligen hade på basenhetsnivån. Och sammanhållningen av organisationen var utomordentligt svag. Varje förvaltning levde sitt eget liv. Och varje basenhet i stort sett sitt.” (tjänsteman i landstingsledningen, 92)

Från och med ingången av 1993 övergick direktionerna (de gamla politiska styrelserna för de tre sjukvårdsdistrikten) till att vara hälso- och sjukvårdsnämnder, dvs befolkningens företrädare och upphandlare av sjukvård. Till sitt förfogande fick hälso- och sjukvårdsnämnderna en befolkningsbaserad budget (till skillnad mot tidigare, då förvaltningarnas äskanden utgjorde grunden för fördelningen). Denna budget skulle användas för att ersätta de tre sjukvårds-

förvaltningarna för utförda prestationer, vilket antogs öka kostnadsmedvetenheten och stimulera till produktivitetsökningar. Prestationsersättningar skulle inledningsvis ges till sjukvårdsförvaltningarna som helhet, varefter ett system med ersättning till enskilda basenheter skulle införas stegvis fram till 1994. De ekonomiska kraven på verksamheten formulerades i landstingsplanen 92-94 att man under perioden 1992-94 skulle förbättra produktiviteten med 10%, varav kostnadsminskningar skulle stå för 5% och produktionshöjningar för 5%. Argumentet för produktionshöjningarna var inte minst den nationella debatt som fördes rörande vårddköerna i hälso- och sjukvården:

”Anslagsekonomi är ju oerhört effektiv när det gäller att hålla kostnaderna i schack. Det vet vi. Men vi vet också hur man har gjort det. När pengarna har börjat sina har man stängt dörren till kliniken och sedan har kön dragit iväg. [...] Jag accepterar inte det beteendet! Jag är hellre beredd att ta risken i det här systemet, ett risktagande när det gäller totalkostnadskontrollen som ni förstår. En sån här apparat kan producera hur mycket som helst. Vi har ingen aning om vad vi har för krafter om man ger ekonomiska incitament. Vi håller en tiger i svansen. Med det här systemet får man ta en viss risk och den risken tar jag med totalkostnadskontrollen.” (tjänsteman i landstingsledningen, 92)

Under 1992, det första implementeringsåret, skedde en mängd aktiviteter på de olika områden som pekats ut i planerna och besluten. Direktionerna utvecklade arbetsformerna för de kommande ”beställarnämnderna”, och genomförde även de första beställningarna inför 1993 (vilka dock inskränkte sig till att beställa den befintliga produktionen från 1992). Förvaltningscheferna avkrävdes tertialrapporter, där respektive förvaltningschef skulle redovisa och följa upp ekonomi, verksamhet, produktion, samt organisations- och utvecklingsfrågor inom sin förvaltning. LOTS (LOGiskt TillvägagångsSätt) infördes som ett standardinstrument för verksamhetsplanering på samtliga nivåer inom VL, och samtliga chefer genomgick LOTS-utbildningar. Relaterat till detta framhöll man från centralt håll ledarskapet som avgörande. Det fastställdes en ledarskapspolicy och arrangerade utbildningstillfällen. Landstingsdirektören var mån om att inte falla för frestelsen att presentera en övergripande ”Västerbottensmodell”, men man formulerade i mars 1992 förkortningen EPK (Effektivitet, Produktivitet, Kvalitet) som en beskrivning av den ekonomiska styrstrategin. Vid samma tid sammanställdes också en aktivitetsplan för förändringsarbetet.

De tre förvaltningarna agerade delvis på olika sätt i detta arbete. Umeå Sjukvård fick i början av 1992 en ny sjukvårdsdirektör med lång erfarenhet från näringslivet, och han tog framför allt fasta på den ekonomiska styrning-

logi. Kvalitet i alla moment sågs som vägen till ekonomisk balans, och man arbetade processuellt och relativt lågmält med denna fråga.

Under 1994 utvärderades EPK-satsningen på flera sätt, bl a i landstingsplanen för 1995-97. Från landstingscentralt håll konstaterade man att EPK lett till att produktiviteten och kostnadsmedvetenheten förbättrats. Man pekade också på flera aspekter av den ekonomiska styrningen där synen förändrats sedan 1992. Ett exempel på detta var prestationsersättningarna, som från att ha varit en central del i förändringsarbetet nu reducerats till en av flera möjliga fördelningsgrunder i sjukvårdsdirektörernas styrning. Ett annat exempel var synen på kvalitet (K), där man nu förde fram kvalitetssäkring som en förutsättning för allt förändringsarbete snarare än som en aspekt bland andra. Ett tredje exempel var att det allt tydligare fastslogs att de tre sjukvårdsförvaltningarna skulle ses som en enhetlig, samverkande produktionsenhet som stod till beställarnas förfogande, och inte som tre självständiga ”dotterbolag” inom VL. Dessa förändringar innebar dock inte att den huvudsakliga färdriktningen ändrades annat än marginellt.

I början av 1994 avhölls ett antal ledningsseminarier rörande kvalitetsaspekten på VL:s verksamhet. I april fastställdes en kvalitetspolicy. I denna fastslogs bl a att ”total kvalitet” framöver skulle känneteckna verksamheten och att det behövdes ett gemensamt synsätt på kvalitet i organisationen. Utifrån kvalitetspolicyen startades ett omfattande utbildningsprojekt, där samtliga anställda inom VL fick genomgå en grundutbildning i kvalitetsarbete. Utbildningsatsningen genomfördes med hjälp av externa konsulter och drygt 400 av VL:s anställda, och slutfördes i mitten av 1996. Efter genomgången utbildning var avsikten att de anställda med hjälp av sina nya insikter skulle kunna identifiera kvalitetsproblem och åtgärda dem i projektform. Basenhetscheferna blev skyldiga att i sin verksamhetsplanering beskriva kvalitetsarbetets omfattning och framåtskridande. Man diskuterade utifrån erfarenheterna från Skellefteå Sjukvård olika systematiska mät- och uppföljningssystem.

Parallellt med kvalitetssatsningen blev VL:s ekonomiska situation snabbt allt kärvare. Den djupa lågkonjunkturen 1991-94 innebar dels att statens möjligheter att ge landstingen bidrag försämrades, och dels att skattebasen för utdebitering av landstingsskatt minskade. I den relativt optimistiska årsredovisningen för 1994 konstaterade landstingsledningen att produktiviteten ökat med nästan 15% (det ursprungliga målet var 10%). Denna ökning hade dock till största delen skett genom en ökad produktionsvolym och inte genom sänkta kostnader. Mot slutet av året hade sjukvården börjat uppvisa allt större budgetöverskridanden och i mitten av 1995 konstaterade landstingsledningen att

nya, omfattande besparingsprogram behövde genomföras. För första gången kunde man tänka sig att lägga ned produktionsenheter och försvåra för patienter med lättare åkommor att få sjukvård. Produktivitets- och effektivitetsuppföljningen blev därmed underordnad totalkostnadskontrollen, och några nya produktivitetsmål formulerades inte inför 1995. I slutet av 1996 ansåg landstingsdirektören att sjukvårdsförvaltningarna ”tagit kontroll över ekonomin”, och att det återstående besparingsarbetet nu kunde bedrivas på ett långsiktigt och disciplinerat sätt.

Man blev också allt tydligare i frågan om samverkan mellan de tre sjukvårdsdistrikten; bl a så tecknade landstingsdirektören själv ett gemensamt avtal för dessa med hälso- och sjukvårdsnämnderna inför 1996. Andra exempel på samverkansåtgärder var införande av medicinska länsledningsgrupper. På ekonomisidan genomfördes 1995 en harmonisering som innebar ett nytt gemensamt ekonomisystem med gemensam kontoplan och gemensamma fördelningsnycklar i uppföljningen.

7.2 *Styrinitiativ 1: Prestationsersättning av basenheter*

Som nämnts ovan var införandet av prestationsersättningar till de vårdande klinikerna en av de centrala delarna i Rabbe 90-utredningens förslag till framtida styrsystem inom VL. Detta var framför allt en konsekvens av den föreslagna beställar/utförar-modellen. Visionen var att politikerna i en framtid via hälso- och sjukvårdsnämnderna skulle kunna beställa vård för befolkningens räkning och sedan utvärdera och betala för vårdproducenternas utförda arbete. Införandet av prestationsersättningar kom i ett tidigt skede att kopplas samman med införandet av DRG (Diagnostic Related Groups). Det var det mest avancerade systemet för prestationsmätning av somatisk slutenvård som då fanns tillgängligt.

Med ”prestationsersättning” avses helt enkelt att den producerande enheten får intäkter för sin produktion först när varan eller tjänsten producerats/utförts. Utan rätt produktion, inga intäkter. Begreppet ställs ofta i kontrast till olika former av budgetstyrda fördelningssystem, där de producerande enheterna redan på förhand är garanterade en viss intäktsvolym oavsett vad som händer. Förutom att prestationsersättningarna skall erbjuda incitament till produktivitetsförbättringar hos de producerande enheterna (dvs ökad produktionsvolym och minskade kostnader), skall de också göra ersättningarnas ”avsändare” mer medvetna om vad de egentligen betalar för och vad det egentligen kostar.

För att principen om ersättning per prestation över huvud taget skall kunna realiserats krävs det att de utförda vårdprestationerna på något sätt kan översättas till och mätas i pengar. Här är allt ifrån enkla självkostnads kalkyler baserade på antal läkarbesök eller vård dygn till sofistikerade, diagnosrelaterade system möjliga. Fördelen med de senare är att de relaterar resursåtgången till enskilda vårdepisoder och diagnoser. Inte på genomsnittskostnader per klinik oavsett behandlingens innehåll. Inom VL var man medveten om detta och menade dessutom att prestationerna borde vara standardiserade för att olika enheter skulle kunna jämföras. Den allmänna åsikten inom VL var att NUS låg i den nationella frontlinjen i användningen av DRG och att systemet således kunde byggas på de data som redan samlades in. Det var en bidragande orsak till att man föreslog detta system även framgent:

”Vid [Norrlands Universitetssjukhus] har man kommit långt när det gäller utvecklandet av kostnadsredovisningen mot att kunna redovisa vad vårdtillfället och vårdenheternas prestationer kostar. Till detta nyttjas även DRG [...] för att hitta hanterliga prestationer. Motsvarande utveckling är även på gång vid lasaretten i Skellefteå och Lycksele.” (VL, 1991: II:12)

Den faktiska utvecklingen att använda DRG och prestationsersättning var dock mycket långsammare vid lasaretten i Skellefteå och Lycksele, vilket också Lindbergh och Sandström (1993) konstaterar i sin utvärdering av landstingets ekonomistyrning. Förvaltningsledningarna hänvisade här till att sjukhusen var för små för att delas upp på ekonomiskt autonoma basenheter. Vid NUS å andra sidan drev sjukhusledningen frågan om prestationsersättning, men med argumentet att det var för att förbättra den interna styrningen snarare än att underlätta beställarstyrningen.

I april 1992 presenterade landstingsdirektören samt sjukvårdsdirektörerna och chefläkarna i de tre distrikten ett gemensamt policydokument om prestationsersättningar (VL, 1992). I dokumentet, som författades av landstingsledningens controller, hänvisade man till de fattade politiska besluten och tillsatte en arbetsgrupp bestående av controllern och distriktens ekonomichefer för att i detalj utforma systemen. Man angav en rad syften med att införa prestationsersättningar:

- ”- göra tydligt att kliniken/vårdcentralen ersätts för vad de uträttar och inte för hur många anställda (eller andra resurser) de har
- skapa ett styrsystem som ger kliniker och vårdcentraler anledning att snabbt anpassa sina tjänster efter patienternas och befolkningens behov
- ge patienterna möjlighet att tydligt och snabbt ge signal om huruvida de upplever att de erbjuds rätt vårdinsatser till rätt kvalitet

- stimulera samverkan mellan olika enheter inom hela sjukvården
- stimulera till och möjliggöra jämförelser mellan vårdgivare i länet och landet i övrigt
- främja högre produktivitet och effektivitet, genom att använda den starka stimulansen ett rätt utformat ekonomiskt styrsystem innebär
- stimulera utvecklingen och användningen av ett uppföljningssystem inom sjukvården där verksamhet och ekonomi kopplas samman”

I dokumentet fastslogs också vilka system för prestationsmätning man tänkte sig:

”För opererande verksamheter kommer DRG-tekniken eller liknande system att utvecklas och tillämpas. DRG står för diagnosrelaterade grupper och innebär att diagnoser och åtgärder (vårdtillfällen) sammanförs i cirka 500 s k diagnosgrupper. [...] Genom att diagnosgrupperna skall vara medicinskt relevanta kan de fungera som ett beskrivningsspråk över vad som görs i sjukvården. Genom kravet på likartade resursanspråk kan DRG-tekniken utvecklas till att användas för prestationsersättning. För andra delar av lasarettssjukvården än de opererande är DRG-tekniken användbar i större eller mindre utsträckning.”

Under 1992 genomfördes ett försök där tre vårdande basenheter (plus fem stödjande) fick en fullständig intäktssida genom användandet av AP-DRG (All Patients DRG). En utökad variant av DRG som är anpassad till alla patienter inom slutenvården. Försöksklinikerna blev därmed kallade resultatenheter, även om man formellt hade en budgetram man skulle hålla sig inom. Ledningen för Umeå Sjukvård hade för avsikt att utsträcka systemet till hela NUS från och med ingången av 1993 och använda sig av prestationsersättningar fullt ut från och med 1994. Den nya förvaltningsledningen motiverade primärt reformen med att basenhetscheferna behövde ett betydligt mer rättvisande och detaljerat ekonomiskt underlag i styrningen av sina kliniker:

”Basenheterna, klinikerna, har hittills haft ett anslag. Man säger ’här pojkar och flickor, här får ni 110 miljoner spänn’, och så vänder man sig bort och sätter för ögonen och säger att ’gode Gud, hoppas dom använder det här optimalt’. Men det finns ingen uppföljning. I februari [1992] fanns det i uppföljningsrapporterna en kolumn om hur mycket man hade bommat med, dvs diffat mot periodiserad budget. Det stod inte ens hur mycket man gjort av med eller vad den periodiserade budgeten var. [...] Att vården över huvud fungerar idag beror till 100% på personalens professionalism och hängivenhet. Det finns inget i styrsystemet som bidrar till att få det att fungera.” (tjänsteman vid NUS sjukvårdsledning, 92)

På klinikinivå var man under 1992 inte helt på det klara med vad prestationsersättningar och resultatenheter egentligen innebar i praktiken. Det fanns t ex basenhetschefer som menade att prestationsersättningar också hade med personalens lönesättning att göra, och flera av dem hoppades på att själva få

disponera eventuella överskott från verksamheten till framtidsinvesteringar. Basenhetschefernas problem återspeglas också av Lindbergh och Sandström (1993), som i sin rapport skriver:

”Flera personer menar att i samband med införandet av resultatenheter gavs det en illusion att varje basenhet var att likställa med ett aktiebolag. Denna illusion har nu [1993] bleknat...”(1993:11)

Då beställningen från hälso- och sjukvårdsnämnderna inför 1993 i praktiken förutsåg oförändrad verksamhet jämfört med 1992, syntes inga politiska styr-signalerna till klinikerna i systemet. Den enskilda kliniken fick schablonintäkter för årets produktion baserade på volymprognoser för olika diagnoser och AP-DRG-priser för behandlingen av dessa. I den mån kliniken behövde anlita servicefunktioner som röntgen eller intensivvård för behandlingen ”köpte” man dessa tjänster genom interndebitering. En del basenhetschefer såg förhållandet mellan köpande och säljande kliniker som ett slags internt marknadsspel där det gällde att syna priser för olika tjänster och se till att i förhandlingar få så bra villkor som möjligt. Tidigare hade dessa tjänster varit gratis och serviceenheterna hade fått budgetanslag direkt från sjukvårdsledningen.

Vid de tre basenheter där man genomförde ett försöksprojekt med en fullständig intäktssida såg man det som att ansvaret men också självbestämmandet ökat. De arbetade under 1992 intensivt tillsammans med sjukhusets ekonomiavdelning för att kostnadsberäkna olika ingrepp och finna produktions- och produktivitetmått. Vid de opererande basenheterna låg man redan långt framme vad gällde kostnadsberäkningar av olika ingrepp, och hade en hel del egen kunskap att tillföra i kalkylarbetet. Gemensamt för de tre basenhetsledningarna var att de alla såg ett incitament till bättre verksamhetsplanering i och med att de nu skulle få standardiserade ersättningar för sin produktion. Om planeringen var dålig skulle alla merkostnader synas direkt på klinikkens resultat. Detsamma gällde ”onödiga” köp av t ex röntgen eller blodprov från serviceenheterna.

Vid årsskiftet 1992/93 var det så meningen att samtliga kliniker vid NUS skulle vara intäktsfinansierade och att AP-DRG skulle fungera som fördelningssystem vad gällde all sjukvårdsproduktion som rymdes inom diagnosgrupperna. Detta avblåstes med några dagars varsel, då interna kalkyler visat att det nya fördelningssystemet skulle leda till alltför stora omfördelningar mellan basenheterna. Detta i en totalbudget som landade på minusresultat. AP-DRG bygger på ett mycket omfattande statistiskt material över resursåtgång vid olika diagnoser, och skillnaderna i resursåtgång mellan NUS-

klirikerna i förhållande till AP-DRG-normerna var stora. Vissa kliniker skulle vid en fullständig övergång till intäktsfinansiering således göra stora positiva resultat, medan andra skulle göra förluster av motsvarande storlek. Detta innebar att sjukvårdsledningen valde att även under 1993 arbeta med kostnadsramar för klinikerna samtidigt som man också gjorde en utförlig resultatrapportering med kostnader och intäkter specificerade. Man tonade också ned betydelsen av klinikens ekonomiska resultat som utvärderingsparameter, och anordnade ekonomiska seminarier för att förklara att Umeå Sjukvård som helhet måste uppnå ett nollresultat och att alla kliniker därmed vare sig kunde eller borde redovisa vinst. De kliniker som gjorde vinst fick acceptera att denna ställdes till sjukvårdsledningens förfogande på samma sätt som gäller för dotterbolag i koncerner. Man pekade här bl a på utvecklingen i Stockholms läns landsting, där det renodlade införandet av intäktsfinansiering och resultatenheter skapat stora problem.

Vid övriga basenheter såg man från början positivt på grundtankarna om prestationsersättning, men frågade sig hur man skulle göra med de stora delar av vårdproduktionen som inte lät sig beskrivas med APDRG. Det söktes därför efter andra prestationsmått, vilka ofta var specifika för just den specialitet basenheten representerade. Detta sökande avstannade i stor utsträckning när det blev klart att kostnadssidan var den parameter som skulle följas upp framöver.

Vid en av de enheter som gjorde stora vinster beklagade basenhetsledningen att utvecklingen stannat upp:

”Vi hade då varit en av tre kliniker som ingick i den här resultatenhetsprövningen, och nu ingår alla kliniker i ett system där man har gått tillbaka till en resultatbudget. Man har då parallellt ett system med uppföljning baserat på resultat. Så vi är tillbaka lite grand i det vi förut har varit. Så det har vi inte upplevt som ett framsteg, utan ett baksteg, helt enkelt. [...] Jag tror att [besparings]processen underlättas av att vi ser fram emot att få en viss ersättning för ett visst typ av arbete, och det gäller för oss att göra det bra och rationellt. Det finns på ett annat sätt incitament för att kunna nå rationaliseringsvinster.” (basenhetschef)

Sjukvårdsledningen i Umeå menade dock att man fortfarande trodde på intäktsfinansiering, men man ville inte släppa loss de krafter som ett sådant renodlat system hade. Inte minst gällde detta kostnadsutvecklingen. Liksom VL i stort uppvisade Umeå Sjukvård stora produktionsökningar men endast marginella kostnadsminskningar. Prestationsersättningarnas baksida, dvs att de uppmuntrar de producerande enheterna till volymökningar, behövde korrigeras med en kostnadsram. I praktiken fick därför klinikerna ett system där delar

av produktionen prestationsersattes utifrån AP-DRG upp till fastställda takvolymmer. Andra delar täcktes av på förhand bestämda kostnadsramar. De kliniker som redovisade vinst betraktades som lite extra duktiga och hade också bättre förhandlingspositioner inför kommande år. I övrigt tonades, som sagt, resultatbegreppet ned.

I Skellefteå och Södra Lappland bibehöll man inställningen att deras sjukhus var alltför små för att prestationsersättas på basenhetsnivå. Det främsta skälet till detta var att basenheterna var alltför ömsesidigt beroende av varandra i det dagliga vårdarbetet för att kunna ses som isolerade enheter. Interna transaktioner skulle således bli svåra att hantera. Man såg dock behovet av att avlägsna sig från anslagstänkandet och dess avigsidor, vilket tog sig uttryck i att serviceenheter som kök och städ blev intäktsfinansierade. I övrigt såg man det som både svårt och poänglöst att lägga ned administrativa resurser på att konstruera intäktssidor för basenheterna. Däremot kom man med tiden att uppskatta att Umeå kunde precisera priserna för läns- och regionvården på ett bättre sätt än tidigare. Man fick då ett bättre underlag för att bedöma vilken vård som skulle köpas från Umeå, och vilken som skulle utföras inom det egna sjukhuset.

Konsekvenserna på basenhetsnivå i Umeå av det nya systemet blev dels en ökad medvetenhet om basenheternas intäkts- och kostnadsvolymer, dels en förbättrad insikt om att basenheterna inte var fristående organisationer, och slutligen en produktivitetsoökning som dock framför allt berodde på ökad produktion. Den fortsatta utvecklingen av styrsystemet under 1993 och 1994 skedde framför allt på den administrativa sidan. Man förfinade uppföljningen till basenheterna vad gällde sammansättningen av deras intäkts- och kostnadsmassor. Utöver kostnaderna för administrativ och medicinsk service fick man också börja betala för lokaler samt kapitalkostnader vid investeringar. Intäkterna vid läkarbesök samt lönekostnaderna för läkarna specificerades. Basenhetscheferna erhöll månatlig rapportering om detta i form av ett slags resultaträkning där kostnader och intäkter specificerades och jämförelser med tidigare månader och år var möjliga. På sammanställningen redovisades nere i ett hörn också ”diff mot skugggram”, dvs skillnaden mellan de ackumulerade kostnaderna under året och kostnadsramen för motsvarande period.

Trots att intäkter, kostnader och resultat var de dominerande begreppen i den ekonomiska uppföljningen av basenheterna, blev det ändå med tiden så att kostnadsramen blev det primära styrmedlet. Från att för 1992 och 1993 ha redovisat relativt marginella underskott (omkring 1% av omsättningen) fick Umeå Sjukvård 1994 ett underskott motsvarande ca 4%. Ledningen för Umeå

Sjukvård hävdade att underskottet hade sin grund i en felaktig resursfördelning mellan de tre sjukvårdsdistrikten och pekade dessutom på att alla stora sjukhus i Sverige hade ekonomiska problem p g a minskande skatteintäkter och ökande efterfrågan på specialistvård. I en debattartikel i Dagens Medicin (950207) beskrev sjukvårdsdirektören dilemmat som att politikerna på grund av lokalpatriotiska överväganden inte kanaliserade resurserna till de produktionsenheter som producerade billigast, och att de incitament till höjd produktivitet intäktsfinansieringen innebar därmed inte utnyttjades. Kort därefter (februari 1995) avgick sjukvårdsdirektören under viss massmedial uppståndelse, och fick samtidigt kritik av landstingsrevisionen för bristande ekonomisk uppföljning.

	Politisk ledning	Landstingsledning	Förv. Ledning NUS	Förv, ledning SS & SLS	Basenhetsch. "DRG-basenheter"	Övriga basenhetschefer
Rabbe 90	Förstärkt målstyrning och förbättrade ekonomiska styrsystem behövs.					
1991: Ny landstingsdirektör	Ny direktör skall driva förändringsarbete utifrån Rabbe 90.	Styrsystemen och sammanhållningen måste förstärkas.				
1991: Landstingsplan 92-94	Produktivitetshöjningar och beställarstyrning.	Produktivitetshöjning, målstyrning och förbättrat ledarskap. Beställarstyrningen kräver detta.	De interna styrsystemen måste förbättras, bort från anslagsbudgetering. NUS har viss erfarenhet som går att använda.			
1992: Policydokument prest. Ers.		Beställarstyrning och produktivitetshöjningar kräver prestationsersättningar	Produktivitetshöjningar kräver prestationsersättningar baserade på APDRG. Försök med resultatenheter under 92, hela sjukhuset från 93.	Vi avvaktar med prestationsersättningar till basenheter. Hela förvaltningen prestationsersätts, anslag till basenheter.	Mer självstyre och ansvar än på budgettiden. Vi kan själva påverka vår situation och behålla resultatet av våra ansträngningar.	Bra ambitioner som kan underlätta styrningen, men är verkligen DRG rätt mått för vår verksamhet? Vi söker andra, liknande mått.
Årsskiftet 92/93, NUS		Ambitionerna om prestationsersättning kvarstår, men det finns svårigheter.	Det blir inga resultatenheter på sjukhuset pga dålig ekonomi och alltför stora interna omfördelningar. Kostnadsram införs som komplement till prestationsersättningen.		Viss besvikelse, känns som ett steg tillbaka. Vi tror fortfarande på idén, men kostnaderna verkar viktigare.	Sökandet efter nya grunder för prestationsersättning avstannar nu. Kostnaderna viktigast, traditionella prestationsmått lever vidare.
1995: Ch NUS avgår	Vi måste sätta kostnadsbudgeten före ökad produktivitet. Åtgärder behövs vid NUS.	Prestationsersättningen var bara avsedd att ge förbättrad uppföljning för produktivitetshöjningar, och det fungerade. Men vi prioriterar nu besparingsarbete på NUS.	Sjukhuset är till stora delar prestationsersatt, men Umeå får för lite pengar från landstinget. Kostnaderna är därför viktigare än produktionsvolymen.	Utvecklingen vid NUS har varit lärorik, prissättningen inom landstinget väl grundad nu, vilket gynnar oss.	Kostnadsbudgeten det centrala, APDRG-systemet lever vidare.	Kostnadsbudgeten det centrala nu.

Tabell 7.1: *Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet prestationsersättning vid olika tidpunkter i processen.*

Landstingsdirektören gick in som ny ordförande i Umeå Sjukvårds ledningsgrupp under resten av 1995. Den tidigare controller vid landstingsledningen som från början formulerat tankarna kring prestationsersättning gick in i förvaltningsledningen som ekonomichef. Underskottet för Umeå Sjukvård växte

ytterligare under 1995 och den nye ekonomichefens stående budskap blev ”håll budgeten!” Under 1996 lindrades problemen genom att landstingsskatten höjdes och Umeå Sjukvård fick kompensation för att man ensam belastades med kostnaden för VL:s patienthotell. Landstingsledningen, som menade att Umeå Sjukvård trots allt nu hade ett betydligt bättre grepp om ekonomin än tidigare, kommenterade i slutet av 1995 erfarenheterna på följande sätt:

”Så jag tycker att införandet av DRG-systemen har liksom gett väldigt goda förutsättningar för att kunna följa upp vad som görs i verksamheten. Däremot så utgör dom i ganska ringa utsträckning den del av den ekonomiska styrningen, vilket ju inte heller var avsikten, det var ju framför allt för att kunna få en uppföljning av produktion och därmed produktiviteten.” (tjänsteman i landstingsledningen, 95)

De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring prestationsersättningen sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 7.1.

7.3 Styrintiativ 2: Tillsammans skapar vi kvalitet

Som nämnts ovan kom kvalitet att bli ett nyckelord i den förnyelsesatsning som den nye landstingsdirektören initierade i början av 1992. Framför allt på grund av förkortningen EPK (Effektivitet, Produktivitet, Kvalitet). Kvalitetsbegreppet är relativt sällsynt i såväl direktiven till Rabbe 90 som i själva utredningstexten, men genom EPK-satsningen kom begreppet ändå upp på dagordningen. Landstingsledningen beskrev 1992 sin syn på kvalitetsarbete på följande sätt:

”EPK [...] det är ju inget lösryckt från resten utan det innehåller en självprocess, att uppfylla vissa mål, att göra det med ett minimum av resursinsats, och att göra det med bibehållen kvalitet. En process där man inte kan skicka bort någon del av det hela. Kvalitetssäkring för mig är att alla verksamheter som blir granskade, att dom också kan bekräfta att man inte höjt produktiviteten på bekostnad av kvaliteten. [...] Mitt perspektiv på kvalitet är totalkvalitet, som handlar om både kundkvalitet och den medicinska kvaliteten och kvalitetsens utveckling i det här förändringsperspektivet. Det är den jag kommer att följa.” (tjänsteman i landstingsledningen, 92)

Under 1992 fokuserades EPK-arbetet på Effektivitet och Produktivitet. Kännetecknet om satsningen var ringa ute på basenheterna:

”Det är klart att man försöker från landstinget. Man började med något som heter EPK i våras. Det står ju för effektivitet, produktivitet och kvalitet. Dom har hållit

sammandragningar och berättat om det här, och vi skall bli tio procent produktivare till och med -94. Det tyckte man väl först inte lät så farligt. Det är väl bara att jobba hårdare. [...] Det är ju för att vi inte skall stanna av och att det skall bli köer och sånt där. Kvaliteten ska ju inte bli sämre utan snarare tvärtom.” (basenhetschef, 92)

Den landstingscentrala problembeskrivningen dominerades genom EPK-begreppet sålunda av en ganska ”ekonomistisk” syn på hälso- och sjukvård. Måluppfyllelse och resursinsatser låg till grund för utvecklingen av styrsystemen. Kvalitetsresonemangen återfanns under 1992 främst i Södra Lapplands Sjukvård, där den nya sjukvårdsdirektören utifrån vårdideologiska argument menade att kvalitet inte bara var läkarnas bedömning av det medicinska resultatet utan också patienternas upplevelse av hela vårdepisoden (omvårdnads-kvalitet). I Skellefteå skedde inget övergripande eller intensivt arbete kring kvalitet. I Umeå inriktades arbetet på att utveckla former för hur den medicinska kvaliteten i vården skulle kunna upprätthållas och förbättras.

Utvecklingen i Södra Lappland innebar bl a att all personal under 1993 fick genomgå en tvådagarsutbildning i kvalitetsarbete under ledning av externa konsulter från ett lokalt utbildningsföretag. Man fokuserade framför allt på tillvägagångssättet i att identifiera kvalitetsproblem, analysera dem, finna lösningar och genomföra dessa. Detta arbete hade sin tyngdpunkt på omvårdnads-kvaliteten, något som även VL centralt tog till sig genom att tillsätta en projektansvarig med uppgift att ta fram en omvårdnadspolicy. Denna formulerades under 1993 av en arbetsgrupp där representanter från sjukvårdsdistrikten, Hälsohögskolan samt Institutionen för Omvårdnadsforskning vid Umeå Universitet ingick. Till gruppen knöts referensgrupper på basenheter och i patientföreningar, och den första skrivningen gick ut på en omfattande remiss till samtliga arbetsplatser och blev också föremål för särskilda konferenser i Umeå, Lycksele och Skellefteå. Nu hade också Skellefteå påbörjat en egen kvalitetssatsning där man i samarbete med Universitetssjukhuset i Linköping börjat arbeta efter USK:s (Utmärkelsen Svensk Kvalitet) metod.

I Skellefteå Sjukvård hade man redan 1992 en kvalitetskommitté, som dock förde en tynande tillvaro. Under hösten utsågs en kvalitetsansvarig, och man började diskutera möjligheterna att systematiskt arbeta med TQM. Inspirerade av bl a SPRI:s rapporter diskuterade gruppen olika metoder och system för kvalitetssäkring. I mars 1993 beslutade man att försöka använda SIQ:s (Institutet för kvalitetsutveckling) systematik för verksamhetsbeskrivning och bedömning på basenheterna. Systematiken man använder är den som ligger till grund för USK (Utmärkelsen Svensk Kvalitet). I augusti avhölls ett påkostat seminarium med flera av centralgestalterna inom svenskt kvalitetskunnande

som föredragshållare, vilket man använde som språngbräda för en omfattande utbildningsinsats. De som utbildades var basenhetsledningarna och särskilt utsedda kvalitetsgranskare vid varje basenhet. I oktober gavs kursen för de fem första basenheterna och sedan följde under vintern och våren 1993/94 ytterligare tre utbildningsomgångar för de resterande basenheterna.

Terminologin och strukturen i SIQ-systematiken utgår ifrån industrins behov och förutsättningar, och det visade sig inte helt lätt för de nyutbildade att ute på sina basenheter genomföra kvalitetsgranskningen. Manualen består av en mängd frågor uppdelade på sju kvalitetsområden (ledarskap, analys, planering, medarbetare, processer, resultatmätning och kundtillfredsställelse), och utifrån svaren på dessa frågor kan enhetens verksamhet poängsättas i tre dimensioner (angreppssättets systematik, omfattningen av dess tillämpning samt dess resultat). Systematiken ansågs intressant, inte minst för att huvuddelen av det möjliga poängutrymmet hänför sig till enhetens relationer mot kunderna. Utifrån erfarenheterna från de fem första basenheterna insåg man att hela personalen vid enheterna behövde någon form av introduktion för att kunna förstå och genomföra de metoder och teorier som basenhetsledningarna och kvalitetsgranskarna nu behärskade. Vid samma tid genomfördes vid Linköpings Universitetssjukhus en liknande breddutbildning ("Kvalitet till er tjänst"), och efter kontakter med Linköping kunde några av basenheterna ta del av denna. Strax därefter, hösten 1994, blev det dock klart att den landstingscentrala satsningen "Tillsammans skapar vi kvalitet" skulle genomföras. De basenheter som redan hunnit gå den lokala utbildningen fortsatte sin process med att gå igenom organisationen utifrån SIQ. Övriga stannade upp i väntan på den landstingsövergripande utbildningen. De kvalitetsansvariga i förvaltningen jämförde de båda utbildningspaketen och man insåg att VL:s övergripande satsning nog trots allt skulle kunna kompletteras med SIQ-systematiken. Under hösten 1995 startade man om på nytt, denna gång med VL:s centrala kvalitetsatsning.

Mot slutet av 1993 hade landstingsledningen kommit fram till att det något ensidiga betonandet av effektivitet och produktivitet (bl a torgfört i en massutskickad broschyr under våren) behövde kompletteras med en tydligare satsning på K:et i EPK. Man menade att medvetandet om effektivitets- och produktivetsfrågorna ökat väsentligt under de två gångna åren, och i årsredovisningen för 1993 menade landstingsstyrelsens ordförande att det nu var dags för kvalitetsfrågorna att lyftas fram på samma sätt:

"Kvalitet blir det begrepp som kommer att genomsyra landstingets verksamhet under kommande år. Inte så att kvalitet saknats tidigare, men nu lyfts begreppet fram som

det kanske mest bärande fundamentet för en fortsatt god hälso- och sjukvård i Västerbotten. Med kvalitet uppnås även effektivitet och produktivitet. Genom en omfattande satsning på utbildning i omvårdnad till samtliga sjukvårdspersonal läggs grunden till det som kännetecknat svensk hälso- och sjukvård.” (VL, 1994a:2)

I slutet av januari 1994 anordnades ett seminarium för ledningspersoner inom VL där landstingsledningen, sjukvårdsledningarna och ledningen för tandvårdsförvaltningen deltog. Temat för seminariet var att diskutera huruvida ”total kvalitet” (en försvenskning av TQM, Total Quality Management) borde bli föremål för en generell och likformig satsning över hela landstinget. Den allmänna meningen var att så borde ske, vilket också bekräftades på två efterföljande seminarier med de politiskt och fackligt förtroendevalda. Man beslutade att ta fram en kvalitetspolicy och en omvårdnadspolicy. Den senare policyn skulle stärka förhållandet att kvalitet inte enbart gällde de objektivt mätbara utan att humanistiska aspekter skulle lyftas fram. Det gällde personalens förhållningssätt till patienten, till annan personal och till anhöriga (VL; 1994c). De två policydokumenten togs fram på olika sätt. Omvårdnadspolicyn formulerades av en person med bakgrund inom omvårdnaden, senare ansvarig för den länsövergripande satsningen på kvalitet. Utformningen av kvalitetspolicyn däremot gjordes på landstingsledningsnivå, och föreskrev att total kvalitet skulle känneteckna all verksamhet och att denna skulle mätas och följas upp. Kvalitet definierade man som ”överensstämmelse mellan patienters, anhörigas och tillsynsorganens krav och förväntningar och den vård och omsorg som hälso- och sjukvården och tandvården ger.” (VL, 1994b:1)

Kvalitets- och omvårdnadspolicierna fastställdes i april 1994 av landstingsfullmäktige. Samtidigheten kom sig av att man ville förtydliga den ganska så kortfattade kvalitetspolicyn med det förhållningssätt som kom till uttryck i både omvårdnadspolicyn och i den bok som författats i samband med arbetet med denna (Norberg, Engström & Nilsson, 1994). Även om de båda skrivningarna är mycket olika till sin natur, har de ändå det gemensamt att de ser på total kvalitet och omvårdnad som ett förhållningssätt i all verksamhet, för all personal i alla professioner och arbetsuppgifter. Kvalitetspolicyn angav också att detta krävde ett omfattande kvalitetsarbete i alla led och på alla nivåer.

Flera av omvårdnadsprojektets aktiviteter hade varit av utbildande natur. Kvalitetspolicyns höga ambitionsnivå att involvera hela organisationen i kvalitetsarbetet ansågs av många kräva en omfattande utbildningssatsning. Enligt TQM-synsättet måste de anställda involveras i och i praktiken driva det ständiga förbättringsarbetet, vilket kräver en grundläggande förståelse för hur kvalitetsprojekt utformas och drivs. Inom Umeå Sjukvård menade man att utbild-

ningen dels måste vara professionell, dels måste vara anpassad till sjukvårdspersonalens vardag och verklighet. Sjukvårdsledningen inventerade utbildningsföretagens material och kom till slutsatsen att ett inköp av ett sådant sjukvårdsanpassat material skulle bli för dyrt. VL gick då ut med en offertförfrågan där man efterfrågade en samarbetspartner som kunde producera ett sjukvårdanpassat material där omvårdnadsprojektets erfarenheter kunde läggas in. Under sommaren 1994 bestämde man sig för att anlita PA Consulting Group, och produktionen av utbildningsmaterial sattes igång och pågick hela hösten. Avsikten var att samtliga anställda i VL skulle genomgå utbildningen. Både arbetsmaterialet och utbildningen fick namnet ”Tillsammans skapar vi kvalitet” (PA Consulting Group, 1995).

Under våren 1995 kom ”utbildningskaskaden” igång. Umeå Sjukvård hade då redan utsett särskilda kvalitetstränare och också bett basenheterna att förbereda utbildningssatsningen och utse kvalitetshandledare. Utbildningarna i Umeå och Södra Lappland påbörjades tidigt under hösten, medan man i Skellefteå väntade till framåt vintern. Hela utbildningssatsningen avslutades innan semestrarna 1996, och då hade också ett antal kvalitetsprojekt inrapporterats till kvalitetssamordnarna på de olika förvaltningarna. Då hade ett 40-tal kvalitetstränare fått en tolvdagarsutbildning och i sin tur utbildat 450 kvalitetshandledare i sju dagar. Två dagar av de tolv respektive sju utbildningsdagarna rörde landstingets omvårdnadspolicy. Kvalitetshandledarna hade sedan ansvaret att ge samtliga anställda en tvådagarsutbildning i kvalitetsarbete, som bland annat inbegrep diskussioner kring omvårdnadspolicyn, problemlösningsmetoder och projektarbete i grupp.

Under våren 1995 gjorde en av klinikerna i Skellefteå en fullständig genomgång utifrån SIQ-systematiken, där man besvarade en mängd olika frågor och beskrev svaga och starka sidor i en mängd avseenden. Detta genomfördes av klinikens ledningsgrupp och innebar att man för varje fråga var tvungna att fundera över vilka mål som fanns, vilka fakta man kunde ta fram, vilka rutiner och moment som utfördes osv. Klinikledningen såg exaktheten i detta som besvärlig men också mycket positiv. För första gången tvingades man att utreda vad man egentligen gjorde, hur det egentligen utfördes och vilka resultat man fick. Detta gällde den medicinska delen av verksamheten, där man gick igenom vilka moment olika behandlingar innebar och jämförde sig mot andra sjukhus med hjälp av nationell statistik beträffande återfall mm. Man undersökte även organisationen och arbetsmiljön med hjälp av enkäter och VL:s centrala personalattitydundersökningar, och analysera vården ur patientperspektiv för att få idéer till förbättringar av omvårdnaden. Arbetet, som

engagerade hela ledningsgruppen under flera veckors tid, resulterade i en omfattande rapport som författades av en överläkare vid kliniken. Ledningsgruppen bestod, förutom denne, av basenhetschefen samt fyra avdelningsföreståndare och en klinikassistent.

Nästa steg i processen var att externa granskare bjöds in under hösten för att med klinikkens granskningsrapport som grund bedöma och poängsätta kvinnoklinikens verksamhet. Bland de externa granskarna fanns då folk från Linköpings Universitetssjukhus. Utifrån SIQ-manualen gick man igenom de sju områdena för kvalitetsbedömning, och producerade en återföringsrapport på ett 60-tal sidor med detaljerade kommentarer. Basenhetschefen refererade till de producerade rapporterna som ”en katalog över förbättringsmöjligheter”, och menade att kvalitetsarbete var ett positivt sätt att hantera nedskärningarna i vården:

”[Rapporten] täcker ju mycket som ändå trots allt går på en höft; ibland går det bra, ibland inte. Det är många aha-upplevelser när man jobbar med det här, hela tiden. Ibland får man nästan hejda organisationen innan man hittar saker. Man tvingas besvara tusentals frågor och så får man ju mängder med idéer om hur man vill göra, förändra sitt beteende, mäta det man gjort och mäta förändringar om det ger resultat. Så det känns väl som om den positiva grejen i allt det här med neddragningar är att man trots allt kan satsa på kvalitetsarbetet, det gäller ju att göra rätt saker.” (basenhetschef, 95)

Med kvalitetsgranskningen som bas avsåg sedan klinikledningen att ytterligare utbilda personalen för att kunna få organisationen självgående i ett löpande kvalitetsarbete, vilket skedde under 1996. Det innebar också att klinikledningen ställde sig positiv till landstingsledningens initiativ att utbilda all personal i kvalitetsarbete, då man ansåg att utbildningen skulle ge klinikens personal kunskaper som kunde stödja det fortsatta förbättringsarbetet. Vad gäller liknande granskningar ansåg klinikledningen att det inte var aktuellt de närmaste åren. Dels eftersom man nu dels hade fått en uppfattning om kliniken som helhet i kvalitetshänseende, dels tagit fram relevanta kvalitetsindikatorer att följa upp utvecklingen med. Kommande kvalitetsgranskningar skulle dock kunna bygga på den ursprungliga granskningen och därför bli enklare att göra. Klinikledningen var dessutom noga med att poängtera att kvalitetsarbetet måste utföras av den egna personalen, för att inte bara bli en i tiden avgränsad satsning som sedan glömdes bort.

När det gällde den övergripande VL-satsningen funderade landstingsledningen under 1995/96 mycket på hur man skulle kunna hålla liv i kvalitetsarbetet efter utbildningssatsningen. Kvalitetschefens strategi hade ju varit att

med kunskap om kvalitetsarbetets natur och värderingar skulle de anställda se lokala förbättringsprojekt som självklara. Landstingets tjänstemannaledning var optimistisk inför framtiden, men såg Skellefteås SIQ-metod som en struktur som nog måste till för att få fart på det lokala kvalitetsarbetet:

”Men det här är ju en början, jag sade att Skellefteå hade börjat i andra änden; dom hade börjat med att göra verksamhetsberättelse och bli granskade och få poäng. Och där också då förslag där man säger att dom kan bli bättre, och det är ju en systematik i den här granskningen och rapporteringen som är viktig för att ge oss en bild utav hur bra är vi, blir vi bättre? Och det är ju då en modell som vi planerar att införa över hela landstinget så småningom för att vi ser det som nödvändigt, men det vet inte alla om än.” (tjänsteman i landstingsledningen, 95)

Landstingsförbundet presenterade i juni 1996 sin satsning på kvalitet genom att man skapade egen utmärkelse för kvalitetsarbetet, den fick namnet Kvalitetsutmärkelse Svensk Hälso- och sjukvård 1997; Kvalitet, Utveckling, Ledarskap (QUL). Likheter med Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK) är stora och skillnaderna ligger i de anpassningar som gjorts till hälso- och sjukvårdens förhållanden. Vid Skellefteå sjukvårdsförvaltning såg man det här som en möjlighet och man började under 1996 göra en beskrivning av sjukhuset enligt de krav som fanns i QUL. Sjukvårdsförvaltningen i Skellefteå hade som plan att 1997 vara med och tävla om Landstingsförbundets kvalitetsutmärkelse.

Under det efterföljande arbetet med kvalitetsutvecklingen i länet gjordes flera utvärderingar av satsningen. En första gjordes av kvalitetstränarna, som under våren och sommaren 1996 intervjuade 169 basenhetschefer. Resultatet av utvärderingen visade att de flesta basenheterna genomgått utbildningsprogrammet enligt planeringen, men att man haft svårigheter att få läkarna att delta i såväl utbildningen som de olika lokala förbättringsprojekten. Vid 73% av de undersökta basenheterna pågick dock olika förbättringsprojekt som kunde relateras till kvalitetsarbetet. Vidare kände flera av basenhetscheferna att man inte hade fullt stöd för sitt arbete av förvaltningsledningen.

En andra utvärdering gjordes av tjänstemännen som var knutna till kvalitetsatsningen. Deras rapport refererar till kvalitetstränarnas studie och menar att man överlag måste arbeta för att knyta ihop de processinriktade inslagen av kvalitetsarbetet med uppföljningen av kliniska resultat. (VL, 1996) Detta, menade man, skulle öka intresset hos läkarna att vara med i kvalitetsutvecklingen. Läkarnas brist på engagemang återkom som slutsats även i en tredje utvärdering. Ledningen för Umeå Sjukvård lät en utomstående konsult granska förvaltningens kvalitetsarbete (Dagens Medicin, 961008). Sjukvårdsledningen

konstaterade i augusti 1996 att man nu behövde ta nya tag för att stödja förbättringsprojekten och få med läkarkåren i arbetet.

”Om man skall vara riktigt ärlig, så personligen har jag varit tveksam till den här satsningen på det sätt som den blev, men nu har det lyckats bättre än vad jag hade trott. Så utifrån det är det möjligt att man kan jobba med det här, det är ju alltid så att en sån här satsning måste per definition vara tidsbegränsad. Sen kan man ju fundera på hur mycket man har påverkat sina medarbetare att fortsätta tänka på det här sättet, att ha den här aspekten med sig... (Basenhetschef, 95)

Kritiken som hade väckts i den första utvärderingen om att ledningen inte stödde basenhetscheferna i deras kvalitetsarbete gjorde att landstingsledningen snabbt skrev ihop en egen kvalitetsplan. Landstingets ledningsgrupps kvalitetsplan sträckte sig från 1996 till 1998 och var ett sätt att visa att satsningen på kvalitet skulle fortsätta även framöver. Vidare fattade också landstingsledningen i augusti 1996 beslut om att Landstingsförbundets QUL skulle börja användas som gemensamt beskrivningssätt för att mäta kvalitets- och verksamhetsutveckling. Landstingsledningen kände också att det var angeläget att den verksamhetsplanering som gjordes framöver skulle knytas samman med kvalitetsarbetet. Sammankopplingen skulle enligt landstingsledningen skapa en bättre helhet i det arbete som bedrevs i landstinget och samtidigt skulle trovärdigheten i kvalitetsarbetet och verksamhetsplaneringen öka. De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring kvalitetssatsningen sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 7.2.

	Landstingsledning	Förvaltningsledning NUS	Förvaltningsledning SS	Förvaltningsledning SLS	Basenhetschefer
1992: EPK som sammanhållande modell	Produktivitetshöjningen får inte gå ut över vårdens kvalitet. Totalkvalitet en oundgänglig del av EPK.	Utvecklingsarbete m a p medicinsk kvalitet.	Kvalitetsarbetet fokuseras genom att kvalitetsansvarig utses.	Ny sjukvårdsdirektör: Kvalitet i alla led är vår vårdideologi och vägen till ekonomisk balans.	Kvalitet är ett självklart begrepp som vi alltid har arbetat med.
1993: Parallella aktiviteter	Omvårdnadsaspekter av kvalitet kartläggs i ett brett upplagt omvårdnadsprojekt-		Vi ger kvalitetsarbetet en flygande start genom seminarium om SIQ-systemet.	Alla anställda skall genomgå utbildning i omvårdnad och kvalitet.	
Våren 94: Kvalitetspolicy	Omvårdnadspolicyn skall förtydligas med en kvalitetspolicy. Vi måste ta ett samlat grepp om totalkvaliteten.		Utbildning om SIQ-systematiken pågår, fem basenhetsledningar i första vändan.		
1994: Utbildningsmaterial tas fram	Avtal med PA Consulting om utbildningsmaterial. Utbildning skall ske av samtliga anställda i landstinget.	Vi vill driva kvalitetsutbildning, men vi kan inte ensamma bära kostnaden för ett sjukvårdanpassat utbildningsmaterial.	Bra att den centrala kvalitetssatsningen fokuserar vårdens vardag. Vi avvaktar med vårt fortsatta SIQ-arbete men låter de som redan är igång fortsätta.	Landstinget har anammat mycket av vårt kvalitetstänkande, och det är bra att processer i omvårdnaden fokuseras.	Kvalitetsarbete angeläget, men glöm inte den medicinska kvaliteten.
1995: Utbildningskaskaden påbörjas	Det här är en unik satsning i landstingssverige som skall ligga till grund för ett löpande kvalitetsarbete ute på basenheterna.	Bra utbildning, men det gäller att hålla detta levande framöver.	Det gäller nu att se till att det inte bara blir en utbildning, utan att vi måste orka följa upp kvalitetsarbetet i många år framöver. SIQ är en bra systematik för sådan uppföljning.	SIQ är en bra vidareutveckling av det befintliga kvalitetsarbetet efter utbildningskaskaden.	
Sommaren 1996: Utvärderingar presenteras	SIQ är den systematik vi vill arbeta vidare med i form av QUL, och kvalitetsarbetet skall in i LOTS. Våra utvärderingar visar att utbildningen gick bra men att läkarnas deltagande var lågt och att basenhetscheferna behöver mer stöd ovanifrån.				Påbörjat kvalitetsarbete nyttigt och ger goda resultat.

Tabell 7.2: *Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet Tillsammans skapar vi kvalitet vid olika tidpunkter i processen.*

7.4 **Styrinitiativ 3: Verksamhetsplanering med LOTS**

En viktig del i utvecklingen av de nya styrformerna inom VL efter landstingsdirektörens tillträde hösten 1991 var introduktionen av en standardiserad struktur för verksamhetsplanering och -uppföljning, LOTS. LOTS (LOGiskt

TillvägagångsSätt) antyder att här finns det en struktur med vars hjälp enhetens verksamhetsplanering och -uppföljning s a s kan lotsas i hamn. Den s k LOTS-processen innebär att den verksamhetsplanerande enheten går igenom sju steg och besvarar 14 frågor om enhetens omvärld, syfte, strategier, mål, aktiviteter, personal & organisation och rapporteringsrutiner¹¹. En fördel som ofta nämns är att processen utgår ifrån kunden. En annan att den kan tillämpas såväl på underavdelningar som på hela koncerner och således kan fungera som ett gemensamt ”språk” för alla nivåer i organisationen. Genom att fastställa en övergripande LOTS-plan och sedan låta underenheterna reagera på denna och framställa egna planer kan man försäkra sig om att organisationens övergripande verksamhetsplan verkligen återspeglar de ambitioner och bedömningar som gjorts bland ”gräsrotterna”. För landstingsnivån gjordes ingen övergripande LOTS-plan för hela landstinget utan verksamhetsplanen för landstingsnivån såg ut som de hade gjort tidigare.

LOTS introduktion i VL skedde i Umeå sjukvård 1991 av den dåvarande förvaltningsledningen såg LOTS som ett intressant verktyg för verksamhetsutveckling. I slutet av 1991 utbildades förvaltningsledningen och basenhetsledningarna i Umeå i LOTS-processen. Utbildningen skedde först med konsulterna från LOTS AB men senare sköttes den av ett antal interna så kallade LOTS-coacher. Som en naturlig slutpunkt i utbildningen fick deltagarna göra en verksamhetsplanering inför 1992 med hjälp av LOTS:

”Vi har dragit upp våra verksamhetsplaner enligt LOTS-modell. Vi använder LOTS också när vi rapporterar i olika sammanhang, t ex löpande rapporter osv. LOTS har också inneburit ett sätt att hantera, avge och lämna information från kliniken som har underlättat. Det är tydligt att man vill ha klara och enkla budskap. Tidigare var budskapen mer mångordiga och svårtydda i många avseenden. Det är ett enkelt redskap, ett redskap som är rättframt på ett sätt som tilltalar oss.” (basenhetschef, 92)

Utbildningen tog fem dagar i anspråk, och förutom basenhetscheferna utbildades i regel också avdelningsföreståndarna och ytterligare någon person. Tanken var att LOTS-processen skulle beröra fler än bara basenhetschefen. Även enskilda avdelningar och mottagningar skulle kunna producera sina egna LOTS-planer. Det fanns bland vissa basenhetschefer i de första kullarna av LOTS-utbildade en tveksamhet mot att spendera fem hela dagar på kursen. Motståndet var dock mindre efter kurserna när de själva kunde säga att de

¹¹ Enligt den version av LOTS-processen som återges i Åkerblom, 1994: 38. I den tidigare version av LOTS som återges i Borgert, 1992: 148 har processen nio steg och 17 frågor.

hade planerat sin verksamhet och kunde visa upp resultatet i form av en verksamhetsplan. LOTS fick ett positivt mottagande i organisationen som också förstärktes av konsultfirmans strategi att marknadsföra LOTS-konceptet. De som hade genomgått kursen fick muggar, pennor, checklistor och pärmar som tydligt visade att man var en av dem som hade fått gått kursen. En av tjänstemännen på förvaltningen sade att ”konsulterna försöker skapa en gemenskap hos de som gått kursen”. Han sade också att det ”nu är möjligt att se de gula plastkortet med LOTS-processens checklista sticka upp i allt flera rockfickor på sjukhuset”. Det skapades förväntningar på att få komma med i gemenskapen bland dem som planerat enligt LOTS.

De verksamhetsplaner som skrevs utifrån LOTS på basenhetsnivå hade normalt de nio LOTS-stegen som underrubriker. Vissa begrepp, som t ex konkurrens, ansågs normalt icke tillämpliga annat än i meningen att klinikens anseende i landstings- och forskarvärlden måste upprätthållas. En stor del av verksamhetsplanerna upptogs i regel av tabeller med diverse kortsiktiga mål och aktiviteter där man specificerat vilka som ansvarade för dessa. Få basenheter hade arbetat på detta sätt tidigare, och många lade ned ett relativt omfattande arbete på sin verksamhetsplan. Det strategiska, långsiktiga perspektivet kändes i detta sammanhang mer ovant än att utforma en kortsiktig plan för det närmaste årets aktiviteter:

”Vad skulle strategisk planering vara? Det låter som om jag skulle vara en härförare. Jo, jag har väl lite grand en plan för hur den här kliniken skall förändras under de närmaste åren.” (basenhetschef, 92)

De uppbyggda förväntningarna och viljan att delta gjorde att gensvaret bland basenheterna i Umeå Sjukvård blev positivt. Planeringsarbetet hade börjat upplevas som meningsfullt och efterfrågat. Landstingsledningen ställde sig helhjärtat bakom användningen av LOTS. Det beslutades att planeringsverktyget skulle införas även i Skellefteå och Södra Lappland under sommaren och hösten 1992 då också det första verksamhetsplanerna skrevs. En av de centrala landstingstjänstemännen menade att LOTS varit sättet att kanalisera förändringsarbetet i landstinget. Han säger:

”Det har visat sig oerhört framgångsrikt, det här verktyget, inom hälso- och sjukvården. Det har styrt upp enormt. Väldigt många har sagt att det här var första gången som det varit meningsfullt att planera. Tidigare har det varit så att planer har varit något man har värkt fram för att någon har begärt det. Så har man gjort den och ställt in den i hyllan och sedan så kommer de ett år senare och vill ha nästa plan, och ingen har egentligen någonsin följt upp den gamla planen. Det har inte varit intressant. Det politiska perspektivet har varit framåt. [...] Men det här passar så oerhört bra in i hela

vårt förändringsarbete med de krav vi har på förbättrad uppföljning, förbättrad styrning mot mål mm, så det sitter som gjutet. Plus att det har den här förmågan att skapa entusiasm, att driva verksamheten enligt plan.” (tjänsteman i landstingsledningen, 92)

I Södra Lappland var sjukvårdsledningen hösten 1992 tveksam till det kommersiella språkbruket kring LOTS, men såg ändå goda möjligheter att få med sig hela organisationen i förändringsarbetet:

”Sen ska vi jobba med LOTS-planer för varje basenhet. Vi skall just ta fram en LOTS-plan för sjukvårdsdistriktet. Vi har börjat med den och satt upp syfte, strategier och mål. Vi skall jobba vidare med aktiviteter också, och sedan skall vi föra ned det till varje basenhet. Sedan skall basenheterna jobba i tre eller fyra dagar med de här LOTS-planerna, där dom skall komma fram till vad dom skall göra för att ta tillvara målen, men också göra upp egna syften, strategier, mål, aktiviteter och handlingsplaner. man för ned det till golvet, så att alla känner sig delaktiga i det och alla får lära sig vad det är vi skall göra.” (tjänsteman i förvaltningsledningen, SLS, 92)

Även basenhetscheferna i Södra Lappland var positiva till införandet av LOTS. De som hade gått seminariet såg det som ett bra arbetsredskap i planeringen som nog kommit för att stanna. De som fortfarande väntade på utbildningen såg fram emot den med viss förväntan. Den stora fördelen med LOTS beskrev man i termer av struktur och rättesnöre. De egna idéerna kunde fästas på papper på ett sätt som också kunde kommuniceras till resten av organisationen:

”Vi har en struktur i huvudet, men jag tror inte att den kommer att förändras så mycket av LOTS. Men däremot kommer det att stärka oss i våra åsikter och vårt arbete. Vi kan få en bättre argumentation till den förändring vi skall göra.” (basenhetschef, 92)

Bakgrunden till att LOTS infördes såg många på basenhetsnivå som ett resultat av EPK-satsningen och kravet på en tioprocentig produktivitetsökning till 1994. Man hade redan tidigare arbetat med medicinska målsättningar och aktiviteter på basenheterna medan ekonomiska mål som produktivitetsmålet var ovanliga. Det tidigare styrsystemet hade inte krävt särskilt mycket av ekonomisk planering. Den typ av åtgärder som kunde påverka ekonomin (som till exempel personalförändringar) kunde inte basenhetscheferna genomföra på egen hand. Dessutom var många av de medicinska målen självinstruerande på så vis att det var relativt enkelt att se vilka aktiviteter ett visst mål krävde. Ett abstrakt krav på produktivitetsförbättringar behövde brytas ned till en mängd konkreta aktiviteter för att kunna användas i ledningsarbetet på basenheten.

LOTS kopplades därför av många samman med just den ”ekonomisering” på basenhetsnivå som EPK ansågs utgöra.

LOTS-processen blev i landstinget en årligen återkommande process för verksamhetsplanering. Redan 1993 upplevdes dock processen som mer kortvarig i och med att grundläggande frågeställningar rörande omvärld, syfte, strategier osv redan var besvarade i och med den första LOTS-processen. En av förvaltningarnas tjänstemän menade att entusiasmen och nyhetsvärdet avtog en hel del över åren. Trots att man försökt utveckla deltagandet i själva planeringsmomentet:

”Själva LOTS, det är ju bara ett instrument egentligen. I och för sig har det väl tillfört... I det första steget var ju då cheferna med sina arbetsledare med, sen försökte vi få med fler personer. Det senaste steget var ju det att vi fick med de fackliga organisationerna, alltså i samverkansrollen, redan då man gör verksamhetsplanen. Så i och för sig har det blivit successivt olika steg, men nyhetens behag kring LOTS har tonats ned ganska mycket.” (tjänsteman i förvaltningsledning, 95)

En tanke med landstingets satsning på LOTS-utbildningen var att planeringsverktyget skulle föras ut på klinikinivå. För att det här skulle kunna ske fick avdelnings- och klinikföreståndare genomgå utbildningen. Här var dock användning av det nya redskapet mer ojämnt fördelat från de som använde till de som inte använde verktyget. Främsta anledningen till att så många inte uppgraderade sina verksamhetsplaner ute i själva verksamheten var att det inte ställdes några krav på att uppgraderingar skulle göras. På basenhetsnivån som helhet fanns det krav att rapportering skulle ske i LOTS-formatet, vilket gjorde att LOTS levde kvar och användes längre av basenhetscheferna än av avdelnings- och klinikföreståndare. Basenhetscheferna upplevde LOTS-processen som allt enklare att hantera med tiden och såg det som att engagemanget i planeringen avtog.

Med tiden växte också kritik av allvarligare slag fram. LOTS-processen hade inneburit att verksamhetsplaneringen blivit både viktigare och bättre, men att genomförandet av planeringsprocessen blivit viktigare än genomförandet av planerna:

”Och det som vi nu ser spår av, en av flera effekter, är ju att det är jävligt bra och enkelt och smärtfritt att planera en verksamhet, planera en förändring. Men att genomföra den; hur fan, vi har ju bestämt att, vi har ju planerat att... Själva svårigheten att genomföra saker och ting, hela den process som förutsätter både erfarenhet och kunskap och pedagogisk finess, den är liksom bortglömd. [...] Och det ser vi spår av idag, hela det här besparingsarbetet t ex... Anledningen till att vi inte lyckats spara pengar handlar mycket om detta, det är min lilla hypotes vill jag påstå. Det fanns ju goda och

långtgående planer på att spara pengar, men det har försenats hela tiden för alla dom här åren; -93, -94 och även i år, så det blir inte genomfört i den takt som skulle vara önskvärt. Min hypotes är att det här handlar rätt mycket om LOTS-processen, den ser bara en del av dom nödvändiga förändringarna”. (tjänsteman i landstingsledningen, 95)

Landstingsledningen ansåg i detta läge att den avtagande intensiteten i LOTS-processerna skulle åtgärdas genom att inkludera frågor och mått på kvalitetsarbete och kompetensutveckling i verksamhetsplaneringen. I samband med kvalitetssatsningen hade man identifierat viktiga aspekter att följa upp (t ex förekomsten av lokala förbättringsprojekt ute på basenheterna), och också fört in dessa i LOTS-processen inför 1996 i samarbete med LOTS AB. Vidare hade en av cheferna inom VL:s serviceförvaltning under 1995 tillsatts som landstingets ”LOTS-general” på halvtid med uppgift att genomföra en nysatsning på LOTS. Man hade också ambitionen att öka användandet av LOTS på landstingscentral nivå. Inför 1996 tänkte man sig bland annat en övergripande plan för hela landstingsledningen. Däremot var landstingsledningen pessimistisk till möjligheterna att strukturera landstingsplanen enligt LOTS:

”Jag har försökt anta den utmaningen, men det är svårare. Och det där är egentligen någonting som inte är bra, därför att det märker naturligtvis förvaltningschefer och verksamhetens chefer att ’va fan, ledningen lever ju inte som dom lär, den där landstingsplanen som dom tar fram är ju ingen masterplan’. Men det är en omständighet som jag inte har löst ännu.” (tjänsteman i landstingsledningen, 95)

De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring verksamhetsplanering med LOTS sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 7.3.

	Landstingsledning	Förvaltningsledning NUS	Förvaltningsledning SS/SLS	Basenhetschefer
1991: LOTS-utbildning NUS	Rabbe 90 kräver bättre planering och uppföljning av verksamheten. LOTS är ett enkelt och kraftfullt standardverktyg för detta, som skall användas av samtliga förvaltningar och basenheter.	LOTS är ett intressant verktyg för verksamhetsplanering. Förvaltnings- och basenhetsledningarna skall utbildas i detta.		
1992: LOTS-utbildning LS/SLS	Mycket av förändringsarbetet har kunnat kanaliseras genom LOTS. Planering har blivit något meningsfullt och entusiastmerande.	LOTS är i funktion och fungerar bra, basenhetscheferna har fått upp ögonen för vikten av genomgripande planering.	I vissa stycken är LOTS banalt med sitt affärs-språk, men tilltalande i sin enkelhet.	LOTS är ett tydligare och mer strukturerat sätt för oss att arbeta, kommunikationen med cheferna underlättas.
1993/94: Andra planeringsomgången	Verksamhetsplaneringen har blivit bättre, och skall fortsätta att utvecklas.			Det gick snabbare och var enklare att skriva den andra LOTS-planen; man hade ju

				den första att gå efter.
1995: LOTS-general utses	Entusiasmen har svalnat, och LOTS används inte lika aktivt längre i förändringsarbetet. Vi skall göra en nysatsning och anknyta till kvalitetsarbetet.		Aktiviteten kring LOTS har avtagit, och vi intresserar oss mest för de verksamhetsnära delarna. LOTS är egentligen bara ett instrument.	LOTS-planerna sätter inte alltid spår i verksamheten längre. De går snabbt att göra. Men LOTS är ingen nackdel.

Tabell 7.3: Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet verksamhetsplanering med LOTS vid olika tidpunkter i processen.

8 Landstinget Sörmland (LS)

8.1 *Bakgrund till styrinitiativen*

Sörmlands län ligger söder om Stockholm, med Mälaren i norr och Östersjön i öster. Länsgrannarna är från söder räknat Östergötland, Örebro, Västmanland, Uppsala och Stockholms län. Länet har i stort sett samma gränser som landskapet, med undantag för Södertörn och Södertälje, områden som ingår i Stockholms län. Läns- och landskapsgränserna skiljer sig åt. Länsgränserna är av betydligt yngre datum. Ser vi på gränsen mellan landskapen Södermanland och Uppland så går den rakt igenom Gamla stan i Stockholm. Närmare bestämt mellan Västerlånggatan 27 och 29.

Länet är ett anrikt jordbruksområde, och jordbruket står fortfarande för en icke oväsentlig del av de 260.000 invånarnas försörjning. De största orterna är Eskilstuna, Katrineholm, Nyköping och Strängnäs, vilka ligger som en krans kring ett mindre tätbefolkat jordbruksområde i de centralare delarna av länet. Länets residensstad är Nyköping, och i motsats till många andra residensstäder är staden inte länets största stad (är Eskilstuna). På den politiska arenan har socialdemokraterna under en lång tid haft en dominerande ställning. Man har bland annat lyckats upprätthålla en egen majoritet i landstingsfullmäktige.

Länets hälso- och sjukvård har traditionellt delats upp i tre distrikt kring sjukhusen i Eskilstuna, Nyköping och Katrineholm. Den norra länsdelen, med Eskilstuna och Strängnäs, betjänas av Mälarsjukhuset i Eskilstuna, som också är länssjukhus. Länets södra delar, med kommunerna Gnesta, Trosa, Oxelösund och Nyköping, tillhör Nyköpings lasarets upptagningsområde. Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm är länets minsta sjukhus med ett upptagningsområde bestående av kommunerna Vingåker, Katrineholm och Flen. Att samtliga sjukhus ligger i närheten av länsgränsen innebär problem med överströmning av patienter till vårdgivare utom länet; invånarna i områdena kring Eskilstuna, Nyköping och Katrineholm har relativt nära till de stora sjukhusen i Västerås, Stockholm/Södertälje samt Örebro. 1996 aktualiserades en samslagning av Norra och Mellersta sjukvårdsdistrikten, vilket följdes av att Mälarsjukhuset och Kullbergsska sjukhuset ställdes under gemensam ledning från och med ingången av 1997.

Traditionellt så har sörmlänningarna sökt regionvård i Örebro och Uppsala. Dessa regionsjukhus har under de senaste åren fått rejäl konkurrens från

sjukhusen i Stockholm och från universitetssjukhuset i Linköping. Konkurrensen kommer sig dels av länsinnevånarnas egna önskemål om att få vård vid ett visst sjukhus, men framförallt av att upphandlingen av regionvård släppts fri. Den ökande konkurrensen mellan storsjukhusen och avsaknaden av ett eget regionsjukhus har gjort att landstinget har haft en gynnsam upphandlingsposition ifråga om regionvården.

Det vita, klassicistiskt pampiga landstingshuset på Repslagaregatan i Nyköping inrymmer landstingets centrala administration, det politiska kansliet och landstingssalen där landstingsfullmäktige sammanträder, samt de beställande politikernas avtalsenhet. Både tjänstemän och politiker menar att de förändringar som har skett i länet av verksamhetsorganisationen och av förtroendemannaorganisationen framförallt beror på en försvagad ekonomi. Under de senaste tio åren har intäktspåren och en hög kostnadsnivå lett till att det egna kapitalet successivt urholkats. Under denna tid infördes ett stopp för skattehöjningar i kommunerna samtidigt som statsbidragen minskade. Möjligheterna till intäktsförstärkningar var därmed små och rörde sig främst om höjningar av patientavgifterna. Landstingets ogynnsamma kostnadsstruktur och kostnadsnivå blev inte bättre av att pensionsskulden synliggjordes. Urholkningen av ekonomin fortsatte under 1990-talet, t ex minskade soliditeten med 34 procentenheter från åren 1989 till -95, då den var -11 procent. Insikten om den besvärliga ekonomiska situationen tvingade tjänstemännen och politikerna att bestämma sig för hur ekonomin skulle kunna kontrolleras och komma i balans. Effekterna av den kärvare ekonomin upplevs framför allt av vårdpersonalen i landstinget, som under de senaste åren fått se många av sina kollegor sluta. Sett till hela personalstocken så har antalet årsarbetare minskat under åren 1990 till 1995 från 12.338 st till 8.212. Trots detta minskade kostnaderna inte i den takt som behövdes. I november 1995 beslöts om ett drastiskt besparingspaket på 150 mnkr som innebar omfattande strukturförändringar.

I mitten av 80-talet växte sig insikten om kommande ekonomiska svårigheter allt starkare inom landstingets tjänstemannaledning. 1985 beslutade landstingets förvaltningsutskott att det måste ske en decentralisering av verksamheten, där målstyrning och resultatansvar för förvaltningar och basenheter skulle tydliggöras. Mer ansvar och befogenheter lämnades till förvaltningarna och sedan vidare ner på kliniknivån. Den dåvarande landstingsdirektören och den då nyrekryterade ekonomidirektören tillhörde de som ansåg att LS administrerades på ett kostsamt och gammaldags sätt. Man kom fram till två grundläggande principer för det kommande förändringsarbetet. För det första att

resurshushållning måste bygga på att de som nyttjar resurserna också har ett betalningsansvar för dem. För det andra att ersättning för produktion skulle utgå först när leverans skett och inte på förhand. Eftersom man på politisk nivå fortfarande arbetade med budgetstyrning, innebar det att principerna endast kunde tillämpas inom och mellan förvaltningarna. I praktiken innebar det att man avsåg att göra basenheterna och förvaltningarna till målstyrda resultatenheter som skulle finansieras genom prestationsersättning och köpa alla nödvändiga tjänster genom interndebitering.

Arbetet med att inrätta resultatenheter påbörjades bland serviceenheterna. Först var landstingets dataenhet (1987), och så följde i ojämna takt flera andra, bl a köket vid Eskilstuna lasarett. Fastighetsförvaltningen följde med året där på och andra förvaltningar fick därmed börja betala internhyra för sina lokaler. Det utvecklades allt flera resultatenheter med tiden, t ex Landstingshälsan, kök och andra serviceenheter.

Politikerna hölls löpande informerade om processen, och fattade bl a formella beslut om resultatenheterna. Efter hand märkte man att de befintliga administrativa systemen inte skulle vara tillräckliga om samtliga basenheter gjordes till resultatenheter. En förstudie inför de kommande åren genomfördes hösten 1989. Rapporten (som fick namnet ”Strategier för 90-talet”) författades bl a av ekonomidirektören och den lades fram i landstingsfullmäktige i februari 1990. Rapporten (Landstinget Sörmland, 1990) blev föremål för politiska beslut i landstingsfullmäktige, och lades in i flerårsplanen för 1991-94.

I denna flerårsplan behandlas tre viktiga områden för utvecklingen av den ekonomiska styrningen. Det första området är att den målstyrning som hade införts 1989 skulle utvecklas och att måluppfyllelsen skulle bli bättre, vilket skulle uppnås genom att olika verksamhetsmått och mätmetoder utvecklades. Det andra området är att anslagsstyrningen successivt skulle överges, och att all ersättning skulle ske efter utförda prestationer. Idén om prestationsersättning var vid denna tid främst riktad mot landstingets servicefunktioner för att få dem att bilda resultatenheter. Framöver skulle interna varor och tjänster prissättas och slutkunden skulle betala för det som användes. Grundtanken var att ta bort alla tidigare ”gratistjänster” och att genom att synliggöra alla kostnader, ge verksamheten incitament att se över sin konsumtion av externa tjänster. Det tredje området rörde systemlösningar för ekonomistyrning, redovisning och patienthantering. Flerårsplanen föreskrev att en förstudie skulle göras för att utforma ett system som skulle kunna ge information om kostnader per vårdtillfälle, klara av att registrera ersättningar för utförda prestationer och registrera vårdens kvalitet. Dessutom skulle ett datoriserat patientjournal-

system utvecklas. Förutom de tre nämnda områdena rörde flerårsplanen flera andra områden, t ex införandet av en befolkningsrelaterad budget, satsning på ledarskapsutveckling, översyn av olika avgifter, fortsatta satsningar på personalen och deras arbetssituation, kartläggning av primärvården, etc.

Den beställda förstudien utfördes under våren och sommaren 1990 av en tjänsteman vid ekonomi- och planeringsavdelningen samt två konsulter från Cepro AB, och resulterade i en rapport (Landstinget Sörmland, 1991a). I rapporten angavs den fortsatta färdriktningen för de administrativa styrformernas utveckling. En viktig del var införandet av en systematisk modell för verksamhetsplanering, och man pekade här ut Cepros egen modell IOS (Inrikta, Organisera, Styra). Modellen var enligt förslaget tänkt att användas både vid basenheterna, förvaltningarna och den centrala ledningen för att enhetlighet i verksamhetsplaneringen skulle uppnås. Man organiserade också om stabsfunktionerna vid landstingskansliet så att analys- och planeringsfunktionerna skildes från redovisningsfunktionen. Vidare fastslogs att alla enheter framöver skulle ses som självständiga, efterfrågestyrda ekonomiska subjekt, och att cheferna skulle ha fullständigt ekonomiskt ansvar för sina verksamheter. Denna övergång innebar ett omfattande arbete med att prissätta alla tjänster och skulle enligt förslaget ske stegvis. Först servicefunktionerna, sedan kärnverksamheten. När det gällde de administrativa informationssystemen såg utredarna en decentralisering framför sig där det gällde att få ned användandet av och ansvaret för systemen till basenhetsnivå. Inte minst för att göra basenhetscheferna ansvariga för sin egen rapportering. Däremot skulle systemen vara standardiserade i hela landstinget för att möjliggöra samlade grepp på högre beslutsnivåer.

8.2 *Styrinitiativ 4: Beställarstyrning inom ramen för Sörmlandsmodellen*

En central aspekt av Sörmlandsmodellen var, som ovan beskrivits, införandet av beställarstyrning i landstinget. Beställarstyrningen och Sörmlandsmodellen beskrivs av de inblandade aktörerna primärt som ett politiskt initiativ, där landstingspolitikerna eftersträvade en förnyelse av styrformerna och en ny förtroendemannaroll. Samtidigt kom Sörmlandsmodellen också att stå för ett synsätt på verksamheternas ekonomiska styrsystem mm, vilka kan spåras tillbaka till tjänstemannainitiativ från 80-talets slut. Nedan beskrivs hur de olika

aktörerna uppfattar organiseringen kring Sörmlandsmodellen och beställarstyrningen.

I det sena 80-talets utveckling av ekonomistyrningen berördes över huvud taget inte de politiska styrformerna. Under våren 1990 kom så ett politiskt initiativ, där de ledande politikerna bland de regerande socialdemokraterna uttalade att förtroendemannaorganisationen och de politiska styrformerna behövde förändras och moderniseras. Det hade initialt inte mycket med utvecklingen på ekonomistyrningsområdet att göra. Flera beskriver det som att man fick göra en paus i utvecklingen av ekonomistyrningen för att låta processen kring de politiska styrformerna genomföras. Både politiker och ledande tjänstemän såg vid denna tid utvecklingen i Kopparbergs läns landsting som ett föredöme, där man med energi och nya, friska idéer grep sig an det som skulle bli ”Dalamodeln”:

”[beställar/utförar-modellen] var mindre välspredd då, och mindre väl analyserad också. Det började bli den här frälsningsläran höll jag på att säga, men i landstingsvärlden så var det ju Dalarna som var... För mig var väl inte lösningen i Dalarna den som så många egentligen förespråkade men däremot var deras friskhet i att gripa sig an och ta radikala beslut, det gav råg i ryggen åt väldigt många. Det tycker jag är deras viktigaste insats i landstingsvärlden totalt sett”. (tjänsteman i landstingsledningen, 93)

I maj 1990 hade landstingsstyrelsens ordförande och den då nyanställda landstingsdirektören på ordförandens initiativ en träff med VD:n för konsultföretaget Sensia. Mötet utmynnade i att man i samarbete med Sensia tillsatte en utredning i augusti med uppdraget att undersöka hur beställar/utförar-tanken skulle kunna appliceras i Landstinget Sörmland. Under utredningsarbetets gång lanserades också tanken på att i likhet med Kopparberg, Stockholm och Bohuslän sätta en etikett på den nya styrformen, och efter viss tvekan beslöt man sig för att kalla det hela ”Sörmlandsmodellen”:

”Det var en process där man genom att kalla det för en modell och införa en modell ville ta ett extra språng. Ett extra språng i en riktning som ändå var. Fördelen att snacka om modeller och sådana där slagord är ju att man får en identifikation omkring en förändring. Nackdelen är ju alltid att förändringens avigsidor också blir förknippade med modellen, så att den blir anklagad för saker som den egentligen inte står för.” (tjänsteman vid avtalsenheten, 93)

Utredningsarbetet resulterade i ett första förslag till utformning av Sörmlandsmodellen i början av februari 1991 (Landstinget Sörmland, 1991b), där tre för den politiska styrningen centrala problemområden identifierades: Demokratin, effektiviteten och valfriheten. Det första av dessa problemområden,

demokratin, kom sig av att politikerna hade krav på sig att styra landstinget på ett detaljerat och insiktsfullt sätt, vilket gjorde att de inåt sågs som otillräckliga och amatörmässiga och utåt uppfattades som verksamhetens försvarare. Lösningen på detta dilemma blev att politikerna endast skulle ägna sig åt övergripande styrning av verksamheten, och därmed skulle få tid och resurser över till att utröna och hävda medborgarnas behov.

Det andra området rörde effektiviteten i verksamheten. Mot bakgrund av den försämrade ekonomiska situationen menade utredningen att incitamenten för rationaliseringar och effektivitetshöjningar måste förbättras. Kritik riktades mot det dåvarande anslagssystemet som uppmuntrade enhetscheferna till att försöka utvinna så mycket pengar som möjligt ur budgetprocessen snarare än till att ge fler patienter bättre vård. Incitamenten för verksamheten skulle förbättras genom att avtal upprättades mellan politikerna och verksamheten (beställarstyrning), där ersättningen skulle baseras på utförda prestationer.

Det tredje området som utredningen diskuterade rörde medborgarnas valfrihet att själva välja vårdgivare. Genom att ta bort regleringar avseende remissvägar och vårdcentralstillhörighet skulle patienterna få ökade möjligheter att själva välja vilka de ville bli vårdade av och var detta skulle ske. Det antogs även påverka vårdpersonalens arbete positivt, eftersom de då skulle anstränga sig för att locka till sig så många patienter som möjligt genom bättre tillgänglighet, bemötande och vårdkvalitet.

Efter vad de flesta uppfattade som en i politiska sammanhang ovanligt snabb beredning, kunde landstingsfullmäktige fatta beslut om Sörmlandsmodellens införande i februari 1991. Den nya organisationen innebar att det politiska arbetet koncentrerades till landstingsfullmäktige och dess åtta nya utskott, som fick till uppgift att ange övergripande riktlinjer för verksamhetens utveckling. Utskotten kom att disponera ett särskilt utskottskansli som administrativt stöd, och kunde sålunda ägna kraft åt kontakterna med medborgare och patientföreningar. Landstingsstyrelsens uppgift blev att formellt agera beställare, och med stöd av en nyinrättad avtalsenhet skulle man konkretisera fullmäktiges riktlinjer till detaljerade beställningar. Styrelsen var inte uteslutande hänvisad till LS egna produktionsresurser. Ett visst inslag av privata vårdgivare sågs som acceptabelt.

Landstingsstyrelsen hade även det övergripande ansvaret för utförarsidans leverans av den avtalade sjukvårdsproduktionen, men delegerade det praktiska ledningsarbetet till landstingsdirektören och dennes förvaltningschefer. Alla politiska nämnder och styrelser avskaffades, och verksamheten i förvaltningarna blev därför helt och hållet tjänstemannalett. Begreppen Demo-

krati, Effektivitet och Valfrihet lanserades som ledord för modellen, där demokratin skulle stärkas genom utskottsarbetet i fullmäktige. Effektiviteten skulle förbättras genom tydligare chefsansvar och prestationsersättningar, och slutligen en ökad valfriheten genom att patienternas val av vårdgivare skulle vara beställarnas rättesnöre när resurserna skulle fördelas.

Våren 1991 ägnades åt detaljutformning av organisationen och till förberedelser inför starten den 1/1 1992. Tjänstemannaorganisationen var färdigutredd i maj 1991, och Sörmlandsmodellens slutliga utformning presenterades i oktober samma år. En viktig del i detta arbete kom att bli sammansmältningen av ekonomistyrningsstrategierna och den nya politiska styrmodellen. T ex såg man att principen om prestationsersättning var förenlig med den nya politiska styrformen som byggde på avtal och betalning vid leverans. I broschyrer och annat informationsmaterial om Sörmlandsmodellen formulerade man sju ”särdrag” för denna, varav de första fyra kan sägas hänföra sig till den politiska processen 1990-91 och de tre övriga till utvecklingen av ekonomistyrningen 1986-90 (Landstinget Sörmland, 1992:7):

- ”- Politikerna bestämmer VAD som skall uträttas
- Verksamheten bestämmer hur det ska göras
- Utskott i landstingsfullmäktige
- En avtalsenhet köper verksamhet i enlighet med politiska riktlinjer
- Verksamheten delas in i kärn- respektive serviceverksamhet
- Köp- och säljrelationer
- Betalt efter prestation”

I och med att Sörmlandsmodellen sjösattes i början av 1992 inrättades också den s k avtalsenheten. Chef för enheten blev dåvarande sjukhusdirektören i Nyköping. Han påbörjade ett aktivt och energiskt arbete med att bygga upp en stab av kompetenta tjänstemän som för landstingsstyrelsens räkning skulle kunna förhandla med verksamhetsföreträdarna. Totalt kom enheten att bestå av ett drygt tiotal anställda, varav hälften var avtalssekreterare inom olika verksamhetsområden. Man lade ned en hel del möda på att separera avtalsenheten från LS övriga linjeorganisation. T ex så placerade man kontoret i en separat byggnad invid landstingshuset och försökte indela avtalssekreterarnas arbetsfält på så vis att indelningen inte skulle återspegla producentstrukturen. Enhetens medarbetare fick också till uppgift att sitta med i utskottens sammanträden för att bistå politikerna med sakkunskap och föra med sig deras intentioner in i avtalsarbetet.

I december 1992 hade avtalsenheten förhandlat fram avtal med 13 stycken producenter. Hälso- och sjukvården företrädades av de tre sjukhusen samt

av primärvårdsförvaltningen. Inom landstingsledningen såg man detta som ett framgångsrikt arbete. Inte minst därför att avtalen blivit klara i tid och fått en detaljeringsgrad över förväntan. I avtalen för sjukhusen specificerades vilka allmänna mål man förutsatte att de skulle arbeta mot, och också hur uppföljning och debitering av produktionen skulle ske. Till avtalen fogades en prislista och en åtagandebeskrivning i form av klinikvisa bilagor. Bortsett från specificerade behandlingar som prostatronbehandling och dialys avsåg priserna i prislistan totalsummor per klinik uppdelat på slutenvård och öppenvård (helårsabonnemang). Avtalet innehöll inga detaljerade föreskrifter för avrapporteringen till avtalsenheten annat än att rapporteringen skulle ske tertialvis, utgå från en rapportmall som var under utarbetande, samt koncentreras på målfyllelse. Under 1993 prestationsersattes ungefär en fjärdedel av hälso- och sjukvårdsproduktionen, och från landstingsledningens sida hoppades man på att denna andel skulle öka framöver.

På producentsidan var det framför allt sjukhusdirektörerna och primärvårdschefen som direkt involverades i arbetet med att förhandla fram och skriva avtalsdokumenten. Trots att prestationsersättning till enskilda basenheter var en viktig del av Sörmlandsmodellen hölls således själva avtalsarbetet på sjukhusnivå. Detta var både avtalsenheten och sjukhusdirektörerna var nöjda med:

”Man brukar ha den här analogin att vi köper varuhus och inte galleria. Vi uppfattar ett sjukhus som väldigt organiskt sammanhållet, och vi vill ha ett totalansvar för sjukhuset. Annars kommer vi i arbetsfördelningsproblem, och gränstorna mellan avtalen blir svåra att hantera. Däremot kanske det blir så när det gäller primärvården, att gå ut på enskilda vårdcentraler...” (tjänsteman vid avtalsenheten, 93)

Vid Nyköpings lasarett hade den nye sjukhusdirektören och hans närmaste tjänstemän själva förhandlat fram avtalet för 1993 utifrån de data basenheternas rapportering från sitt prissättningsarbete gett. Sjukhusledningen menade att avtalen främst var en fråga för dem själva och att fördelningen inom sjukhuset var något som den egna ledningsgruppen snarare än avtalsenheten skulle ta ställning till:

”Det handlar inte om att en enskild basenhet kan gå in och förhandla med avtalsenheten och tillskansa sig det bästa för den enheten. Och avtalsenheten kommer aldrig att ha kompetens att handla på den nivån, utan i någon mening blir det ändå en påse pengar som avtalsenheten lämnar över till sjukhuset och i och för sig kan specificera grovt vad den påsen ska användas till. Men det blir ändå till syvende og sist vi här på sjukhuset som måste gruppera oss och själva ta ställning till hur dom här pengarna ska användas.” (tjänsteman i sjukhusledningen, Nyköping, 93)

Bland basenhetscheferna, som i och för sig upplevde att Sörmlandsmodellen var något som utformats och införts över deras huvuden, hade man inställningen att modellen inte hade hållit vad den lovade. Man sköt framför allt in sig på att systemet med prestationsersättningar inte motsvarade förväntningarna. Det var fortfarande så att sjukhusdirektören fördelade det tillgängliga budgetutrymmet och man fick således ingen ersättning för produktion utöver detta. Prestationsersättningar gavs endast till sjukhuset som helhet, och kanaliserades inte ned till enskilda basenheter. När det gällde beställarstyrningen upplevde man att det inte fanns någon direktkontakt mellan beställarna och de faktiska utförarna, och att det var sjukhusdirektören som styrde snarare än beställarna:

”Vi trodde ju att vi skulle förhandla mot avtalsenheten och kunna uttrycka våra synpunkter och visa vad vi kunde sälja och få ett pris. Men det skedde ju genom sjukhusdirektören allting, så att vi fick lämna uppgifter dit och sedan gick han och skrev ett avtal med avtalsenheten utan att vi var inblandade i det mera. Och så fick vi vår rambudget, så att säga. Han använde väl våra siffror för vad han skulle begära av avtalsenheten. Men vi fick ju inget avtal med avtalsenheten, utan vi har ju avtal med sjukhusdirektören.” (basenhetschef, 93)

Basenhetscheferna upplevde sig vid denna tid ha fått allt större befogenheter, framför allt till följd av den decentralisering av hela landstinget som genomfördes under 1980-talets slut. När man inte involverades aktivt i avtalsarbetet annat än som uppgiftslämnare i sjukhusets interna förberedelsearbete såg man detta som ett förbigående. Vem kunde de specifika patientgruppernas behov bättre än de själva? De menade att om man överlät till sjukhusledningen att förhandla med avtalsenheten, skulle den kunskap om patienternas behov som sjukvårdspersonalen besatt aldrig föras in i beställarnas överväganden. Skillnaden mot det gamla budgetstyrda systemet blev att man från basenhetsnivån nu också skulle rapportera till avtalsenheten varje tertiäl. Här gällde det framför allt produktionsvolymerna och kvalitetsindikatorer som skulle följas upp enligt anvisningarna i avtalen.

I oktober 1993 samlade avtalsenheten in utförarorganisationernas förslag till avtal inför 1994. Det visade sig att de resurser beställarna enligt tidigare politiska beslut hade till sitt förfogande var betydligt mindre än vad utförarna ansåg sig behöva. När avtalsenheten presenterade sitt förslag till avtalstexter vägrade sjukhusdirektörerna i Nyköping och Eskilstuna att skriva under. Vare sig avtalsdirektören eller landstingsdirektören kunde föra diskussionen i hamn, och efter en tids försening fick landstingsstyrelsens ordförande gå in och be-

ordra ett undertecknande. Praktiskt innebar detta att sjukhusen gav avtalsenheten rabatt på viss produktion, men att kostnadsnivån inte pressades ned så mycket som önskat.

De nya avtalet för Nyköpings lasarett skilde sig på flera punkter från 1993 års avtal. Detaljeringsgraden i prislistorna var högre, och resonemangen kring uppföljning av medicinsk kvalitet och tillgänglighet var mer utvecklade och konkreta. Det gjorde att arbetet på sjukhus- och basenhetsnivåerna för att ta fram underlag blev mer omfattande än fjolårets insats. För de opererande specialiteterna angavs å-priser och volymer för olika typer av operationer, medan man för det medicinska området liksom för rehabilitering, psykiatri mm bibehöll fjolårets system med abonnemangsavtal. Sjukhusets rapporteringskyldighet definierades också tydligare, framför allt genom krav på uppföljning av olika volymmått. Andelen prestationsersatt verksamhet ökade också (och beräknades delvis m h a DRG), och med hänvisning till att detta fortfarande var under införande medgavs möjligheter till omförhandling av avtalet vid avvikelser från de avtalade volymerna. I praktiken var dock avtalsenhetens möjligheter att ersätta lasarettet för produktion utöver de avtalade volymerna marginella. Under hösten 1994 kunde man konstatera ett underskott i hälso- och sjukvården på nästan 90 mnkr, och sjukhusdirektörerna fick av politikerna till uppgift att ge förslag på kostnadssänkande strukturåtgärder både på lasarett- och landstingsnivå. Förslaget presenterades hösten 1995 och innehöll bl a ett politiskt kontroversiellt förslag om nedläggning av BB i Karineholm som inte gick att genomföra.

I september 1994 var det val. Socialdemokraterna, tillsammans med övriga socialistiska partier stärkte sin ställning i landstingsfullmäktige. Valets utgång innebar inget maktskifte i Sörmland. Däremot innebar valet att man började debattera hur Sörmlandsmodellen fungerat under den gångna mandatperioden. Debatten hade uppstått internt i det socialdemokratiska partiet redan under våren och man hade där lyckats nå enighet om förändringar av modellen. Flera erfarna fullmäktigeledamöter inom båda blocken menade nu att insynen i verksamheten blivit bristfällig sedan utskottsstrukturen ersatt nämnderna och styrelserna. Mycket av det politiska inflytandet därför centraliserats till de heltidsarvoderade landstingsråden.

Den nya förtroendemannaorganisation det nyvalda fullmäktige beslutade om innebar att de tre sjukhusen fick var sin förtroendenämnd. Förtroendenämndernas funktion var att arbeta tillsammans med avtalsenheten under hela avtalsprocessen, och att därmed kunna förelägga landstingsstyrelsen färdiga avtal för undertecknande. Beteckningen ”beställarnämnd” undveks eftersom

det fortfarande var styrelsen som formellt var beställare. Dessutom började man medvetet tona ned användandet av etiketten ”Sörmlandsmodellen” och andra begrepp som påminde om affärsverksamhet och marknadstänkande.

Inför 1995 års avtal menade man från avtalsenhetens sida att organisationen nu lärt sig hantera själva avtalsmomentet. Nu var dags att gå vidare genom att i högre grad fokusera innehållet i avtalen. Dittills hade man i princip avtalat om den befintliga produktionen och delat upp den i produkttyper, styckepriser och volymer. Det hade framför allt varit en produktivitetsbefrämjande strategi. Nu ville man lösgöra sig från den klinikvisa indelningen och börja beställa insatser på områden som krävde samverkan mellan olika enheter. Insatser som definierades utifrån patientens snarare än produktionsstrukturens behov:

”Om vi förut har köpt händelser — intagningar, operationer och sådana grejer — så skulle vi ju framöver mer köpa omhändertagande utav olika patientkategorier. Och då vet vi ju att ett antal människor insjuknar i slaganfall och ett antal bryter höften och så vidare under året. Rätt stora sjuk utav sjukvården är ganska identifierbara patientsituationer, som vi också kan koppla kvalitetsmått till.” (tjänsteman vid avtalsenheten, 94)

För att kunna avtala om leverans av ”patientsituationer”, där flera klinikers insatser krävdes, behövde man förändra verksamhetens informationssystem. Framför allt var det inom sjukhusens interna styrning som avtalsenheten såg ett behov av att förverkliga tankarna om vårdtillfällesbaserad redovisning; för egen del hade de ganska enkla mät- och utvärderingsproblem. Vid alla tre sjukhusen hade man kommit ganska långt när det gällde prissättning av insatser och fördelning av indirekta kostnader ut på kliniknivå. Däremot hade man inte arbetat så mycket med att identifiera produkterna ut emot patient (dvs vårdtillfället/vårdkedjan). Vid Nyköpings lasarett hade man infört DRG i den kirurgiska verksamheten och ett liknande system inom rehabiliteringen. I övrigt hade stora svårigheter uppstått när det gällde att få läkarna att acceptera filosofin. I slutet av 1994 initierade avtalsdirektören därför ett projekt, där han tillsammans med sjukhusledningarna skulle arbeta för en gemensam produktifiering i länet. På försök förde man också i avtalen in en särskild beställning av hela vårdkedjan vid slaganfall.

Vid sjukhusen såg man positivt på avtalsenhetens nya ambitioner, men menade att de befintliga systemen inte var anpassade för ett sådant tänkande. Beställarstyrningen hade som styrsystem varit bra genom att uppföljning av kvalitets- och produktivitetsfaktorer kommit till stånd, men man menade att möjligheterna inte hade tagits tillvara på ett bra sätt. Detta gällde dels presta-

tionsersättningarna, där möjligheterna att få betalt för extra produktionsinsatser var obefintliga, dels effektivitetsarbetet, där man trots sänkta priser på sina produkter inte fick ökade beställningar på bekostnad av de andra sjukhusen. Dessutom menade man att all sjukvård inte gick att produktifiera och styckeprissätta. Exempelvis måste sjukhusets akutmottagning hållas öppen dygnet runt oavsett hur många akutfall som i praktiken inträffade.

Vid Nyköpings lasarett hade man inför 1995 års avtal för första gången låtit basenheterna vara med i processen. När avtalsenheten hade kommit med sin offertförfrågan gjorde sjukhusledningen (sjukhusdirektören, chefläkaren, två tjänstemän från ekonomiavdelningen, samt en från planeringsavdelningen) upp en volymlista fördelat per klinik. Därefter fick basenheterna själva göra en åtagandebeskrivning och beräkna vilka resurser de behövde för att leverera de begärda volymerna. Utifrån detta sammanställde sjukhusledningen en offert som sedan låg till grund för förhandlingarna med avtalsenheten. Förhandlingarna fördes mellan sjukhusledningen och ett par avtalssekreterare. Kvarvarande frågor löstes av sjukhusdirektören och avtalsdirektören personligen.

Även vad gällde återrapporteringen till avtalsenheten så hade basenheterna kommit att involveras allt mer. Sjukhusledningen hade i och med införandet av beställarstyrning fått en dubbel rapporteringsplikt. Tertiäl- och årsrapporter skulle sändas till såväl avtalsdirektören som landstingsdirektören, vilket upplevdes betungande. Dessutom fokuserade rapporterna olika saker, vilket gjorde att man inte kunde skicka samma rapport till båda uppdragsgivarna. avtalsenheten efterfrågade framför allt produktions- och kvalitetsstatistik, medan landstingsledningen primärt var intresserad av ekonomisk uppföljning. Basenheterna hade därför själva fått ansvaret för att ta fram underlaget till rapporteringen till avtalsenheten. Man fick fr o m 1995 också ett uppföljningsansvar utifrån de nya, kortfattade verksamhetskontrakt som infördes för att reglera relationen mellan sjukhusledning och basenhetsledningar.

Relationen mellan sjukhusledningarna och avtalsenheten inskränkte sig dock inte bara till skriftlig rapportering och årsvisa avtalsförhandlingar. Avtalsenheten försökte i ökande grad att arbeta kontinuerligt mot utförarna, vilket man på sjukhusen hade synpunkter på:

”[Under avtalsprocessen] fungerar det mycket bra, så långt är det inspirerande för alla parter. Sedan kommer jobbet mot avtalsenheten och då har de väldigt svårt... Vi konstaterar ju alltid att vi hamnar dyrare och det är ju ganska naturligt om vi får för liten volym. Och då fastnar vi lite grand med avtalsenheten, för då kommer de gärna in och diskuterar; men hur styr ni, ni är alldeles för kostnadskrävande, hur styr ni er verksamhet? Och då tycker vi att avtalsenheten intar fel roll; de är kunden, de är inte de som ska gå in och styra i verksamheten. [...] Vad de skall lära sig det är att skilja på

att de är köpare och inte producerare eller styrare, och att de skall försöka peka lite grand på vad det är de vill ha.” (tjänsteman i sjukhusledning, 94)

På basenheterna var det normalt endast basenhetschefen som involverades i avtalsarbetet. Den allmänna meningen var man under de senaste åren lärt sig mycket om hur verksamhetens funktionssätt och resursförbrukning men att beställarstyrningen egentligen aldrig fått chansen (krympande ekonomiska ramar gjorde att det inte funnits utrymme för incitamentsmöjligheterna) och att den heller inte tillämpats fullt ut (beställarna hade inte sökt minimera kostnaderna genom att flytta produktionsvolymen till det sjukhus som tog de lägsta priserna). I spåren av den politiska diskussionen efter valet såg man en fortsatt fördjupad ekonomistyrning, ökad strukturell samverkan mellan sjukhusen, samt en fortsatt budgetliknande intäktssituation.

De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring beställarstyrningen sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 8.1.

	Landstingsledning	Förvaltningsledningar	Basenhetschefer	Avtalsenheten
Våren 1990: Ny politisk organisation aktualiseras	Nya, moderna styrformer behövs för demokrati, effektivitet och valfrihet.			
Feb 1991: Beslut om Sörmlandsmodellen	Sörmlandsmodellen en radikal förändring, ett nytt synsätt.			
1/1 1992: Sörmlandsmodellen startar	Beställarstyrningen och ekonomistyrningen hör ihop.		Förhoppningar om direkta förhandlingar med avtalsenheten och prestationsersättning till basenheten.	(Bildas)
Dec 1992: Första avtalen	Ett framgångsrikt arbete, andelen prestationsersättning bör öka framöver.	Vi sköter förhandlingarna på förvaltningsnivå, ingen större skillnad.	Besvikna över att vi inte involveras och prestationsersätts. Det är budgetstyrning som vanligt.	Vi vill förhandla med hela sjukhus. Processen fungerade bra
Årsskiftet 93/94: Andra avtalen	Problematiskt att vi tvingades intervensera.	Avtalen har utvecklats, men vi kunde inte acceptera avtalsenhetens pris.	Involveras ej nämnvärt annat än som leverantörer av underlag, sjukhusledningarna sköter avtalen.	Avtalen har utvecklats, synd att avtalen blev försenade på grund av besparingsbehoven.
Sep 94: Val	Den politiska insynen otillräcklig, Sörmlandsmodellen bör förändras och tonas ned.			
Årsskiftet 94/95: Tredje avtalen	Processen fungerar, men Sörmlandsmodellen är nu mer ett synsätt än en satsning som finns i folks medvetande.	Intressant att beställa vårdkedjor, men styrsystemen är inte anpassade till detta. avtalsenheten lägger sig i vår interna styrning. Dubbel rapporteringsplikt.	Ökad involvering genom att vi själva får ta ställning till förvaltningsledningens förhandlingsbud och sedan rapportera om utförda prestationer.	Organisationen måste kunna hantera nya avtalsformer som vårdkedjor, och som beställare måste vi kunna följa upp deras prestationer mot patient.

Tabell 8.1: Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet beställarstyrning vid olika tidpunkter i processen.

8.3 Styrintiativ 5: Verksamhetsplanering med IOS

Som en följd av att flerårsplanen för 1991-1994 fastställdes i början av 1990 startade förarbetena till utformningen av landstingets ekonomi- och verksamhetsstyrning. Förarbetet genomfördes som tidigare nämnts i samarbete med ett par konsulter från Cepro och blev klart under 1991. Förarbetet angav fyra viktiga områden för verksamhetsstyrning: Verksamhetsplanering, ekonomiska modeller och principer, ekonomi- och planeringsfunktionens organisation, och slutligen ekonomisystemets utformning. Man rekommenderade att en gemensam projektplan skulle tas fram för de kommande förändringarna, och att den skulle bygga på en beskrivning av verksamhetens inriktning, organisation och styrning. En sådan beskrivning skulle göras i termer av verksamhetens uppgift, kännetecken, mål, program, organisation och styrning. (Landstinget Sörmland, 1991a)

I förarbetet delas verksamhetsstyrning in i tre delar; kundorientering, aktörspåverkan och processen för verksamhetsplanering. Med kundorientering avses beroendet av kunden och kundens situation för utformningen av verksamheten. Kundbegreppet används genomgående i förarbetet. Ibland framgår det av texten att det är länsinnevånarna som avses, på andra ställen är kundbegreppet inte definierat. Det gäller bland det andra delområdet i verksamhetsstyrningen, där organisationen påverkas av omgivande aktörer och deras önskemål och krav. Här framgår inte vem som är kund. Men oavsett vem kunden är kan kunden likt andra aktörer ha skilda mål jämfört med organisationens. Förarbetet menar att verksamhetsplaneringen är ett sätt anpassa organisationen till rådande förutsättningar i omvärlden. Den tredje delen som behandlar processen för verksamhetsplanering delades följaktligen även den in i tre steg; Inrikta, Organisera och Styra. I folkmun gick denna process senare under akronymen IOS, vilket vi också kommer att använda nedan.

De första steget i planeringsprocessen var att fastställa verksamhetens inriktning. Detta skulle göras genom att verksamhetsidé, verksamhetens kännetecken och dess mål definierades. Det gällde alltså att utreda vilka som var ens kunder, vilka problem som man skulle lösa för kunden, hur verksamheten skulle uppfattas av kunden och slutligen att formulera mätbara mål för hur framgångsrik man avsåg vara utifrån verksamhetens verksamhetsidé och kännetecken.

Det andra steget var att organisera verksamheten. I detta steg skulle handlingsplaner upprättas för att uppnå verksamhetsidé och verksamhetens

kännetecken. Det gällde också att förbereda åtgärder för att påverka personalens vilja att förändra organisationen och på samma sätt förbereda åtgärder gentemot externa aktörer som skulle kunna hindra måluppfyllelse. Dessutom skulle man fastställa organisation och bemanning.

Det tredje och sista steget i processen rör styrningen. I detta steg menar man i förstudien att det gäller definiera styrmedlen så att beteendet i organisationen påverkas ”i önskad riktning. Men för att styrningen ska fungera behöver det också utformas administrativa stödfunktioner och stödsystem. Det kan t ex innebära att verksamhetsansvariga har tillgång till interna ekonomikonsulter och planeringsexperter och att de ekonomiska styrsystem är anpassade till organisationen och dess informationsbehov.

Landstingsledningen ställde sig bakom förslagen i förstudien. Det blev nu en fråga om hur den nya verksamhetsstyrningen skulle införas i organisationen. Man diskuterade på central nivå om IOS skulle fungera som ett arbetsätt för verksamhetsplanering och styrning eller om det mer skulle vara ett allmänt verktyg för att driva olika projekt inom organisationen. Resultatet blev den förstnämnda inriktningen. IOS skulle nu genomföras på samtliga förvaltningar och basenheter inom landstinget. De olika förvaltningarna skulle utforma verksamhetsplaner som hade sin utgångspunkt i IOS-termer. Till deras hjälp fanns ett antal tjänstemän inom landstinget som hade genomgått en utbildning för att själva kunna ge seminarier och handledning bland förvaltningarna och senare bland basenheterna. De första verksamhetsplanerna enligt IOS gjordes i förvaltningarna under senhösten 1992, och sammanställdes centralt i landstingets verksamhetsplan för 1993-95. Parallellt med att sammanställningen pågick centralt så utvecklade förvaltningarna sina verksamhetsplaner och i mars kunde landstinget presentera en fullständig verksamhetsplan för 1993.

Under det här arbetet pågick det diskussioner om verksamhetsplanens rubriksättning och innehåll bland förvaltningarna. Uppfattningarna skilde sig ibland åt, men i den slutgiltiga verksamhetsplanen var uppläggningsen av verksamhetsplanerna lika över hela landstinget. Verksamhetsplanerna för 1993 och för perioden 1993-95 är dokument som tillsammans anger de olika förvaltningarnas verksamhetsidé, kunder, kännetecken, mål, inriktningsförändringar, handlingsprogram samt resultat- och balansräkning. En av de ledande landstingscentrala tjänstemännen förklarade IOS och dess tänkta funktionssätt i organisationen på följande sätt:

”Du skall orientera dig i din roll i förhållande till kunden, vem är min kund?, vem är min uppdragsgivare?, Och ofta där ser man att kunden är uppdragsgivaren... Och vad

är det för situationer eller problem som jag skall lösa för kunden. Hur skall jag organisera mina resurser för att lösa det här problemet? Vilket administrativt stöd behöver jag för att jag med mina resurser skall kunna fungera i förhållande till det här? Det är den här enkla principen att man kundorienterar sig, kan man säga, att man har ett system för att styra och följa upp verksamheten. Så det är ju för att det leder till ett strukturerat tänkande.” (tjänsteman i landstingsledningen, 93)

Men åsikterna skilde sig dock fortfarande åt mellan olika tjänstemän i landstingshuset rörande hur IOS skulle kunna användas. Bland annat såg ekonomi- och planeringsavdelningen IOS som en systematik att få fram verksamhetsplaner. Andra lade större vikt på att det var ett praktiskt och strukturerat arbetsverktyg. I den senare gruppen såg man inte IOS som någon avgörande faktor i verksamhetsplaneringen. En av de ledande tjänstemännen uppfattade arbetssättet som alltför doktrinärt. Men ändå kände sig många på central nivå nöjda med första omgångens planeringsprocess. Oavsett olika landstingstjänstemäns personliga uppfattningar om IOS så hade en verksamhetsplan ställts samman, och man kände att processen att få fram den hade varit givande. Det framgick också att landstingsledningen i ett andra steg ville att IOS skulle fortsätta ut i organisationen från förvaltningsnivån ut på basenheterna.

Arbetet med att föra budskapet om IOS från förvaltningsnivån vidare till basenhetsnivån började under våren 1993 och fortsatte under sommaren. Detta skedde i regel genom att basenhetscheferna åkte i väg på internat ett par gånger för utbildning, och att de däremellan fick den krävande hemuppgiften att gå igenom IOS-stegen för sin egen basenhet. Bland en del tjänstemän i landstinget fanns det dock tvivel rörande hur väl detta fungerade i praktiken:

”Jag ställer mig tvivlande till om det har genomslagskraften. Men det är klart, det är ju ett sätt att strukturera det här för chefer och ledningsgrupper och liknande. Men sen tror jag man måste hitta modifierade former för att föra ut det här på ett begripbart sätt till frontpersonalen.” (tjänsteman i landstingsledningen, 93)

Liksom flera andra menade tjänstemännen att IOS-planerna måste omformuleras för att verkligen kunna fungera som ledningsinstrument:

”[Frågan är ju] hur kan vi spara och ändå upprätthålla en så hög kvalitet som möjligt i vår service, vår gärning, gentemot patienten? Det är ju det går ut på. Och det går ju att uttrycka på ett mera engagerande sätt än... IOS.” (id.)

En av basenhetscheferna hade en liknade uppfattning och menade att överföringen till verksamheten måste modifieras genom att föra in ekonomiska mått:

”...men då är det mera realekonomi som ligger bakom. För när man översätter verksamheten till pengar då blir det intressant, mer fattbart påtagligt. Vi har ju i flera år internt fört en diskussion på kliniken om just marknadstänkande och servicetänkande och sådana här saker som alla då tycker är bra. Men det är inte förrän det blir väldigt konkret påtagligt som man kan förvänta sig att man får ett aktivt gensvar i diskussionen. När man märker att det faktiskt är ens egen försörjning hänger på det här. Då blir det väldigt konkret och påtagligt det här.” (basenhetschef, 93)

Bland personal som kommit i kontakt med IOS så uppfattades det nya sättet att utföra verksamhetsplanering som en del och konsekvens av Sörmlandsmodellen. Den här synen delades av flera basenhetschefer som var positiva till IOS; en såg IOS som sin nya ledstjärna och en annan såg en fortsättning även inom basenheten:

”det är ett sätt att införa Sörmlandsmodellen, att fördjupa den så att säga på kliniken, för sen kommer ju det här arbetet, det är ju då bara ett första möte för ledningen på kliniken. Sen ska det här ut på avdelningarna och internt inom olika avdelningar skapas program för hur man ska nå dom här uppställda verksamhetsmålen.” (basenhetschef, 93)

Mottagandet blev dock inte lika positivt på alla basenheter. Hur IOS praktiskt fungerade kom i stor utsträckning att bero på basenhetschefens personliga inställning. Några reagerade med håglöshet; ”IOS är ytterligare någon sån där administrativ morgongymnastik”, och andra var öppet skeptiska:

”Det finns ett otal olika företagsfilosofiska styrmodeller. Vi har varit utsatta för... jag har varit utsatt för en lång rad. Det näst senaste, det var landstingets målstyrningsfilosofi, det var en fruktansvärd rappakalja, en våldsam konstruktion av olika målhierarkier och målnivåer hopsatta av nån... av ett antal arbetslösa byråkrater... sysselsättningslösa byråkrater på sin kammare. Det där har vi ju spolat helt idag. Det senaste vi har blivit utsatta för, det är något som kallas för IOS-Inrikta, Organisera, Styra. Det är också då återigen lika meningslöst, tycker jag, att försöka hitta en styrningsfilosofi som då skall kunna genomsyra hela organisationen uppifrån landstingsdirektören ned till yngsta undersköterska.” (basenhetschef, 93)

Samma basenhetschef säger också på följdfrågan om IOS används för att göra verksamhetsplaneringen av kliniken:

”Jag är skyldig, inte bara att använda den, utan att också fungera efter den. Vi har inte kommit dithän än. Det är tveksamt om vi gör det...”. (id.)

Att IOS som allmänt verktyg för verksamhetsplanering inte hade nått ut på den här kliniken bekräftades också av klinikföreståndaren. Hon visste att en verksamhetsplan hade gjorts på kliniknivån men hon hade aldrig blivit invol-

verad i arbetet och inte upplevt att man hade börjat planera sin verksamheten ut på kliniken på något nytt sätt.

Allt flera av klinikerna på de olika sjukhusen började få sina verksamhetsplaner klara under sensommaren och början av hösten 1993. En ledande tjänsteman vid ett av sjukhusen såg den här vägen av verksamhetsplanering som lämplig vid detta tillfälle, och menade att det fanns ett behov av att identifiera sina kunder, sina produkter och analysera kundernas situation. Han menade också att skapandet av verksamhetsplaner på basenhetsnivån gjort att man fått igång en diskussion som aldrig tidigare hade förekommit. Man började ifrågasätta basenhetschefen, vad man gjorde på kliniken och vad saker egentligen kostade. Han fortsätter med att peka ut en ytterligare utveckling under hösten:

”då kommer vi köra gång en ny process. Den kommer inte att hetta IOS, jag vet inte vad den kommer att heta, men vi kommer väl att använda den gamla verksamhetsplanen och jobba vidare med den helt enkelt, för att hitta strategier. Och det strategier vi är ute efter det är ju för att överleva. Att säkerställa en bra sjukvård i det här området. Det är ju målsättningen!” (tjänsteman i sjukhusledning, 93)

I slutet av hösten reviderade förvaltningarna sina verksamhetsplaner, skapade nya handlingsplaner och skickade dem vidare till landstingsledningen. Resultatet sammanställdes i verksamhetsplanen för 1994. Skillnaderna mellan verksamhetsplanen 1994 och 1993 var mycket små vad gäller organisationens verksamhetsidé, mål och kännetecken. Om någon förändringar hade skett så var det i regel frågan om omformuleringar av språket snarare än omorienteringar i förvaltningens verksamhetsinriktning.

På förvaltningsnivå blev det också aktuellt att under 1994 se över verksamhetsplanerna för basenheterna. Man märkte då att en del av klinikerna fört ut IOS-systematiken för verksamhetsplanering i hela organisationen, medan andra låtit den stanna hos basenhetsledningen. Den översyn som skedde blev därför olika på olika kliniker, men grundläggande var dock att de flesta gjorde marginella eller inga förändringar samtidigt som den löpande verksamheten fortsatte att förändras. Det här återspeglas också av ett par kommentarer från basenhetspersonal:

”Grundstommen ligger kvar och vilka åtaganden ska vi göra på vår klinik finns kvar. Det stämmer fortfarande, men jag har en känsla av att det kommer att förändras, men den har stämt rätt bra hittills sen vi gjorde den faktiskt. Men när vi får slås för att få patienter till kliniken känner jag ibland så den där kan ju inte stämma i längden. Vi måste ju också jobba för att få hit kanske nya patientgrupper. Jag har tittat på [...]patienterna, så finns det metoder, dom går hem fortare, dom kanske går hem di-

rekt, dom kanske inte behöver rehabilitering, dom kanske får det hemma, kanske kommunen ser till att dom får och då måste vi hitta nya patienter för att överleva så att det där, den är föränderlig redan faktiskt.” (avdelningsföreståndare, 94)

En av klinikföreståndare menade att det inte gjordes några större förändringar av de gamla planerna:

”Vi läser dom gamla och ändrar lite i kanten, enklast möjliga” (klinikföreståndare, 94).

Dessutom ansåg man på basenheterna att man egentligen inte hunnit med alla steg i IOS-processen. Att inrikta och organisera hade varit en teoretisk övning som gått relativt bra, medan man stannat inför problemet att omvandla sina slutsatser till löpande verksamhetsstyrning. En av basenhetscheferna säger att man egentligen aldrig blir färdig, och exemplifierade med den egna basenheten vars struktur och sammansättning har ändrats fyra gånger de senaste fyra åren. Han menar att det härigenom mest har handlat om att inrikta och organisera och att de liksom de andra klinikerna på sjukhuset inte haft resurser och kapacitet att ta tag i styrningen av vardagen. På såväl sjukhus- som landstingscentral nivå var man medveten om behovet av administrativt systemstöd för löpande verksamhetsstyrning. Man uttalade under 1994 tydligt att sådana lösningar var på väg. Exempel på detta var det nya redovisningssystem som infördes i oktober 1994, liksom utbildningsinsatsen inför det databaserade journalhanterings-systemet och upphandlingen av ett nytt personaladministrativt system. Det var dock få på basenhets- och sjukhusnivå som satte dessa nyheter i samband med verksamhetsplaneringen.

I slutet av 1994 så menade flera att verksamhetsplanering inte längre betonades på samma sätt och en av tjänstemännen på ett av sjukhusen menade:

”IOS är ju en modell bland flera modeller, och man har ju alltid arbetat på något liknande sätt. Det är ju att arbeta strukturerat, om vi förenklar det hela, och det har man ju alltid gjort. Och sedan är det ju vid olika tidsperspektiv som man kallar det en viss sak och slår på trumman för det, och det gjorde man ju då för ett och ett halvt år sedan. Men om vi säger, det är ytterst få som idag nämner IOS och jag är inte säker på att om du gick ut på sjukhuset och frågade, om så många kommer ihåg att dom var ens på utbildning om det där. För den delen kan man säga att jobbar i den andan, men inte liksom att man är medveten om att det här är IOS eller någonting sånt.” (tjänsteman i sjukhusledning, 94)

Att IOS och verksamhetsplanering inte betonades på samma sätt efter den andra planeringsomgången för basenheterna verkar de flesta eniga om. En annan sak som de centrala och lokala tjänstemännen upplevde var att med-

vetenheten om kunden/patienten och dennes krav på service ökat. Denna medvetenhet bland personalen tyckte dessa tjänstemän var den mest positiva konsekvensen av att verksamhetsplanering fördes ut på basenheterna. Bland basenhetscheferna upplevdes dock inte den ökade service- och kundorienteringen lika tydligt, utan IOS sågs av de flesta fortfarande som ett av ledningen påbjudet administrativt verktyg för verksamhetsplanering.

Under den här tiden — från 1992 till december 1994, då aktiviteten kring IOS började avta — så har en hel del aktörer ändrat inställning till systemet:

”Ja för att vara helt ärlig så, ja vi jobbar väl kanske efter det då. När vi gick igenom IOS på dom här dagarna tog vi fram en verksamhetside och kännetecknen och sen så har vi väl försökt att jobba efter den. Men det var ingenting som någon av oss i ledningsgruppen var så där väldigt imponerad av, det här med IOS. Men visst vi jobbar väl med det, det gör vi. ...Men jag är inte lika imponerad av IOS längre”. (tjänsteman i sjukhusledning, 94)

De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring IOS sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 8.2.

	Landstingsledning	Landstingets ekonomifunktion	Förvaltningsledningar	Basenhetschefer
1990: Flerårsplanen 91-94 beslutas		Den ekonomiska styrningen skall förnyas, verksamhetsplanering en viktig del.		
1991: förstudie om ekonomisk styrning klar	Bra att den ekonomiska styrningen konkretiseras. IOS skall bli ett generellt planeringsverktyg i organisationen.	Verksamhetsplanering, kundorientering och aktörspåverkan nyckelord i den ekonomiska styrningen. IOS föreslås.		
Senhösten 92: Utbildning och första förvaltningsplanerna	Planeringsprocessen i stort sett bra, ganska hårt styrd dock.	IOS är en fungerande systematik för att ta fram verksamhetsplaner.	Vi har olika syn på planering, men IOS tydlighet gör att planerna harmoniseras.	
1993: Utbildning och första basenhetsplanerna	Bra som strukturerat planeringsverktyg, men ersätter inte lokalt ledarskap.	Bra att IOS spridit sig till basenheterna, det kopplar samman organisationen.	Planeringsarbetet förlöpte utan större problem.	IOS har möjligheter, men då måste man översätta till ekonomi och föra ut till alla på basenheten. Annars är det bara onödig administration.
1994: Andra/tredje planeringsomgången	Planeringen fungerar, nya rapportsystem på väg.	Det kommer nya administrativa stödsystem framöver.	Kanske dags att slopa IOS, blandat mottagande på basenheterna och inga större förändringar sker i planerna.	Vi gör planerna efter IOS, men vi uppdaterar i regel fjolårets plan. Grundstommen är stabil över åren.

Tabell 8.2: Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet IOS vid olika tidpunkter i processen.

9 Landstinget i Uppsala Län (LUL)

9.1 *Bakgrund till styrinitiativen*

Landstinget och länet breder ut sig mellan Älvkarleby strax söder om Gävle i norr, Östhammar i öster och Enköping i söder. Det är ett län med skiftande natur från den norra regionens skogar till Roslagens skärgård. De södra delarna, liksom de centrala, är framförallt jordbruksbygder. I länets centrala del ligger den expansiva universitetsstaden Uppsala, där större delen av länets omkring 290 000 invånare bor. Den södra delen av länet med kommunerna Enköping och Håbo är mer tätbefolkade än kommunerna Östhammar, Älvkarleby och Tierp i norr. I den norra delarna av länet är också befolkningen äldre. Historiskt sett så är länet en ekonomiskt välmående trakt med en mängd gårdar, herrgårdar och slott.

Regionalt är det Uppsala som är centralorten. Akademiska sjukhuset i Uppsala (UAS) är förutom läns- och undervisningssjukhus också regionsjukhus. Landstinget har ett stort inflöde av regionvårdsremisser till UAS. Regionen består förutom Uppsala län av Kopparberg, Gävleborg, Sörmland, Värmland, Västmanland och Örebro län. Utvecklingen av hälso- och sjukvården i länet har i mångt och mycket berott på vad som har hänt i Uppsala. Universitetsstadens storlek och långa tradition av centralort har inneburit att mycket av hälso- och sjukvården koncentrerats dit, och då särskilt till det anrika Akademiska sjukhuset.

De första konkreta stegen mot att införliva vetenskaperna om hälsa och sjukvård med Uppsala Universitet togs redan 1708 då Nosocomium Academicum grundades. Nosocomium anses vara landets första egentliga sjukhus. Ett sjukhus som inte likt tidigare sjukvårdsinrättningar förvarade sjuka, utan faktiskt försökte utföra behandlingar i syfte att bota patienterna. Nosocomium kan vi än idag finna vid Riddartorget i Uppsala. Av utrymmesskäl behövdes dock ett nytt sjukhus och dagens Akademiska sjukhus började byggas nedanför Slottet. Den nya sjukhuset togs i bruk hösten 1867. Redan då fanns en uppdelning och specialisering mellan medicin och kirurgi. Sjukhuset drevs i statlig regi, fram till 1983, då det införlivades i LUL. Förutom Akademiska sjukhuset finns det ytterligare två verksamma sjukhus i Uppsala. Samariterhemmets sjukhus i stadskärnan och Ulleråkers sjukhus utanför tätorten. I länet i övrigt finns ett länsdelslasarett i Enköping och två mindre sjukhus med ett fåtal vårdplatser i Tierp och Östhammar.

Landstinget i Uppsala län hade 1994 13 400 anställda och 4,2 miljarder i driftskostnader vilket motsvarar 14800 kronor per invånare i länet. Den ekonomiska utvecklingen har liknat de andra landstingen med ökade underskott och med minskande intäkter de senaste åren. Skulderna ökade kraftigt under 1991 och det beror till största del på att pensionsskulderna började redovisas under året. Under perioden skedde en urholkning av ekonomin med ett minskat eget kapital och en minskad soliditet. Landstinget minskade sin personal och antalet vårdplatser under den här perioden, där vissa delar överförs till kommunerna i och med ÄDEL-reformen. Samtidigt ökade antalet läkare i landstinget. Den negativa ekonomiska utvecklingen fortsatte även under 1996. Hösten detta år omnämndes LUL som det landsting som hade sämst ekonomi av alla.

Under 1990-talets första år dominerade frågorna om den framtida sjukhusstrukturen debatten. Bakgrunden var att LUL genom övertagandet av UAS fått en överkapacitet som dels kostade för mycket pengar, och dels inte behövdes i en tid av snabb medicinsk metodutveckling. Dessutom innebar det dubblering av specialiteter och utbud. Beslutet om förändrad sjukhusstruktur skedde 1993, tio år efter det att landstinget fått en samlad kontroll över den sjukvård som bedrevs inom Uppsala. Följden av beslutet, som i likhet med andra viktiga avgöranden skedde i samförstånd mellan (s) och (m), blev att Kungsgårdets sjukhus lades ner 1994 och att verksamheten flyttades till Samariterhemmets sjukhus. Vid Samariterhemmet skulle geriatrik och korttidskirurgi bedrivas, medan internmedicin och andra kirurgiska ingrepp flyttades till Akademiska sjukhuset.

I 1991 års förtroendemannautredning föreslogs en uppdelning av organisationen på beställare och utförare. Idén stöddes både av socialdemokraterna och moderaterna, men av olika orsaker. Socialdemokraterna såg i en sådan uppdelning möjligheter till att utveckla politikerrollen mot att tydligare bli medborgarnas företrädare gentemot verksamheten, medan moderaterna ansåg att detta öppnade upp landstingsmonopolet för konkurrens från andra sjukvårdsproducenter. I valet 1991 erhöll de borgerliga partierna efter tre års socialdemokratiskt styre majoritet med stöd av miljöpartiet, och landstingsfullmäktige beslutade att prova beställar/utförar-modellen i liten skala i den södra länsdelen. Från och med ingången av 1993 beställdes all sjukvård för Enköping/Håbo-borna av en lokal hälso- och sjukvårdsnämnd med assistans av ett beställarkansli. Tillvägagångssättet med försök och experiment är något många i organisationen ser som ett signum för allt förändringsarbete i LUL.

Beställar/utförar-modellen ledde bl a till ett omfattande arbete vid Enköpings lasarett för att prissätta sina tjänster och att finna nya sätt att organisera verksamheten och den ekonomiska styrningen. Den nyutträdde sjukvårdsdirektören i Enköping/Håbo kom att administrera ett antal förändringsprojekt och försök både inom och utom lasarettet. Beställarstyrningen utvärderades i omgångar under slutet av 1993 och början av 1994 i syfte att ge underlag för den förtroendemannautredning som skulle vara färdig innan sommaren. Man konstaterade att beställar/utförar-modellen med mindre modifieringar borde införas över hela länet, och beslut om detta togs innan semestrarna 1994. Beslutet innebar att tre geografiskt indelade hälso- och sjukvårdsnämnder skulle upphandla vård från de tre sjukhusen och primärvårdsförvaltningen. I och med att valet ånyo ledde till ett maktskifte kom den nya socialdemokratiska majoriteten att omformulera vissa centrala delar i beställar/utförar-modellen. Text så förde man fram begrepp som ”samverkan” och ”dialog” som ersättning för ”konkurrens” och ”kontrakt”.

Vid Uppsala Akademiska Sjukhus drevs under samma tid omfattande förändringsprojekt inom den administrativa och ekonomiska styrningen. Redan vid mitten av 80-talet gjordes en stor översyn av sjukhusets styrsystem med hjälp av konsultfirman McKinsey. En erfarenhet som många i organisationen i efterhand såg negativt på och gärna ville lägga bakom sig. Likafullt var det många av idéerna från denna utredning som nu återkom, lätt modifierade. Text så drev sjukhusledningen från 1992 och framåt en stegvis divisionalisering för att minska sjukhusledningens kontrollspann, man gjorde serviceenheterna till efterfrågestyrda resultatenheter och initierade upphandlingar av nya datoriserade systemlösningar för att bättre kunna beskriva och styra sjukvårdsproduktionen.

I början av 1995 presenterade landstingets tjänstemannaledning prognoser över den framtida utvecklingen på såväl kostnads- som intäktssidan som skapade stor oro. Den av tradition ganska anonyma och tillbakadragna landstingsledningen (både Enköpings lasarett och UAS såg sig gärna som autonoma enheter) fick nu i uppdrag av landstingsstyrelsen att till hösten komma med förslag på kostnadssänkande åtgärder och intäktsförstärkningar motsvarande 250 mnkr (beloppet kom senare att ökas ytterligare). Förutsättningen för arbetet var att åtgärderna skulle vara av strukturell natur och inte påverka innehållet i vården. Landstingsdirektören samlade sina chefer på kanslierna och förvaltningarna i den sk Isidor-gruppen, och lade under hösten fram förslag motsvarande ca 100 mnkr:s resultatförbättring. Det resterande beloppet fick ledningen för UAS till uppgift att fördela i form av interna besparingar.

Det är framförallt två ekonomiska styrinitiativ på landstingsnivå som varit mer märkbara under den tid vi har studerat LUL. De två styrinitiativen är det inledande försöket i Enköping och därefter det länsövergripande införandet rörande beställarstyrning, samt de sparpaket som gick under namnet Isidor. Förutom de länsövergripande styrinitiativen har det vid både Akademiska sjukhuset och på Enköpings lasarett bedrivits införande av resultatenheter, uppdelning på kärnverksamhet och serviceverksamhet, samt sammanslagning av kliniker till centrumbildningar och divisioner. Som ett exempel på händelseförloppen kring införandet av resultatenheter kommer vi att använda ett antal kliniska laboratorier på Akademiska sjukhuset. Vi kommer vidare att mer ingående presentera de tre styrinitiativen och händelseförloppen omkring dem.

9.2 *Styrinitiativ 6: Beställar/utförarförsöket i Enköping/Håbo*

Beställar/utförarmodellen introducerades i olika versioner i många landsting och kommuner under den första delen av 1990-talet, och bakgrunden till försöket i LUL står således att finna i den allmänna trenden vid denna tid. Politiker av nästan alla schatteringar förespråkade då en mer professionellt styrd offentlig sektor, och även inom socialdemokratien fanns det de som kunde tänka sig konkurrensutsättning och valfrihetsreformer som strategiska åtgärder. Till LUL kom dessa tankar i och med den förtroendemannautredning som gjordes våren 1991. Utredningen betonade vikten av att förtydliga politikerrollen för att prioriteringar skulle kunna underlättas och för att resursutnyttjandet skulle förbättras i organisationen.

Förtroendemannautredningens huvudinriktning var att decentraliseringen av verksamheten skulle drivas vidare, och att politikerna i ökande grad skulle lämna de direkta produktionsfrågorna till respektive förvaltningschef att hantera. Utredningen pekade också på behovet av att utveckla hälso- och sjukvårdens organisation. Förslagen till lösningar var inte unika, utan snarare tidstypiska för landstingskommunal verksamhet. Landstinget i Uppsala län skulle genom att införa beställarstyrning tydliggöra rollerna mellan politiker och tjänstemän. Hur beställarstyrningen infördes varierade mellan olika landsting. Förtroendemannautredningens förslag blev efter visst rådbräkande att beställarstyrning skulle införas på försök i två år i den södra länsdelen (Enköping-Håbo). Försöksprojektet föreslogs inledas i och med ingången av 1992, men i övrigt avstod utredningen från att närmare konkretisera försöksprojek-

tets tidplan och organisation. Den diskussion som förs i utredningen rör främst politikernas roll medan beställarnas och utförarnas roller berörs endast kortfattat.

Vid landstingsfullmäktiges sammanträde den 21 maj 1991 behandlades förtroendemannautredningens förslag, och beslut fattades om att försöket med beställarstyrning i Enköping-Håbo skulle genomföras. Men på grund av att andra konkurrerande projekt och reformer tog kraft och uppmärksamhet från de inblandade aktörerna kom försöket med beställarstyrning i skymundan och införandet från den 1 januari 1992 att skjutas på framtiden. Bland de konkurrerande projekten på landstingsnivå var införandet av den nya centrala förtroendemannaorganisationen, genomförandet av ÄDEL-reformen, samt att landstinget från och med den 1 januari 1992 skulle sätta ett nytt system för ersättning av öppenvård. Med den nya ekonomistyrningen av öppenvården skulle primärvården bli betalningsansvarig för all öppenvård vid sjukhusen. På lokal nivå i Enköping-Håbo pågick under 1991 också förberedelserna för ett projekt som skulle utröna konsekvenserna av att överföra huvumannskapet för primärvården till primärkommunerna.

På landstingskansliet i Uppsala dröjde det till december 1991 innan en projektgrupp tillsattes för att utforma försöket med beställarstyrning i detalj. I det förslag projektgruppen lämnade under våren beskrivs beställarnämndens verksamhetsområde och fördelningen av ansvar mellan landstingsstyrelse, beställarnämnden och producentorganisationerna. Den lokala direktionen i Enköping/Håbo skulle från och med ingången av 1993 övergå till att vara beställarnämnd. Till sin hjälp i avtalsdiskussionerna fick man ett litet kansli. Målet med beställar/utförarförsöket var att förtydliga förtroendemannarollen, underlätta övergripande prioriteringar, förbättra resursutnyttjandet genom högre inre och yttre effektivitet, samt en ökad fokusering på resultat och prestationsersättning (Landstinget i Uppsala Län, 1992).

I projektgruppens förslag angavs att försöket skulle börja från och med 1993 och pågå fram till utgången av 1994. Därefter skulle landstinget — om nu försöket visade sig vara lyckat — genomföra beställarstyrning i all vårdproduktion. Beslutet om en sådan länsövergripande reform måste dock fattas under våren 1994, vilket skulle innebära att försöket i Enköping/Håbo då bara skulle ha pågått i drygt ett år. Anledningen till detta var att en så genomgripande förändring av politikernas sätt att arbeta måste finnas med i den förtroendemannautredning som skulle vara färdig i god tid innan valet i september 1994. De utvärderingsparametrar som angavs av projektgruppen motsvarade målen med försöket. Politikernas upplevelse av förtroendemannarollen skulle

ange framstegen med demokratin, och prestationer per insatt resurs i produktionen skulle ange graden av effektivisering. Prioriteringar och konkurrens angavs ej som utvärderingsparametrar.

Utformningen av beställarstyrningen som praktisk styrmodell lämnades i mångt och mycket åt de lokala parterna — beställarnämnd, beställarkansli och lasaretsledning — att fundera över. Uppläggnings av avtalsprocessen och avtalens innehåll är exempel på sådana frågor. Samtidigt beskars friheten på olika sätt, bl a genom att systemen ju måste passa in i resten av landstinget om beställarstyrningen skulle övergå från försök till gemensam vardag för hela organisationen. Friheten beskars också av den knappare ekonomiska situation som länsdelen ställdes inför 1993 i och med att resurstilldelningen från landstingsstyrelsen blev befolkningsrelaterad.

I praktiken innebar försöket att politikerna i beställarnämnden skulle upphandla länssjukvård och primärvård från interna eller externa producenter. Även om tilldelade medel minskade jämfört med 1992 så skulle man teckna avtal med sjukvårdsdirektören om områdesansvar för distriktet, och med Akademiska sjukhuset i Uppsala om den länssjukvård Enköpings lasarett inte kunde leverera. Beställarnämnden fick till sin hjälp ett beställarkansli med ansvar för det praktiska arbetet kring avtal och uppföljning. I och med att försöket startade övertog landstingsstyrelsen ansvaret som produktionsstyrelse, med sjukvårdsdirektören i Enköping som verkställande tjänsteman.

Beställarkansliet i Enköping fick den 1 augusti 1992 en chef med lång erfarenhet från förvaltnings- och utredningsväsende, och under hösten anställdes också en kanslist och en ekonom. En av de första arbetsuppgifterna för beställarkansliet var att ta fram en verksamhetsplan för kansliet, delvis med hälso- och sjukvårdschefen på landstingskansliet i Uppsala som hjälp och stöd. Bland de saker som behövde göras var att utforma mallar för avtalen med olika typer av utförare, att försöka få fram faktaunderlag för beställningarna och att informera medborgarna, politikerna och utförarna om beställarfunktionens roll i beställar/utförarförsöket. Av dessa tre uppgifter var det framför allt de två senare som kom att innebära problem. Beställarsidan ställde krav på såväl UAS som de lokala utförarna i Enköping-Håbo att tillhandahålla uppgifter om produktionens innehåll, sammansättning, volymer, styckepriser mm, vilket utförarna hade problem med under lång tid.

En resursperson från landstingskansliet i Uppsala sattes in för att utbilda politikerna i den blivande beställarnämnden om beställar/utförarförsöket. Sammanlagt ordnades under hösten 1992 fyra träffar i syfte att diskutera sig fram till hur man skulle arbeta de närmaste två åren. Ledamöterna kom senare

i samband med utvärderingen av försöket att beklaga att man inte kunna lägga ner mer tid på förberedelserna inför vad de kallade ”köp/sälj-organisationen”.

På basenhetsnivå på Enköpings lasarett fortsatte samtidigt arbetet med att identifiera kostnader och prissätta den produktion som utfördes. Det här var ett arbete som av klinikcheferna uppfattades som nödvändigt inför det första avtalet med beställarna:

”För att ta fram offerterna till beställarnämnden gick vi i genom hela kliniken och i princip noterade alla kostnader som vi hade, från proteser att sätta i höfter till investeringar av typen röntgenutrustning nere på operation till gem och kautschuk. Sen har vi då försökt att lista kostnaderna för varje enskild diagnos... ..kostnader på operationssalen, anestesi, postoperativ vård, förbrukningsmaterial i anslutning till operation, hyra plus kostnader för själva hotellkostnaden uppe på vårdavdelningen”. (basenhetschef, 94)

Principen i prissättningsarbetet var att beräkna en standardkostnad för varje diagnos. Man avvisade DRG som grund för fördelningen av resurser inom den somatiska slutenvården, även om det fanns de som menade att DRG kunde fungera för att beskriva verksamheten. Arbetet med att ta fram kostnader och prissätta sin verksamhet var något som man senare kom att uppfatta som alltför omständligt och detaljerat, men som varit lärorikt och bra för att få en bild av verksamhetens kostnadsstruktur.

Själva arbetet med att genomföra kalkylarbetet genomfördes i stor utsträckning av enskilda klinikchefer och klinikföreståndare, med visst stöd från de inhyrda konsulterna. En klinikchef menade att man inte hade lyckats om inte andra medarbetare tagit över delar av vardagsarbetet för honom och klinikföreståndaren. Gemensamt för klinikerna på lasarettet var upplevelsen av en press från beställarkansliet att få fram priser, volymer och i slutändan en offert för klinikens produktion. Arbetet med att ta fram offerterna sågs som livsviktigt. Blev inte offerterna gjorda och inlämnade i tid så fanns risken att kliniken skulle gå miste om avtalet och att beställarnämnden skulle avtala med någon annan vårdgivare om denna produktion inför 1993. Till denna syn bidrog också talet om prestationsersättning och intäktsfinansiering, där flera klinikchefer tolkade det som att kliniken inte skulle få några pengar om man inte gjorde exakt som beställarna sagt.

De inhyrda konsulterna utformade i samband med prissättningsarbetet en ny organisationslösning. Klinikerna uppdelades på kliniker respektive serviceenheter. De senare blev då resultatenheter fullt ut, och kom att sälja sina tjänster till klinikerna (som i sin tur sålde sina tjänster till beställarnämnden).

Denna uppdelning tillskrivs dock i viss mån den decentraliseringsambition som fanns även innan försöket med beställarstyrning.

Parallellt med att beställarkansliet byggdes upp sammanställde ledningen för Enköping-Håbos sjukvårdsdistrikt offerterna från klinikerna vid Enköpings lasarett. Offerterna lämnade man på eget initiativ in till beställarkansliet i november 1992, och beställarnämnden hade därmed ett underlag vars utformning man vare sig velat eller kunnat styra. Offerterna beskrev produktionen vid lasarettet i termer av priser och volymer för olika behandlingar, men däremot fanns det ingen statistik över Enköping/Håbo-bornas sjukvårdskonsumtion. Utförarsidans fokusering på priser och volymer innebar att beställarna fick svårigheter att föra in frågor om patientnytta och kvalitet, och beställarstyrningen kom därmed redan från början att handla om utförarnas produktionsproblem snarare än medborgarnas/patienternas behovs.

Offerterna från klinikerna vid Enköpings lasarett översteg sammantaget beställarnämndens nya befolkningsbaserade budget med 12 mnkr, vilket gjorde att förhandlingsutrymmet var klart begränsat. I och med att klinikerna vid lasarettet lämnat sina offerter tog sjukvårdsledningen över kontakten med beställarna. Sjukvårdsledningen, som tidigare inte blandat sig i klinikernas arbete med att ta fram prisuppgifter, skulle nu slutföra förhandlingarna och teckna avtal.

Även vid Akademiska sjukhuset i Uppsala togs offerter fram. Den allmänna uppfattningen var att UAS genom sin långa erfarenhet av att debitera regionvård skulle klara av detta utan större problem. Erfarenheterna av offertarbete avsåg dock främst specialistvård med höga krav på utrustning och kompetens, och gick inte automatiskt att överföra på läns- och länsdelssjukvård. Prissättningen skedde per delprodukt, vilket innebar att köparen först efter vårdepisodens slut fick besked om den faktiska kostnaden (beställarkansliet upplevde detta som om man skulle få köpa vård på löpande räkning). De interna redovisningssystemen vid UAS kunde inte sortera ut de olika vårdnivåerna från varandra och inte heller ge besked om hur stor del av den egna vårdproduktionen som avsåg behandling av patienter hemmahörande i Enköping/Håbo.

Offerten till beställarnämnden kom till slut att bygga på den uppskattade kostnad för Enköping/Håbo-borna som gjordes i UAS interna budget för 1993. Även här fanns det skillnader mellan beställarnämndens tillgängliga medel och slutsumman på offerten. UAS äskade 23 mnkr mer än vad som fanns tillgängligt. Eftersom offerten togs fram av ekonomerna vid UAS administrativa stab kom klinikerna vid sjukhuset inte att påverkas nämnvärt av försöket

med beställarstyrning. Klinikledningarna var osäkra på vad beställarstyrning egentligen innebar. Man såg inte några skillnader jämfört med tidigare och lade därför inte ned någon större möda på att anpassa sig till beställarförsöket i Enköping/Håbo eller till den eventuella fortsättningen på länsnivå. Arbetet med att göra upp offerter och sköta förhandlingar blev även framgent en uppgift för ledningen på Akademiska sjukhuset. Det var också ledningen som skötte kontakterna med beställarnämnden och beställarkansliet.

De båda största utförarna i försöksmodellen, dvs sjukvårdsdistriktet Enköping/Håbo och Akademiska sjukhuset, var medvetna om beställarsidans resursproblem. Utförarna ansåg att deras offerter avspeglade den vårdproduktion de själva önskade bedriva. De menade att det var beställarens uppgift att specificera vilken produktion som skulle utgå för att ett avtal skulle kunna komma till stånd. Med en total skillnad på 40 mnkr beställarnämndens befolkningsrelaterade budget och utförarnas offerter blev förhandlingarna besvärliga och utdragna. När avtalsperioden startade den 1/1 1993 hade man fortfarande inte nått någon uppgörelse. Så småningom förklarade de inblandade tjänstemännen (dvs sjukvårdsledningen i Enköping/Håbo, sjukhusledningen vid UAS samt tjänstemännen vid beställarkansliet i Enköping) att de inte kunde lösa sin uppgift. Landstingsstyrelsen fick ta över ärendet, och först i juni blev avtalet underskrivet och klart. Samtliga inblandade såg detta som ett misslyckande. Man tänkte nu se till att avtalen för 1994 blev klara i god tid innan årsskiftet.

Avtalet bestod av tre huvuddelar, där de båda första behandlade relationerna mellan beställare och utförare samt relationerna mellan utförarna och patienterna/medborgarna. Den tredje delen specificerade vårdproduktionen för det kommande året och var uppbyggd som en detaljerad produktlista med styckepriser och beställda volymer.

För att få nästa avtalsprocess att löpa smidigare anordnades ett seminarium för parterna. Man diskuterade erfarenheterna från det första avtalet och försökte komma överens om den fortsatta hanteringen av beställarförsöket. Både beställare och utförare förklarade sig nöjda med seminariet. De menade att de nu fått förståelse för varandras åsikter och nått en gemensam syn på styrformen. Man kom också överens om att minska detaljeringsgraden i avtalen och i större utsträckning teckna helårsabonnemang på viss verksamhet.

På kliniknivå vid Enköpings lasarett fortsatte förfiningen av de ekonomiska styrsystemen, och genom avtalsprocessen blev det nu också tydligt vilka sparkrav som de facto lagts på sjukvårdsledningen. När distriktet efter några års turbulens på ledningsnivå fick en ny sjukvårdsdirektör i februari 1994 star-

tade ett aktivt arbete med att förbättra lasarettets kostnadsstruktur. Man tillsatte nio olika projektgrupper bestående av anställda från alla kategorier för att utreda vilka rationaliseringar och effektiviseringar som var möjliga. Grupperna arbetade kring verksamhetsområden som mottagning, omvårdnad, administration, samordning och sjukhusledning. Gruppernas rapporter kom med tiden att leda till stora organisatoriska förändringar vid lasarettet. T ex så samlades klinikernas vårdplatser i en gemensam vårdplatsenhet, och de säljande klinikererna slogs samman till två övergripande centrumbildningar. Lasarettets långsiktiga strategi blev att profilera sig som Enköpingsbygdens sjukvårdscentrum, och man hämtade mycket av inspirationen till detta från medicinklinikens chef som genom sin vision om "kärnsjukhuset" blivit en känd debattör på det nationella planet.

Den lokala beställarnämnden i Enköping var under hösten 1993 fullt sysselsatt med att försöka förstå, utvärdera och samla information om den pågående vårdproduktionen. Man försökte t ex jämföra de utförda prestationerna med specifikationerna i avtalen och man var mot bakgrund av den nyligen avslutade avtalsprocessen angelägen om att följa kostnadsutvecklingen i utförarorganisationerna. Detta innebar bl a att man försökte få en uppfattning om kostnaderna för olika produkter; man menade att om man inte hade god insyn i utförarsidans kostnadsstruktur så skulle man i praktiken köpa vårdproduktion på löpande räkning utan att veta vad man egentligen fick för pengarna. Här menade utförarsidan att beställarkansliet vare sig hade kompetens eller formell anledning att granska den typen av detaljuppgifter. De hade köpt vårdproduktion enligt avtal och skulle sedan överlämna åt utförarna att organisera denna utifrån de givna resurserna.

Vid Akademiska sjukhuset vidtogs som nämnts inte några märkbara förändringar i anslutning till beställarförsöket eller till den landstingsövergripande beställarstyrningen. Ledningen för UAS koncentrerade sig under denna tid främst på införandet av resultatenheter och på den stegvisa divisionaliseringen av sjukhuset. På motsvarande sätt var landstingsledningen upptagen med beslut och genomförande av den nya sjukhusstrukturen, och primärvården ägnade primärt sina krafter åt att hantera den nationella husläkarreformen.

Den ekonomiska ramen för beställarnämnden i Enköping minskade återigen inför 1994. Även denna gång tecknades inte avtalet förrän en tid in på det nya året (april), vilket delvis berodde på en snävt tilltagen tidtabell, dels på de ekonomiska problemen. Detta år talade beställarkansliet om vilka uppgifter man ville ha från sjukvårdsledningen (produktstruktur, prissättning, kvalitetsindikatorer). Sedan diskuterade man med 1993 års avtal i botten och vilka

förändringar som behövde göras till nästa år. Beställarna menade här att man dels behövde samma produktion som 1993 till ett lägre pris, dels behövde vissa förändringar 1994 som man inte kunde betala fullt ut för. Skillnaden mellan beställarnämnden och Enköping/Håbo sjukvårdsdistrikt var 12 mnkr, och efter långa och stundtals irriterade förhandlingar kom man överens om att 6 mnkr skulle sparas internt på lasarettet och 6 mnkr skulle tillföras beställarnämnden från landstingsstyrelsen. Genom att detta krävde styrelsens godkännande hade man även detta år fått gå till de centrala politikerna för att slutföra avtalsprocessen. 1994 års avtal avsåg till stora delar abonnemang av lasarettets tjänster. Inslagen av styckepriser, volymer och klinikvisa specifikationer minskade avsevärt. Som kompletterande grund för prestationsersättningarna angavs kvalitetsindikatorer som tillgänglighet, väntetider, kölängder mm.

Trots förseningen och de ekonomiska problemen menade flera att arbetet med offerter och avtalskonstruktion var smidigare och mer rutinartat detta år. Denna uppfattning märktes framför allt på klinisknivå i de båda utförarorganisationerna, där man på flera håll byggt upp datoriserade kalkylark som snabbt gick att uppdatera.

Under andra halvåret av 1993 inledde landstingskansliets hälso- och sjukvårdsavdelning en serie utvärderingar av beställarförsöket. En ganska kritisk rapport från april följdes av en försiktigt positiv, författad i december samma år. Utvärderingarna konstaterade att försöket inte initierats som svar på några konkreta problem och att systemet inte väntades fungera som tänkt förrän vid avtalstecknandet inför 1995. Dessutom konstaterades missnöje med avtalsprocessen från Akademiska sjukhusets sida och ledningen för Enköpings lasarett efterlyste en lokal produktionsstyrelse samt bättre underlag för de priser som Akademiska sjukhuset tog ut. I en tredje utvärderingsstudie i början av 1994 framkom att de flesta inblandade (förutom Akademiska sjukhuset) ändå helst såg att försöket fortsatte och att systemet i modifierad form utvidgades till landstinget som helhet. Utvärderarna instämde i denna rekommendation, men noterade också att försöket egentligen varit alltför kortvarigt för att några välgrundade slutsatser egentligen skulle kunna dras.

I den förtroendemannautredning som genomfördes på politisk nivå våren 1994 refererar man till de genomförda utvärderingarna och föreslår att beställarstyrning införs i hela länet. I maj 1994 beslutade landstingsfullmäktige att så skulle ske från och med ingången av 1995, och man gjorde också vissa förändringar av förtroendemannaorganisationen. Bl a skapades en separat primärvårdsförvaltning, och både sjukhusen och primärvårdsförvaltningen fick egna politiska produktionsstyrelser. Totalt fanns det därmed fyra produ-

center för beställarsidan att vända sig till. Beställarsidan utgjordes av tre lokala hälso- och sjukvårdsnämnder, en för varje länsdel, som till sin hjälp fick var sitt lokalt tjänstemannakansli som i sin tur underordnades det centrala hälso- och sjukvårdskansliet i landstingshuset. Tanken var att beställarsidan skulle organiseras upp under 1995 samtidigt som produktionsförvaltningarna skulle förbereda system och rutiner. Först vid avtalsprocessen för 1996 års avtal skulle modellen fungera som tänkt

Valet i september 1994 resulterade i att det socialistiska blocket återtog majoriteten i landstingsfullmäktige. Praktiskt innebar nu detta inte så mycket för beställarstyrningens vidkommande. Den tillträdande och den avgående ordföranden i landstingsstyrelsen var sedan flera år överens om att beställar/utförar-modellen skulle implementeras i full skala. Däremot kunde en retorisk glidning konstateras. Den nye ordföranden talade om Upplands beställar/utförarmodell som en arena för samverkan och dialog, och menade att den avgående moderat ordföranden främst haft konkurrens- och marknadsliknande transaktionsformer i tankarna.

Vid Enköpings lasarett blev man under hösten 1994 alltmer negativt inställd till beställarstyrningen. Man menade att styrformen givit en hel del positiva läreffekter i inledningsfasen 1992-93 i och med arbetet kring den första avtalsprocessen, men att dessa nu klingat ut och blivit rutin. Missnöjet blev inte mindre av att även avtalsprocessen inför 1995 försenades kraftigt. Detta såg man framför allt som en konsekvens av att resten av LUL tillämpade anslagsfinansiering och inte fattade beslut om 1995 års budgetramar förrän i november 1994. Lasarettsledningen avgav en offert den 1/12 till beställarkansliet baserad på självkostnadskalkyler, och man kom snart överens om att 1994 års verksamhet var ungefär vad man ville ha även 1995. Liksom tidigare år uppstod det dock en skillnad mellan beställarnas resurser och utförarnas offert, denna gång på 8 mnkr, och först i april var produktionsstyrelsen vid lasarettet och hälso- och sjukvårdsnämnden överens om avtalets utformning. I uppgörelsen ingick dock att beställarna och utförarna hanterade skillnaden genom att ta hälften var, vilket för beställarnas del resulterade i återremiss till landstingsstyrelsen. Det slutliga avtalet, som i än högre grad än tidigare nu avsåg helårsabonnemang på lasarettets verksamhet, undertecknades i juni 1995.

Även om man vid Enköpings lasarett nu ansåg att det var dags att avskaffa beställar/utförar-modellen, så menade man att den ändå givit en hel del positiva effekter. Det inledande arbetet med produktifiering, prissättning och översyn av kostnadsstrukturen hade liksom den initiala fokuseringen på intäktsfinansiering givit klinikledningarna viktiga lärdomar. Förutom en allmän

kostnadsmedvetenhet och ett engagemang för lasarettets långsiktiga utveckling hade man också lagt grunden för efterföljande organisationslösningar som indelningen av lasarettet i tre ”företag” (medicinskt centrum, kirurgiskt centrum samt vårdplatsenheten). Man menade också att övriga vårdproducenter i LUL nog skulle behöva göra liknande erfarenheter; som exempel nämndes att produktionsstatistiken från UAS fortfarande inte var anpassad till beställar/medborgarperspektivet.

När det var dags för avtalen inför 1996 hade alla viktiga förutsättningar redan bestämts centralt. Genom Isidor-processen hade man redan tagit fram förslag på strukturåtgärder som lasarettetsledning skulle få ägna stor tid åt framöver, och landstingets ekonomidirektör hade redan utfärdat preliminära budgetanvisningar för de kommande åren som hälso- och sjukvårdsnämnderna i princip skulle följa. Avtalsprocessen gick relativt snabbt och smärtfritt, och resulterade i ett helårsabonnemang på lasarettets tjänster. Såväl lasarettetsledning som beställarkansli menade att man i praktiken hittat en utvecklad form av anslagsstyrning, och att beställarnas arbete nu i än högre grad kunde inriktas på att se samverkansmöjligheter över förvaltnings- och huvudmannagränser i syfte att göra vårdkedjan så bra som möjligt. Vid UAS var sjukhusledningen missnöjd med hur beställarstyrningen utvecklats — anslagstänkandet var ju något man velat lämna bakom sig — och menade att abonnemangsavtal var ett sätt för beställarna att slippa ta prioriteringsdiskussioner och i stället vältra över alla risker på utförarsidan.

De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring beställarstyrningen sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 9.1.

	Landstingsledning	Sjukvårdsledning Enköping	Beställarna i Enköping	Basenhetschefer	Sjukhusledning UAS
21/5 1991: Beslut om försök	Beställarstyrningen nödvändig för ny politikerroll. Försök skall starta i Enköping 1/1-92. Utredning behövs.				
Juni 1992: Nytt beslut om försök	Direktionen i Enköping blir beställarnämnd från 1/1-93.				
1/8 1992: Beställarkansliet bildas	Beställarkansliet behöver hjälpas igång.	Beställarna skall förses med en detaljerad offert.	Administrativa rutiner skall skapas och försökets grundtankar föras ut.	Varje basenhet måste förse beställarna med offerter, annars blir det inga beställningar.	
Nov 1992: Offert till beställarkansliet		Beställarna har fått en detaljerad offert, och sjukhuset skall nu omorganiseras.	Offerten är inte gjord utifrån patientperspektivet och de begär för mycket pengar.	Offertarbetet långdraget och komplicerat. Svårt att göra korrekta kalkyler.	Offerten till Enköping baserad på budgeten för länsdelens patienter.
Juni 1993: Avtalet för 93 klart	Ett misslyckande att de lokala parterna inte klarade att	Processen fram till avtalet bevärlig, beställarna har ej	Förståelsen mellan beställare och utförare måste		

	teckna ett avtal.	kunnat specificera produktionen..	förbättras, nästa år skall det bli bättre.		
Feb 1994: Ny sjukvårdsdirektör	Utvärderingen visar att beställarstyrning bör införas i hela LUL med vissa modifieringar.	Omfattande rationaliseringar och omorganisationer inleds.	Information om vårdproduktionen insamlas, kostnadsutvecklingen följs.	Offertarbetet gick mycket smidigare denna gång. En lärrik process!	Beställarstyrningen administrativt besvärlig, avskaffa den.
Apr 1994: Avtalet för 1994 klart.	Förslag om att beställarstyrning skall införas i hela LUL, beslut i maj.	Beställarna har inte tillräckligt med kompetens och pengar för att beställa sjukvård.	Snäv tidsram och ekonomiska problem fördröjde avtalet. Mer av abonnemang nu.	Basenheterna undantagna från förhandlingsprocessen, får inte vara med.	
Nov 1994: LULs budgetramar presenteras		Beställningsförfarandet var bra i början, nu finns det inte fler lärdomar. Kommande strukturbeslut viktigare.	Bättre styrning av offertprocessen nu. Fjolårets produktion beställs.		
Juni 1995: Avtalet för 1995 klart.	Beställarna skall primärt inte styra, de skall föra en dialog och främja samverkan.	Beställarstyrningen behövs inte här längre, det är andra förvaltnings tur.	Abonnemangsavtal utifrån givna ramar fungerar bra.	Interna organisationsförändringar viktigast nu.	Beställarstyrningen blev en ny form av anslagsstyrning.

Tabell 9.1: *Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet beställarstyrning vid olika tidpunkter i processen.*

9.3 Styrintiativ 7: Isidor, det stora sparpaketet

I februari 1995 kom flera av de landstingscentrala tjänstemännen och politikererna till insikt om att landstingets ekonomiska situation såg ytterst besvärlig ut inför de närmaste åren. Bakgrunden till detta var att man under 1992-1993 lyckats stabilisera ekonomin efter en kris 1989-1991, och att resultaträkningen nu åter visade positiva tal. Under 1994 talade man internt om totala besparingskrav på ca 70 mnkr, men någon större oro fanns inte trots budgetöverskridanden vid flera stora förvaltningar. Ekonomitjänstemännen menade dock att landstingets likviditetssituation var problematisk, och att det fanns risk för att löpande utbetalningar skulle behöva finansieras med kortfristig upplåning. Det var dock först i samband med den ekonomiska prognosen i februari 1995 som en allmän medvetenhet om det besvärliga läget infann sig. Kostnadsutvecklingen hade accelererat under slutet av 1994 och inledningen av 1995, och man såg samtidigt att skatteintäkterna inte blev så höga som man förut trott. Situationen kändes krisartad och en av de ledande tjänstemännen uttryckte det som att "ekonomin darrade till".

LUL:s centrala ekonomiavdelning pekade i rapporten på att man förväntade sig en fortsatt ökande kostnadsnivå. Likviditetssituationen skulle kunna komma att bli ett akut problem. Med dåvarande kostnadsstruktur, minskande intäkter från landstingsskatt och regionvård samt ökande pensionsutbetalningar skulle LUL vid utgången av 1998 ha en likviditetsbrist på 1.100 mnkr. Man hade då räknat med att räntorna för kortfristig upplåning skulle uppgå till 100 mnkr/år, att avsättningen till pensionskulden skulle behöva vara drygt 100 mnkr/år samt att pensionsutbetalningarna ökade med 10-15 mnkr/år. Pensionsutbetalningarna beräknades bli som störst mellan 2010 och 2015, och därtills hade inga som helst avsättningar gjorts för att detta åtagande skulle kunna infrias.

Dessa prognoser upplevdes av många som en väckarklocka, och man insåg att det nu måste till kraftfulla åtgärder för att vända utvecklingen. Man insåg också att dessa åtgärder måste vara av övergripande, strukturell natur, och därmed inte kunde kanaliseras genom de lokala hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningar inför 1996. Man ansåg att det var landstingsfullmäktiges sak att fatta beslut i strukturella frågor och det alltför bråttom för att man skulle kunna invänta den ännu ovana beställarorganisationens avtalsprocess under hösten. Beredningsansvaret för åtgärderna borde därmed ligga på landstingets centrala ledning. Fullmäktiges budgetberedning gav mycket riktigt också lands-

tingsdirektören i uppgift att samla sina ledande tjänstemän för att utarbeta förslag till åtgärder.

De direktiv som gavs var att man skulle utreda både kostnadssänkningar och intäktsförstärkningar. Det totala beloppet preciserades till 150 mnkr på årsbasis. Vidare skulle dessa åtgärder vara av strukturell natur, vilket innebar att det patientupplevda vårdinnehållet inte skulle påverkas. Utredningen skulle innehålla förslag till politiska beslut och presenteras vid budgetberedningens möte den 12 maj.

Gruppen av tjänstemän som landstingsdirektören samlade omkring sig träffades första gången den 7 mars. Det var på Isidors namnsdag och gruppen fick följaktligen namnet ”Isidorgruppen”. Isidorgruppen bestod av landstingsdirektören, stabscheferna vid landstingskansliet, de fyra förvaltningscheferna i hälso- och sjukvården samt de tre kanslicheferna från beställarkanslierna. Gemensamt för gruppen var en känsla av att ingenting var heligt:

”så här går det ju inte att fortsätta, nu måste vi göra någonting rejält” (tjänsteman i landstingsledningen, 95)

Prognoserna för mars och senare också april 1995 visade på fortsatta kraftiga kostnadsökningar jämfört med budget. Det gjorde att budgetberedningen i april ökade på Isidorgruppens beting till 200 mnkr.

Även om t ex förvaltningscheferna i viss mån försökte skydda sina egna verksamheter mot alltför långtgående åtgärdsförslag upplevde de flesta att det mesta gick att ifrågasätta och diskutera. Man diskuterade t ex förslag om att lägga ned röntgenverksamheten i Östhammar, att förbjuda extern upphandling av laborietjänster, att avgiftsbelägga mammografin, att höja patientavgifterna, att samla geriatriken eller rentav all sjukvård i en gemensam länsorganisation, att minska antalet vårdplatser i Norduppland. Listan av förslag kan göras längre. Många av dem uppfattades dock som alltför radikala och därmed inte möjliga att nå politisk enighet kring.

De slutgiltiga förslaget från Isidorgruppen lämnades enligt tidtabellen till budgetberedningen den 12 maj. I förslagen från gruppen finns höjningar av patientavgifterna, en delvis överflyttning av sjukhusens öppenvård till primärvården, samt förändringar inom geriatrik, laboratorie- och röntgenverksamheten inom länet. De två förslag som kom att uppmärksammas mest hade dock med övergripande strukturfrågor att göra; man föreslog en gemensam ledningsorganisation för de tre sjukhusen och ålade UAS omfattande interna besparingskrav motsvarande 100 mnkr.

Flera av förslagen upplevdes av politikerna som kontroversiella. Isidorgruppen fick i uppgift att utreda dem mer i detalj och återkomma till fullmäktige under hösten. Målet var att beslut om besparingarna skulle kunna fattas i fullmäktige i september, senast i november. Den allmänna tolkningen bland gruppens medlemmar var att beslutet om vidare utredning åtminstone till viss del var ett resultat av en politiska oviljan att hantera konkreta nedskärningar. Man var dessutom orolig för att processen skulle avslutas så sent under 1995 att det i praktiken inte skulle gå att genomföra de önskade åtgärderna från och med ingången av 1996.

Förvaltningscheferna började också kräva besked om vilka ekonomiska ramar som skulle gälla under 1996. Främst med hänsyn till de praktiska ledtiderna i t ex uppsägningsärenden. Dessutom kom den fortsatt negativa kostnadsutvecklingen att leda till krav på ytterligare 150 mnkr i besparingar. Meningarna var delade om huruvida dessa skulle in i Isidorprocessen eller ej. En vanlig invändning var att Isidorgruppen redan tagit tillvara alla strukturåtgärder och att ytterligare besparingar oundvikligen måste leda till ett förändrat vårdinnehåll. När ekonomidirektörens förslag till preliminära ekonomiska ramar för de kommande åren fastställdes strax efter midsommar i budgetberedningen återfanns de senaste 150 miljonerna i hälso- och sjukvårdsnämndernas budgetar och hänfördes sålunda inte till Isidor. De preliminära ramarna hade formen av en kostnadsmatris där det specificerades vilka belopp de tre nämnderna fick upphandla vård hos de fyra producenterna för. Medan förvaltningscheferna såg detta som välkommet upplevde hälso- och sjukvårdsnämnderna att deras (upp)handlingsfrihet som beställare åsidosatts.

Arbetet med Isidorgruppens förslag fortsatte under sommaren och hösten. Kring varje centralt förslag (6 st) knöts en grupp bestående av tjänstemän, vårdpersonal och politiker som gemensamt skulle bearbeta och vidareutveckla dessa. Detta arbetssätt upplevdes positivt av de flesta medverkande, inte minst för att man uppnådde en gemensam förståelse för förslagen. När man så kom till beslut i landstingsfullmäktige i november var man överens om huvuddragen och införstådda med konsekvenserna. Det gjorde att den del av Isidorprocessen som låg utanför UAS kunde klubbas utan större debatt. Resterande belopp, sammanlagt 250 mnkr, hänsköts till UAS styrelse eller till vidare utredning. Flera politiker såg detta arbetssätt som effektivt ur demokratisk synvinkel. De hänvisade till 1993 års beslut om sjukhusstrukturen i Uppsala där man valde ett majoritetsbeslut framför bred enighet. Landstingsstyrelsens ordförande menade också att det var viktigare att processen drog ut några månader än att ett beslut snabbt togs i fullmäktige. Flera partier fick vara med och

göra eftergifter. Man fick ett beslut som både var fattat i bred enighet och dessutom ansågs stabilt över tiden.

Besluten innebar att intäktsidan förstärktes med 30 mnkr genom höjda patientavgifter och att kostnadsmassan antogs minska genom ett antal strukturella åtgärder. Bland dessa märktes att akutkirurgin i Enköping organisatoriskt överfördes från lasarettet i Enköping till UAS. En stor del av öppenvårdsbesöken på sjukhusen skulle överföras till primärvården, samt att antalet geriatriska vårdplatser i Norduppland reducerades kraftigt.

Inom den nyligen uppbyggda beställarorganisationen såg man visserligen Isidorprocessen som någonting nödvändigt inför kommande års verksamhet. Man upplevde att befolkningsperspektivet kommit alltför mycket i skymundan. Man hade utgått från vad producenterna kunde tänka sig för nedskärningar snarare än vilka vårdgivare befolkningen skulle kunna tänkas undvara. Dessutom tyckte man att sommarens budgetdirektiv låst upp beställarna alltför mycket inför framtiden. Man menade också att beställarstyrningen efter Isidor-processen måste ges en ordentlig chans att få fungera som styrform inom LUL.

I den centrala tjänstemannaledningen fanns det flera som menade att budgetarbetet inför 1996 behövde bli mer realistiskt än tidigare. De senaste årens budgetar hade varit för optimistiska med ett allt för stort ansvar förlagt till verksamheten och förvaltningscheferna. Man menade att man från den centrala ledningen nu måste ta ett större ansvar för budgeten. Tex genom att utfärda mer tydliga och realistiska budgetanvisningar och att stärka den ekonomiska uppföljningen på landstingsnivå. Vad gällde den ekonomiska styrningen så blev den föremål för kritik i revisionsrapporten för verksamhetsåret 1995.

De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring Isidor sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 9.2.

	Politisk ledning	Landstingsledning	Isidor-gruppen
Feb 1995: Ekonomisk prognos	Ekonomin är i kris. Snabba strukturåtgärder behövs. Tjänstemännen utreder.	Ekonomin ej sanerad som man trott. Snabba strukturåtgärder nödvändiga.	
7/3 1995: Isidor-gruppen bildas		Gemensamma tag nödvändiga.	Var det så här illa? Vi måste ta rejäla tag, ingenting är heligt.
Apr 1995: Ny ekonomisk prognos	Fortsatt försämring i ekonomin. Öka på gruppens sparbering!		Det finns omfattande besparingsmöjligheter om man bara vågar.
12/5 1995: Slutgiltigt förslag till budgetberedningen	Gruppens förslag delvis kontroversiella; ytterligare utredningar behövs i samråd mellan alla inblandade.	Problematiskt att vi inte kan gå till beslut; tiden rinner ifrån oss. Underskotten ökar alltjämt. Vi måste skapa en förankrande utredningsprocess.	Synd att politikerna inte kunde gå till beslut om dessa smärtsamma förslag. Vi måste ju börja planera inför nästa år.

Midsommar 1995: Budgetberedning	Samråd kring besparingsarbetet i smågrupper bra; både effektivt och demokratiskt. Det får ta sin tid.	Ramarna för nästa år måste fastställas. Nya sparkrav lämnas utanför Isidor.	Bra att planeringsföresättningar klarnar (förv. chefer) även om det är viss centralstyrning (best. chefer).
Nov 1995: Beslut i landstingsfullmäktige	En bra och snabb beslutsprocess som slutförts i enlighet.	En bra beslutsprocess som förankrat åtgärderna. Ett nödvändigt arbete som det var tvunget att gå igenom. Ökad realism om ekonomin krävs i framtiden.	Bra att vi kom till beslut nu. Vi får inte göra om de misstag som ledde fram till den här situationen.

Tabell 9.2: *Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet Isidor vid olika tidpunkter i processen.*

9.4 Styrintiativ 8: Laboratorier på Akademiska blir resultatenheter

I slutet av 1980-talet förändrades ledningen för Uppsala Akademiska sjukhuset (UAS) genom att en ny sjukhusdirektör med bakgrund i läkaryrket tillsattes 1989. I den utvecklingsplan som togs fram efter ledarskiftet konstaterades att de ekonomiska förutsättningarna för verksamheten skulle bli kärvare framöver. Det behövdes nytänkande för att man även fortsättningsvis skulle kunna bedriva vård, utbildning och forskning av hög kvalitet. I planen aviserades en fortsatt decentralisering ned på kliniknivå, införandet av en divisionsorganisation, samt utveckling av nya system för produktionsmätning, resultatmätning och planering. Den ekonomiska styrningen förnyas i decentraliseringens spår genom införande av en ny ekonomisk modell med resultat, prissättning och konkurrens som beståndsdelar.

De första stegen mot ett införande av resultatenheter i LUL togs i slutet av 1980-talet i och med att fastighetsförvaltningen blev en intäktsfinansierad enhet och övriga förvaltningar fick börja betala internhyror. På Akademiska sjukhuset inledde man införandet av resultatenheter med köket och andra försörjningsenheter, vilket ledde till att städenheten fick känna på konkurrens från privata aktörer som lämnade anbud på städuppdrag. Den borgliga majoriteten under mandatperioden 1988-1991 såg införandet av resultatenheter och en ökad konkurrens som sätt att göra landstingets verksamhet mer effektiv. Även sjukhusledningen var intresserade av resultatenheter och drev frågan på sjukhuset. Tanken var att klinikerna skulle bli mer kostnadsmedvetna om de fick betala för de tjänster de utnyttjade.

Redan 1989 var städsektionen intäktsfinansierad, och 1990 följde övriga serviceenheter såsom städ, kök, telefonväxel, vaktmästare och foto. Sjukhusledningen hade i detta skede ingen uttalad ambition att göra de patientvårdan-

de klinikerna till resultatenheter. Däremot var det klart att den interna medicinska servicen stod på tur. Först bland dessa enheter var fyra kliniska laboratorier.

I maj 1990 anordnades på Akademiska sjukhuset ett antal chefsseminarier kring den kommande organisationsutvecklingen. Ett av dessa behandlade införandet av resultatenheter, bl a inom medicinsk service. Efter seminariet var chefsöverläkarna vid sjukhusets fyra kliniska laboratorier intresserade av idén. Laboratorierna var klinisk immunologi och transfusionsmedicin, klinisk patologi, klinisk neurofysiologi och klinisk mikrobiologi. Det konkreta syftet formulerades av sjukhusdirektören som att man genom införandet av resultatenheter skulle öka överensstämmelsen mellan utbud och efterfrågan på laboratorietjänster, öka kostnadsmedvetenheten hos köparna av dessa tjänster och effektiviteten/produktiviteten hos producenterna. Man uttryckte därvidlag även förhoppningen att mängden lab-prover skulle sjunka och att laboratorierna därmed skulle kunna krympa sin produktionsapparat. Till detta kan läggas förhoppningarna att öka konkurrensen och minska förekomsten av fria nyttigheter. Två avsikter med förändringar av styrsystemen som ju även uttrycktes av LUL centralt.

Under juni formulerade sjukhusledningen ett uppdrag om att resultatenheterna omedelbart skulle börja förberedas och vara i drift fr o m ingången av 1991. Cheferna på laboratorierna menade att införandetiden var alltför kort, men sjukhusledningen såg den som tillräcklig och menade att det var viktigt med ett högt tempo i allt förändringsarbete. Efter semestrarna tillsattes en utredningsgrupp som i detalj skulle utforma resultatenheterna. I gruppen deltog även de respektive laboratoriernas största köpare. Man genomförde under hösten ett intensivt arbete med att se över laboratoriernas faktureringsrutiner, prissättning och prislistor, och i november meddelade de fyra chefsöverläkarna att de var redo att försöka sig på resultatenhetsorganisationen.

Den budget för UAS som fastställdes i december var en vanlig anslagsbudget. Det var med andra ord nödvändigt att när försöket inleddes fördela ut de anslagna ekonomiska ramarna för laboratorieundersökningar till de köpande klinikerna. Till utgångspunkt för detta tog man de historiska volymerna, vilka justerades med ett generellt sparbetning. Man upprättade också en skuggbudget (egentligen en resultatbudget). Anslag för utomlänsvård, anslag för forsknings- och undervisningsverksamhet och andra icke fördelade ekonomiska resurser togs upp som intäkter. Laboratorierna hade även en landstingsextern försäljning motsvarande cirka 25 procent av omsättningen, vilken i och med försöket kom att tillföras dem själva och inte sjukhuset i stort. Man for-

mulerade från sjukhusledningen också en uppsättning spelregler från sjukhusledningens sida rörande resultatkrav, konkurrens mm.

För det första verksamhetsåret (1991) hade man budgeterat med ett nollresultat för laboratorierna. Några månader in på det nya året upptäckte man att priserna låg för högt (i priset hade inkluderats täckning för sådana kostnader som sedan inte kom att påföras laboratorierna), och laboratorierna ålades i praktiken ett vinstkrav. När felräkningen upptäcktes ändrades också förutsättningar för de köpande klinikerna på så sätt att de i princip tvingades köpa lab-tjänster internt. I de fall sådana tjänster köptes utifrån fick klinikerna betala en extra avgift på 25 procent av fakturabeloppet. Det innebar att en krona i anslag var värd en krona internt men endast åttio öre när den användes för externa inköp. Dessutom skulle de kliniker som ändå ville köpa externa tjänster ha sjukhusdirektörens godkännande för detta. Spelreglerna var m a o inte helt fastställda från start. Vissa frågeställningar fick helt enkelt lösas efterhand som problemen uppstod eller upptäcktes.

I spelreglerna ingick också att sjukhusdirektören skulle fastställa prislisorna, att de skulle uppdateras en gång per år och gälla ett år i taget. I praktiken var det de olika laboratoriernas chefer som satt priserna eller åtminstone varit de som haft det avgörande inflytandet på prissättningen. Detta i kombination med att priserna inbegripit kompensation för kostnader man sedan inte påfördes samt den begränsade konkurrensen från externa leverantörer, gjorde att laboratorierna under det första året redovisade mycket goda resultat. Inledningsvis fanns det en förhoppning hos laboratoriecheferna att större delen av vinsten skulle stanna kvar inom den egna enheten och kunna användas på det sätt man själv önskade. Så blev det inte. Sjukhusledningen ansåg att stora delar av laboratoriernas vinster kom från de anslagsfinansierade klinikerna på sjukhuset, vilka ju inte hade några möjligheter att göra vinster och dessutom hade betalat överpriser. Vinsten för det första året fick dock laboratorierna behålla för att bygga upp och förfina resultatenhetsorganisationen.

Inför 1992 ställde sjukhusledningen krav på att kostnadskontrollen vid lab-enheterna skulle skärpas och att en detaljerad utgiftsbudget skulle upprättas. Detta förstärktes också av att samtliga laboratorier fick en rad olika besparingskrav. Trots detta lyckades de även detta år redovisa positiva resultat, mycket beroende på att de köpande klinikerna inom UAS ökade sina volymer av lab-prover. Sjukhusledningen önskade dock inte att de interna intäkterna för laboratorierna skulle öka, eftersom de till större delen avspeglade en ökad resursförbrukning inom UAS och inte en ökning av de externa intäkterna. UAS hade i avtalen med regionlandstingen tvingats ge rabatter på regionvår-

den på omkring 10 procent. Det innebar att om de vårdande klinikerna köpte lab-prover avseende regionvårdsfall för 100 kr, så fick UAS bara 90 kr i extern intäkt.

Reglerna för hur mycket pengar laboratorierna fick göra av med reglerades 1993 med en ”kassakredit”, vilket var en summa pengar som varje laboratorium fick använda under året för inköp av externa tjänster. Den tidigare införde utgiftsbudgeten fanns kvar under 1993, och det blev allt svårare för laboratoriecheferna att motivera kostnadsökningar som inte direkt kunde härledas till ökande externa intäkter till UAS. Incitamenten för att öka de externa intäkterna minskade dock då det beslutades att 50 procent av alla intäktsökningar direkt skulle ställas till sjukhusledningens förfogande. Det gjorde att laboratorierna inte fick full kostnadstäckning för alla sina tjänster. Under året blev det p g a extern konkurrens (bl a från det sedermera så skandalomsusade Medanalys i Göteborg) också tydligare för laboratorierna att de var tvungna att ge olika rabatter till de vårdande klinikerna på sjukhuset, primärvården inom länet och Enköpings lasarett. De interna rabatterna till sjukhuset bestämdes i likhet med alla priser av sjukhusadministrationen.

Under 1993 beslutades att laboratorierna skulle leverera ett ”koncernbidrag”, vilket innebar att en viss del av årsvinsten skulle ställas till sjukhusledningens förfogande. Hur stor den delen skulle bli avgjordes inte vid detta tillfälle, men bestämdes sedan för 1993 till 90 procent. Resterande del av överskottet kunde sedan fonderas och användas av laboratorierna. För verksamhetsåret 1994 ändrades koncernbidraget till 99 procent. En av laboratoriecheferna sa att förändringen hade motiverats av sjukhusdirektören i termer av att:

”...laboratoriet nu hade en så stor fond och nu behövde den inte bli större.” (laboratoriechef, 95)

Dessa ständiga ändringar av reglerna tyckte laboratoriechefen var besvärande, vilket uttrycktes i kommentarer som:

”Det är lite tråkigt att spelreglerna ska ändras under loppets gång och även i efterhand, det gör det svårt att veta vart man ligger” (id.)

De ändrade reglerna påverkade arbetet och planeringen för de enskilda laboratoriecheferna beträffande hur de skulle driva verksamheten på sitt laboratorium. Denna osäkerhet om de ekonomiska förutsättningarna speglas också av att laboratoriecheferna i slutet av maj 1995 inte hade någon klar uppfattning om hur eventuella överskott skulle fördelas. Vid den här tiden hade den nya

lab-divisionen (som bestod av de fyra resultatenheterna) funnits i ett år, och vinsterna skulle gå till divisionen och det som blev över när divisionens kostnader var täckta var tänkt att gå till sjukhuset.

Efter det första året med resultatenhetsorganisationen påfördes laboratorierna årligen olika besparingskrav. Besparingarna kunde ske direkt mot laboratorierna genom sänkningar av utgiftsbudgeten. Många gånger kanaliserades besparingarna via sänkningar av kassakrediten eller införande av rabatter mot de köpande klinikerna vid sjukhuset. Alternativet att minska de vårdande klinikernas anslag för att därigenom minska intäkterna till laboratorierna användes inte:

”ska det vara sparkrav på oss så ska det göras genom att de anslag som de vårdande klinikerna får för att köpa undersökningar minskar. Nu skär man i vår utgiftsbudget. Det ska vi göra själva, annars är det inte resultatenheter tycker jag. De vågar inte ta risken att vi ska leva vidare ifall klinikerna överutnyttjar sin budget för laboratorieundersökningar. Alltså hindrar de oss från att göra av med pengarna”. (laboratoriechef, 94)

Samtidigt fanns det inom UAS en utbredd syn på budgeten som något förhandlingsbart, som något man kunde överskrida utan större risk:

”Det har inte varit några problem om budgeten överskridits lite lagom och att man haft en god förklaring att man försökt spara” (laboratoriechef, 94)

Även om sanktionsmöjligheterna upplevts som begränsade så menade flera klinikchefer att det nu blivit viktigare att hålla budgeten och klara sparkraven, även om man fått lägga ned utvecklingsprojekt.

De successivt utvecklade kraven från sjukhusledningen på besparingar, del i intäkterna och koncernbidrag gjorde att laboratoriecheferna upplevde en successiv tillbakagång till det tidigare anslagssystemet. Någon menade att sjukhusdirektörens främsta förhoppning med resultatenhetsorganisationen hade varit att minska antalet utförda lab-prover, men att så inte hade skett. Den enda skillnaden i det nya systemet var att man nu i viss mån kunde motivera ökade utgifter med att man också dragit in mer intäkter än förut:

”Vi är ju bara dumma då vi jobbar och sparar eftersom all vinst går tillbaka till sjukhuset. Nu är vi dumma och idealistiska så vi har sparat och försökt så mycket vi kan, men vinsten har ju gått till sjukhuset.” (laboratoriechef, 94)

Samma laboratoriechef ett år senare, när kassakrediten avskaffats och kostnadskontrollen kanaliserats till utgiftsbudgeten:

”Sjukhuset har väl inte riktigt bestämt sig... ..eller också kan man säga att sjukhuset har bestämt sig men inte riktigt uttalat sina intentioner. Men i vilket fall som helst så uppfattar jag att man är på väg bort från resultatenheterna. Det finns faktiskt de på sjukhusadministrationen som säger att vi har inte resultatenheter längre. Man räknar fortfarande resultat, alltså vinst, intäkter och utgifter och ser man ett resultat, men samtidigt är det mer tydligt att man framförallt gått över till att titta på utgifterna” (id., 95)

Resultatenhetsbegreppet kom också att urholkas genom bildandet av en laboratoriemedicinsk division på sjukhuset. De första stegen mot en division för laboratoriemedicin togs i september 1993 då en utredning gjordes om vilka laboratorier och kliniker som skulle ingå i divisionen. Slutligen blev det de fyra laboratorier som hade bildat resultatenheter 1991 som bildade Centrum för laboratoriemedicin från den den 1 maj 1994 och blev den sjätte divisionen i ordningen vid UAS. Med divisionaliseringen blev det än tydligare att man eftersträvade en hierarkisk lösning med ingående kostnadskontroll, och att vare sig divisionen eller de enskilda laboratorierna skulle få autonomi rörande den egna ekonomin:

”Sen sägs det då fortfarande formellt i regelverket att laboratoriemedicinen som ingår i det där hemska begreppet Medicinsk Service, är en resultatenhet. Men så är det ju bara på papperet, det är ju inte på riktigt, för nu tittar man bara på kostnaderna och det kan jag ha en viss förståelse för, men det retar oss att de fortfarande kallar oss för resultatenheter, för det är bara på lur!” (laboratoriechef, 95)

Även om intentionerna om resultatenheterna successivt försvann så såg både laboratoriecheferna och sjukhusledningen långsiktiga förändringar. Som exempel på sådana nämndes en ökad förståelse för totalkostnadskontrollen och en ökad medvetenhet om att både UAS och LUL måste fungera som helheter, som ”koncerner”. Vid laboratorierna var man på ett helt annat sätt än tidigare medveten om konkurrenssituationen och vikten av att verkligen klara budgeten; även om större delen av vinsten konfiskerades av sjukhusledningen så ville man ändå visa vinst. Vidare menade flera av laboratoriecheferna att de anställda blivit mer intresserade av att ge de köpande klinikerna god service och att informera sig om verksamhetens resultat och kostnader. Bland annat hade man spontant börjat framföra idéer om besparingar och effektiviseringar.

De olika aktörskategoriernas upplevelser av organiseringsprocessen kring beställarstyrningen sammanfattas vid olika tidpunkter i tabell 9.3.

	Landstingsledning	Sjukhusledning	Laboratoriechefer
--	-------------------	----------------	-------------------

1989: Politiskt intresse för resultatenheter	Resultatenheter skapar konkurrens och effektivitet	Resultatenheter ökar kostnadsmedvetenheten	
1990: Resultatenheter bildas		Serviceenheter skall vara resultatenheter. Medicinsk service näst på tur.	
Maj 1990: Organisationsseminarier		Resultatenheter ger optimalt utnyttjande av laboratorierna	Fyra laboratorier visar intresse för att bli resultatenheter
Juni 1990: Uppdrag att bilda resultatenheter		Resultatenheterna skall vara i funktion från 1/1 1991.	Kort införandetid, prissättningsarbetet måste forceras.
Våren 1991: Ändrade spelregler		Priserna på laboratorietjänster för höga, externa lab-köp fördyras.	Vinsten från verksamheten bör tillfalla laboratorierna.
Inför 1992: Skärpt kostnadskontroll		Detaljerad utgiftsbudget krävs, besparingskrav.	
Inför 1993: Ytterligare skärpt kostnadskontroll		Externa inköp begränsas, rabatter beordras, vinster dras in.	Får ej full kostnadstäckning längre.
Inför 1994: Vinster dras in		Successivt ökat koncernbidrag.	Besvikelse över ständigt ändrade spelregler.
1/5 1994: Divisionalisering		Divisionerna ej autonoma ekonomiska enheter. Kostnadssidan central framöver.	Resultatenhetsbegreppet på väg att försvinna, bara kostnadskontroll. Produktionsbegränsning fungerar ej.

Tabell 9.3: *Olika aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet resultatenheter vid olika tidpunkter i processen.*

10 Förändringsdilemmat I: Den ekonomiska styrningens strukturerande egenskaper

Den grundläggande frågeställningen i denna studie rör den ekonomiska styrningens konserverande/statiska egenskaper i relation till det faktum att den används som förändringsstrategi inom hälso- och sjukvården. Frågeställningen innebär, som tidigare nämnts, att den empiriska studien och analysarbetet måste inriktas på att förstå både förändringsförloppen i sig och de konserverande/statiska egenskaper som förknippar själva förändringsstrategin. I detta kapitel skall vi närmare analysera hur den ekonomiska styrningen bidrar till att strukturera och konservera de studerade hälso- och sjukvårdsorganisationerna, samt hur denna strukturering påverkar de förändringsambitioner som organisationsledningarna givit uttryck för.

Inledningsvis betraktar vi närmare den ekonomiska styrningens funktionssätt i hälso- och sjukvården; styrsystemens utformning förstärker på olika sätt den rumsliga uppdelning av organisationen som aktörerna ger uttryck för mot bakgrund av kulturella och institutionella föreställningar, och tillför dessutom en tidsmässig dimension (jfr Boland & Schultze, 1996: 68; Hartmann, 1996: 7ff). Dessa dimensioner får konsekvenser för hur aktörer i organisationen grupperas och upplever sitt handlingsutrymme, och bidrar till att strukturera organisationen i enlighet med rådande normsystem. Kapitlet avslutas med att vi inför analysen av de studerade ekonomiska styrningsinitiativen kontrasterar den ekonomiska styrningens strukturerande inverkan mot landstingsledningarnas uttryckliga förändringsambitioner.

10.1 *Ekonomisk styrning och dess strukturering av verkligheten*

Vi har i kapitel 3 närmare beskrivit den tidiga utvecklingen av teori och praxis kring ekonomisk styrning som driven av behovet av att stycka upp och i detalj analysera kostnadsstrukturen i industriella produktionsprocesser. Medan spektrat av problemställningar, metoder och teorier inom fältet har vidgats betydligt kvarstår i mångt och mycket den ekonomiska styrningens panopticon-filosofi (Hasselbladh, 1994: 128; Macintosh, 1994: 228), enligt vilken organisationens ledning med hjälp av den ekonomiska styrningen skall söka genomlysas alla händelser i den.

De traditionella organisationsstrukturerna speglar denna utveckling på så vis att de ger uttryck för olika filosofier i sökandet efter panopticon. Funktionsorganisationens fokusering på steg i resursomvandlingen är i praktiken en vidareutveckling av de tidiga systemen för nedbrytning av kostnader på produktionssteg, och matrisorganisationens dubbla fokusering på resursomvandlingssteg och produkt är tänkt att lösa problemet med att inte marknadsrelevanta data följs upp. Redovisningsenheterna är då också ansvarsenheter; för varje avskilt mätobjekt för kostnader finns också en ansvarig individ som förutsätts kunna omvandla redovisningsinformationen till konkreta åtgärder (Kirk & Mouritsen, 1996: 257).

I centrum för mycket av traditionell ekonomisk styrning står med andra ord frågan att identifiera relevanta analysenheter inom organisationen, analysenheter som dessutom kan blir föremål för ledning och utkrävande av ansvar. Ett exempel på detta är Johnson & Kaplans kravspecifikation på ett redovisningsbart kostnadsställe:

- ”1. A clear definition of its boundaries,
2. An estimate of the time period to accomplish measurable units of output, and
3. An understanding of the cost drivers that explain variation in costs (if any) with variation in the activity level in the cost center.” (Johnson & Kaplan, 1991: 230)

Rent tekniskt är denna kravspecifikation naturlig; skall man mäta och följa upp någonting kräver detta att (1) mätobjektet lokaliseras i rummet och att externa påverkansfaktorer kan kontrolleras, (2) att man väljer mätperiod/måttillfälle så att mätningen ger tillförlitliga data om mätobjektet, samt (3) att man på ett enkelt och oomtvistligt sätt kan operationalisera mätobjektet och utforma ett mätsystem därefter. Utifrån det förändringsperspektiv på ekonomisk styrning vi sökt tillämpa i denna studie kan vi konstatera att denna typ av kravspecifikation också innebär att individerna i organisationen i sitt upplevda handlingsutrymme införlivar en av ekonomerna strukturerad organisatorisk verklighet (jfr Capps m fl, 1989). Detta innebär att individerna med tiden kan komma att uppleva revirgränser där det annars inte hade funnits några, att den löpande organisatoriska tillvaron ”styckas upp” genom fokusering på räkenskapsår och kvartalsrapporter, att man söker kvantifiera alla relevanta aspekter av organisationens verksamhet i för redovisningssystemet hanterbara enheter (t ex kronor och ören eller DRG-poäng). I den mån verksamheten dessutom låter sig indelas i olika professioner och personalkategorier bidrar styrsystemen även till att aktörer grupperas ihop och tillskrivs samma roller i förhållande till den eko-

nomiska styrningen. Vi skall se närmare på denna den ekonomiska styrningens strukturerande inverkan på hälso- och sjukvården och dess aktörer.

10.2 *Struktureringen av rummet*

Den ekonomiska styrningens funktion kan i mångt och mycket beskrivas som att bidra till den mentala struktureringen av det organisatoriska rummet på ett sätt som skapar ordning och reda. Liksom i all klassisk organisationsteori bygger de grundläggande föreställningarna bakom ekonomisk styrning på att organisationen kan avgränsas från sin omvärld, och följaktligen på att utbytet mellan organisationen och denna omvärld sker över en tydlig gräns och kan göras föremål för allehanda ”gränskontroller” (Llewellyn, 1994: 11ff). Medan organisationsteorin generellt har avlägsnat sig från föreställningen om tydliga organisationsgränser har den ekonomiska styrningen p g a sin koppling till organisationens juridiska struktur och ansvarsformer fortsatt att reproducera det rumsligt-hierarkiska perspektivet (jfr Sahlin-Andersson, 1994: 174) på organisationer. Aktörer i och omkring organisationer är naturligtvis inte enbart hänvisade till de ekonomiska styrsystemen i sitt meningsskapande kring dessa (Boland, 1993). Däremot kan ekonomiska styrsystem utgöra en väsentlig del av det som aktörer uppfattar som styrning, ledning, utvärdering mm, och därmed kanalisera mycket av ledningens bild av hur organisationen skall se ut och var dess gränser är lokaliserade, gränser som mentalt sätts av de olika aktörerna i organisationen (jfr Rombach, 1997:59) I organisationer där styrning, ledning och utvärdering upplevs som centrala aktiviteter blir den ekonomiska styrningen viktig som mental organiseringsprincip för aktörerna, medan aktörer i mer flexibla och icke-hierarkiska organisationer sannolikt lutar till mer informella och ”mjuka” grunder för att strukturera sin verklighet (jfr Johansson, 1995). Man kan också tänka sig att en och samma organisation inrymmer båda dessa sätt för strukturering, uppburna av olika aktörskategorier i skilda sammanhang.

I de studerade landstingen finns det ett otal exempel på hur de administrativa styrsystemen bidrar till att reproducera gränser inom organisationerna och gentemot omvärlden, gränser som tydliggörs av den gränshandel som sker mellan resultatenheter och av ekonomiska resultat som de skilda enheterna presterar. Vilket även Rombach (1997:63) visar i sin studie av en kommun som inför marknadsinspirerade styrinstrument, där man i åtskilda enheter mer ser till den egna enhetens intresse och resultat än till kommunen som helhet.

Den nämnda gränserna gäller inte bara indelningen av landstingen i förvaltningar och basenheter utan även att landstingen grupperar sig kring vårdnivåer och avgränsar sig från andra huvudmän med relaterad verksamhet (t ex primärkommunerna). Foucault (1993: 166ff) beskriver dessa organiseringsprinciper som att man i en sluten miljö söker ”ruta in” rummet och placera ut aktörerna på ett funktionellt sätt.

”Klinikerna skall ju vara väldigt självständiga, det betonas ju i den här nya organisationen att klinikerna är sina egna. Dom gör ju merparten av kalkylarbetet ute på kliniknivå och sen stöttar vi som internkonsulter.” (Ekonomitjänsteman i förvaltningsledning)

Det kanske tydligaste exemplet, och kanske också det mest traditionella, är den hierarkiska indelningen av landstingen i förvaltningar och basenheter eller att de större sjukhusen inför en divisionsnivå. Indelningen är på ett sätt standardiserat genom övergripande begrepp och indelningsprinciper. Alla tre landstingen är grupperade kring sina sjukvårdsförvaltningar, och de olika sjukhusen utgör viktiga samlade symboler för de olika organisationsdelarna. Under 90-talet har alla tre landstingen avskiljt fastighets- och serviceverksamheter till särskilda förvaltningar, dels för att skapa möjligheter till professionell ledning av dessa tjänster, dels för att synliggöra kostnaderna för tjänsterna inför huvudmännen (politikerna) och konsumenterna (sjukvårdsförvaltningarna). Dessa nya organisationsenheter är dock inte alltid lätta att integrera på basenheternas traditionella autonomi:

”Budgetförhandlingarna gentemot sjukhuset centralt sköttes ju av divisionen och sedan läggs dom här besparingarna ut på de olika enheterna. Men det är fortfarande ganska fyrkantigt, det har inte skett några ingrepp i de enskilda enheternas verksamhet än så länge. Vi skall utreda om man kan få några vinster genom att ha gemensam verksamhet eller slå samman vissa verksamheter som man gör på flera ställen. [...] Och det andra man kan tänka sig, om man nu har en division, så kan ju divisionschefen ha lite närmare till kliniken och lättare se var man kan spara och hur man skall omstrukturera verksamheten, men det har inte inträffat heller så vi har fått en mängd arbetsgrupper extra vilket medför att antalet sammanträden har ökat.” (Basenhetschef)

På samma sätt har man inom förvaltningarna delat upp verksamheten på basenheter. I allmänhet har detta inneburit att de befintliga klinikerna kommit att benämnas basenheter, men man har också tillskapat nya enheter av verksamheter som inte tidigare haft någon annan hemvist än förvaltningen i stort. Exempel på sådana är lokalvårdsservice, administrativ service och ibland t o m förvaltningsledningen. Vid mindre sjukhus som Enköping och Nyköping har

man kunnat samla de olika klinikernas vårdplatser i särskilda vårdplatsenheter för att ge bättre beläggning på sängplatserna och stordriftsfördelar i omvårdnaden.

Den ekonomiska styrningen stödjer denna indelning, och i regel har indelningen t o m varit förutsättningen för att traditionella principer kring ekonomisk styrning skulle kunna tillämpas. Utifrån övertygelsen att det behövs system för ekonomisk uppföljning av sjukvården har det varit naturligt för de administrativa ledningarna att söka identifiera vad som skulle följas upp. Svaret har i allmänhet varit givet i och med att de traditionella klinikerna funnits avgränsade och klara och inte heller ifrågasattes vid övergången till basenhets-systemet. Att man kunnat identifiera sådana enheter för uppföljning har också inneburit förbättrade möjligheter att analysera sjukvårdens ekonomi mer detaljerat. Skall man t ex mäta och följa upp resekostnaderna på ett sjukhus är det mer tillförlitligt att låta redovisningen ske där resorna betalas och dessutom mer ledningsmässigt riktigt genom att man kan fördela utfallet per aktör med beslutanderätt i resefrågor.

”Styrregeln är den att man får inte skapa ett system där enheten inte kan påverka sina egna kostnader, det är där problematiken ligger. Vi kan ju hamna i en situation där vi tvingas hyra tjänster från en annan enhet men utan att kunna påverka de kostnader som blir påförda oss. Sådana situationer ska man ha så lite som möjligt.” (Basenhetschef)

En rumslig uppdelning av organisationen på olika enheter kan med andra ord betraktas både som ofrånkomlig och som önskvärd utifrån rent tekniska aspekter. Detta innebär dock inte att följderna av att aktörer förenar denna uppdelning i sin verklighetsbild är vare sig ofrånkomliga eller önskvärda. De aktörer som tillämpar den ekonomiska styrningens rumsliga uppdelning i sin dagliga verksamhet kan tendera att se gränser där det egentligen inte borde finnas några, vilket på olika sätt kanske underlättar den ekonomiska styrprocessen men försvårar utförandet av organisationens verksamhet. Uppfattar man att det finns rumsliga gränser inom en organisation kan det dels hända att man lägger överdrivet stor vikt vid att hålla dessa gränser, alternativt att man lägger överdrivet stor energi på att korsa dem. I de studerade landstingen har vi t ex sett system för internfakturering och internprissättning som inneburit att olika basenhetschefer förväntat sig att sitta i affärsmässiga förhandlingar med sina kollegor (se t ex VL), och system för beräkning av basenheterens resultat som inneburit att man sett det presterade resultatet som tillhörigt basenheten snarare än hela sjukhuset (som i fallet med Akademiska Sjukhuset). På samma sätt förhåller det sig ofta med relationerna mellan enskilda sjukhus, där

man köper in var sin uppsättning av en behandlingsapparat i stället för att dela på en, och att man försvarar sig mot alla former av samverkan och samordning mellan likadana kliniker på olika sjukhus. Flera såg detta som ett tanke sätt som tilltog med försämrad ekonomi:

”Det börjar växa upp tydliga gränser mellan vårdgivare. Vi var ju tidigare indelade i tre sjukvårdsdistrikt och det södra distriktet var indelat i sex vårdcentraler och ett sjukhus. Och så har vi då gjort ännu en uppdelning, sjukhuset är väldigt tydligt affärsinriktat som jag ser det och primärvården har en länsövergripande organisation och har också den ambitionen. Det färgar i alla fall ett synsätt, ett sätt att tänka, det tycker jag är ganska tydligt. Gränserna kommer säkert att bli skarpare och konkurrensen hårdare i takt med en sämre ekonomi.” (Basenhetschef)

Än mer problematiskt blir det när styrsystemets gränsdragningar inte stöds av vare sig tradition eller praktik, som fallet är med indelningen av läkarprofessionen och olika vårdnivåer. Alla tre landstingen har primärvård och sjukhusvård, och den senare innebär att man har såväl länsdels- som länsvård att erbjuda sina innevånare, och man remitterar också på avtalsbasis vidare till regionvård och vissa riksspecialiteter. De enda gränser som är någorlunda tydliga i denna nivåindelning är gränserna mellan primär- och sjukhusvård, samt mellan landstingsintern vård och regionvård. Att de synliga gränserna är problematiska har vi märkt i samtliga tre landsting; reformer som rör primärvårdens funktionssätt och organisering i förhållande till sjukhusen är vanliga, liksom diskussionerna kring hur regionvården skall finansieras. Inom regionsjukhusen är gränserna mellan de olika vårdnivåerna i praktiken osynliga, och där tillkommer problem som hur man skall undvika att alla lokala patienter skall få regionvård när de bara behöver länsdelsvård. När det gäller vårdplatsenheterna i Nyköping och Enköping har vi mött liknande problembeskrivningar; där kliniker vars vårdplatser överförts till de nya enheterna hade svårt att ge upp föreställningen om att de hade ”egna sängar” till förfogande:

”Jag tror att det idag kvarstående stora problemet är det här med kulturförändringen utifrån, att tidigare har vårdplatser alltid tillhört klinikerna och chefsöverläkarna och idag gör de inte det. De köper ju bara in sig på platser på den här vårdplatsenheten och acceptansen från doktorernas sida till det här systemet är väl inte egentligen så helhjärtat ännu.” (Tjänsteman i förvaltningsledning)

Vidare innebär den standardiserade indelningen av sjukvården i förvaltningar och basenheter överbryggningsproblem i och med att avgränsade rumsliga enheter jämförs med varandra trots att de i grunden är olika. Det kan till exempel gälla jämförelser av basenheternas ekonomiska resultat; i både Umeå och Uppsala

fick man tona ned betydelsen av resultaten eftersom resultaten i mångt och mycket berodde på hur enheterna var avgränsade och på hur enheternas intäkter och kostnader beräknats. Resultaten berodde m a o mer på styrsystemets konstruktion än på de anställdas ansträngningar och skicklighet. Dessutom fick ju naturligtvis enskilda basenheters resultat aldrig bli viktigare än resultatet för sjukhuset som helhet; vinstmaximering är måhända funktionell ur basenhetsens perspektiv, men eftersom sjukhuset totalt sett skall redovisa ett nollresultat så innebär detta att andra basenheter kommer att gå med förlust. Går man för långt i dessa ambitioner finns risken att jämförelsen blir en aktivitet frikopplad från vårdverksamheten, en administrativ ritual där det gäller att leverera de önskade siffrorna och visa sig på styva linan. Vilket för övrigt är exakt samma beskrivning som flertalet respondenter gav av den ”gamla övergivna” budgetstyrningen:

”Det är många väntelistor som har blivit obefintliga, som bara var chimärer. Tidigare fick man ju mer pengar bara man skrek. Det är ju borta nu. Det var ju ibland så att man undrade vad det var frågan om. Bara det här med investeringar. Alla fick ju äska vad de ville ha, och när det var lite mer dyrbara grejor så fick man extra pengar. Alla har ju äskat och äskat och det är ju helt klart att det står många apparater här på sjukhuset som dels utnyttjas lite och dels finns samma apparatur på olika ställen och en del utnyttjas inte alls. I det nya systemet gäller att köper jag någonting så måste jag finansiera det själv.” (Basenhetschef)

Ytterligare en aspekt av att analysera hur aktörerna under inflytande av den ekonomiska styrningen strukturerar hälso- och sjukvården i rummet är att se på var i rummet den ekonomiska styrningen förläggs. Den övergripande observationen är att de flesta aktörerna på basenhetsnivå såg den ekonomiska styrningen som något påtvingad av ledningen. Det är dock en bild i behov av nyanseringar; vissa aktörer på basenhetsnivå upplevde de ekonomiska styrsystemen som verktyg i egna händer, medan det fanns de på förvaltningsnivå som kände att de stod utanför systemens konstruktion och upprätthållande. Den ekonomiska styrningen upplevdes m a o av en del som ett nära och påverkningsbart fenomen, och av andra som något som försiggick långt borta och som därför inte kunde påverkas annat än indirekt och på lång sikt.

”Dom har ju möte en gång i månaden, chefsöverläkarkollegiet. Och där kommer ju sjukhusledningen och informerar om vissa saker. Det är ju en timme i månaden. Det mesta av min information eller kontakter från sjukhusledningen det är i form av skrivna brev som kommer i bruna cirkulationskuvert, där de informerar om olika saker eller begär in olika saker. Om jag vill någonting så försöker jag ringa och få tag på någon. Någon enstaka gång har jag skrivit.” (Basenhetschef)

10.3 *Struktureringen av tiden*

Om den ekonomiska styrningen genom sin tekniska konstruktion påverkar aktörernas fortlöpande organisering av sin dagliga verksamhet i rumsliga termer, så kan detsamma hävdas tidsdimensionen. I praktiken är den ekonomiska styrningens tidsdimension en nödvändig konsekvens av den rumsliga dimensionen; utan någon avgränsad tidsperiod att relatera data till blir det svårt att finna underlag för fortlöpande ledning och kontroll. Detta innebär dels att man redovisar händelser isolerat per tidsperiod, dels att man genom att standardisera tidsperioderna kan skapa en seriell jämförbarhet för att kunna följa förändringar över tiden. Räkenskapsåret är kanske det mest tydliga uttrycket för detta, men den tidsmässiga struktureringen av de studerade hälso- och sjukvårdsorganisationerna är mer detaljerad än så. Utöver ett flertal olika cykliska tidsbegrepp i deras ekonomiska och administrativa styrning, så innebär den ekonomiska styrningen också regelbundet återkommande aktiviteter för de involverade aktörerna, aktiviteter som innebär en återkommande organisering och reproducering av styrsystemen.

De längsta tidscyklerna i de studerade landstingen är politiska, helt i enlighet med att den politiska nivån och landstingsledningen skall svara för den strategiska styrningen av organisationerna. Mest påtagliga är mandatperioderna, där varje val av våra respondenter beskrivits som en möjlighet att ifrågasätta befintliga strukturer och föra upp nya frågor på dagordningen. Hanteringen av Sörmlandsmodellen är typisk för detta; valet till landstingsfullmäktige hösten 1991 innebar att förtroendemannaorganisationen enligt gällande synsätt måste vara utformad under våren samma år, vilket i sin tur innebar att utredningen av de politiska styrsystemen kom att ske parallellt med utredningen av de administrativa. När valet väl var avklarat på ett sätt som inte innebar några parlamentariska överraskningar kunde de nya styrsystemen implementeras, och de fick s a s mandatperioden ”på sig” att visa om de höll vad de lovade. Det var först i samband med förtroendemannautredningarna inför 1994 års val som man åter öppnade upp styrsystemen för debatt, och då föreslog modifieringar.

”När det gäller Sörmlandsmodellen så tycker jag inte att vi har behov av att gå ut och stressa begreppet Sörmlandsmodellen längre, utan nu har vi kommit in i en mera stadigvarande organisationsplan som ser ut på det här sättet. Och det är inte aktuellt att vid nästa mandatperiod göra någon revolution som vid inledningen av den här, det är det inte. Och vi kan inte heller göra någon återgång, det går inte heller, på gränsen till omöjligt i alla fall.” (Tjänsteman i landstingsledning, 93)

Tiden före och efter valen kan beskrivas som ett slags ”möjligheternas fönster” (Tyre & Orlikowski, 1994), där det under en begränsad tidsperiod är tillåtet att debattera grundläggande strukturer och också formellt och traditionellt möjligt att gå till beslut rörande dessa strukturer. För de politiska aktörerna är den strategiska utvecklingen därmed strukturerad i tiden på ett diskontinuerligt sätt; valen är möjligheter till språngvisa förändringar, och de mellanliggande mandatperioderna innebär främst möjligheter till inkrementella förändringar.

”Men jag kände ändå intuitivt att i alla politiska partier så låg det här mycket långt framme, men man hade ändå på något sätt valt att inte ta beslutet i juni av en anledning som jag fortfarande inte förstår. Man var ju så långt förberedd mentalt att man borde ha tagit det. Jag såg då framför mig att arbetet skulle börja i en mandatperiod som skulle sträcka sig mellan -92 och -94, och så hade man läst upp sig för den mandatperioden. Därför var det så viktigt att få beslutet så snabbt som möjligt så att det skulle påverka mandatperioden, annars hade man aldrig vågat ändra under mandatperioden och då hade det ju stått till -95.” (Landstingsdirektör)

En liknande tidsmässig strukturering av ledningsarbetet i landstingen utgörs av de treåriga planperioderna. Här återkommer visserligen planeringsarbetet varje år, men vissa treårsplaner blir av olika orsaker (i regel landstingsvalen) viktigare än andra. Exempelvis flerårsplanen inför valet där den nya förtroendemannorganisationen presenteras eller i Västerbottens flerårsplan för 1992-94 där EPK-satsningen presenterades, eller Upplands flerårsplan för 1995-97, där de närmaste årens ekonomiska ramar för förvaltningar och hälso- och sjukvårdsnämnder angavs.

”Inför varje ny mandatperiod har vi stannat upp och försökt analysera mera genomgripande vad det är som är bra och vad som är dåligt i vår förtroendemannorganisation.” (Landstingsdirektör)

För aktörerna i den administrativa hierarkin är tillvaron tätare tidsmässigt strukturerad; de involveras av naturliga skäl knappast i den långsiktiga politiska utvecklingen, men har däremot ofta återkommande tidsgränser att hantera som har med den ekonomiska styrningen att göra. Text så innebär räkenskapsåren att administrativt ansvariga i förvaltningar och på basenheter varje år involveras i att producera årsbokslut, genomgå budgetprocesser och numera också i avtalsprocessen inför kommande beställningar. Dessutom skall man i regel också gå igenom en systematik för verksamhetsplanering (text LOTS eller IOS). Den ekonomiska styrningen innebär således inte bara att organisationen kring den löpande administrationen delas in i begripliga tidsenheter,

den tar också aktörers tid i anspråk genom att ställa krav på återkommande handling.

”[En förvaltningschef utanför sjukvården] hade lämnat en tertialrapport i maj för de fyra första månaderna. Jag tyckte den var undermålig, den var jättedålig. Det som stod där var ju bra, men det stod bara så här mycket och ‘här är allting frid och fröjd’ om man hårdrar det. Då sa jag det, vi hade en genomgång, ‘jag tycker den här är jättedålig, den säger ingenting, den har inget informationsvärde, jag vet inte om ni uppfyller målen eller inte.’ Han var skitsur! Men sen måste han ha tänkt om. [...] Det var landstingsdirektören som var inne hos honom och då hade han suttit och slitit med nästa tertialrapport, ‘nu skall ni få rapporter härifrån.’ Folk är intresserade av att uppnå målen och i det här fallet handlar det om en så enkel sak som att verkligen rapportera.” (Ekonomitjänsteman i landstingsledning)

”Basenhetsrapporter lämnas ju till ekonomiavdelningen ett antal gånger om året, jag skriver upp det i min almanacka. Jag skulle tro en fem-sex gånger om året. Sjukhuset skickar ju tertialrapporter till beställarna. Det skickar sjukhuset. Det har ju inte vi med att göra. [...] Det är fem till sex gånger om året som vi skickar basenhetsrapporter. Vi skickade i varje fall i juni, i augusti och vi skall skicka en nu.” (Basenhetschef)

Den tidsmässiga struktureringen av den löpande tillvaron är tät; vanliga företeelser på förvaltningsnivå är tertial- eller kvartalsrapportering, och många basenhetschefer erhåller månatliga rapporter om kostnadsutvecklingen och läget i förhållande till budget. En av de första åtgärderna som EPK-satsningen i Västerbotten innebar var införandet av tertialrapportering på förvaltningsnivå, och på basenhetsnivå vid NUS var man tidigt angelägna om att ge basenhetscheferna månatlig uppföljning om intäkts- och kostnadsmassornas sammansättning.

”Ja, vi har vår månadsrapport till sjukhusdirektören och han har i sin tur månadsrapportering till landstingsdirektören, och han har i sin tur rapportering till sin styrelse som är den politiska landstingsstyrelsen. Och sedan har vi också den mer genomgripande rapporteringen om varje tertial och då gör vi en ordentlig resultat- och balansräkning, åtminstone på sjukhusen. Vi har försökt att införa det på basenhetsnivå, men jag vet inte om det kommer att löna sig, det kanske är mera jobb än vad det gör nytta egentligen.” (Basenhetschef)

Den ekonomiska styrningen bidrar således till att aktörerna strukturerar sin organisatoriska tillvaro i begripliga och återkommande tidsavsnitt. På samma sätt som ekonomisk styrning innebär reproducerandet av organisationens rumsliga hierarki genom identifieringen av avgränsade aktivitetssystem, så reproducerar den en tidsmässig hierarki i och med att olika aktörer knyts till olika tidsperspektiv i den fortlöpande organiseringen. Medan aktörerna på den politiska nivån tydligare resonerar i termer av mandat- och planperioder, så är

man på de olika administrativa nivåerna snarare knutna till mer frekventa tidsperioder som räkenskapsår, tertial, kvartal och även månader. Detta innebär att politikernas rumsliga distans från verksamheten i termer av detaljeringsgrad i beslut och debatt också motsvaras av en tidsmässig distans avseende hur ofta man med kritiska ögon återvänder till verksamhetens utveckling och förutsättningarna för denna. Aktörerna på beställarsidan är i regel knutna till ettåriga avtalsperioder, vilket en del beklagar:

”På 70-talet så hade ju sjukvården gigantiska planeringsavdelningar som jobbade med storskaliga projekt och med långsiktighet och jättedimensioner. På 90-talet har vi haft små beställarenheter som har jobbat med ettåriga beställningar för verksamheten; pendeln har slagit enormt från denna storskalighet till denna ettåriga beställning. Och lite grand måste man kanske tänka igenom, är det inte så att en del av den strategiska styrningen måste faktiskt ligga i den strategiska planeringen för sjukvården, som ju har längre perspektiv än en ettårig beställning?” (Tjänsteman i landstingsledning)

Vidare bidrar standardiseringen av de tidsenheter som den ekonomiska styrningen anger, att styrningen blir något återkommande, iterativt, cykliskt. Vårdverksamhetens rutinisering och standardisering av uppgifter motsvaras således av en rutinisering och standardisering av de aktiviteter för planering, resursallokering, mätning och uppföljning som krävs av de ekonomiska styrsystemen. Dessa aktiviteter blir återkommande ritualer vars genomförande kan hanteras utifrån tidigare erfarenheter; t o m något på ytan så genomgripande som verksamhetsplanering har som fallbeskrivningarna av LOTS och IOS visat i praktiken kunnat hanteras som en starkt rutiniserad aktivitet. Medan själva hälso- och sjukvårdsverksamheten utvecklas och förändras kan således den ekonomiska styrningens rutiner bli alltmer invanda, välbekanta och förutsägbara. Många av våra respondenter (särskilt basenhetschefer) säger också att det är så de vill ha styrsystemen; de skall utgöra över tiden stabila regelverk som skall förse dem med de grundläggande förutsättningarna för att bedriva den vardagliga verksamheten. Några få ledande administratörer menar (i likhet med Jönsson, 1982) att styrsystemen ständigt måste förändras; att de inte bara måste hålla jämna steg med verksamhetsförändringar utan också hantera oavsedda konsekvenser av tidigare styrsystem. Det är dock det stabilitetssyftande synsättet på ekonomisk styrning som dominerar, inte minst bland basenhetscheferna, vilket i grunden speglar en tveksamhet till om den ekonomiska styrningen verkligen är en del av organisationens förändringsstrategi.

”Motiveringen [för en vinstindragning] var lite lös så där, ‘ni har så stor fond i all fall, balanskontot innehåller så mycket pengar så ni behöver inte mer.’ Och det är lite tråkigt att spelreglerna ändras under loppets gång och även i efterhand, vilket gör att det

är svårt att veta var man egentligen ligger. Vi har ju fått vår budget här först en bit in på innevarande år, och dessutom så vet vi fortfarande inte [...] vilka externa intäkter vi får tillgodoräkna oss, och sen så har det också sagts lite löst att den här budgeten egentligen skall vara gällande först efter två år.” (Basenhetschef)

Den ekonomiska styrningen har m a o ett klart inslag av avgränsning, av en uppdelning organisationens tidsflöde i begripliga och standardiserade tidsenheter. Samtidigt finns det ett inslag av överbrygning i och med den i grunden cykliska synen på de ekonomiska styrsystemens förväntade handlingsutrymme. Genom att den ekonomiska styrningen på detta sätt upplevs som förutsägbar och stabil skiljer den sig från den löpande verksamhetens kombination av cyklisk och linjär tidsuppfattning (dvs att saker och ting återkommer, men aldrig på exakt samma sätt)¹². Detta får konsekvensen att styrsystemen upplevs som över tiden stabila och pålitliga, men också att de inte upplevs vara en del av den fortgående organisatoriska förändringen. Den ekonomiska styrningen blir något som bara berör en del av tillvaron i organisationen och en del av aktörerna. Eftersom den ekonomiska styrningen trots allt är en väsentlig del av huvudmannens långsiktiga ledning av organisationen innebär detta att aktörernas deltagande i styrprocessen är av väsentlig betydelse för att förstå såväl organisationens strategiska utveckling som den interna maktfördelningen. Man kan säga att aktörerna grupperas/kategoriseras i förhållande till den ekonomiska styrningen som en konsekvens av struktureringen av rummet och tiden i organisationen.

10.4 Strukturering av aktörerna

Den ekonomiska styrningens rumsliga och tidsmässiga bidrag till aktörernas strukturering av sin organisatoriska tillvaro innebär en tendens till kategorise-

¹² Butler (1995) formulerar dessa skillnader på ett lite annorlunda sätt, även om den empiriska observationen är densamma. Enligt Butler förlitar sig byråkratiska organisationer i hög utsträckning på klocktid, dvs man söker skapa ordning genom att införa fasta tidsramar och en hög grad av rutinisering för alla aktiviteter. Motsatsen är enligt Butler den spasmodiska tidsuppfattning som ”garbage can”-organisationer lagt sig till med, en tidsuppfattning där ett myller av olika tidsramar och en låg grad av rutinisering gör att tillvaron upplevs som diskontinuerlig och ”ryckig”. Förenklat skulle man kunna säga att den ekonomiska styrningen i hälso- och sjukvården arbetar med klocktid som tidsupplevelse medan själva vårdverksamheten ser den temporala dimensionen av organisationen som spasmodisk. Mötet mellan ekonomisk styrning och vårdpraktik blir därmed ett möte mellan olika tidsregimer.

ring av aktörer i förhållande till styrsystemen. Ett par observationer är att långtifrån alla är medvetna aktörer i förhållande till den ekonomiska styrningen, samt att de som agerar med hänvisning till den ekonomiska styrningen inte upplever handlingsutrymmet på samma sätt. Organiseringen av den ekonomiska styrningen är bland annat en organisering av aktörerna i kategorier, där vissa kategorier exkluderas/exkluderar sig från de fortlöpande styraktiviteterna och andra involveras/involverar sig. Kategorierna är i sig en konsekvens av den ekonomiska styrningen; de organiseras fram just i och med att styrsystemen introduceras och förnyas över tiden. De aktörskategorier som kan identifieras i förhållande till sjukvårdens praktik kan därmed inte automatiskt överföras till resonemang kring den ekonomiska styrningen, inte minst därför att den senare har organisationsledningen som primär avnämare och inte patienterna. Som en basenhetschef villrådigt uttryckte det på ett ekonomistyrningsseminarium:

”Vi har ju två kunder, dels patienterna som skall ha vård, dels sjukvårdsledningen och politikerna som skall ha resultat och uppföljning.”

Att involveras/involvera sig i organiseringen av den ekonomiska styrningen innebär att man hamnar under inverkan av den ekonomiska styrningens rumsliga och tidsmässiga strukturerande egenskaper. Genom att så bli en del av den ekonomiska styrningens upprätthållande införlivas man mer eller mindre i den ekonomiska styrningens uppdelning av det organisatoriska rummet och taktangivelse i den organisatoriska tiden. På samma sätt kommer de som exkluderas/exkluderar sig från att reproducera den ekonomiska styrningen inte att utsättas för dess struktureringsprinciper, utan kan förlita sig på den strukturering av verkligheten som erbjuds via professionella och andra föreställningar. Även om den rumsliga indelningen av sjukvården i basenheter är förankrad i medicinska traditioner, så finns det i övrigt stora skillnader i hur man ser på den organisatoriska verkligheten i olika aktörskategorier. Dessa skillnader manifesteras särskilt tydligt när olika projekt och styrinitiativ introduceras i organisationen.

Till de aktörer som mer eller mindre automatiskt involveras i den ekonomiska styrningen hör de administrativa ledningarna på landstings- och förvaltningsnivå. Båda dessa nivåer har generellt sett en strävan att förbättra och förfina de ekonomiska styrsystemen för att därigenom söka uppnå en kombination av decentralisering och ekonomisk kontroll. Däremot är skillnaderna stora i hur man ser på sitt handlande i förhållande till styrsystemen; på landstingsnivån är man i regel intresserad av den ekonomiska styrningens standardi-

serande och policyskapande aspekter, medan man på förvaltningsnivån mer betonar styrningens beteendepåverkan och därmed också behovet av lokal anpassning. I de studerade landstingen har också den praktiska utformningen av de ekonomiska styrsystemen varit en fråga för förvaltningsnivån, medan landstingsledningarna sett som sin roll att ange de ekonomiska förutsättningarna och värna om ett visst mått av standardisering och jämförbarhet. Detta har i regel inneburit att de olika förvaltningarna var för sig fått identifiera hur och på vilket sätt den ekonomiska styrningen skall fungera som en del av organisationsledningen, men att landstingsledningen eftersträvat att behålla det avgörande inflytandet över vilken informationsteknologi och systematik som skall ligga till grund för detta arbete. I både Sörmland och Västerbotten har detta inneburit att landstingsledningarna definierat frågor som datoriserade journalhanteringssystem, redovisningssystem, kvalitetsmanualer, verksamhetsplaneringssystem mm som just frågor för landstingsledningen. Resonemangen kring införandet av LOTS är belysande; man ville etablera ett gemensamt språkbruk som förvaltningar och basenheter sedan skulle kunna använda för att själva kunna hantera sina lokala problem. Ur landstingsledningarnas perspektiv är den ekonomiska styrningen något som i praktiken produceras och reproduceras på förvaltningsnivå, och för att man skall kunna värna om standardisering och jämförbarhet måste man således ange vilken begreppslig grund förvaltningarnas ekonomistyrningsarbete skall vila på. Centralt i denna begreppsliga grund är, som vi sett, angivandet av rumsliga och tidsmässiga struktureringsprinciper för att indela organisationen i mätbara och jämförbara enheter. Medan förvaltningar inom samma landsting kan ha ganska så skilda föreställningar om den ekonomiska styrningen (jfr t ex Umeå och Södra Lapplands sjukvårdsområden), så kommer styrningens praktik att bedrivas utifrån samma rumsliga och tidsmässiga begreppsapparat och därmed drivas mot en standardisering som annars kanske inte hade uppstått.

Inom de olika sjukvårdsförvaltningarna har förvaltningsledningarna i regel en tydlig och medveten syn på den ekonomiska styrningens funktionssätt, och även om denna kan vara mer eller mindre långtgående och dessutom variera över tiden, så ger förvaltningsledningarna i regel en bild av att de ekonomiska styrsystemen är verktyg i deras händer. Det som skiljer de olika förvaltningsledningarna i studien åt är dels hur mycket man involverar basenheterna i den ekonomiska styrningen, dels hur viktig man tycker den ekonomiska styrningen är i förhållande till andra styrformer. En intressant aspekt av förvaltningsledningarnas aktiva syn på ekonomisk styrning är att flertalet strävar efter viss autonomi i förhållande till landstingsledningarna, t ex genom att ifrågasät-

ta de standardiserade begreppens lokala tillämplighet eller genom att ge uttryck för alternativa styrfilosofier.

”Om inte vi har rätt prisklass på våra prestationer och firman sjukhuset inte går ihop, så är det min förbannade skyldighet att se till att den går ihop och jag är sån att det blir gjort. Det är den illusionen som finns i offentlig sektor, man tror att det finns ett konstant förhållande mellan input och output. Så är det ju inte. Det är inte mer så i vården än i vilken mekanisk industri som helst.” (Förvaltningschef)

Förvaltningsledningarnas prat kring ekonomisk styrning är på en gång både rationellt och problematiserande. I grunden ligger en stark tilltro till den ekonomiska styrningens möjligheter, där man inte bara ser styrsystemen som administrativa verktyg utan också som långsiktigt forändrades praktik och kultur i organisationen. Detta innebär dels en fortlöpande debatt om systemdesign och policyfrågor, men också att man anstränger sig för att undersöka hur systemen tolkas och används ute i organisationen. Ansatsen är i regel förklarande; man måste med god retorik och pedagogik förklara och upplysa basenhetschefer och andra om motiven till styrsystemens utformning och vilka beteenden man önskar uppmuntra. Samtidigt är man medveten om att man sitter på ett slags mellannivå mellan landstingsledning och den operativa vårdverksamheten, där den begreppsliga standardiseringen av den ekonomiska styrningen möter de olika underenheternas lokala särprägel och outvecklade ekonomiska insikt. De övergripande standardbegreppen blir här på en gång både styrkor och svagheter för förvaltningsledningarna; samtidigt som standardbegreppen förser dem med konkreta uppgifter och ett kunskapsmässigt övertag inom ramen för dessa, så binder de upp dem till generella och teoretiska systembyggen där lokala avvikelser och oväntade händelser inte alltid kan hanteras på ett bra sätt.

”Skall jag vara ärlig så är verksamhetskontrollen väldigt utvecklad, men det är ju färdigt till sin form till -95. Och där kommer vi ju att komma en bit längre med den ekonomiska redovisningen så att basenheternas kostnader och intäkter kommer att synliggöras, men däremot får de dem inte själva. Vi har också en diskussion igång om interndebiteringar och annat, där vi kan konstatera att den finns positiva effekter i den meningen att kostnadsmedvetenheten har ökat om beteendet påverkar kostnaderna, dvs att man betar sig på annorlunda sätt.” (Förvaltningschef)

”Vissa standardbegrepp levererar vi in varje månad till landstingets kansli för vidare rapportering till politikerna. Och där ingår också en prognos över ekonomin, förvaltningens ekonomi. Men hittills har inte klinikerna gett oss det underlaget till den. Men det hoppas vi få här i halvårsskiftet så att vi varje månad kan lägga ihop klinikernas prognoser och på det sättet göra en prognos själv ur vårt vedertagna prognossätt, för

vi tar ju ut rapporter ur förvaltningen totalt och tittar hur den ser ut och försöker bedöma.” (Ekonomichef i förvaltning)

När det gäller basenhetscheferna så är de som aktörskategori i mångt och mycket skapade just genom administrativa reformer. Införandet av begreppet basenhet skedde i landstingen under 1980-talet och från och med den 1 juli 1991 skulle basenheterna ledas av en chefsöverläkare (se vidare Borgert 1992: kap 8). De formella kraven på basenhetschefen ökades i och med att krävdes att basenhetschefen skulle vara en läkare med specialistkompetens. Då det administrativa ansvaret genom olika ekonomiska styrinitiativ utökades till att både svara för kostnader och intäkter, så blev chefskapet på många av de stora basenheterna nära nog en heltidssyssla. Detta påkallade i sin tur stödåtgärder från överordnade administrativa nivåer rörande utbildning i ekonomi och ledarskap samt viss delegering av uppgifterna till administrativt skickliga klinikföreståndare och till intresserade läkarkollegor. Vid större basenheter kan därför den ekonomiska styrningen sägas involvera hela ledningsgruppen, medan man vid mindre enheter inom t ex primärvården involverat endast basenhetschefen på deltid.

”Vi har fått ett par timmars undervisning i redovisningssystemet här av [en tjänsteman] på ekonomiavdelningen, och det är det enda. Man lär sig ju, jag menar man måste ju sitta och jobba med det på ett annat vis. Men sen får vi dom här datalistorna, inte varje månad... Vårt uppföljningssystem brakar ju ständigt på grund av att vi på kliniken inte får underlag för uppföljningen från ekonomiavdelningen.” (Klinikföreståndare)

De basenhetschefer som involverat sig i förvaltningens ekonomiska styrning (och därmed också inordnat den ekonomiska styrningens rumsliga och tidsmässiga struktureringsprinciper i sin organisatoriska vardagstillvaro) anammar i regel mycket av förvaltningsledningens aktiva syn på styrsystemen. Genom att använda sig av de standardiserade begreppen och komma med förslag och interna utredningar angående förbättringar och lokala anpassningar, upplever de att de bidrar till systemens utformning samtidigt som kommunikationen med förvaltningsledningen underlättas. För dessa basenhetschefer är den ekonomiska styrningen nära i både tid och rum i den meningen att den är en närvarande del av chefstillvaron och kan påverkas någorlunda direkt.

”Det blir fler detaljer för att hålla ekonomin under kontroll. Nu måste man verkligen se var varje krona kommer ifrån. Det är inte så lätt att svänga om det här systemet. Det finns många övergripande beslut vi jobbar med nu, hur det här sjukhuset skall hanteras. Jag kan inte använda personliga lösningar hela tiden, det måste också finnas

någon styrning; 'så här gör vi på vårt sjukhus.' Det här måste fixas till i höst!" (Basenhetschef)

För andra basenhetschefer är den ekonomiska styrningen ett påtagligt fenomen, men ett fenomen som man inte kan påverka särskilt mycket och som man därmed inte heller låter styra den löpande tillvaron i organisationen alltför mycket.

"Vi har satt pris på det vi gör och kommer att få in pengar allteftersom vi producerar detta. Och det är vad jag räknar med att vi skall göra, eftersom jag har fått det beskedet från [ekonomichefen]. Men jag har hört från andra kliniker att dom säger att det fortfarande skall vara en budget. [...] Men jag kan inte överblicka om det här blir en stor förändring. Det är klart att det är en stor förändring i att räkna pengar, men om man har räknat rätt... Dels i var vi producerar som vi har noggranna siffror på och så att priserna är rätt, så det är ju bara egentligen en bokföringsförändring." (Basenhetschef)

De som har denna inställning påtar sig i regel det mesta administrativa arbetet själva, och vidarebefordrar inte heller särskilt mycket av vad som sker i den ekonomiska styrprocessen till sina medarbetare. De låter sina basenheter selsätta sig med medicinska frågor, och kan delvis se som sin uppgift att utgöra ett slags buffert mellan den ekonomiska styrningens förutsättningar för handling och vardagens praktik.

"Jo, det är jag och så är det våran basenhetsföreståndare. Jag måste tänka hur man skall se det. Vi är klart involverade, vi sitter och slår våra kloka huvuden ihop och räknar på pengarna här i budgeten i november. Vi hade ju kontakter med vår ekonomikonsult inom administrativa serviceenheten, så det är vi som är direkt berörda. Men det har fått genomslag genom att folk funderar mer kring vad saker och ting kostar." (Basenhetschef)

"Jag prioriterar sjukvården, patienterna, men samtidigt måste ju [organisationsförändringarna] göras och då... Trots att jag har heltid så anser jag att jag jobbar 150%, och det är inte bra, man orkar inte hur länge som helst. För att göra det här på något ekonomiskt sätt, vem skall göra det? Jag har gröna kläder, jag kanske måste gå till operation när som helst [...] Ibland får jag sitta hemma och jobba innan kvällsjouren, så jag hoppas att det här blir klart någon gång, så att allt fungerar." (Basenhetschef)

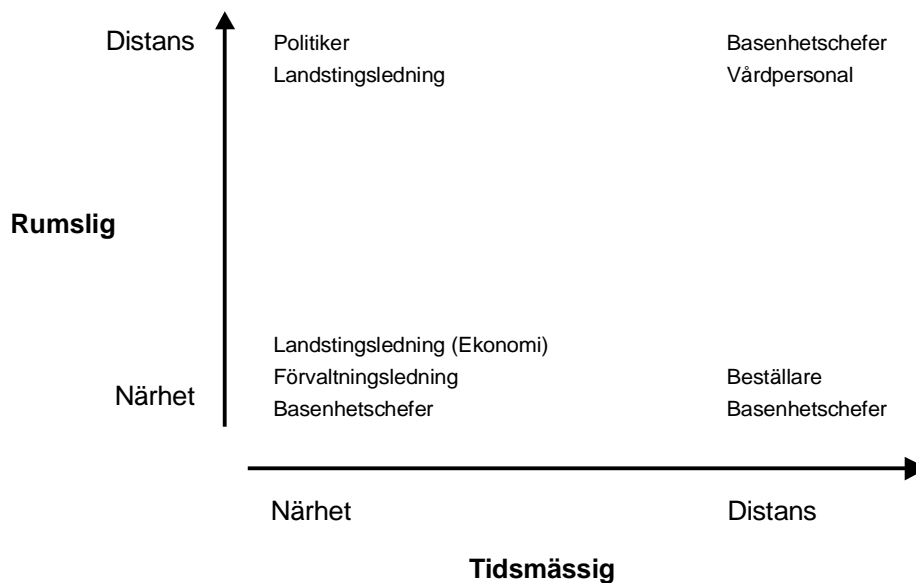
Ytterligare en kategori basenhetschefer är de som ser på den ekonomiska styrningen på samma sätt som flertalet vanliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor vi mött; dvs som avlägsna, opåverkbara fullbordade faktum. Även om de p g a sin chefsposition inte helt kan undgå att involveras i den ekonomiska styrningens rumsliga och tidsmässiga strukturering, så tar de inte till sig

så mycket av dess utrymme för handling utan väljer att även fortsättningsvis uttolka världen i läkarvetenskapliga och omsorgsmässiga termer. Bland vårdpersonalen är det den ekonomiska styrningens yttersta konsekvenser som märks, dvs ”ännu ett nytt sätt att spara pengar”. Man skiljer i regel inte på olika typer av styrsystem och styrfilosofier, och struktureringen av rummet och tiden i organisationen sker utifrån yrkesmässiga föreställningar om patienter, avdelningar, kliniker och professioner samt allmänmänskliga föreställningar om mandatperioder, kalenderår osv.

”Nu är det bara några ganska kvalificerade ekonomer som klarar att få ut vettiga uppgifter ur ekonomisystemet. Men vi har alltså på sjukhuset sex ekonomer. Vi har tre sådana här teamekonomer som jobbar ut mot klinikerna och vi har en som är ekonomichef, vi har en ekonom till som jobbar på ledningskansliet och så har vi en redovisningschef som håller reda på det där med basplanen. Det är den ekonomikompetens som finns på sjukhuset av professionell art. Men så måste nog vi som jobbar som basenhetschefer försöka ha lite hum om det.” (Basenhetschef)

”Många av oss har ju upplevt att vi tvingas in i att bli egna företagare. Utan en timmes undervisning i ekonomi, i företagsekonomi, vi skall behöva marknadsföra, vi skall behöva administrativ utbildning, personalhantering. Vi har ingenting av det, det ingår inte i vår utbildning. Och så sätts vi som egna företagare, småenheter allihopa, och så ställs det krav på att det här skall vi fixa. Och det gör ju också att det blir en väldigt frustration, för det är inte det här vi är utbildade för. Många av oss vill inte jobba så, vi vill ha patienter. Vi vill jobba med sjukvård för det är det vi kan. (Chef för husläkarmottagning)

Ett sätt att analysera de olika bilder av den ekonomiska styrningen och de olika kategoriseringar av varandra som aktörerna givit uttryck för, är att återvända till Giddens (1984: 28) diskussion om sociala och systemiska integrations sätt i samhällen och organisationer (se även avsnitt 2.2). Medan social integration bygger på samtidighet mellan aktörer i tiden och rummet, innebär systemisk integration att aktörer i sina möjligheter till handlande tar med aspekter av samhället/organisationen som kommer från andra platser i rummet och/eller andra tidpunkter, t ex kulturella och institutionella föreställningar. När det gäller den ekonomiska styrningen kan den m a o upplevas som skapad i ett nära socialt sammanhang där man kunnat påverka dess utformning, eller som skapad i diverse systemiska sammanhang där man vare sig närvarit eller haft möjlighet att påverka.



Figur 10.1: Strukturering av aktörer i förhållande till den ekonomiska styrningen.

Mot bakgrund av resonemangen ovan kan en sammanfattning göras i figur 10.1. I figuren utvecklas skalan mellan det sociala och det systemiska till att omfatta två dimensioner, den rumsliga och den tidsmässiga. Medan socialt/systemiskt är en dikotomi i analytiska termer (saker sker antingen här och nu eller också så gör de det inte) så kan den ses som en glidande skala med avseende på hur den upplevs. Figuren visar hur aktörerna oftast kategoriseras och hur de inbegrips i den ekonomiska styrningen rumsligt och tidsmässigt.

Rumslig och tidsmässig närhet. Aktörskategorin förvaltningsledning (i praktiken beskrivs de oftast som sjukhusledning oaktat eventuella underställda primärvårdsenheter) är i regel centralt placerad i de ekonomiska styrprocesserna. Man har oftast ansvaret för att konkretisera landstingsledningarnas standardiserade begreppsapparat till praktiskt användbara styrsystem, och måste också genom personliga kontakter med basenhetscheferna ge uttryck för avsikter och önskade konsekvenser av styrsystemen. Den ekonomiska styrningen produceras och reproduceras för denna aktörskategori genom social interaktion, i vilken man kan stödja sig på sin formella roll och verksamhetsmässiga kompetens i definitionen och implementeringen av styrsystemen. Inställningen är i regel aktiv, påverkande, och man kan oftast också hämta legitimitet, stöd och inspiration i de befintliga normsystem och informella nätverk. Den ekonomiska styrningen är nära i rummet (dvs reproduceras i sociala sammanhang där man själv medverkar) och oftast också nära i tiden (man ser styrsystemen som verktyg i sina händer som kan påverkas och förändras med kort varsel). In-

skränkningen härvidlag är naturligtvis landstingsledningarnas standardiserade begreppsapparat, som så utgör det ramverk förvaltningsledningarna har att hålla sig inom i sin styrprocess.

Landstingsledningens inblandning när den ekonomiska styrningen blir till, påverkas i hög grad av landstingens ekonomidirektörer och controllers, på grund av deras närhet till den ekonomiska styrningens praktik. Landstingsledningens ekonomer får på olika sätt en rollen av ett slags "översättare" (Czarniawska-Joerges, 1992: 297) med uppgift att omvandla landstingsledningens och politikernas allmänt hållna begreppsapparater, en översättning som ska leda till konkreta utkast till styrsystem och att i samråd med förvaltningsledningarna driva konkretiseringarna vidare. Dessa aktörer arbetar på ett sätt som liknar förvaltningsledningarnas. Genom deras arbete med att konkretisera allmänt hållna begrepp och med hjälp av pedagogik och retorik söka vinna förståelse för dessa hos förvaltningsledningarna, ett arbete där dessa aktörer är rumsligt närvarande när den ekonomiska styrningen "blir till".

Att umgås med andra aktörer på samma plats och vid samma tidpunkt innebär inte med nödvändighet att man har samma möjlighet att inverka på interaktionens utgång som de andra aktörerna. Den formella positionen hos landstingsledningens controller/ekonomidirektör eller basenhetschefernas professionella kunskap om vårdens vardag inverkar på utgången av de umgänge som sker kring den ekonomiska styrningen. Systemiska sammanhang kan hanteras som nära både i tiden och rummet genom att vissa aktörer omdefinierar sammanhanget till att endast inbegripa den aktuella sociala situationen, något som ett fåtal basenhetschefer gör när de tar till sig den ekonomiska styrningen för att påverka utvecklingen i en riktning som stämmer överens med deras professionella och vårdideologiska värderingar (jfr Lindvall, 1997: 37ff).

Rumslig distans och tidsmässig närhet. Landstingsledning och politiker har en aktiv, påverkande, tidsnära inställning till ekonomiska styrsystem, framför allt genom att de med stöd av sin formella roll i organisationen och omgivande normsystem får stor genomslagskraft för sin standardiserade begreppsapparat. Begrepp som bygger landstingsledningens och politikerna kunskap om verksamheten. En kunskap som i förmedlas via omvärlden där kontakten med politiska partier, Landstingsförbundet, SNS, statliga utredningar, media, fackpress etc förmedlar en generell bild av verksamheten, dess problem och hur dessa ska lösas (jfr Fernler, 1996:176f.). Landstingsledningen och politikerna blir på sätt och vis åskådare som betraktar den verksamhet de ska styra. Styrningen

sker på distans (jfr Brunsson, 1989:32ff; Fernler, 1994:108f; 1996:169) på så sätt att dessa aktörer ofta är rumsligt separerade från de sociala sammanhang där den ekonomiska styrningen konkretiseras och reproduceras. Genom formella befogenheter har de omedelbara möjlighet att påverka den ekonomiska styrningens utformning och ramar, även om man egentligen inte deltar i de sociala sammanhang där den skapas. Landstingsledning och politiker kan härigenom involvera sig och påverka andra genom att sätta upp ramarna för det andra aktörers handlingsutrymme.

Rumslig närhet och tidsmässig distans. När det gäller basenhetscheferna så involveras de i olika grad beroende på hur de som individer förhåller sig till den ekonomiska styrningen. Ett fåtal av dem finns mitt i händelsernas centrum, andra involveras på distans, medan en tredje grupp försöker distansera sig och mer likt övrig vårdpersonal helt förlita sig till andra normsystem än de som representeras av den ekonomiska styrningen. Det stora flertalet av de basenhetschefer vi träffat har involveras rumsligt i den ekonomiska styrningen. Genom seminarier, konferenser, budgetträffar mm involveras de i olika sociala sammanhang där förvaltningsledningens syn på ekonomisk styrning förs fram, och de själva har möjlighet att fråga, kritisera och ge sin syn på styrningens praktiska konsekvenser. Däremot skiljer basenhetscheferna sig åt vad gäller upplevelsen av den ekonomiska styrningens distans i tiden, att kunna påverka den konkreta styrningens utformning. En mindre del av basenhetscheferna upplever sig vara nära dessa beslut, t ex genom att de känner att de förstår den ekonomiska styrningens begrepp, har tillägnat sig dess rumsliga och tidsmässiga strukturering av organisationen och att de har förvaltningsledningens öra när styrsystemen utformas. I olika grad finns det sedan de som upplever ett större tidsmässig distans p g a bristande intresse eller förståelse, även om de lojalt hantearar styrinitiativen. Det stora flertalet av basenhetscheferna upplever m a o den ekonomiska styrningen som avlägsen i tiden men nära i rummet, där man genom seminarier och andra informationsmöten får förändringsbudskapen presenterade för sig. Men dessa tillfällen till socialt umgänge ger inte möjlighet att påverka utfallet av valda styrformer annat än över en längre tidsperiod.

I utformningen av de administrativa systemen har beställarfunktionen i landstingen en inverkan genom att deras krav på uppföljning och redovisning av producerad vård. Även om beställarna haft krav så har dessa efterföljts i ringa omfattning. Här skiljer sig landstingen åt och det är främst i Sörmland som beställarna haft någon större inverkan på utformningen av den ekonomiska styrningen, medan beställarna i de andra landstingen många gånger upp-

levt sig åsidosatta av andra aktörskategorier och aktiviteter. Deras krav på redovisning och uppföljning av vård och utförda prestationer är av annan art än de traditionella, och de uppfylls inte av administratörerna inom verksamheten.

Rumslig distans och tidsmässig distans. Några av de basenhetschefer vi mött har t o m uttalat att de i praktiken undanbett sig all rumslig och tidsmässig närhet till de sociala sammanhang där den ekonomiska styrningen produceras och reproduceras. Konsekvenserna av den sistnämnda hållningen blir att dessa basenhetschefer i praktiken kommer att ha samma förhållningssätt till den ekonomiska styrningen som övrig vårdpersonal, dvs som en främmande begreppsvärld med delvis främmande principer för organisationens strukturering, ledning och utvärdering. Medan skillnaden möjligen är att dessa basenhetschefer aktivt måste söka exkludera sig ur de aktörskategorier som bär upp den ekonomiska styrningen, så blir den övriga vårdpersonalen i regel exkluderad (såvitt de inte involveras av en i sin tur involverad basenhetschef). För dem handlar den ekonomiska styrningen om kostnader och kostnadsbesparingar, och detta på ett område som utifrån deras egen världsbild i princip borde vara befriad från avvägningar mellan patienters behov och de kostnader som behöver tas för att tillfredsställa dessa.

10.5 Ekonomisk styrning som förändringsstrategi

Mot bakgrund av dessa resonemang handlar ekonomisk styrning som förändringsstrategi i mångt och mycket om att aktörerna omdefinierar sina upplevelser av hur organisationen är strukturerad i rummet och tiden och vilken gruppering av aktörer som gäller. Det finns mycket utöver den ekonomiska styrningen som bidrar till en viss typ av strukturering i hälso- och sjukvården, men den spelar en väsentlig roll i ett skede där ekonomiska styrmodeller gjorts till en central del av den strategiska ledningen.

Samtidigt är det inte de ekonomiska styrmodellerna i sig som respondenterna anger som syftet med dess införande; förutom de som har till arbete att konstruera och implementera styrsystemen så ser de flesta högre och större mål på längre sikt. De flesta administratörer och politiker ser t ex framför sig en utveckling där sjukvården måste organiseras på nya sätt; mer av förebyggande och gränsöverskridande arbete, mindre av specialisering och slutenvård. Samtidigt är de med och implementerar styrsystem som ytterligare stödjer den specialiserade, rumsligt uppdelade organisationsprincipen, som ytterligare bi-

drar till att fastslå skillnaderna mellan olika vårdnivåer. Använder man den ekonomiska styrningen som förändringsstrategi får man sannolikt också hantera de aspekter av denna styrning som verkar i den motsatta riktningen, dvs bevarandet och upprätthållandet av det befintliga. Uttryckt i rumsliga, tidsmässiga och aktörsrelaterade termer kan skillnaderna mellan ledningens förändringsambitioner och den ekonomiska styrningens strukturering beskrivas som följer i tabell 10.1.

	Rumsligt	Tidsmässigt	Aktörsgruppering
Ledningens ambition att förnya hälso- och sjukvården (administrativt)	Samverkan mellan enheter, koncerntänkande Gränsöverskridande verksamhetslösningar för patientens bästa Valfrihet Handlingsinriktat	Tiden är linjär, framåtskridande, irreversibel Strävan efter kausal förståelse av förnyelsen Strävan efter det nya och unika	Samverkan och sammanhållning av organisationen Strävan efter att involvera alla Strävan efter ny rollfördelning mellan aktörer
Den ekonomiska styrningens strukturering av hälso- och sjukvården (verksamhetsnära)	Standardiserad, logisk indelning av organisationen Standardiserad gränsdragning och gränshantering Informationsinriktat	Tiden består av återkommande avsnitt och aktiviteter Styrsystemen skall vara konsekventa och robusta över tiden Strävan efter accepterade och inlärd rutiner och system	Standardiserad begreppsapparat m a p befattningar och roller Betoning av aktörers formella ansvarighet Strävan efter att involvera rätt aktörer Skilda möjligheter att delta i och påverka styrsystemen

Tabell 10.1: Skillnaden mellan ledningens förnyelseambitioner och den ekonomiska styrningens strukturering.

I rumsligt hänseende bidrar de olika ekonomiska styrsystemen till att upprätthålla den befintliga, traditionellt grundade organisationsindelningen. Där det inte finns traditioner att luta sig mot (dvs utanför de medicinska grundspecialiteterna) så söker man i regel någon form av principiell standardlösning för hur organisationen skall indelas. Basenhetsbegreppet var redan från början en sådan standardlösning, en enhetlig organisationsform som i sin formella konstruktion såg likadan ut oavsett verksamhetsinnehåll. Organisationsdelarnas relationer med varandra standardiseras även de genom internprissättning, internfakturerings, uppdelning på köpande och säljande enheter, uppdelning på kärnverksamhet och serviceverksamhet mm. Gränsdragningarna motiveras med behovet av en sann och genomlysande beskrivning av verksamheten, vilken i sin tur anges som förutsättningen för en professionell styrning på alla nivåer.

Samtidigt förutsätter de långsiktiga förnyelseambitioner som ledningspersoner ger uttryck för en genomgripande förändring av organisationsmedlem-

marnas föreställningar om organisationens rumsliga natur. Under hela den tid som våra empiriska studier pågick (dvs 1992-1996) så talade man i alla tre landstingen mycket om att hälso- och sjukvården borde integreras mer, att det behövdes mer av samarbete mellan olika basenheter och förvaltningar. I Västerbotten blev samverkan ett nyckelord från 1993 och framåt, där man eftersträvade ökad integration av de olika förvaltningarna, och man fick inom NUS lägga ned mycket tid på att försöka få basenheterna att se sig som delar av ett och samma företag. Liknande tongångar fanns i Sörmland och Uppland, där man 1993/94 började tala om "vårdkedjor" som begrepp för sammanhållna behandlingar av komplexa sjukdomsbilder som t ex slaganfall. Från politiskt håll framhöll man i samtliga landsting också valfrihet som eftersträvansvärd, dvs patientens fria rörlighet mellan olika vårdgivare inom och utom landstinget.

På liknande sätt skiljer sig den ekonomiska styrningen och landstingens förändringsambitioner sig åt vad gäller tolkningen av den organisatoriska tiden. Den ekonomiska styrningen bygger i allt väsentligt på en cyklisk tidsuppfattning, där aktiviteter ses som återkommande med olika tidsintervall. Styrsystemen sägs dessutom ofta vara beständiga, bygga på långsiktigt hållbara principer och skall i regel inte kunna manipuleras på kort sikt utifrån olika aktörers egenintressen. Argumentationen för nya styrsystem sker därför ofta utifrån de problem man haft med de gamla, dvs att de inte kunnat vara beständiga, att principerna visat sig otillräckliga och dessutom varit öppna för manipulation.

Förändringsambitionerna anger visserligen väl fungerande system som en viktig del av organisationernas förnyelse, men samtidigt är detta inte ett mål i sig utan snarare ett led i den tänkta kausala kedjan från de övergripande modellerna till förändringar i det praktiska sjukvårdsarbetet. Om chefer på olika nivåer har god information om verksamhetens ekonomiska konsekvenser och kan planera den på ett logiskt och målinriktat sätt så förutsätts också vårdverksamheten kunna bedrivas på ett kvalitativt bättre och mer kostnadseffektivt sätt. Kausaliteten är också enkelriktad; man ser sig i allmänhet ständigt stå inför nya situationer som kräver nya lösningar. Tiden i organisationen är linjär och irreversibel, man kan aldrig återvända till gamla lösningar eller gamla problem.

Mot bakgrund av dessa resonemang handlar förändringar av aktörernas roller inte bara om att de befintliga grupperingarna upprätthålls, det handlar också om en kategoriglidning över tiden där spännvidden inom en och samma kategori ökar. Basenhetscheferna, som tidigare först och främst var överläkare och i andra hand administratörer, har sakta men säkert inkorporerat den eko-

nomiska styrningens strukturering av tillvaron allteftersom de i ökande grad blivit involverade i denna (dvs blivit formellt ansvariga för sina enheter). Vissa av dem har accepterat den ekonomiska styrningen fullt ut som ett nödvändigt och rationellt uttryck för organisationsledning, medan andra förhållit sig mer skeptiska och till och med försökt undslippa att ekonomiska styrmodeller applicerats på deras egna enheter.

Beroende på hur de olika aktörerna upplever den ekonomiska styrningen, så kommer de, som vi sett, till ganska så olika upplevelser av sitt handlingsutrymme. Det går en tydlig skiljelinje mellan de som upplever den ekonomiska styrningen som något nära och omedelbart påverkbart, och de som ser den som ett systemiskt fenomen som härrör från beslut fattade vid andra platser och vid andra tidpunkter. Den förstnämnda gruppen är de som upprätthåller och förnyar den ekonomiska styrningen, vilket innebär att de underställts dess struktureringsprinciper i tid och rum. Den andra gruppen agerar mer som passiva mottagare av den ekonomiska styrningen, och involveras sällan mer än som producenter av indata till styrsystemen och som läsare av färdiga rapporter (om de inte exkluderas helt och hållet). Å andra sidan behöver dessa aktörer inte nämnvärt bry sig om den ekonomiska styrningens strukturering av tid och rum, utan kan förlita sig på professionella och medicinska normer i sitt agerande.

Olika aktörer kan därmed sägas ha olika svängrum i förhållande till den ekonomiska styrningen, där de som aktivt involverar sig visserligen måste hantera den detaljerade struktureringen i tid och rum som en del av sina handlingsutrymme, men samtidigt också erhåller en hel del handlingsfrihet genom att de får vara med i det fortlöpande skapandet av styrsystemen och deras funktionssätt. De som är passivt involverade eller rent av exkluderade kan bibehålla sin professionella och medicinska handlingsfrihet, men i en tid där resursbristen definierats som det allt överskuggande problemet så kommer denna handlingsfrihet successivt att beskäras av ekonomiska styrsystem utan att de kommer att kunna påverka på vilket sätt detta sker. Följden blir den lätt resignerade inställningen till nya styrinitiativ att ”det är bara ännu ett sätt att spara pengar”. Att vara okunnig i ekonomiska frågor är ett sätt att hävda professionella och medicinska normer för stunden, men också ett sätt att exkludera sig från organisationens övergripande ledningssystem.

10.6 Sammanfattning

- Den ekonomiska styrningen har en konserverande inverkan på hälso- och sjukvården genom att den bidrar till och förstärker strukturer vad avser uppdelning i rummet, tiden och av organisationens aktörer.
- Hälso- och sjukvården har en lång tradition av att tillämpa ett rumsligt-hierarkiskt organisationsperspektiv med en långtgående arbetsdelning och specialisering. De ekonomiska styrmodeller som tillämpats stödjer i allt väsentligt denna uppdelning.
- Den ekonomiska styrningen är i regel tydligt relaterad till standardiserade, återkommande tidsperioder (och därmed till standardiserade, återkommande aktiviteter). Den ekonomiska styrningen bidrar sålunda till en cyklisk tidsuppfattning och aktörerna ser det som viktigt att styrmodellerna är robusta över tiden och m a o inte förändras för ofta.
- När den ekonomiska styrningen görs till en central del av den strategiska ledningen grupperas de redan starkt kategoriserade aktörerna även i förhållande till denna. Vissa aktörsgrupper involveras automatiskt i styrmodellernas utformning och implementering, medan andra i varierande grad exkluderas eller rentav exkluderar sig. Man kan tala om en rumslig närhet/distans till de sociala sammanhang där styrningen blir till, och en tidsmässig närhet/distans m a p möjligheterna att påverka den.
- Den ekonomiska styrningens strukturerande inverkan på hälso- och sjukvården kan på flera sätt ställas mot de förändringsambitioner som utgör grunden för ekonomiska styrinitiativ. Medan den ekonomiska styrningen bidrar till och förstärker uppdelningen av rummet, tiden och aktörerna i organisationen, så har flertalet ekonomiska styrinitiativ en integrerande, överbyggande och sammanhållande retorik bakom sig.

11 Organiseringsförloppen kring de ekonomiska styrinitiativen

I detta kapitel påbörjas analysen av hur den ekonomiska styrningen fungerar som förändringsstrategi, närmare bestämt genom en analys av organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativ som studerats i de tre landstingen. Detta sker med bakgrund mot resonemangen i kapitel 4, där vi teoretiskt beskrev förändringsförlopp i organisationer som diskontinuerliga, temporära organiseringsprocesser som dock kunde se olika ut beroende på typ av styrinitiativ och vilka aktörer som tillfrågats.

Inledningsvis kommer vi att analysera hur de olika aktörerna upplevt själva organiseringsförloppen kring styrinitiativen. Utifrån dessa upplevelser kan vi analysera vilken förlopps bild de olika aktörerna givit uttryck för, och också se vilket ”spår” (jfr Greenwood & Hinings, 1988; Laughlin, 1991) som styrinitiativet tagit genom organisationen i och med organiseringsprocessen. Tonvikten i detta kapitel kommer att ligga på den interna organiseringen kring styrinitiativen, dvs hur aktörerna beskriver sina uppfattningar om styrinitiativet över tiden. Detta utmynnar i en kategorisering av organiseringsförloppen. I kapitel 12 utvidgar vi analysen genom att diskutera styrinitiativets förhållande till sin organisatoriska kontext, dvs hur aktörerna relaterar organiseringsprocesserna till dess förhistoria, samtid och framtid.

En analys av varje styrinitiativ ger att de har sina egna uppsättningar av aktörer och sina egna uppsättningar aktörskategorier, även om dessa till följd av den institutionaliserade aktörskategoriseringen som beskrevs i kap 10 ser relativt lika ut från process till process. Hur organiseringsprocessen förlöper beror i hög grad på vilka som handlar i förhållande till styrinitiativet och hur de handlar. Bakom kategoriseringen av aktörerna ligger dels skillnader i hur olika aktörer upplevt och beskrivit styrinitiativen, men även i aktörernas egna kategoriseringar av sig själva och andra. De flesta aktörer inom landstingen ger uttryck för att man själv tillhör en kategori, och man är också väl medveten om vilka andra grupperingar som finns och vad dessa i sin tur står för. Utöver den traditionella rollbaserade indelningen i politiker, administratörer och vårdpersonal (Kouzes & Mico, 1979), så finns det också andra indelningsgrunder som är verksamma i organiseringsprocesserna. Bland politikerna är partitillhörighet en viktig sådan och det politiska agerandet styrs ofta både av den egna övertygelsen och av taktiska ageranden relativt konkurrerande partier. Hälso- och sjukvårdens administratörer är förutom indelningen i beställare

och utförare också företrädare för olika intressen; landstingscentral ledning, sjukhusledning, primärvårdsledning, ekonomistyrning, etc. Slutligen brukar vårdpersonalen dela in sig såväl efter profession (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdare, paramedicinare; jfr Erichsen, 1995 eller Gustafsson, 1987) som efter hierarkisk nivå (chefsöverläkare, överläkare, underläkare, basenhetsföreståndare, avdelningsföreståndare, biträden) och specialitet (kirurgi, medicin, omvårdnad, psykiatri, rehabilitering). Olika tolkningar av styrinitiativ kan ofta manifesteras just i aktörers kategorisering av varandra, och den kategoriseringen ser olika ut från fall till fall.

En central aspekt av organiseringen kring styrinitiativ utgörs av hur aktörerna beskriver själva styrinitiativet och anledningarna till att det introducerades. Det fanns t ex i studiens början i samtliga tre landsting ett närmast enstämmigt fördömande av den anslagsbaserade budgetstyrning som tidigare rådde; anledningen till införandet av prestationsersättningar och resultatenheter var således att komma till rätta med ett oönskat och problematiskt förflutet. Samtidigt pekade många på den attraktiva framtid de nya styrinitiativen skulle föra med sig i form av ersättning för utfört arbete, möjligheter till stimulerande konkurrens, möjlighet att själv förfoga över vinstmedel, ökad kundorientering mm. Styrinitiativen beskrivs av de som stödjer dem som de åtgärder i nuet som måste vidtas för att gå från en icke önskvärd dåtid till en önskvärd framtid (jfr Butler, 1995).

Såväl aktörskategoriseringarna som upplevelserna av dåtid, nutid och framtid kan naturligtvis förändras under organiseringsprocessen kring styrinitiativet. T ex så innebär inrättandet av beställar/utförar-modeller att ytterligare en aktörskategori, beställarna, tillkommer på såväl tjänstemanna- som politiker-nivå. Likaså kan större utbildningsinsatser som ”Tillsammans skapar vi kvalitet” i Västerbotten innebära att en tillfällig parallellorganisation skapas (jfr Kanter, 1983: 359f) som under själva satsningen kommer att utgöra basen för vissa aktörers igenkännande. Över tiden kan också aktörernas upplevelse av styrinitiativet förändras; t ex så kan en förväntan om att den traditionella anslagsfinansieringen skall bytas ut mot något radikalt annorlunda vändas till en upplevelse av att renodlad intäktsfinansiering inte är möjlig och att en förfinad anslagsfinansiering är vad som är realistiskt.

Organiseringsprocesserna kring de undersökta ekonomiska styrinitiativen uppvisar — naturligt nog — både likheter och skillnader. Bland likheterna kan nämnas organiseringsförloppets tidsavgränsade karaktär; liksom Tyre & Orlikowski (1994) kan vi notera att styrinitiativen leder till en ”våg” av aktivitet under en begränsad tid, varefter de införlivas i organisationens dagliga verk-

samhet och inte längre blir föremål för särskilda ansträngningar. De kan ses som temporära organiseringsprocesser som förlöper i en organisatorisk kontext (jfr kap 4), där avgränsningen från kontexten är central för att definiera processen samtidigt som återkopplingen till kontexten är processens mål. Gemensamt är också de relativt tydliga skillnaderna mellan olika aktörskategorier i organiseringsprocesserna, där olika professioner, hierarkiska positioner etc. medför olika upplevelser av styrinitiativen och därmed skilda intentioner i agerandet.

Bland skillnaderna märks t ex att olika styrinitiativ för med sig olika förutsättningar för handlandet; vissa styrinitiativ ger upphov till en enstaka sammanhängande organiseringsprocess, medan andra förorsakar flera återkommande organiseringsprocesser. Bakom detta ligger naturligtvis en relativt hög grad av samstämmighet hos aktörerna rörande styrinitiativens tekniska konstruktion (man var t ex i Enköping/Håbo fullt eniga om att beställarstyrningen krävde en initial ansträngning för att upprätta prislistor), men också de olika tolkningar av styrbudskapet i initiativen som de olika aktörskategorierna gjorde (basenhetscheferna gjorde en betydligt mer detaljerad genomgång än motiverat eftersom de trodde att klinikerna skulle fungera som små företag). Viktiga skillnader är också tolkningarna av huruvida de införda styrsystemen har kunnat återkopplas, om de lett till återkommande aktivitet eller om de helt enkelt bara försvunnit in i rutiniseringens glömska.

11.1 *Typer av organiseringsförlopp*

I de studerade styrinitiativen kan vi urskilja fyra olika typer av organiseringsförlopp, vilka representerar olika synsätt på hur organisationen gått till över tiden och de handlingsmässiga konsekvenser styrinitiativets genomförande gett i organisationen. Olika aktörskategorier kan givetvis beskriva ett och samma styrinitiativ på olika sätt, vilket innebär att styrinitiativen kan hänföras till flera förloppstyper. Men det finns också likheter i hur styrinitiativen upplevs, som i stort kan sägas bero på att styrinitiativen i sin tekniska konstruktion innehåller starkt normerande förutsättningar för det handlande som sker kring dem.

De förloppstyper vi kunnat identifiera är de följande:

1. Engångsförlopp med distinkta slut
2. Engångsförlopp med kvarlevande rutiner
3. Återkommande förlopp på grund av modifieringar
4. Återkommande förlopp på grund av periodisk nyproduktion

Vi skall i det följande närmare kommentera de olika förloppstyperna och analysera hur aktörerna uppfattat organiseringsprocesserna kring de studerade styrinitiativen. Denna analys är central, inte minst mot bakgrund av att den organisatoriska förändring som styrinitiativen har bidragit till kan se helt olika ut beroende på hur organiseringsförloppen egentligen uppfattats.

11.1.1 Engångsförlopp med distinkta slut

Denna typ av förlopp liknar mycket traditionella projekt; start- och sluttidpunkterna är givna, det finns tydliga mål och ofta också formellt ansvariga aktörer (jfr Packendorff, 1995: 320). Ursprunget är ett tydligt ledningsinitiativ, där man mot en klar problembild och ett identifierat framtida mål argumenterar för vissa åtgärder och förändringar. När målet uppnåtts och/eller sluttidpunkten passerats (jfr Miles, 1964: 440f) upphör organisationen kring styrinitiativet och aktörerna betraktar det som avslutat. Det exempel som finns bland de undersökta styrinitiativen är framför allt Isidorprojektet i LUL, där landstingsledningen tog avstamp i en dramatisk ekonomisk prognos och ett jämnt monetärt belopp när tjänstemannautredningen initierades. Besparingsbeloppet

kom att tjäna som måttstocken på att projektet genomförts, och den konkreta händelse som landstingsledningen såg som den naturliga slutpunkten var att ett beslut om beloppets fördelning på åtgärder fattats i fullmäktige.

”Isidor blev en riktigt spännande historia. När organisationen blev riktigt klar över den ekonomiska situationen ökade aktiviteten under vintern och våren. Alla förstod att alla gamla läsningar och heliga kor måste kunna överges. [...] Vi nådde fram till beslut och vi kom runt gamla läsningar och problem. Att det tog lite extra tid gjorde inte så mycket.” (ledamot av Isidor-gruppen)

Av aktörskategorierna och dessas organisering kring styrinitiativen kan vi konstatera att olika aktörskategorier tenderar att tolka in olika organiseringsförlopp. I förlopp av typ 1 har den tydliga, projektliknande definitionen av styrinitiativet skapat en god samstämmighet kring förutsättningar för handlandet. Eftersom problemformuleringen och/eller den föreslagna åtgärden är relativt konkret, och det också utpekats vilka som skall hantera styrinitiativet, så är utrymmet för skilda tolkningar begränsat.

I fallet Isidor upplevdes problemformuleringen (den ekonomiska prognosen) i princip omöjlig att tolka på annat sätt än som att pengarna i snabb takt höll på att ta slut, och i och med att styrinitiativet fick sin etikett från dagen för det första projektgruppsmötet så var det också klart att det var ifrån denna grupp all aktivitet skulle utgå. Även om tolkningsutrymmet av styrinitiativets innehåll var litet så uppfattades det på olika sätt. Framför allt var det landstingsledningen och politikerna som såg Isidor som ett projekt som mer eller mindre var avslutat, i och med att förslagen till besparingar och senare besluten om besparingarna kunde tas i fullmäktige. Förvaltningsledningarna, däremot, såg beslutet som ett första viktigt steg i och med att de beslutade besparingarna skulle konkretiseras och verkställas ute på sjukhusen. Landstingsledningens uppfattning om att processen i stort avslutas i och med fattat beslut ställs mot sjukhusledningarnas uppfattning om att besparingspaketets påverkan på verksamheten ingick i förloppet. Sjukhusledningarnas upplevelser av förloppet liknar således mer den andra typen av förlopp, engångsförlopp med kvarlevande rutiner, som följer nedan.

”Och det finns alltså ett fortsatt utredningsuppdrag som skall konkretisera dom här förslagen ytterligare. För dom ekonomiska kalkylerna, bl a då konsekvenserna och så vidare, det är ju hugget ur luften lite grand, det är mycket spekulativa siffror. Bland andra landsting som håller på med samma sak, finns det allt ifrån dom som tror på enormt stora samordningsvinster till dom som säger att det är peanuts, det blir ingen-ting. (tjänsteman i förvaltningsledning)

11.1.2 Engångsförlopp med kvarlevande rutiner

Liksom i typ 1 så upplevs handlandet kring styrinitiativet ha ägt rum under en sammanhängande, begränsad tidsperiod, och det är också tydligt definierat på förhand vilka åtgärder som skall genomföras. Däremot definierar aktörerna ingen klar bortre gräns för organiseringsprocessen, utan organisationen ebbar gradvis ut alltmedan styrinitiativet blir alltmer rutiniserat och betraktat som en given del av organisationens vardagsliv. Gränsen mellan de två typerna är av naturliga skäl något flytande, och kan beskrivas som skillnaden mellan att ett styrinitiativ är ”genomfört” och att det är ”infört”.

Till denna kategori hör införandet av prestationsersättning i VL, liksom landstingsledningens inledande förhoppning på VL:s övergripande utbildningssatsning ”Tillsammans skapar vi kvalitet”. Liknande ambitioner fanns i fallet med de kliniska laboratorierna vid UAS som blev resultatenheter. Gemensamt för dessa styrinitiativ var att de inledande förväntningarna om radikala förändringar fick överges med tiden, och att aktörerna upplevde sänkningar av ambitionsnivån och några rentav en tillbakagång till tidigare system och filosofier.

”Den här besparingsjakten, den har liksom tagit över allt, och då handlar det om att söka objekt eller projekt för besparingar hela tiden. Och då har man struntat i de här prestationsmåten, ja inte struntat i, men dom har fått mycket mindre generellt genomslag; det handlar om att spara pengar, punkt.” (tjänsteman i landstingsledning)

När det gäller de upplevda förlopp som motsvarar typ 2, dvs implementering av en därefter fortlevande rutin, så tenderar olika aktörskategorier att skilja sig åt i högre grad. Skiljaktigheterna gäller här framför allt hur pass radikala styrinitiativen upplevs vara, dvs i vilken grad de tolkas som ett brott med tidigare system och värderingar. Liksom i förlopp av typ 1 (se ovan) så förlitar sig ofta de drivande aktörerna bakom styrinitiativen på en retoriskt kraftfull beskrivning av skillnaderna mellan det gamla och det nya för att få aktivitet till stånd i organisationen.

Detta var fallet t ex när det gällde prestationsersättningarna i Umeå Sjukvård; i såväl ledningsretorik (både på sjukhus och landstingsnivå) som i de mer detaljerade förarbetena presenterades prestationsersättningarna som en helt ny resursfördelningsprincip som skulle innebära en drastiskt förändrad lednings-situation för basenhetscheferna. Basenhetschefernas tolkning av detta, dvs att deras basenheter skulle fungera som självständiga företag i en koncern, var ur sjukvårdsledningens aspekt möjligen positiv i att det födde ett engagemang,

men samtidigt negativ eftersom en viktig ambition var att etablera sjukvårdsförvaltningen som den naturliga nivån för företagstänkandet. Det här gällde främst basenhetschefer som kunde använda DRG-systemet, och på så sätt såg sig i utvecklingens framkant. Flera av de basenhetschefer som inte hade några klara sätt att mäta klinikens prestationer hade svårare att inse vikten och möjligheten av att införa prestationsersättning.

När sjukhusledningen fick införa det dubbla uppföljningssystemet med resultaträkning och skuggbudget skiftade inställningen hos de basenhetschefer som tidigare varit mer positiva. De uppstod en resignation — allt verkade bli vid det gamla — och aktiviteten kring prestationsersättningarna försvann sakta men säkert. Aktiviteten avtog när basenhetschefernas och sjukvårdsledningens bilder av initiativet blev alltmer lika. Det pratades inte längre om styrinitiativet och alltfler såg initiativet som mindre välanpassat till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Förloppet fick hos flera basenhetscheferna mer synen av något övergående som inte hade påverkat rutinerna utan att man snarare hade kommit tillbaks till ett system som liknade det man alltid hade haft. Vilket gjorde att många basenhetschefer ändrade uppfattningen om styrinitiativets förlopp från att första tro att det skulle utvecklas enligt typ 2 till att mer likna ett engångsförlopp med distinkt slut, typ 1. Systemet med prestationsersättningar levde dock kvar efter det ursprungliga införandet, men hamnade i skymundan eftersom dess konstruktörer ansåg att det inte gick att upprätthålla p g a övergripande strategiska beslut och den nya ledningen sedan kom att propagera för en fokusering på kostnadsbudgetering.

”Dom har inte [prestationsersättningen] som direkta pengar, men dom har det som uppföljningssystem. Dom har bestämt att dom får den här ersättningen i vad dom kallar skuggbudget. Dom har alltså en produktionsvolym, ett pris per volym, och så följer dom det i ekonomiska termer. Men vid sidan om så har dom en vanlig, som jag uppfattar det, anslagsbudget där dom ändå skall hålla sina kostnader. Men sedan följer dom det här vid sidan om så att om [basenheterna] då gör mera men med samma kostnad, så får dom i skuggbudgeten ett positivt resultat och då innebär det väl att dom har större möjlighet att förhandla om resultatet vid årets slut.” (förvaltnings-tjänsteman)

Ett annat och exempel går också att hitta i de organiseringsförlopp som skedde kring kvalitetssatsningen i VL, där de tre kvalitetssatsningarna (Södra Lappland 1992, Skellefteå 1993, samt landstingscentralt 1994) fick landstingsledningen att börja ta initiativ till utformandet av ett omfattande utbildningsprogram kring kvalitet. Organiserandet av kvalitetsutbildningen innebar att många på sjukhusnivå och på landstingsnivå upplevde att detta skulle bli lösningen på

den vagt definierade kvalitetsproblematiken. Sedan flera år hade man haft den uttalade strategin att kvalitet och kvalitetsarbete var något viktigt i utvecklingen av organisationen, och man tänkte sig att den själv kunde lära och förbättra sig i en evigt lång process av ständiga förbättringar, kvalitetscirklar och höjd kvalitet. Mottagandet i verksamheten blev delat, entusiasmen tycktes störst bland vårdpersonalen och lägst bland läkarna (som av andra aktörer utpekades som den motsträviga kategorin). I vissa fall som i Skellefteå verkade stora delar av personalen involveras i kvalitetsarbetet, men på många håll förblev utbildningen en utbildning i raden, inte minst för många läkare som ju ofta ställs inför nya utbildningar och som profession tycker sig alltid ha strävat efter att utföra ett kvalitativt gott arbete. Hos dessa kändes inte styrinitiativet inspirerande och bland många läkare sågs initiativet som något övergående som inte hade med själva den medicinska verksamheten att göra. Även landstingsledningen insåg med tiden risken att kvalitetsarbetets dynamik skulle ebba ut efter att den påkostade utbildningssatsningen avslutats, vilket fick dem att modifiera sina tankar kring styrinitiativet efter utbildningssatsningen och knyta kvalitetsfrågorna närmare verksamhetsplaneringen:

”Det finns ju risken där va, men där ligger ju dels det här att dom här personerna har det som sin uppgift och sen på det här kommer verksamhetsplaner och sånt. Det är ju något som kommer att återkomma varje år, upprättandet av verksamhetsplanen och att du får med det här med delaktigheten i det, och då kommer ju också kvalitetsfrågorna hela tiden att diskuteras; ‘hur har vi gjort?’ [...] Det finns ju olika kriterier som du kan peta in va, för att följa upp sedan, och det i kombination med framtagande av verksamhetsplan tycker jag är en ganska god grund för att det här skall fortsätta på ett bra sätt.” (politiker i landstingsledningen)

Förhoppningarna om ett efterföljande spontant förbättringsarbete förbyttes successivt i en mer systematisk och tydlig struktur för löpande planering, rapportering och utvärdering av kvalitetsarbetet. Rapporteringen av kvalitetsarbetet skulle bli en del av den tidigare införda verksamhetsplaneringen. Ledningens försök att hålla kvar vid styrinitiativet gjorde att förloppet i deras ögon förändrades och mer började likna förloppstyp 3, dvs ett förlopp där styrinitiativet blir föremål för återkommande modifieringar.

Ett tredje exempel på styrinitiativ som inledningsvis haft en tanke att vara en typ av engångssatsning var införandet av resultatenheter på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Ledningspersoner på både landstings- och förvaltningsnivå var inställda på att allt fler verksamheter skulle prestationsersättas och att enheter och kliniker i framtiden skulle vara organiserade som resultatenheter. På Akademiska sjukhuset skedde denna utveckling stegvis där olika

serviceenheter som städ och kök omvandlades till resultatenheter. När vi ser på förloppen som skedde kring införandet av resultatenheter på kliniska laboratorier så finns det både likheter och skillnader med de två ovan beskrivna styrinitiativen.

Organiseringsförloppet präglas av att sjukhusledningen ändrade regelverket en eller flera gånger varje år mot bakgrund av uppdykande problem. Dessa förändringar krävde varje gång uppmärksamhet från både sjukhusledning och basenhetschefer. Sjukhusledningen behöll över flera år sin i grunden positiva syn på resultatenhetsbegreppet och introducerade modifieringarna av systemet med hänvisning till oönskade effekter. Skillnaden mellan aktörskategoriernas upplevelser av styrinitiativet knyts delvis till tolkningen av de ”oönskade effekterna”, dvs att sjukhusledningen såg det som problematiskt med stora vinster medan laboratorierna upplevde det som starkt positivt. En annan viktig aspekt är dock att de nyblivna resultatenheterna förväntade sig ett över tiden stabilt regelverk som skulle införas en gång för alla, medan sjukhusledningen såg detta som något flexibelt som gick att förändra när så krävdes (man såg i praktiken förändringar av regelverk som naturliga inslag i ledningsarbetet). I retoriken kring förändringarna kom man dock att stödja sig på begrepp som ”kostnadskontroll” och ”utgiftsbudget”, vilket för laboratoriecheferna signalerade en tillbakagång till anslagsfinansieringen. Förändringarna av styrinitiativet upplevdes som successiva steg mot något på basenheterna redan kände till och var vana vid, vilket gjorde att aktiviteten kring förändringarna snabbt avtog. Vid studiens slut talade inte sjukhusledningen längre om resultatenheter utan nu var det de nya divisionerna som gällde för att strukturera upp sjukhuset.

Likheterna med de två tidigare styrinitiativen var ledningens positiva inställning till styrinitiativen och att man såg initiativet som något som kunde införas utan större problem och sedan fungera under en längre tid framöver. Den stora skillnaden jämfört med dessa är att styrinitiativet modifierades om och om igen, och att de inblandade aktörerna gång efter gång blev involverade i agerandet kring styrinitiativet. Medan intentionen var ett förlopp av typ 2 så kom alla inblandade aktörer att uppleva det som ett förlopp av typ 3, ett förlopp med återkommande organiseringsprocesser p g a modifieringar av styrsystemet.

11.1.3 Återkommande förlopp på grund av modifieringar

Denna typ av förlopp uppstår när system som egentligen var avsedda att fungera enligt typ (2) förändras med anpassande aktivitet. Skillnaden är att syste-

met p g a olika inre eller yttre omständigheter inte kan hållas konsistent över tiden, och att aktörerna upplever förändringarna som så pass viktiga att de genomför anpassande aktiviteter. Den första upplevelsen av styrinitiativet kan således komma att omdefinieras som en oönskad dåtid p g a icke förutsedda beteenden. Även förloppen av typ 3 bygger på att aktörernas föreställningar om styrinitiativen förändras över tiden. Skillnaden mot typ 2 är att synen på styrinitiativet förändras så pass mycket att även de drivande aktörerna upplever att deras förväntningar inte infriats och därför introducerar modifieringar och korrektiv med denna ”misfit” som grund. Detta organiseringsförlopp innebär att någon eller några aktörskategorier under den inledande ”organiseringsvågen” skapar en gemensam föreställning om att styrinitiativet är otillräckligt (alternativt att dess kontext har förändrats), vilket leder till en ny organiseringsvåg som inriktar sig på att utforma och implementera en förändring.

Bland de studerade styrinitiativen finns det inte något där landstingsledningen uttalat haft som strategi att med tiden modifiera styrinitiativet i och med att de introducerades; snarare har retoriken gått ut på att det har varit färdiga styrsystem som skall införas en gång för alla. Modifieringarna har kommit efterhand när problem uppkommit och det blivit nödvändigt att göra anpassningar till förändrade förhållanden eller uppdykande omständigheter som man inte räknat med. Detta är däremot ett vanligt förlopp för styrinitiativen, dvs att organiseringen sker i en andra ”våg” när styrsystemet hunnit möta vardagsverksamheten med dess skiftande problem och förutsättningar (jfr Tyre & Orlikowski, 1994). I regel kommer denna andra våg en tid efter den första, eftersom det dels tar tid att se problem med ett styrsystem, men även för att det är retoriskt besvärligt att ändra på någonting som nyss införts. Om styrinitiativets införande i hälso- och sjukvården kräver en stark och drastisk retorik, så är fallet detsamma med förändringar av dess konstruktion efter det att införandet skett. Ett exempel på detta är den avsedda nysatsningen på LOTS i Västerbotten:

”Ni vet att en av de svagheter vi upplevde i LOTS var ju att när man hade gått igenom dom olika stegen med syfte, strategi och målaktiviteter, då var man framme i något som hette personal och organisation; man skulle göra analyser av organisationens styrkor och svagheter och medarbetarnas kompetens och så vidare. Men då hade man fått dra så mycket energi att klara av syfte, strategi och målaktiviteter, så att de halkade ur så att säga. Men nu har vi satt in särskilda verktyg för kvalitetsfrågorna och speciella verktyg för kompetensutveckling som gör att vi kan beskriva den här helheten på ett bättre sätt än tidigare.” (tjänsteman i landstingsledningen)

Vid flera av de studerade styrinitiativen var den faktiska tanken att de nya styrsystemen skulle skapa nyproduktion av rutiner varje gång de genomfördes. Styrinitiativen skulle vara konstruerade så att förändring och lärande skulle uppnås en gång per år eller inför varje ny mandatperiod. Denna typ av förlopp som upplevts som att styrsystemen inneburit regelbundet nya organiseringsprocesser kallar vi för typ 4.

11.1.4 Återkommande förlopp på grund av periodisk nyproduktion

De förlopp som kan hänföras till denna typ har — till skillnad från de i typ 3 — i sin konstruktion krav på återkommande organisering kring styrinitiativet. Detta innebär inte att styrinitiativet inte med tiden kan rutiniseras, men man kommer så länge regelverket gäller och aktörerna efterlever det att söka genomföra periodiska organiseringsprocesser där nya omständigheter leder till krav på nytänkande. Organiseringsförlopp av typ 4 kräver primärt att styrinitiativet i sig innebär återkommande organiseringar kring nyproduktion av något slag. Vanliga exempel härvidlag är årliga tilldragelser som budgetprocesser eller verksamhetsplanering, men man kan också se de mandatperiodsvisa förtroendemannautredningarna som periodiskt återkommande organiseringsprocesser. För att dessa återkommande förlopp inte successivt skall rutiniseras och bli en reflektionslös ritual likt typerna 2 och 3 krävs det dock också att styrinitiativet på något sätt förnyas över tiden (jfr Jönsson, 1982: 303).

Denna typ av förlopp är lite av den ekonomiska styrningens idealförlopp, dvs rapporter, budgetprocesser mm (se t ex Jönsson, 1982) skall med jämna mellanrum tvinga organisationens aktörer att lyfta sig från vardagsgöromålen och reflektera över mer strategiska frågor. Styrsystemen skall efter det att de införts kontinuerligt ställa aktörer på olika nivåer inför behovet av att analysera, systematisera och kommunicera sin verksamhet. Tanken är då att man skall organisera sig kring hela processen och inte bara kring de förändringar på marginalen som gjorts sedan förra gången. Såväl LOTS som IOS hade typ 4 som avsikt, men eftersom planeringsmodellerna såg likadana ut år efter år kunde man använda fjolårets dokument som mall snarare än att sätta sig ned och göra en ny genomgripande omvärldsanalys.

”Det var ju väldigt mycket prat om [IOS] för ett par år sedan, men det har liksom fallit i glömska lite grand tror jag. Man kan ju säga att det har satt sina spår i det här med verksamhetsrapporter, hur man rapporterar. Men det har ju inte genomsyrat verksamheten som det var tänkt. Och det har ju stannat hos mig så att säga. Det har ju inte kommit längre ned i organisationen hos oss och det tror jag inte på dom andra

enheterna heller. Några har försökt att få ned det i organisationen då, men vi har inte gjort det. (Basenhetschef)

Det närmaste vi kommer förlopp av typ 4 är beställarstyrningen i LS och LUL, där de årliga avtalsprocesserna framtvingade en organisering bland såväl beställare som utförare. Även här ser vi att aktiviteten det första året var betydligt mer omfattande än under de följande åren. Däremot kom ingen av parterna undan den årliga diskussionen kring verksamheten och avtalens konstruktion eftersom styrsystemet ”framtvingade” en beställning. Dessutom reformerades löpande både förhandlingsprocesserna och innehållet i beställningarna.

Det första exemplet på sådana förlopp är införandet av LOTS i VL, där det omfattande handlandet kring den första utbildnings- och planeringsomgången följdes av gradvis allt blygsammare aktiviteter de påföljande åren. När landstingsledningen genom att föra in kvalitetsaspekten i LOTS-processen och utnämna en särskild ”LOTS-general” försökte gjuta nytt liv i verksamhetsplaneringen var detta ett sätt att försöka öka aktivitetsgraden kring styrinitiativet och se till att det inte rutiniserades alltför tidigt. LOTS hade minskat i nyhetsvärde och de årliga omarbetningarna av befintliga verksamhetsplaner innebar mestadels förändringar på marginalen. Även initiativet att förnya LOTS-processen genom att lyfta in planering av kvalitetsarbetet var ett sätt att visa på ett nytt behov av aktivitet. På sjukhus- och basenhetslednings nivå upplevdes inte förändringen som tillräckligt radikal för att en ny ”organiseringsvåg” skulle komma till stånd; man såg den endast som en mindre nyhet i en annars standardiserad planeringsritual. Förloppet kring LOTS som verktyg för verksamhetsplanering började med tiden alltmer likna förlopp av typen 3.

Det andra exemplet är från LS där en annan (men liknande) modell för verksamhetsplanering infördes. Modellen kallades för IOS och har många likheter med LOTS. Landstingsledningen hade på samma sätt som i VL förhoppningar om att varje ny omgång av verksamhetsplanering skulle leda till att underenheterna skulle ifrågasätta och förnya den vårdverksamhet de bedrev. Den allmänna upplevelsen bland ledningarna för sjukhusen och för basenheterna var att införandet av IOS i stort var ett engångsförlopp, där huvudparten av arbetet hade utförts i samband med den utbildningssatsning genom vilken IOS introducerades. Så gemensamt för både LOTS och IOS är att styrinitiativen, efter de initialt högt ställda förväntningarna både hos landstingsledning och underenheter, genomgick märkbara förändringar där aktörerna upplevde sänkningar av ambitionsnivån och rentav tillbakagång till tidigare system. De som skiljer IOS och LOTS åt är att landstingsledningen i VL längre håller fast

vid styrinitiativet genom att göra tydligare försök att modifiera styrinitiativet. Det gör att förloppet i fall kring IOS liknar typ 2 utifrån basenhetschefernas perspektiv.

”LOTS-metodiken som sådan har ju utvecklats en del och vi har ju under hösten här haft, ja coacher heter dom ju inte längre, processledare skall vi kalla dom nu, på utbildning för detta. [...] Men utvecklingen på själva dom här metoderna i LOTS är ändå relativt begränsad, nog upplever jag att det är liksom inte alls samma go i detta, tyngdpunkten ligger inte på samma saker, och det kan jag ju tycka är bra. Typ syfte, mål och strategier och sånt där, det skall man ju för det första inte behöva omforma varje år, och sen så jobbar man nog betydligt mera idag med verksamhetens innehåll.” (tjänsteman i förvaltningsledning)

Det tredje exemplet är försöket med beställarstyrning i Sörmland, där landstingsledningens föreställning var att de nya avtal som gjordes vid varje år skulle ge verksamheten möjlighet att ifrågasätta sig själva och finna nya vårdlösningar som kunde innebära bättre vård till lägre kostnad. Hela modellen med beställarstyrning och hur det politiska arbetet skulle ske i de olika nämnderna skulle ifrågasättas i och med förtroendemannautredningarna inför varje ny mandatperiod. Beställarstyrning i Sörmland är det styrinitiativ som närmast kan förknippas med förlopp av typ 4. Tanken att ifrågasätta och hålla liv i organiseringsprocessen påverkades starkt av avtalsenheten, som inför varje ny avtalsperiod ville förändra och påverka avtalens utformning. Avtalsenhetens ambitioner att gå över till att handla upp vårdkedjor när verksamheten lärt sig att ta fram välutvecklade klinik- och sjukhusvisa offerter är ett sådant inslag. Förändringen i riktning mot vårdkedjetänkande har således inte (ännu) upplevts som tillräckligt radikal för att påkalla nya ”organiseringsvågor”, bl a därför att man menar att det bara finns några stora vårdkedjor som är funktionella och att resterande verksamhet ändå kommer att få hanteras i den nuvarande specialistuppdelade organisationen. Bland basenhetscheferna fanns det vid det första avtalstillfället en föreställning om att man skulle bli delaktig i de direkta förhandlingarna och att det var viktigt att ha sina offerter och kalkyler i ordning för förhandling. Insikten om att det inte skulle bli så, gjorde att många av basenhetscheferna tappade lite av gnistan, vilket också förstärktes när de efterföljande avtalen mer och mer skötes direkt mellan respektive sjukhuschef och avtalsenheten. Även bland sjukhusledningarna ser man en avmattning i och med att mycket av den första omgångens planer på att i detalj kunna styra och beställa sjukvård mer och mer återgick till system av abonnemang.

Det fjärde exemplet är försöket med beställarstyrning i Enköping, som i stora delar liknar de förlopp som fanns kring beställarstyrningen i Sörmland

genom att styrsystemet innebar årligen återkommande aktiviteter vars intensitet dock minskade över åren. Den stora insatsen på basenhetsnivå gjordes i samband med den första beställningen och under de efterföljande åren skedde enbart modifieringar. Samtidigt blev avtalen mer och mer en angelägenhet för beställarkansliet och sjukhusledningen. Avtalens inriktning gick också alltmer mot ospecificerade abonnemang, vilket gjorde att antalet diskussionspunkter i processen minskade. När sedan hela landstinget skulle införa beställarstyrning upplevde man på sjukhuset att man nu skulle tvingas vänta in de andra som inte gått igenom processen att få en bättre kontroll på sin verksamhet. På samma sätt som avtalsenheten i Sörmland så försökte Beställarkansliet i Enköping att få nytt liv i beställningsprocessen, men historien från den första avtalsomgången och landstingets ekonomi gjorde det svårt eller till och med omöjligt att göra om avtalsprocessen och få den att se annorlunda ut. Så föreställningarna hos de inblandade aktörerna ändrades under tidens gång där sjukhusledningen mer såg förloppet som att man från Beställarkansliet ville göra små förändringar av hur beställarstyrning skulle fungera. Å andra sidan ville Beställarkansliet själv göra större förändringar, men menade sig möta motstånd från de två sjukhus som den mesta av vården beställdes. Bland basenhetscheferna upplevdes förloppet som fruktbart och som en stor möjlighet, men man kom aldrig att involveras i detta efter den initiala ansträngningen för att formulera detaljerade offerter. I båda fallen med beställarstyrning finns det således likheter i förloppen, där man på förvaltnings- och basenhetsnivå upplevde att avtalens utveckling mot abonnemang inte innebar en ny och vårdkedjeinriktad upphandlingsfilosofi, utan snarare en återgång till förfarandet med rambudgetering. I båda fallen finns det samma skillnader rörande hur man som basenhetschefer, sjukhusledning och beställare uppfattade förloppen. Basenhetscheferna ger uttryck för ett förlopp av typ 2, sjukhusledningarna mer ett förlopp av typ 3, medan beställarna försöker att få förloppet att se ut som typ 4.

”Det är ju mycket det här att det är andra gången, för då hade vi ju första utgåvan [av prislistan]. Och då hade vi inte räknat så mycket plus att vi inte har varit lika oroade för vad som händer då om man får avtalet eller inte. Förra året dröjde det fram till sommaren innan det blev klart. Nu hade vi förhoppningen i höstas då vi lade fram det här i tid, att det skulle bli ett avtal till årsskiftet. Så blev det inte det och så går tiden och så fortsätter vi så här, [...] så vi är i ungefär samma sits nu va. Då upprepar sig historien, men det känns inte lika alamerande eller dramatiskt.” (basenhetschef)

11.2 Skilda tolkningar, skilda förloppsbeskrivningar

Som framgått var de olika aktörsgруппernas upplevelser av organiseringsförloppen kring de ekonomiska styrinitiativen skilda åt i flertalet fall. De förlopp som ledningen tänkt sig realiserades sällan i underenheternas ögon, och effekterna av modifieringar och krav på nyproduktion blev sällan så långvariga som man avsett. Skillnaderna aktörsgруппerna emellan vad avser upplevelsorna av organiseringsförloppen kan sammanfattas med tabell 11.1.

Som synes varierar landstingsledningarnas förloppsbeskrivningar en hel del mellan de olika styrinitiativen, vilket tyder på att ekonomisk styrning inte för med sig några enhetliga förändringsansatser. Beskrivningarna av förloppen beror mycket på den organisering man ser som nödvändig för att just det enskilda styrinitiativet skall kunna genomföras på ett framgångsrikt sätt. Gemensamt är den initiala kraftsamlingen, men i övrigt skiljer sig de studerade förloppen åt beroende dels på hur konkret styrsystemet är, dels på den strukturering av rummet, tiden och aktörerna som det upplevs föra med sig.

	Engångsförlopp med distinkta slut	Engångsförlopp med kvarlevande rutiner	Återkommande förlopp p g a modifieringar	Återkommande förlopp p g a periodisk nyproduktion
Prestationsersättning, VL	B	L, B		
Kvalitetsstyrning, VL	F, B	L, F, B	L	
LOTS, VL			F, B	L
BUM, LS		B	F	L, BE
IOS, LS		F, B		L
BUM, Enköping		B	F	L, BE
Isidor, LUL	L	F		
Resultatenheter, UAS		L, F	L, F, B	

Tabell 11.1: Olika aktörers upplevelser av styrinitiativens organiseringsförlopp. B=Basenhetschefer, F=Förvaltningsledningar, L=Landstingsledningar, BE=Beställarenhet

Frånsett tydliga projekt som Isidor-processen så har de studerade styrinitiativen i varierande grad krävt någon form av lärprocess inom organisationen. Vare sig landstingsledningar, förvaltningsledningar eller basenhetschefer har i regel haft någon entydig bild av hur styrsystemen slutligen skulle vara konstruerade och vilka exakta konsekvenser de skulle få. Detta har inneburit att man ställt krav på en hel del aktivitet i organisationen för att hantera styrinitiativen, men också att man därmed avhändert sig en del av de direkta styrmöjligheter klart

definierade projekt för med sig. Det konkreta styrinitiativet kanske genomförs som tänkt men leder inte alltid till någon egentlig organisering på lägre nivåer.

När det gäller styrsystemens strukturerande egenskaper i förhållande till förloppen så kan vi konstatera att landstingsledningarna i regel haft högre ambitioner att kunna hålla aktiviteten kring styrinitiativen vid liv än vad som har blivit fallet. Som beskrevs i föregående kapitel så är ekonomiska styrsystem till sin konstruktion något ständigt närvarande, ständigt återkommande. Ledningsambitionen verkar också ha varit att kunna få igång ständigt närvarande, ständigt återkommande organiseringsförlopp kring styrsystemen. Detta är tankemodellen bakom traditionell budgetstyrning, liksom de här studerade systemen för prestationsersättning, kvalitetsarbete, verksamhetsplanering och beställarstyrning; styrsystemet skall genom sin cykliska strukturering av tiden återkommande ställa krav på aktörerna att organisera sig kring väl definierade problemställningar och processer. Problemet verkar vara att det även här finns en inlärningseffekt som innebär att styrinitiativen gradvis rutiniseras och att styrsystemens problemställningar och processer hanteras alltmer rutinmässigt och flyhänt. I flera av de studerade styrinitiativen visar det sig också att aktörskategorier ”längre ned” i hierarkin uppfattar förloppen som betydligt snabbare övergående och avklingande än vad landstingsledningarna gör.

Sammanfattningsvis kan man således konstatera att det finns olika typer av organiseringsförlopp kring ekonomiska styrinitiativ, och att skillnaderna (men också likheterna) i aktörernas upplevelser av dessa är centrala för att förstå organiserings utveckling över tiden. Vi kan också konstatera att ekonomiska styrinitiativ inom sig bär en källa till rutinisering; de består i allmänhet av en uppsättning standards för aktörernas aktivitet, standards som när aktörerna funnit ett sätt att hantera dem läggs till den befintliga uppsättningen organisatoriska rutiner

Vidare har samtliga organiseringsförlopp ett inslag av avgränsning i tiden; aktiviteterna motiveras ofta i termer av att det behövs åtgärder för att lämna gamla system och tänkesätt bakom sig, och för att lösa de nutida och framtida problem man upplever. Vissa styrinitiativ innehåller här tydliga preskriptioner för vilka aktiviteter som skall utföras (t ex Isidor) medan andra har tydliga krav på produkten (LOTS, IOS) eller kompenserar ett vagt och idémässigt innehåll med tydliga etiketter eller begrepp (som t ex beställarstyrning eller prestationsersättningar).

I nästa kapitel skall vi närmare analysera styrinitiativen i deras organisatoriska kontext, dvs som beståndsdelar i den långsiktiga utvecklingen av landstingsorganisationerna. Även där blir olika aktörskategoriernas beskrivningar av

styrinitiativen centrala, denna gång dock med avseende på hur de upplever styrinitiativen i förhållande till varandra och dess förändrande inverkan på organisationen. Organiseringsförloppens avgränsade karaktär reser frågan om de egentligen har någon långsiktig inverkan på hur aktörerna i organisationen uppfattar sig själva och andra.

11.3 *Sammanfattning*

- Organiseringsprocesserna kring de studerade ekonomiska styrinitiativen tolkas olika av olika aktörskategorier. Tolkningarna kan inrangeras i fyra olika förloppstyper: (1) Engångsförlopp med distinkt slut, (2) Engångsförlopp med kvarvarande rutin, (3) Återkommande förlopp på grund av modifieringar, samt (4) Återkommande förlopp på grund av periodisk nyproduktion.
- Engångsförlopp med distinkta slut är organiseringsprocesser som i mångt och mycket liknar traditionella projekt, med konkreta mål, tidsramar och formellt ansvariga aktörer. Ett tydligt exempel på en sådan process är Isidor-projektet i LUL.
- Engångsförlopp med kvarvarande rutiner är förlopp som visserligen bara inneburit en enstaka ”våg” av organiserad aktivitet, men som upplevs ha resulterat i nya handlingsmönster som man löpande utför på rutinmässig basis. Exempel från de studerade styrinitiativen är kvalitetssatsningarna i VL liksom basenhetschefernas upplevelse av beställarstyrningen i LS och LUL.
- Återkommande förlopp på grund av modifieringar beskriver en utveckling där det införda styrsystemet ändras i sin konstruktion efter en tid p g a upplevda problem eller ändrade synsätt. Modifieringen yttrar sig i en ny ”våg” av organisering för att hantera förändringen och bli en del i de vardagsrutinerna. Införandet av resultatenheter vid UAS är ett tydligt exempel på detta, där de upprepade omkonstruktionerna av systemet påkallade nya, anpassande aktiviteter från laboratoriernas sida.
- Återkommande förlopp p g a periodisk nyproduktion är ett förlopp där aktörerna upplever att styrsystemets konstruktion kräver att de organiserar sig kring dem med jämna mellanrum. Här finner vi intentionerna med såväl LOTS, IOS som de olika formerna av beställarstyrning, och beställarstyrningen är det fall där aktörerna är mest överens. Även i detta förlopp sker dock en inläring och rutinisering, dock över ett antal ”vågor” av produktionsaktivitet.
- Samtliga förlopp innebär således en rutinisering över tiden, där skillnaderna främst gäller hur pass utsträckt denna rutiniseringsprocess är och den spridning i upplevelser av förloppen de olika aktörskategorierna ger uttryck för. Organiseringsprocessernas avgränsade karaktär väcker frågan i vilken mån styrinitiativen verkligen bidrar till organisatorisk förändring i de studerade hälso- och sjukvårdsorganisationerna.

12 Förändringsdilemmat II: De ekonomiska styrinitiativens förändrande egenskaper

I detta kapitel skall vi ytterligare fördjupa analysen av organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen och diskutera på vilka sätt dessa kan relateras till förändringar av de organisationer i vilka de genomförs. Inledningsvis analyseras de studerade processerna utifrån aktörernas sätt att strukturera dem i förhållande till varandra och till organisationen i övrigt, och sex grundläggande resonemang i denna strukturering identifieras. Därefter diskuteras styrinitiativen i termer av att de utgör ett slags gemensam referenspunkt kring vilken organisationen temporärt kopplas samman; till skillnad från den löst kopplade vardagen så är de studerade organiseringsprocesserna ett slags möjligheternas fönster där förändringar kan ske tack vare att aktörerna tillfälligt ingår i samma sociala sammanhang.

12.1 *Styrinitiativens organisatoriska kontext*

Analysen i kapitel 11 av organiseringsförloppen behandlade hur aktörer upplevt organiseringsförloppen kring de olika ekonomiska styrinitiativen. En sådan analys ger naturligtvis inte en fullständig bild av hur de olika aktörerna och aktörskategorierna resonerat och agerat beträffande styrinitiativen. Förutom det fåtal som på heltid ägnat sig åt att utforma och implementera de olika styrinitiativen så har de flesta aktörer haft såväl löpande verksamhet som andra styrinitiativ att hantera parallellt. Av de studerade styrinitiativen är det egentligen bara kvalitetssatsningarna i Västerbotten och beställarstyrningen i Sörmland och Enköping/Håbo som i någon nämnvärd utsträckning genomförts av för ändamålet särskilt anställd personal. Använder man sig av de enskilda styrinitiativen som enda analysnivå missar man således viktiga delar av aktörernas upplevelse av vardagen och annan utveckling i organisation, som kan vara relaterad till andra styrinitiativ eller utveckling som sker inom vård och omsorg.

Ett enskilt styrinitiativ kan naturligtvis ses som en avgränsad lösning på ett avgränsat problemområde, men en vanligare ledningsstrategi tycks vara att söka binda ihop olika styrinitiativ till en sammanhängande förnyelseinriktning. Inom landstingsvärlden har det t ex varit vanligt att sätta beteckningen ”modell” på nya styrstrategier, ett tillvägagångssätt som förutom i Sörmland också

tillämpats i Dalarna (Borgert, 1992), Stockholm (Jacobsson, 1994c) och Bohuslän (Brorström, 1995). Tanken bakom modellbyggandet har i regel varit att skapa en identitet kring förändringsansträngningarna och att försöka etablera en visionär logik som knyter de olika idéerna och initiativen samman. På så vis vill man undvika att enskilda styrinitiativ s a s införs enbart för deras egen skull; de skall i stället ses som oundgängliga delar i den övergripande visionen och deras införande blir då viktigt även för organisationen i sin helhet. Frågan är då om/hur alla aktörer uppfattar denna övergripande vision och på vilket sätt de konstruerar sin bild av organisationens färdriktning. I vissa landsting (som t ex Uppsala) var inslaget av övergripande vision marginellt, och förändringsstrategierna verkade (åtminstone innan Isidor) ha formulerats på förvaltningsnivå.

En central utgångspunkt i denna studie är att ekonomisk styrning är en drivkraft bakom organisatorisk förändring samtidigt som den har egenskaper som försvårar förändring. Som nämnts ovan kan förändringen heller inte analyseras enbart som något som uppstår internt i ett organiseringsförlopp, utan också som en konsekvens av aktörernas meningsskapande kring den övergripande utvecklingen i organisationen relaterat till organiseringsförloppet. T ex kan man se enskilda styrinitiativ som både radikala och lyckade, men samtidigt mena att organisationen som sådan stagnerar och att styrinitiativet därför inte kommer att kunna fungera som avsett. Ett exempel på detta var den politiska svängningen i landstingen efter valet 1994, där begrepp som marknad och konkurrens ersattes av samverkan och samordning, vilket naturligtvis begränsar möjligheterna för redan införda system för prestationsersättning och resultatenheter att fungera som tänkt. Här menar många aktörer att styrinitiativen initialt gav goda lärdomar och ledde till en bestående kostnadsmedvetenhet, men att det traditionella ledarskapets karaktär av att hantera en kringskuren utgiftsbudget inte förändrades nämnvärt.

Vi beskrev i kapitel 4 i teoretiska termer hur förändringsförlopp kan förstås som tidsavgränsade organiseringsprocesser kring strategiskt viktiga frågor i organisationen. De förändringsförlopp som här har studerats har varit av denna karaktär, de har upplevts som extraordinära företeelser i den löpande organisatoriska vardagen som krävt aktiviteter av extraordinär karaktär. Samtidigt är det inte dessa extraordinära aktiviteter som är den primära meningen med förändringsförloppen, utan det viktiga är att de extraordinära aktiviteterna sätter spår i vardagen, dvs i styrinitiativens organisatoriska kontext. Hur förloppen som sådana upplevdes över tiden har vi diskuterat i kapitel 11, och vi skall i det följande analysera hur förloppen strukturerades i förhållande till

den organisatoriska kontexten.

Med organisatorisk kontext avser vi här den upplevda organisatoriska omgivningen till organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen. Denna kontext ser delvis olika ut för olika aktörsgrupper — vardagen för landstingsdirektörer, sjukhusekonomer och basenhetschefer skiljer sig åt på många sätt — samtidigt som det finns vissa gemensamma intryck av organisationen. I kontexten ingår förutom den löpande vardagen naturligtvis också andra tillfälliga processer och händelser som kan beskrivas som extraordinära. Kontexten är dessutom inte bara rumslig utan också tidsmässig; när det gäller tidsavgränsade, extraordinära förlopp finns det också bakomliggande anledningar och mål vid horisonten. Till den organisatoriska kontexten till en organiseringsprocess kring ett ekonomiskt styrinitiativ hör därmed också dåtiden och framtiden, som aktörerna uppfattat dem.

12.2 Resonemang i struktureringen av styrinitiativet och dess kontext

Av beskrivningarna i kapitlen 7-9 framgår att de studerade styrinitiativen av de involverade aktörerna på olika sätt kopplats samman med o/e relaterats till andra styrinitiativ och händelser. Inget av styrinitiativen har förlöpt oberoende av vad som hände i landstingen i övrigt, och inget av dem har heller passerat helt spårlöst förbi i den meningen att de inte uppfattas ha lett till något slags förändring. Vi skall i detta avslutande avsnitt närmare analysera på vilka sätt de studerade styrinitiativen kopplats samman med andra styrinitiativ och händelser, och hur man resonerat kring styrinitiativens förnyelseinverkan på de respektive landstingen.

Det var vanligt att man i inledningsskedet av en organiseringsprocess kring ett styrinitiativ hänvisade till den historiska utvecklingen; de befintliga styrsystemen och strukturerna anses av olika orsaker inte hålla måttet och det krävdes sålunda handling för att identifiera och implementera nya lösningar. Samtidigt fanns det också ett inslag av kontinuitetssträvan; t ex byggde man i fallet prestationsersättningar vid Norrlands Universitetssjukhus på det befintliga kunnandet och engagemanget rörande APDRG.

Vid sidan om hänvisningar till historien fanns det också olika sätt att resonera kring styrinitiativets framtidsimplikationer. Vissa styrinitiativ hade ett avgränsat framtidsperspektiv; det handlade om en uppsättning aktiviteter som skulle genomföras varefter styrinitiativet s a s var över. Andra styrinitiativ var

avsedda att fortleva i all framtid och ha en bestående inverkan på organisationen. Naturligtvis beskrev olika aktörskategorier det här på olika sätt; när det gällde VL:s övergripande kvalitetssatsning såg landstingsledningen ett kontinuerligt kvalitetsarbete framför sig, medan delar av vårdpersonalen främst uppfattade att det var frågan om ett avgränsat utbildningsprojekt.

Ytterligare en dimension i beskrivningen av styrinitiativens kontext är kopplingarna till andra pågående styrinitiativ och till händelser inom och utom organisationen. Upplevelserna av denna parallellitet kan ta sig olika uttryck; medan vissa styrinitiativ bedrivs oberoende av andra (de interna förnyelseprojekten vid Enköpings lasarett efter 1993) fortlöper andra under konstant hänvisning till yttre faktorer (resultatenheterna vid Akademiska sjukhuset). Även här hade olika aktörskategorier olika upplevelser; medan landstingsledningarna i regel beskrev sina initiativ som lokalt utformade och anpassade så var man på basenhetsnivå oftast mer benägen att se det som hände som påkallat av yttre trender i landstingsvärlden eller näringslivet. I samtliga tre landsting hade t ex primärvården under 1993 och 1994 fullt upp med den nationella husläkarreformen, vilket gjorde att deras mottaglighet för samtida landstingsvisa initiativ var mycket låg.

I sättet att referera till styrinitiativens kontext finner vi utifrån ovanstående sex olika typer av resonemang:

1. Avgränsning bakåt i tiden
2. Överbryggning bakåt i tiden
3. Avgränsning framåt i tiden
4. Överbryggning framåt i tiden
5. Avgränsning mot parallella aktiviteter
6. Överbryggning till parallella aktiviteter

Vi skall i det följande närmare beskriva dessa sätt att resonera och hur de användes i kombination för att strukturera organiseringsprocesserna i förhållande till deras kontext.

12.2.1 Avgränsning bakåt i tiden

Detta sätt att resonera var vanligast i samband med att styrinitiativen introducerades; för att motivera sig själv och andra att engagera sig definierade man det nya som något radikalt annorlunda, som ett nytt grepp som ersatte tidigare

fruktlösa ansträngningar. När de nya ”marknadsorienterade” styrmodellerna i början av 90-talet gjorde sitt intåg i de svenska landstingen var retoriken just av denna typ; att vården skulle finansieras av medvetet väljande konsumenter istället för av budgetanslag från politiska församlingar upplevdes som ett viktigt trendbrott av de flesta.

Att avgränsa sig bakåt i tiden var något som styrinitiativens initiativtagare genomgående gjorde. Men samma typ av avgränsning gjordes också ofta av andra aktörer när de berättade om styrinitiativet och varför de infördes. I Västerbotten fanns det en närmast enhetlig uppfattning bland de vi talade med vid studiens första intervjutillfälle att anslagsbudgetering var något som man hade lämnat bakom sig; så mycket av vårdproduktionen som möjligt skulle ersättas efter det att prestationen var utförd. Införandet av prestationsersättning är det klart tydligaste exemplet på hur man förkastar de gamla styrsystemen och filosofierna bakom dem. Ett annat exempel i Västerbotten var införandet av LOTS. Skillnaden här var att det främst var på landstingsledningsnivå, bland dess ledande tjänstemän och ekonomer och på förvaltningsnivå som man kände att en ny syn för verksamhetsplanering behövdes; det gamla planerings sättet skulle inte klara de krav som ställs när förvaltningar och basenheter tydligare skulle bli självbärande ekonomiska enheter.

När Sörmlandsmodellen introducerades gjordes liknande avgränsningar bakåt i tiden bland landstingets tjänstemän, tjänstemännen på förvaltningarna och ute på basenheterna; nu skulle man äntligen komma ifrån det gamla sättet att fördela pengar. Bland många av basenhetscheferna var förväntningarna starka på att kliniken i framtiden mer eller mindre skulle drivas som ett självständigt företag, där man själva fick se till att få in intäkter om man skulle överleva. Här är ett exempel på hur en central landstingstjänsteman i samband med att man motiverar införandet av Sörmlandsmodellen gör en tidsavgränsning bakåt. Tjänstemannen säger:

”... sätten att styra verksamheten, att vi kommit ifrån anslagsstyrningen, det är sånt som vi inte kommer att gå tillbaka. Det kommer att gå trender även i framtiden naturligtvis, men jag tror att det vi gör nu är så epokgörande att det kommer att utvecklas utan någon återvändo”

Tjänstemannen avgränsade sig här mot tidigare arbetsätt genom att säga att det det gjorde nu var något helt nytt och skilt från det man tidigare gjorde, och att det tidigare sättet att arbeta var något som man inte skulle använda framöver. Detta sätt att avgränsa mot tidigare aktiviteter vad gäller fördelningen av landstingets medel för hälso- och sjukvård återfanns naturligt nog hos avtals-

enheten i och med deras roll som beställare och därmed som central aktör för hela Sörmlandsmodellen.

När det gäller avgränsningar bakåt så fanns det stora likheter mellan införandet av IOS och LOTS som verktyg för verksamhetsplanering i Sörmland respektive Västerbotten, där landstingsledningen och förvaltningsledningarna tydligare avgränsade sig mot tidigare sätt att planera. I Sörmlands fall såg dessa aktörer det som viktigt att man nu skulle få en enhetlig och strukturerad modell för rapportering jämfört med de tidigare system som hade funnits (eller rättare sagt inte funnits).

Vid försöket med beställarstyrning i Enköping gjorde landstingsledningen inte samma tydliga avgränsning mot tidigare aktiviteter, även om det från centrala politiker och tjänstemän fanns en tro på att beställarstyrningen skulle bli något som överfördes på hela landstinget. Om det nu faktiskt skulle bli så fick försöket och erfarenheterna i Enköping visa. Så för att inte föregripa utvecklingen mer än vad man redan gjort höll sig landstingsledningen i bakgrunden och de lokala aktörerna fick genomföra försöket efter bästa förmåga. Bland dessa, förvaltningstjänstemän, tjänstemän vid beställarkansli och basenhetschefer var förhållningssättet till beställarstyrning likt det som vi sett i Västerbotten och Sörmland; alla var mer eller mindre övertygade om att man inte kunde fortsätta på det sätt man gjort och att sättet att få ersättning efter prestation var något som skulle lösa problemen. Denna beskrivning gäller i stort förhållandena i Enköping; Akademiska sjukhuset som var stor ”producent” åt beställarna i Enköping var inte lika intresserade av att göra något nytt utan ville hålla kvar vid tidigare praxis. Däremot fanns det en oro eller osäkerhet hos basenhetscheferna hur man som basenhet skulle agera gentemot beställarkansliet i Enköping.

Om landstingets tjänstemän och tjänstemännen på Akademiska sjukhuset inte uttalat stödde beställarstyrningen eller såg den som något avgränsat från tidigare rutiner, så vara inställningen ändå vid studiens början att sättet att ersätta och styra verksamheten var något som måste förändras. Införandet av resultatenheter bland serviceenheter och sedan i ökande grad på de medicinska enheterna var viktiga och sedan länge planerade steg i denna riktning. Basenhetscheferna på laboratorierna såg däremot detta som ett klart brott mot tidigare arbetsätt, då man i framtiden skulle få mer att säga till om vad gäller den egna prissättningen och hur man skulle använda intjänade medel.

Ser vi på de olika aktörerna vid studiens slut och hur de avgränsade organiseringsprocesserna bakåt i tiden så skedde det förändringar under studien. Avgränsningarna var vid studiens slut inte lika klara och i de flesta fall förhöll

man sig till styrinitiativen på ett annat sätt. När sedan det gjordes avgränsningar bakåt så var det färre aktörer än vid studiens början som gav uttryck för sådana. Dessa avgränsningar bakåt gjordes dels i Västerbotten och rörde prestationsersättningen och dels Sörmlandsmodellen, avgränsningar som i båda fallen gjordes av endast en aktörskategori. I Västerbotten gjordes inte längre avgränsningen mot anslagsbudgetering, utan mot den nyss införda prestationsersättningen där man inte riktigt ville kännas vid att man själv hade varit en förkämpe för idén. Avgränsningen gjordes på så sätt för att komma ifrån en tidigare ståndpunkt och få möjlighet att lämna frågan. I Sörmland var det framför allt tjänstemännen på avtalsenheten som fortfarande hade kvar uppfattningen om anslagsbudgeteringens avigsidor på ett liknade sätt som i studiens början, medan de andra aktörerna inte nämnde eller var mer neutralt inställda till prestationsersättning och anslagsbudgetering.

Så även om det vid studiens slut fanns aktörer som avgränsade styrinitiativet bakåt i tiden så har mer parten av aktörerna lämnat detta sätt att göra gränser bakåt i tiden. De olika styrinitiativen kändes inte längre nya utan man hade upptäckt dess brister och förtjänster. Där igenom har också dessa aktörer börjat lämna frågan på så vis att man inte längre beskrev den som något nytt utan antingen som något som blivit rutin eller som något man försökte glömma. Det var inte helt ovanligt att man förpassade hela organiseringsprocessen till dåtid efter att den var genomgången, samtidigt som man pekade på den långsiktiga nyttan:

”Köp/sälj-diskussionen som var absurd, och fortfarande är i Stockholm, den har naturligtvis varit en karikatyr av det här, och vi är på väg ur köp/sälj-situationen redan nu. Maximumet har vi redan passerat, det är inte lösningen för sjukvården. [...] På lite längre perspektiv så har vi en helt annan... den ekonomiska aspekten kommer att ha en betydligt större tyngd än vad den hade på den tiden.” (tjänsteman i förvaltningsledning, 95)

12.2.2 Överbryggnings bakåt i tiden

Detta resonemang gick ut på att vad som skedde kring det aktuella styrinitiativet egentligen var en naturlig konsekvens av tidigare system och händelser och att förändringen inte helt kunde frikopplas från sin förhistoria. Vi mötte dels detta i uppfattningen av att man i styrinitiativets konstruktion tagit till vara erfarenheter från tidigare system och att den nuvarande organiseringen byggde på dessa, men också i upplevelser av att utvecklingen beskrev ett slags cirkelrörelse där systemen successivt återgick till något som liknade de gamla.

I Västerbotten mötte vi detta sätt att göra överbryggingar bakåt i tiden dels när man diskussionen rör NUS och dels när de sjukvårdsförvaltningarna i Skellefteå och Lycksele talar om prestationsersättning. Däremot skilde sig uppfattningarna åt om prestationsersättningens vara eller icke vara, där man bland de opererande basenheterna och på förvaltningsnivå i Umeå refererade till den erfarenhet man som regionsjukhus hade av att prissätta och kategorisera sina prestationer. Hos dessa aktörer var övergången till att även prestationsersätta den interna vården en naturlig fortsättning. Det var också dessa basenhetschefer som tydligast gjorde avgränsningar bakåt genom fördömanden av det gamla anslagstänkandet. Bland de basenheter i Umeå som inte bedrev kirurgisk verksamhet gjorde man inte samma avgränsning bakåt utan man såg det här med prestationsersättning som en fortsättning på en utveckling som sjukvården varit inne i under flera år. Däremot hade man inga klara idéer om hur man skulle klara av att prestationsersätta enskilda vårdtillfällen på andra sätt än de som traditionellt hade funnits, dvs efter antal läkarbesök eller antal vård dagar.

I Skellefteå och i Lycksele var man inledningsvis skeptiska till införandet av prestationsersättning såväl inom länet som inom sjukhuset, vilket gjorde att många basenhetschefer och tjänstemän på dessa förvaltningar sökte behålla ett mer anslagslikt förfaringssätt när landstingets resurser skulle fördelas mellan basenheterna. Mycket av detta återspeglas i de farhågor som fanns på sjukhusen för att NUS i Umeå skulle bli alltför dominerande genom sina stordriftsfördelar; man förväntade sig helt enkelt att NUS genom lägre styckpriser skulle dra till sig en ökad vårdvolym på länsdelssjukhusens bekostnad. Detta skulle i förlängningen i så fall innebära att man på de andra sjukhusen skulle bli tvingade att göra motsvarande neddragningar av sin egen verksamhet.

De ambitioner som landstingsledningen hade att förbättra verksamhetens kvalitet upplevdes inledningsvis som sekundära i och med att mycket av aktiviteterna kring den ekonomiska styrningen inriktades mot förbättringar av verksamhetens effektivitet och produktivitet. Detta sammanföll i stor utsträckning med ansträngningarna att prestationsersätta verksamheten. Som en följd av detta kom både landstingsledningen, ledningarna för förvaltningarna, och många av basenhetscheferna att beskriva kvalitet som något sjukvården alltid arbetat med. På förvaltningarna i Skellefteå och Lycksele fanns det dock en mer uttalad uppfattning om att man behövde komma vidare och bygga vidare på de kvalitetsvärderingar och normer som fanns i organisationen.

Vad gäller verksamhetsplanering både i Sörmland och i Västerbotten så var det ingen basenhetschef som direkt relaterade införandet av det nya sättet

att göra verksamhetsplanering till något man gjort tidigare. Men det fanns hos många en entusiasm inför uppgiften att genomföra den första planeringsomgången enligt de två mallarna, där man såg detta som ett sätt att strukturera upp vad man gjorde och vilka mål basenheten skulle arbeta efter; kopplingarna bakåt var genomgående svaga. Men det fanns en förväntan bland basenhetscheferna om att detta skulle vara sättet att skriva rapporter till landstingsledningen och förvaltningen för en tid framåt, även om det inte var någon som hade någon klar uppfattning om hur länge (oavsett vilken aktörskategori man tillhörde hade man i studierna svårt att uttala sig om framtiden annat än den mest näraliggande). Vad gäller uppbyggnaden av de första verksamhetsplanerna så baserades de på historiska data och budgetar vilka utgjorde en viss koppling till tidigare förhållanden.

Även om man många gånger vid stora och genomgripande förändringar vill avgränsa sig bakåt så kopplar många av aktörerna ihop delar av sina tidigare handlingar med de pågående arbetet, där man på något sätt skapar logik i det man tidigare gjort. En tjänsteman i en förvaltningsledning berättade om hur man internt på sjukhuset infört beställarstyrning och decentraliserat, och att det som en naturlig följd därav nu infördes resultatenheter och internfaktureringsystem. Tjänstemannen sade:

”Men här har vi ju tyvärr inte hunnit med då i den här första vändan, att upprätta ett system för att dom ska kunna vara resultatenheter fullt ut, vi har inga administrativa system som fungerar för fakturering till dom här till exempel. Vi börjar få det nu, men successivt under -94 räknar vi med att dom flesta här ska kunna fungera som resultatenheter.”

Han menade att införandet av resultatenheterna var en direkt följd av att klinikererna blivit ”väldigt självständiga” och att det var något som låg i tanken bakom införandet av resultatenheterna:

”Decentraliseringen har ju pågått sen mitten av -87 kanske, inom det här landstinget...”

Dessa kopplingar bakåt återfanns även bland basenhetscheferna och tjänstemännen på Akademiska sjukhuset som såg en utveckling mot en ökad decentralisering och att allt fler serviceenheter blivit resultatenheter. För dem kändes det därför naturligt att gå vidare låta de kliniska laboratorierna bilda resultatenheter.

Av ovanstående kan man dra slutsatsen att styrinitiativen inte var helt frikopplade från historien; aktörer tog delar av tidigare handlingar och tidigare

införda rutiner som argument för den utveckling som skedde i landstinget eller på sjukhuset (och, som vi sett, avgränsade sig gentemot andra delar). Men valet av hur historieskrivningen egentligen skall se ut gjordes av de enskilda aktörerna, där naturligtvis ledningspersoner har ett slags problemformuleringsprivilegium. Även vid studiens slut gjordes det kopplingar bakåt i tiden. Många gånger är argumentet likartade de vid det första intervjutillfället t ex vad gäller kvalitetsarbetet i Västerbotten, LOTS, IOS och Isidor. Men det finns också skillnader där har andra uppfattningar och gör andra överbrygningar bakåt i tiden.

Västerbotten hade vid studiens slut arbetet med prestationsersättning avstannat. Det skedde inga stora projekt riktade mot att få ersättningssystemen att fungera bättre eller att prestationsersätta kliniker som inte kunde bedömas utifrån DRG. Prestationsersättning nämndes inte längre av landstingsledningen eller av sjukhusledningen i Umeå, utan DRG och andra sätt att bedöma prestationer var inte längre ett sätt att fördela pengar utan enbart ett sätt att mäta prestationer. Vid förvaltningarna i Skellefteå och Lycksele var man nu däremot positiva till prestationsersättning och såg det som en fördel att Umeå kunde sätta välgrundade priser på sina behandlingar. Argumentet var då framför allt att man på så sätt fått bättre underlag för att bedöma vilka av de egna patienterna som skulle "tas hem" och vårdas lokalt på det egna sjukhuset.

Västerbotten hade under studiens tid precis som de andra landstingen behövt göra stora besparingar, vilket i sig hade försvårat införandet av beställarstyrning och prestationsersättning i och med att beställarna hela tiden fick mindre och mindre pengar att göra beställningar och därmed inte kunde betala fullt ut för utförda prestationer. Men många var ändå övertygade om att den väg man gått varit nödvändig för att klara av de framtida besparingar man successivt fattade beslut om. En ledande politiker i Västerbotten sade om det arbete som gjordes i verksamheten under 1992 och 1993 att

"...från det här med att [prestationsersätta och finna verksamhetsmått] till att mer och gå in den här ordentliga diskussionen om kostnadsreduktioner, så tror jag: Hade vi inte börjat med att prestationsersätta och finna verksamhetsmått så hade det blivit mycket tyngre med det här arbetet i strukturgrupperna, eller kostnadsreduktionsgrupperna, så jag ser det som en utveckling över tiden".

Även basenhetscheferna uppfattade att frågan om prestationsersättning har stannat av. Mycket berodde det på att andra frågor kommit upp och på att frågor om besparingar mer kommit i fokus än frågan om ökad produktivitet. Detta gjorde att man kände att landstingsledningen och förvaltningsledningarna

na backat från deras ursprungliga utgångspunkter och att man mer och mer kommit tillbaks till ett system som liknade det anslagsstyrda. Dessa typer av åsikter mötte vi även Sörmland, i Enköping och Akademiska sjukhuset, att man efter styrinitiativets första fas gick tillbaka till något som liknar det gamla.

Det finns också likheter i hur aktörerna i Sörmland och Västerbotten vid studiens slut uppfattade verksamhetsplaneringen. Läreffekterna av planeringsarbetet avtog markant och arbetet med att skriva nya LOTS- eller IOS-planer blev rutin. Basenhetschefer och förvaltningstjänsten hade skrivit dessa planer några år och de började också finna någon form av struktur att följa, där förändringarna år från år blev mindre och mindre i och med att man utgick från tidigare års verksamhetsplan (sparad som ordbehandlingsfil på basenhetschefens PC). I Västerbotten gjordes försök av ledningen att hålla denna process i liv genom att koppla samman det pågående kvalitetsarbetet med verksamhetsplaneringen, men annars var inte frågorna kring verksamhetsplanering och verksamhetsplaner lika aktuella som vid studiens början.

I Västerbotten ökade ledningens arbete och intresse för att förbättra kvaliteten i de olika verksamheterna under den tid studien pågick. Det fanns i stort en likartad uppfattning mellan de olika aktörerna om detta, genom den överbyggnad som skedde bakåt till den tidigare satsningen, EPK. K:et, som stod för kvalitet, hade kommit i skymundan, och arbetet hade fokuserats på Effektivitet och Produktivitet. Visserligen hade olika förvaltningar och olika basenheter kommit olika långt och varit olika mycket engagerade i kvalitetsarbetet, men det sågs ändå som en fortsättning på något som ledningen hade initierat flera år tidigare. Hos många läkare sågs denna satsning som mindre attraktiv och som något som inte behövde beröra dem, vilket också ledde till att läkarna som kategori beskylldes för att ha underminerat kvalitetssatsningen genom bristande deltagande och engagemang.

Överbyggnaderna bakåt i början av studien uttrycktes i regel som att det man höll på med var en del av en pågående kontinuerlig process; det fanns en långsiktig logik i dagens och gårdagens rutiner och aktiviteter. I studiens slut handlade överbyggnaderna bakåt i tiden i många fall om att man hade gått tillbaka till system som liknade de man tidigare så hårt hade kritiserat och tagit avstånd från. En annan sådan observation var att man började finna nya rutiner, man lärde sig hantera styrinitiativet, t ex lärde man sig att skriva och uppdatera verksamhetsplaner. Så i båda dessa fall börjar aktörerna lämna styrinitiativet; den lyskraft och stimulans till aktivitet som styrinitiativet hade vid studiens början hade på så sätt avtagit.

12.2.3 Avgränsning framåt i tiden

En avgränsning framåt i tiden gjordes av aktörerna för att markera att något skulle vara klart vid en viss tidpunkt eller att styrinitiativets mål och syften vid en viss nivå skulle anses uppfyllda. Därefter var de nuvarande problemen avklarade och man kunde ta itu med nya. Denna typ av avgränsning gjordes främst när det gällde de styrinitiativ som innebar klara satsningar eller uppfattades som tillfälliga aktiviteter. Det styrinitiativ som klarast hade en sådan avgränsning i början av studien var Isidor. Men också de olika utbildnings-satsningarna som skedde kring LOTS, kvalitet i Västerbotten och kring IOS i Sörmland, uppfattades på detta sätt, där tiden då utbildningen genomfördes utgjorde en gemensam gräns. Därefter skiljde sig utsagorna; vissa aktörer lade styrinitiativet till handlingarna i och med avslutad utbildning medan andra såg det som något som man även framöver skulle arbeta med.

En av förvaltningscheferna i Västerbotten belyste detta genom att säga:

”Det räcker så att säga inte med breddutbildningen, när alla har fått den, när vi har lärt, man har lärt sig dom här metoderna och man ska börja tillämpa dom och det vill vi ju att alla ska göra. Då gäller det ju att följa upp det här också, just det här steget som kommer efter så att detta nu blir faktiskt nåt mer än det här projekten. Det har man ju faktiskt varit med om i Landstinget också. Det är ju inte den första stora satsningen som görs av utbildningen under loppet av många år och att alla har ju inte lett till såna här stora varaktiga saker så att någonstans finns det väl på sina håll en viss skepsis. Kommer det nu också, är det ytterligare ett stort projekt eller blir det verkligen nåt mer i det och jag tycker att det här är en oerhört vital trovärdighetsfråga på sikt, att se till att dom här stegen för systematisering som ändå är tagna får en substans, som är trovärdig, på ett djupare plan än bara i ledningen och där gäller det att vi verkligen hittar den här metoden på detta, så att det följer med och att vi som ledning också då orkar stå ut i tre, fyra, fem, sex år ännu mer. Att se till att det här systemet följer med så att vi inte tappar bort det när det kommer nya saker, för det kommer det naturligtvis att göra.”

Avgränsningarna framåt gjordes inte lika tydligt som de avgränsningar och överbryggningar som gjordes bakåt i tiden; deras uppfattning om framtiden var oklar och man inriktade sig på att klara av de uppgifter och initiativ som ledningen förelagt en. Vad som sedan skulle komma efter var oklart, all tid och kraft gick åt till att klara av de uppgifter som fanns just för tillfället. Sådan uppgifter kan, som nämnts tidigare, vara utbildningar och andra typer av stora engångssatsningar. Men avgränsningen framåt i tiden skedde även mot tillfälliga och återkommande uppgifter, där återkommande förlopp måste hanteras. Bland basenhetschefer, tjänstemän på förvaltningar och landstingstjänstemän upplevde man ettårscykeln av plane- planering, budgetering, bokslut och

beställningar som något som måste göras klart inom en viss tid. Denna uppfattning gick även att finna kring verksamhetsplanering och kring arbetet att komma överens om beställningar och ersättningsnivåer. Visserligen var det som regel så att tidsgränsen för när avtalen mellan beställarna och utförarna skulle bli klara överskreds långt in på det nya året. Slutsatsen av dessa var i regel att man nästa år däremot skulle se till att bli klara inom den stipulerade tiden.

Avgränsningar framåt i tiden var ett sätt att konstruera ett behov av aktivitet i nuläget genom att etablera ett slags kausal logik i hur förändringsförloppen bör fortskrida. De olika aktörerna pekade på vilka åtgärder som behövde genomföras i nuet för att önskade framtida tillstånd skulle nås. Avgränsningar framåt i tiden kunde också få till effekt att aktörerna upplevde tiden för aktivitet som begränsad, dvs att det var bråttom med att genomföra de önskade förändringarna. Den här typen av avgränsning framåt i tiden fann vi främst i början av flera styrinitiativ. Visserligen kunde man se att man fortfarande i studiens slut avgränsade de olika åren från varandra i och med att nya verksamhetsplaner och nya avtal skulle skrivas, men ansträngningen eller engagemanget för att passera dessa gränser blev mindre och mindre. Verksamhetsplaneringen blev något rutinartat som förvaltningar och basenhetschefer lärde sig att hantera, och när det gällde beställningar och avtal så hade det även där vid studiens slut börjat utkristalliseras rutiniserade förhållningssätt.

12.2.4 Överbrygning framåt i tiden

I detta sätt att resonera såg man de aktiviteter som försiggick i nuet som grunden för organisationens framtida funktionssätt, som något som skulle fortleva och vara bestående över tiden. Resonemanget kombinerades ofta med att man gjorde avgränsningar bakåt i tiden. Det aktuella styrinitiativet upplevdes vara en radikal lösning på dåtidens problem och brister och det skulle därmed utgöra en varaktig och stabil åtgärd som skulle bidra till att förnya organisationen under lång tid framöver. Man underströk på detta sätt att de förändringar man gjorde var början på något nytt och att den omedelbara organiseringen kring styrinitiativet bara var en intensiv start på en process som skulle fortgå långt in i framtiden. Det tidiga 90-talets radikala idéer om den offentliga sektorns framtida funktionssätt präglades mycket riktigt också av en långsiktig hållning; de förändringar som gjordes var början på ett nytt system för resursfördelning som skulle vara minst lika länge som den traditionella politiska budgetstyrningen. Genom att tidsöverbrygga framåt underströk man också att

det fanns en strategisk tanke, en vision, som vägledde alla enskilda projekt och höll dem samman över tiden. I en organisation där många upplevde att man ständigt var utsatta för allsköns förändringsprojekt var föreställningen om en ny strategisk inriktning sannolikt attraktiv för många.

På liknande sätt som uppfattningarna om hur styrinitiativen avgränsades framåt i tiden så var uppfattningarna om hur styrinitiativen överbyggades framåt i tiden mindre precisa och mer osäkra än de som gjordes när man relaterade förändringen till historien. Även om tron bland aktörerna var att det som nu gjordes skulle bli bestående och permanent så fanns det också en annan farhåga hos dem som gick ut på att det alltid brukade komma ytterligare nyheter och förändringar.

Det finns flera exempel på att aktörerna uttryckte att de pågående organiseringsprocesserna innebar lärdomar som behövdes i den framtida ekonomiska styrningen av organisationen. Ett exempel var en central tjänsteman i Sörmland som både avgränsade bakåt och överbyggade framåt när han berättade om hur man satsade på att utveckla basenhetschefernas kunskaper i företagsekonomi. Han sade att målet med att införa beställarstyrning var

”att skapa effektivitet utifrån resultatstyrningsprinciper och lite annorlunda då än tidigare när vi hade andra former, mera centralreglering, anslagsstyrning osv. Och för att det här skall vara möjligt, att chefer skall kunna ta ett totalansvar ekonomiskt och i övrigt, så måste dom också ha kunskap om dom principerna. Annars kan vi inte ställa krav på att dom skall jobba efter företagsekonomiska principer. Därför så kör vi då ett utvecklingsprogram för chefer med inriktningen företagsekonomi, kan man säga, anpassat till Sörmlandsmodellens principer, värderingar och inriktning.”

Ett annat exempel var en basenhetschef i Västerbotten som även han gjorde avgränsningar bakåt och överbyggningar framåt, när han berättade om prestationsersättning och hur resultatenheterna skulle fungera i framtiden. Han sade:

”om man jämför med tidigare då vi hade ett anslag, där vi väldigt lite kunde bestämma hur vi tyckte att det borde vara och hur vi skulle hantera pengarna, så är det idag så att man mycket noga ser till att det går ihop. Och att man om möjligt får pengar över för att kunna investera för framtiden. Det är ett nytt sätt att se på hela verksamheten. Jag måste alltså göra någonting, jag måste producera någonting för att få ekonomin att överleva idag och bygga upp verksamheten inför framtiden. Och det var inte direkt det synsättet som den gamla ordningen stimulerade till.”

Han fortsatte med att säga:

”Spelreglerna har ju sagts vara sådana tidigare att det överskott verksamheten gav skulle vi kunna ta med oss till nästa år. Så var det ju inte förut, det var ju anslag. De

pengar man inte gjorde av med förföll. Incitamentet för att spara var mindre uttalat då. Idag har jag förhoppningar om att delar av det här överskottet vi hoppas få skall kunna tas med till nästa år. På motsvarande sätt; har vi ett underskott får vi ta med oss det med också. Men det här gör det att det finns ett mycket starkare incitament till att sköta verksamheten på ett sådant sätt att man får ett ekonomiskt överskott.”

De aktörer bland politiker och tjänstemän som hade deltagit i framtagandet av sparpaketet Isidor var alla mycket nöjda med arbetssättet och dess resultat. Framför allt betonade man arbetssättet som mycket lyckat, eftersom man försökt förankra besluten mycket bättre än vad man tidigare brukade göra i olika beslutsprocesser. I efterhand såg man tillbaka på detta som en process som man skulle försöka eftersträva även i framtiden. Detta ska jämföras med de tankar Isidor-gruppen hade vid deras första möte, då deras arbetssätt sågs som begränsat till att ta fram ett sparpaket, för att sedan återgå till vardagen och de traditionella sätten att hantera beslutsprocesser.

Det finns också andra exempel på att olika aktörer vid studiens slut gjorde kopplingar framåt. Men många gånger var kopplingarna framåt svagare i och med att styrinitiativet som sådant hade klingat av. I några fall, t ex i Västerbotten, innebar kvalitetssatsningen att vissa aktörer som intresserade sig för frågan såg att man även i fortsättningen skulle arbeta med kvalitetsmätningar och ständiga förbättringar av verksamheten. Även LOTS fick i och med detta en uppfriskning i och med att landstingsledningen började ställa krav på att kvalitetsplanerna skulle införlivas med LOTS-planen.

Så om avgränsningen bakåt i tiden för aktörerna tjänade som ett stöd för styrinitiativet så innebar avgränsningen framåt en drivkraft som får aktörerna att agera och skapa handlingar kring styrinitiativet. Vid studiens slut däremot, hade mycket av styrinitiativets styrande och aktivitetsskapande förmåga avtagit. Aktörerna kopplade samman historien med de aktiviteter som genomförts och såg att man inte nått ända fram, men att den organiseringsprocess som skett varit utvecklande och nödvändig för att kunna gå vidare.

12.2.5 Avgränsning mot parallella aktiviteter

Detta resonemang innebar att man inte upplevde några kopplingar mellan ett aktuellt styrinitiativ och andra styrinitiativ och viktiga händelser som upplevdes som parallellt existerande i tiden. Ett vanligt uttryck detta tog sig var att man såg styrinitiativ som lokalt utformade lösningar på lokala problem, dvs inte som standardlösningar i den institutionella miljön som man mer eller mindre okritiskt tog till sig. Ledning av stora organisationer är ofta en strävan efter att markera oberoende och handlingskraft och följaktligen att tona ned alla kopplingar till beslut fattade utanför organisationens ram. Gjorde man ändå sådana kopplingar så framhöll man ändå sin självständighet gentemot omvärlden; t ex så var man i Västerbotten noga med att understryka att deras variant av beställarstyrning var ovanligt förnuftig och inte skulle få alltför drastiska konsekvenser (jämfört med ”konkurrensprogrammet” i Stockholm).

Ett annat sätt att avgränsa sig var att man definierar styrinitiativ som andras angelägenheter; ett exempel var lasaretsledningen i Enköping efter beställarförsöket, som ju ansåg att man nu fått sin beskärda del av beställarstyrning och att det nu var resterande producenters tur. I praktiken är detta ett slags mental omlokalisering i tiden av styrinitiativet från att vara något pågående till något som (åtminstone för stunden) kan ses som passerat.

Ett tredje sätt att avgränsa sig mot parallella aktiviteter var att ställa de egna förändringsambitionerna i kontrast mot förändringar och styrinitiativ som härrörde från externa aktörer. Landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet styrs inte enbart av landstingsfullmäktige, utan underordnas i praktiken även riksdag, regering och statliga myndigheter genom olika bidrag och regleringar. När beslut som fattats på nationell nivå möter de lokala förändringsåtgärderna är det vanligt att söka separera dessa från varandra. En tjänsteman på landstingscentral nivå sade:

”[Då hade] vi en apparat som egentligen har fått kravet på sig att kostnadsreducera utan att dom har maktmedlen i sin hand. Men samtidigt kom ju då husläkarreformen och fria etableringar av specialister och lite annat sånt där va, som ytterligare drev kostnaderna. [...] Vi har haft dåliga beslut i riksdagen, politikerna har haft patientperspektivet framför perspektivet att klara ekonomin och hålla kostnaderna, alltså man har ökat frihetsgraden, vi har ökat efterfrågan på sjukvården så vansinnigt!”

Ett fjärde sätt att avgränsa sig mot parallella aktiviteter var försöka avskilja olika interna styrinitiativ som visar sig motverka varandra. Insikten om problemet att olika styrinitiativ återgavs av en tjänsteman på landstingsnivå på

följande sätt:

”Sen är det ju så att vi har naturligtvis har anledning att också fundera på det ekonomiska styrsystemet med fokus på prestationer och så vidare, om det är hållbart och uthålligt, om det liksom passar in i dom övriga budskapen. Vi har ju trummat ut ett målmedvetet budskap i tre, fyra år att vi vill inte ha konkurrens mellan våra sjukhus på någon annan grund än att man vill vara bäst i klassen om att vilja ha högre kvalitet. Samtidigt så har vi då ett, och istället så har vi trummat att vi vill att sjukhusen ska samverka och samarbeta, inte bara sjukhusen utan att vi inom sjukhusen, mellan sjukhusen och primärvården ska liksom riva revirgränserna och få organisationerna att arbeta liksom över alla gränser, organisatoriska gränser och gränser och då kan man fundera på, är det så att ett ekonomiskt styrsystem som fokuseras mycket i prisersättningar, prestationer bidrar till ett sådant arbetssätt, eller försvårar det, den fasen är vi inne i nu.”

12.2.6 Överbryggnings till parallella aktiviteter

Detta sätt att resonera byggde på att man knöt samman aktuella initiativ med yttre trender eller andra parallella styrinitiativ. De övergripande strategiska viljeinriktningarna i Västerbotten och Sörmland är exempel på detta; man pekade dels på att man fått inspiration utifrån (även om man gjorde lokala anpassningar), dels på att flera av de styrinitiativ som genomfördes och planerades hängde samman i en övergripande ”modell” eller ”radikal förnyelse”. Dessutom var det vanligt med hänvisningar till allmänna trender; vårdpersonal som inte hade ledningspositioner upplevde ofta de flesta styrinitiativ som nya påfund av ledningen i den allt överordnade strävan att ”spara pengar”.

En basenhetschef i Västerbotten beskrev 1992 landstingsledningens initiativ till förändringspaketet på följande:

”Men du tänker på det här med köp och sälj? Det är klart att man försöker från landstinget. Man började med något som heter EPK i våras. Det står ju för effektivitet, produktivitet och kvalitet, men det vet du redan. Dom har hållet sammandragningar och berättat om det här och vi ska bli 10% produktivare t o m 94. Det tyckte man väl först inte lät så farligt. Det är väl bara att jobba hårdare. Det är ju frågan om 5% produktivitetsökning och 5% kostnadsminskning och det är ju inte riktigt samma sak. Det kommer väl ändå från det ekonomiska läget. De 5%:en produktivitetsökning är ju till för att klara det ökade behoven, för du har ju varje år en lite ökad efterfrågan, så har det ju alltid varit att produktionen har ökat lite grand. Det är ju för att vi inte ska stanna av och att det ska bli köer och sånt där. Kvaliteten ska ju inte bli sämre utan snarare tvärtom.”

Basenhetschefen försökte på detta sätt koppla ihop de olika delarna i EPK. Det fanns en rad andra basenhetschefer i länet som tydligt kopplade samman

verksamhetsplaneringsmodellen LOTS med de pågående införandena av prestationsersättning, resultatenheter, EPK och beställarstyrning. Landstingsledningen såg också LOTS som vägen att föra samman de olika initiativen i ett större paket (vilket visade sig svårt). En av de tjänstemännen på landstingsnivå sade 1992:

”Mycket av det här förändringsarbetet kanaliseras genom redskapet LOTS. I LOTS gör ju verksamheterna själva en verksamhetsplanering. I den planeringen försöker man fånga upp det här [...] att bättre styra mot mål.”

När den omfattande satsningen på kvalitet initierades sågs dock denna inte som något parallellt till EPK; snarare var det så att EPK alltid förknippats med E och P, och att akronymen försvann i och med kvalitetssatsningen. På samma sätt förhöll det sig med Sörmlandsmodellen efter valet 1994; den fortgående utvecklingen av beställarstyrningen fortsatte men bedrevs inte med hänvisning till någon parallellt existerande övergripande modell.

Generellt så verkar det vara svårt att etablera logiska samband mellan olika styrinitiativ, sannolikt beroende på att några sådana logiska samband sällan existerar annat än som efterhandskonstruktioner. Det verkar heller inte alltid vara attraktivt för de aktörer som driver styrinitiativen att koppla samman dem med andra styrinitiativ; en överbryggnings härvidlag kan ju leda till att den avgränsade karaktär styrinitiativet fått går om intet med ett avbrutet organiseringsförlopp som resultat. Om en drivande aktör bakom ett enskilt styrinitiativ erkänner att andra organiseringsförlopp är lika viktiga är det risk för att det egna budskapet drunknar i sorlet från andra aktörer och att organisationens begränsade kapacitet att ta till sig förändringsbudskap upptas av andra styrinitiativ.

12.3 *Organisering kring styrinitiativ: Förändringar som temporär sammankoppling av organisationen*

Som vi sett har aktörerna i de studerade organiseringsprocesserna hanterat styrinitiativen genom en samtidig avgränsning och överbryggning mot organisationens vardag, samt genom en kategorisering av aktörer för att i någon mån göra organiseringsprocesserna meningsfulla. Aktörskategoriseringen innebär i sig också en form av avgränsning/överbryggning i och med att man därigenom bestämmer sig för vilka som skall ha med styrinitiativet att göra och vilka som inte skall beröras. Detta är särskilt tydligt på basenhetschefsnivån, där vi under studierna mötte chefer som uttryckligen definierade sin uppgift inför ett styrinitiativ som att "skydda" sin personal från att involveras.

Förnyelse och förändring i organisationer beskrivs traditionellt som en fråga om hur upplevda förändringar i omvärlden hanteras på ledningsnivå (se t ex Emery & Trist, 1965; Hinings & Greenwood, 1988: 42). Ledningens uppgift blir då att vinna förståelse inom organisationen för sin tolkning av omvärlden och de åtgärder man ser som nödvändiga. Denna syn på förändringsarbete, dvs organisationsledningen som ett slags pansarvagnsförare som ensamma kan observera och tolka omvärlden och styra organisationen i önskad riktning, stämmer dåligt med hälso- och sjukvårdens praktik (jfr Sahlin-Andersson, 1994: 172ff). Hälso- och sjukvården är, som vi sett, bemängd med olika aktörsgupper, professioner mm som var och en har sin syn på organisationen och dess omvärld, på förändringsarbete och vad som skall förändras. Vi vill här argumentera för en annan syn på förändring, där organisationens komplexitet och lösa kopplingar gör att styrinitiativen blir tillfälliga mötesplatser för åsiktsutbyten och styrning, för konflikt och samarbete. Den centrala aktiviteten synes vara att organisera själva mötesplatsen i tid och rum (dvs bli någorlunda överens om varför man möts och vad man skall diskutera) och att organisera aktörerna på mötesplatsen. Organisationens förnyelse blir då inte primärt en fråga om att aktörerna skall uppfatta och förstå ledningens anförande vid mötet, utan om att aktörerna skall bilda sig en insikt om mötets relevans och tillämplighet i aktörernas vardag.

Hälso- och sjukvårdens organisationer tillhör den allomfattande kategori av organisationer som brukar benämnas "komplexa" (Zey-Ferrell & Aiken, 1981) och "löst kopplade" (Orton & Weick, 1990; Weick, 1976). Förhållanden som bidrar till komplexiteten och "lösligheten" i hälso- och sjukvården är t ex det politiska styrsystemet, medborgarnas förväntningar, de parallella administ-

rativa och medicinska hierarkierna, det nästan oöverskådliga tjänsteutbudet, mångfalden av specialiteter och professioner, de starka institutionella miljöerna, de ständiga kraven på ekonomisk anpassning, den snabba metodutvecklingen osv. Bland konsekvenserna av detta kan t ex nämnas att besluts- och strategiformuleringsarbetet blir föremål för omfattande internpolitiska processer, och att man ofta uppfattar att organisationen handlar på ett annat sätt än den säger sig vilja handla (jfr Brunsson, 1989). Mot managementlitteraturens credo att söka hantera alla organisationer som "simple structures" (Mintzberg, 1983) ställs en praktik där få (om några) kan överblicka organisationen och formulera något gemensamt. För att kunna skapa någorlunda hanterbara ledningssituationer tenderar chefer och anställda på olika nivåer i hälso- och sjukvården därför att avgränsa sin uppmärksamhet till en mindre del av organisationens verksamhet (och därmed också att stänga ute det resterande). Förutom att man på det sättet skaffar sig en överblickbar verklighet att hantera möjliggör det också lokala lösningar på olika problem, lösningar som är anpassade till den egna kompetensen, den egna patientsituationen och utvecklingen inom den egna specialiteten.

Problemet med komplexa och löst kopplade organisationer som landsting är att de ändå ofta ställs inför organisationsövergripande problem som pockar på organisationsövergripande lösningar (jfr Lundin & Söderholm, 1997:21 ff). Ett självklart exempel är finansieringen. Medan man i vanliga företag skapar intäkterna lokalt så avgörs hälso- och sjukvårdens intäkter av politiska församlingar på central nivå, vilket i resursknappa tider innebär ett behov av fördelningsmodeller. Ett annat självklart exempel är samordningen av olika produktionsresurser och vårdnivåer, ett tredje samordningen av kliniker längs viktiga vårdkedjor där både operativa ingrepp och rehabilitering måste ingå. Ett fjärde exempel är behovet av väl förankrade ståndpunkter i fråga om medicinsk etik och prioriteringar mellan olika insatser. Listan kan göras lång; poängen är att visa på behovet av övergripande styrning, på behovet av att i vissa frågor koppla organisationen mer "tätt".

Våra studier av ekonomiska styrinitiativ indikerar att organisationen mycket riktigt också blir mer tätt kopplad i och med att ett styrinitiativ introduceras, men att denna effekt är övergående och försvinner i och med att organiseringsprocessen kring styrinitiativet avtar i intensitet och avslutas. I samtliga fall har styrinitiativet genom avgränsning, överbryggning och aktörskategorisering kommit att bli en mötesplats för aktörer som inte alltid annars hade umgåtts så pass tätt som skedde. Ett tydligt inslag i alla tre landstingen var att arbetet med prissättning och produktifiering innebar att ekonomer och basen-

hetschefer kom att arbeta närmare varandra för att kunna hantera styrinitiativet. Organiseringen av mötesplatsen skedde parallellt med organiseringen kring styrinitiativets innehåll, vilket innebär att samarbetsfrågorna mellan aktörerna utformades allteftersom själva styrinitiativet blev föremål för introduktion, översättning, datainsamling etc. Man hade så en gemensam uppgift att ta itu med som krävde att olika aktörskategorier involverades, en uppgift som genom att den avgränsades från det dagliga flödet av aktiviteter men ändå försågs med mening genom hänvisningar till detta flöde uppfattades som något distinkt och angeläget.

Samtidigt bör man notera att ”ihopkopplingen” av organisationen endast berörde de som involverades/involverade sig i styrinitiativets hantering. En konsekvens av aktörernas kategorisering av sig själva och andra är naturligtvis att de kan skapa kategorier som inte skall ha med styrinitiativet att göra och förpassa både sig själva och andra dit. En sådan exkluderande aktörskategorisering behöver inte alltid stämma överens med organisationsledningens intentioner; oftast vill denna ha med fler individer i organiseringsprocesserna än vad som sedan blir fallet. Ett exempel på detta är LOTS i Västerbotten och IOS i Sörmland, där den initiala förhoppningen om att all personal på kliniker skulle involveras i verksamhetsplaneringen i flera fall kom på skam när basenhetschefen/ledningsgruppen själva tog hand om uppgiften. Det finns också flera exempel på att basenhetschefen endast inkluderat sig själv i arbetet med ett styrinitiativ:

”Jag fick uppdraget att göra en prislista i fjol i januari-februari. [...] Det var huvudsakligen jag som åkte undan. Jag åkte till Norge och jobbade på ett ställe där det fanns väldigt lite att göra, där jag visste att jag skulle kunna få tid över, och så gjorde jag den på två veckor. Det låter väldigt lite, men jag gjorde det på ett förarbete som var ganska omfattande på så sätt att jag samlade in ett stort antal prislistor som fanns. [...] Med den sammanställningen av alla sjukhuspriser så fick jag ju egentligen bara en rangordning av undersökningarna, vad dom kostar i förhållande till varandra, och så placerade jag ut dom då på våra förhållanden. Jag tycker att det var en fiffig idé.”

Denna typ av aktörskategorisering innebär i regel att skillnaderna mellan de som involverats/involverar sig i organiseringsprocesserna och de som står utanför blir stora. De som inte deltar i organiseringen får sällan tillfälle att lära sig om styrinitiativet och kommer därför sällan heller att vara särskilt entusiastiska. Ofta är kunskapsnivån påfallande låg bland de som exkluderas/exkluderar sig; vare sig beställar/utförar-modeller, prestationsersättningar, verksamhetsplaneringssystem eller resultatenheter existerar som begrepp under basenhetschefsnivån i någon nämnvärd utsträckning, och avfärdas ofta

med standardargument som ”det är bara ännu ett sätt att spara pengar”.

Undantag från detta finns naturligtvis. På flera kliniker och vårdcentraler har vi mött engagerad personal med insikter och kunskap, och detta kommer sig i regel av att enhetsledningen dels arbetar med stora ledningsgrupper där alla personalkategorier är med, dels delegerat ut olika utredningsuppdrag i organisationen. Det mest flagranta exemplet är de olika omvårdnads- och kvalitetssatsningarna i Västerbotten, där man varit mycket framgångsrik i att involvera och engagera hela personalen i utbildningsdagar och studiecirklar. Problemen i detta fall är dels att man efter de första utvärderingarna kategoriserat läkarna som bromsklossar, men även att utbildningskaskadens tydliga fullbordande gjort att många i organisationen delvis avgränsat kvalitetsbegreppet som något man sysslade med i dåtid och som sedan kom i avklingande. Om man inte kan ge kvalitetssatsningen en nystart genom Landstingsförbundets QUL-standard och inkludera läkarna kan det bli svårt att göra en framgångsrik överbyggnad. Eller annorlunda uttryckt: Risken är att när organisationen kopplas isär igen, så stannar inte kvalitetsengagemanget kvar på alla håll i verksamheten.

Problemet med att förändra hälso- och sjukvården är egentligen inte att få igång förändringsprocesser, utan att få förändringsprocesserna att ge varaktiga resultat. Även om organiseringen kring ett ekonomiskt styrinitiativ innebär att styrinitiativet avgränsas med avseende på tid, rum och aktörer, så innebär den ändå att aktörer från olika kategorier möts för att hantera en strategiskt viktig fråga och att själva denna hantering sannolikt sätter spår i de medverkande aktörernas sinnen. Även de basenhetschefer som varit öppet oppositionella till olika styrinitiativ har i regel menat att de ändå lärt sig något av att delta (även om nyttan med deltagandet inte motsvarat arbetsinsatsen). Att introducera nya perspektiv på sjukvården innebär alltid någon form av förändringsprocess, frågan är om dessa spår sträcker sig utanför de deltagande aktörernas tidsmässigt och rumsligt avgränsade organisering. De varaktiga resultat som de studerade organiseringsprocesserna avkastat är ju i regel olika former av system, rutiner där det föreskrivs någon form av standardiserade aktivitetssekvenser som efter en inlärningsperiod kan utföras utan större ansträngning. Om introduktionen av ett styrinitiativ kan sägas vara att fylla en viss systemlösning med mening i organisationens ögon, så handlar varaktig förändring om att ständigt ”fylla på” med ny mening så att inte det införda styrsystemet rutiniseras och upphör att bli föremål för meningstilldelning. Ett lyckat införande av en ny rutin är visserligen en förändring i sig, men frågan är om det är styrning i så motto att rutinen för med sig förändrade föreställningar kring

organisationen, dess verksamhet och omvärld.

Sammanfattningsvis är således ekonomiska styrinitiativ goda möjligheter att skapa kollektivt handlande i komplexa organisationer, att skapa mötesplatser i sociala sammanhang där man annars sällan umgås. Detta dels på grund av att tydliga styrinitiativ i sig är ett sätt att få igång organiseringsprocesser över traditionella gränser (jfr Södergren, 1994), men även på grund av att just ekonomiska styrinitiativ i regel har generella och normbildande ambitioner och därmed borde ha goda möjligheter att uppfattas och förstås i hela organisationen. I tider av ekonomisk åtstramning blir detta än viktigare, eftersom resurs- och prioriteringsproblematiken i huvudsak uppstår i den operativa verksamheten och således också måste lösas där. De politiker och administratörer som anskaffar och fördelar resurserna (och som sedan också ställs till svars för deras användning) har på goda lösa kopplingarna små möjligheter att styra den vardagliga resursanvändningen i vården, och således måste de som arbetar i vården göras mer resursmedvetna.

Samtidigt finns det en rad problem och begränsningar i att söka styra verksamheten genom förändringar av de ekonomiska och administrativa styrsystemen. Vi har ovan pekat på att den tätare koppling av organisationen som styrinitiativet leder till i mångt och mycket kommer sig av tendensen att avgränsa och överbrygga; den tätare kopplingen avser primärt själva styrinitiativet och man måste fortfarande finna vägar att överbrygga organiseringsprocessen kring styrinitiativet till vardagsverksamheten. Vidare finns alltid risken med aktörskategorisering; de ekonomiska styrsystemens generalitet innebär att en del specialiteter och professioner kan underkastas ett mindre välanpassat styrsystem och att man därmed definierar ut sig ifrån organiseringsprocessen (jfr den initiala kritiken mot DRG). Att definiera ut sig från en organiseringsprocess innebär att man inte kan tilldela styrinitiativen något meningsfullt innehåll, utan i bästa fall bara att man utför nya rutiner vars betydelse man inte ser. I nästa kapitel skall vi göra dessa problem till föremål för en närmare, teoretiskt inspirerad, diskussion.

12.4 Sammanfattning

- De förändringar som drivs inom hälso- och sjukvården genom ekonomiska styrinitiativ genomförs med avsikten att organiseringsprocesserna kring styrinitiativen skall påverka dess kontext på önskat sätt. Frågan om hur för-

ändringsarbetet struktureras av aktörerna är därmed en fråga om hur organiseringsprocesserna kring styrinitiativen hanteras i förhållande till den organisatoriska kontexten, dvs den vardagliga verksamheten samt andra förändringsprocesser och händelser som upplevs ha med organisationen att göra.

- Struktureringen av styrinitiativen i förhållande till sin kontext synes ske utifrån sex grundläggande resonemangstyper: (1) Avgränsning bakåt i tiden, (2) överbrygning bakåt i tiden, (3) avgränsning framåt i tiden, (4) överbrygning framåt i tiden, (5) avgränsning mot parallella aktiviteter, samt (6) överbrygning till parallella aktiviteter.
- Avgränsning bakåt i tiden innebär att man upplever styrinitiativet som ett brott med det förgångna och att organiseringsprocessen är ett måste för att detta brott skall bli framgångsrikt.
- Överbrygning bakåt i tiden innebär att man ser styrinitiativet som helt eller delvis betingat av tidigare trender, satsningar eller traditioner, och att organiseringsprocessen således är en naturlig del av en långsiktig utveckling.
- Avgränsning framåt i tiden innebär att styrinitiativet ses som något som skall vara aktuellt under en avgränsad tid eller tills ett visst mål uppnåtts, och att organiseringsprocessen således kommer att avslutas förutsatt tillräcklig aktivitet.
- Överbrygning framåt i tiden innebär att styrinitiativet ses som något som skall fortleva under lång tid i organisationen, och att organiseringsprocessen därmed är en nödvändig och intensiv start på ett system som kommer att leva kvar under överskådlig framtid.
- Avgränsning mot parallella aktiviteter innebär att styrinitiativet ses som en separat lösning på ett separat problem, som något som utformats lokalt utan hänsyn eller inverkan från yttre aktiviteter. Styrinitiativet sammankopplas inte heller med några andra aktiviteter, och organiseringsprocessen är på så vis ett avskilt skeende.
- Överbrygning till parallella aktiviteter innebär att man ser styrinitiativet som sammankopplat med andra pågående förändringsaktiviteter i organisationen, och att organiseringsprocessen således är en del av en större strategisk omvandling.
- Organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen innebär att den annars löst kopplade hälso- och sjukvården temporärt kopplas samman, och att man under en begränsad tid gemensamt ägnar sig åt en förändringsfråga. De avgränsande sätten att resonera fungerar då i organise-

ringens början så att organiseringsprocessen fokuseras till en viss tid, plats och uppsättning aktörer, medan de överbyggande resonemangen tjänar till att skapa mening kring innehållet. I slutet av organiseringsprocesserna, däremot, blir avgränsningarna i regel mindre tydliga (ofta på så sätt att man inte upplever någon större förändring) och överbyggnaderna blir ofta efterhandskonstruktioner och konstateranden att organiseringsprocesserna inte alltid ledde till så mycket.

13 Ekonomisk styrning för förändring: Projektifieringsdilemmat

Vi har i de tre föregående kapitlen behandlat de båda sidorna av den ekonomiska styrningens förändringsdilemma. Kapitel 10 visade på den strukturering som den ekonomiska styrningen bidrar till i hälso- och sjukvårdens organisationer, en strukturering som delar upp organisationen tidsmässigt och rumsligt och fastslår olika aktörers närhet/distans till styrningens konkreta utformning. I förhållande till de förändringsambitioner som landstingens ledningar ger uttryck för är denna strukturering problematisk, och bidrar till upprätthållandet av den befintliga strukturen. Kapitlen 11 och 12 innebar en närmare analys av organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen, dvs hur den ekonomiska styrningen fungerar som förändringsstrategi. Även om processerna ser olika ut över tiden, så är slutsatsen att de förlöper som avgränsade processer, avgränsade från historien, framtiden och från parallella händelser. Även om det i de flesta fall också finns exempel på att aktörer på olika sätt överbryggar styrinitiativet till historien, framtiden och samtiden, så kan man säga att organiseringsprocesserna struktureras som avgränsade förlopp, åtskilda från den organisatoriska vardagen i rummet, tiden och med avseende på involverade aktörer. Fördelen med detta är naturligtvis en projektliknande fokusering på uppgiften, nackdelen att processerna endast i begränsad utsträckning sätter spår i den organisatoriska kontexten annat än som omedvetna rutiner.

Nedan kommer vi inledningsvis att diskutera erfarenheterna från hälso- och sjukvårdens ekonomiska styrning i termer av två normsystem; administration och verksamhet. Dessa två normsystem — som i och för sig till viss del överlappar varandra — innebär två olika synsätt på vad ekonomisk styrning är och hur förändringar av denna skall drivas. I båda fallen arbetar man med ekonomiska styrinitiativ som temporära aktiviteter, men utifrån skilda föreställningar om vad dessa temporära aktiviteter innebär. Efter att närmare ha diskuterat detta ”projektifieringsdilemma” och dess konsekvenser föreslår vi att den ekonomiska styrningen bör ses som en övergående möjlighet. Med detta menas att ekonomiska styrinitiativ inte är de slutgiltiga lösningar för fortlöpande organisationsstyrning som de ofta presenteras som, däremot utgör organiseringsprocesserna kring styrinitiativen övergående möjligheter att uppnå organisatorisk förändring i hälso- och sjukvården.

13.1 *Två normsystem, två föreställningar om ekonomisk styrning*

Ett genomgående tema i den organisationsteoretiska forskningen om hälso- och sjukvård är att man i dess organisationer kan spåra flera olika normsystem, där individer p g a olika utbildningsbakgrund, intressen, roller mm har olika syn på vad organisationen är till för och hur man skall agera inom dess ramar. När det gäller den ekonomiska styrningen kan man identifiera åtminstone två sådana övergripande normsystem (det politiska systemet exkluderat); ett administrativt och ett verksamhetsnära (jfr Gustafsson, 1987: 8; Hellqvist, 1997: 123ff). Det administrativa normsystemet baseras på uppgiften att leda, organisera och följa upp hälso- och sjukvården för finansiärens räkning, och det verksamhetsnära normsystemet baseras på vårdprofessionernas föreställningar om hur människor skall omhändertas och kureras. I termer av aktörer överlappar normsystemen varandra; många läkare och sjuksköterskor har administrativa uppgifter som de sköter på ett kompetent sätt, och många administratörer har god insikt i hur vården. Tydligast är detta beträffande basenhetschefer och klinikföreståndare, men det finns också exempel på läkare som blivit förvaltningschefer och administratörer som arbetar nära vårdens vardag.

När vi i kapitel 1 formulerade studiens problemområde och syfte, så diskuterade vi detta i termer av ”förändringsdilemmat”, dvs hur den stabilitets-syftande ekonomiska styrningen kunde användas som en central förändringsstrategi i hälso- och sjukvården. Frågan är dock om detta dilemma låter sig formuleras så klart, givet skillnaderna mellan organisationens normsystem. Förändringsdilemmat är egentligen det administrativa normsystemets dilemma; det är administrationen som upprätthåller och förnyar de ekonomiska styrsystemen, och det är också administrationen som konstaterar konsekvenserna av det förändringsarbete som de ekonomiska styrinitiativen innebär. Den ekonomiska styrningens användning som förändringsstrategi baseras på vissa grundantaganden om hur styrning för förändring skall bedrivas, och följaktligen finns det också antaganden om vilka konsekvenser som är önskvärda och icke önskvärda.

Det administrativa normsystemets föreställningar om den ekonomiska styrningen baseras på att den ekonomiska styrningen är en central och övergripande styrform för organisationen. Det är en styrform vars förloppsmässiga ambition är att förändringsbudskapet på ett eller annat sätt skall nå alla i organisationen, genom att chefer på olika nivåer uppfyller förväntningarna om rationalitet och anpassar budskapet till sina enheter. Syftet är att de införda styr-

systemen skall få en långsiktig inverkan på organisationen, där konsekvenserna av att de tillämpas växer fram över en längre tidsperiod. Förändringarna inramas av att man tydligt utpekar vad som skall göras, hur det skall göras, och vem som skall göra det; det finns en föreställning om den tydliga satsningen som nödvändig startform för ett styrinitiativ. Efter att man nått uppmärksamhet kring ett styrinitiativ och de relevanta aktörerna hanterat det, förväntar man sig att de nya rutinerna skall få fortlöpande konsekvenser för organisationens utveckling.

När det gäller verksamhetens normsystem, så ser föreställningarna om ekonomisk styrning annorlunda ut. Det sätt på vilket man i de studerade landstingen hanterat de ekonomiska styrinitiativen ger vid handen att problemet snarare är att koppla samman de avgränsade organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen med den löpande vårdverksamheten. I verksamheten är inte den ekonomiska styrningen en allestädes närvarande styrform, och bidrar således i begränsad omfattning till att strukturera organisationens vardag. Förändringsdilemmat i verksamheten kan då formuleras som att man för att delta i den strategiska utvecklingen av organisationen måste hantera en styrform som endast utgör en aspekt bland andra. I praktiken innebär detta att den ekonomiska styrningen blir hierarkiskt exkluderande när ett mindre antal ledningsaktörer tar på sig uppgiften att delta i organiseringsprocesserna. Deras föresats blir att kortsiktigt söka hantera styrinitiativen så att de sedan kan överföras till rutinmässig administration, vilket för ledningsaktörerna innebär att de då kan ägna sig åt andra aspekter av verksamheten (patientkontakter, forskning, metodutveckling etc.). På detta sätt organiserar man sitt deltagande i organiseringsprocesserna kring styrinitiativen som tillfälliga satsningar; man skall under en begränsad tid arbeta med en avgränsad uppgift tillsammans med några utvalda aktörer för att sedan kunna lämna uppgiften.

Skillnaderna mellan de båda normsystemen vad beträffar synen på organisationen kring förändringarna av den ekonomiska styrningen kan sammanfattas som följer:

Administrativa styrnormer	Verksamhetens styrnormer
---------------------------	--------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Den ekonomiska styrningen är en generell styrform för hela organisationen. • Ekonomiska styrinitiativ bedrivs hierarkiskt inkluderande, så många som möjligt skall nås. • Ekonomiska styrinitiativ är avsedda att få långtgående konsekvenser när de letar sig ut i organisationen. • Ekonomiska styrinitiativ organiseras som projekt i syfte att nå uppmärksamhet och förändra organisationen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Den ekonomiska styrningen är en aspekt bland andra på styrningen av organisationen. • Ekonomiska styrinitiativ hanteras hierarkiskt exkluderande, de som är formellt utsedda skall utföra arbetet. • Ekonomiska styrinitiativ hanteras så att man snabbt och effektivt genomför aktiviteter så att man blir "färdig" med implementeringen. • Ekonomiska styrinitiativ genomförs som projekt i syfte att avgränsa dem för ett effektivt hanterande.
---	---

Tabell 13.1: *Hälso- och sjukvårdens normsystem i förhållande till ekonomiska styrinitiativ.*

En grundläggande skillnad mellan normsystemen är synen på den ekonomiska styrningen och dess relation till förändringsarbetet i organisationen. Det administrativa normsystemets syn på ekonomisk styrning som en central styrform med vars hjälp man kan styra hela organisationen i önskad riktning står här i kontrast till det verksamhetsnära normsystemets syn. I verksamheten ser man ekonomisk styrning mestadels som en stabsfunktion som främst är till för att ge ledningsaktörer och finansiärer en bild av den ekonomiska utvecklingen, dvs den ekonomiska styrningen upplevs vara till för administrationen och inte för verksamheten. Detta innebär också att verksamheten i regel inte ser den ekonomiska styrningen som ett välfungerande verktyg för organisatorisk förändring, utan hellre såg en situation där styrsystemen låg fast under långa tidsperioder.

Dessa skillnader i synsätt går också igen när det gäller vilka som skall nås av den ekonomiska styrningens förändringsbudskap och vilka som konkret skall arbeta med förändringarna. En viktig ambition med styrinitiativen som de administrativa ledningsaktörerna i studien beskrivit den, är att förändringsansträngningarna på något sätt skall beröra och förändra det vardagliga sättet att bedriva hälso- och sjukvård ute i organisationerna. Denna ambition konkretiseras i regel genom att aktörerna söker konstruera någon form av orsak-verkan-resonemang för att för sig själva och andra klargöra hur styrinitiativen är tänkta att inverka på organisationen. Flera på landstings- och förvaltningsnivå har poängterat att styrinitiativen inte bara är administrativa övningar som genomförs för förbättrad styrning och kontroll, utan att de även är organisatoriska reformer som skall få verksamhetsmässiga konsekvenser. Det kanske vanligaste resonemanget om förändringens orsaker och verkan går ut på att förbättrade system för allokering av kostnader till olika ansvarsområden leder till lokala åtgärder för att minska dessa kostnader samt till en ökad medvetenhet om kostnadskonsekvenserna av olika vardagsåtgärder. Bland de studerade styrinitiativen finns också andra resonemang om hur förändringen verkar i

organisationen, t ex att beställar/utförar-modeller leder till en tydligare rollfördelning där olika aktörer gör det de är bäst på, eller att systematiska rutiner för verksamhetsplanering leder till att det lokala handlandet förankras i tydliga verksamhetsidéer och dessutom uttrycks på ett standardiserat och gemensamt språk. Man tänker sig att styrinitiativen skall följa ”kommandokedjan” med visst stöd från ekonomichefer och controllers, och att de allteftersom de sprider sig nedåt/utåt i organisationen skall påverka tänkandet och handlandet hos de organisationsmedlemmar som involveras.

I verksamheten ser man däremot oftast deltagandet i den ekonomiska styrningen som en uppgift för de som har administrativa åtaganden, vilket innebär att basenhetsledningarna ofta involverar sig själva och exkluderar resten av sin personal från organiseringsprocesserna. Detta får till konsekvens att ekonomiska styrinitiativ blir en fråga om att kortsiktigt hantera ett administrativt åliggande, snarare än att i enlighet med de administrativa föreställningarna se organiseringsprocessen kring styrinitiativen som omtumlande startskott för långsiktiga och långtgående förändringssatsningar. Detta innebär dessutom ofta att en förenklad syn på styrinitiativen sprider sig i verksamheten, där man kan avfärda dem som ”ännu ett sätt att spara pengar” eller klassificera dem som ”bokföringsåtgärder”.

Båda normsystemen kan därmed sägas ha en ”projektfierande” syn på hur förändringar av den ekonomiska styrningen skall hanteras; administrationen genom att den försöker uppmärksamma hela organisationen på förändringstemat under en begränsad tid, verksamheten genom att den försöker hantera styrinitiativen under en begränsad tid för att sedan ägna sig åt andra aspekter. Den administrativa projektfieringen innebär att man pekar ut tidsperioder under vilka aktiviteter skall ske, konkretiserar de uppgifter som man tänker sig aktörerna skall lösa, samt definierar vilka aktörer som skall ha/har med styrinitiativet att göra. På motsvarande sätt innebär den verksamhetsnära projektfieringen att man bestämmer sig för hur styrinitiativet skall hanteras, och att man försöker göra detta på ett så snabbt och störningsfritt sätt som möjligt. Båda normsystemen arbetar med samma projekt, men administrationen arbetar för att förändra långsiktigt medan verksamheten arbetar för att hantera kortsiktigt. Definitionen av styrinitiativen som tillfälliga, implementerande aktivitetssekvenser innebär också att de av verksamheten hanteras som tillfälliga, implementerande aktivitetssekvenser. Det är i dessa förhållanden vi ser ett *projektfieringsdilemma*.

13.2 Förändringsdilemmat i praktiken: Projektifieringsdilemmat

13.2.1 Projektifiering av rummet, tiden och aktörerna

Inom organisationsteori, socialpsykologi och organisationssociologi finns det ett flertal begrepp och modeller som beskriver hur aktörer på olika sätt söker skapa ordning och mening genom att dela upp den upplevda verkligheten i hanterbara delar. Ett exempel på detta är Giddens (1984: 73ff) när han, med hänvisning bl a till Goffman (1974), menar att människors vardagsliv består av en serie episoder och möten där handlingsutrymmet i stort sett är givet på förhand p g a den institutionella/kulturella kontexten. Gränsdragningen mellan episoderna/mötena sker genom riktande av uppmärksamhet mot den enskilda episodens genomförande och tema, vilket naturligtvis också innebär att individerna riktar sin uppmärksamhet bort från tidigare och efterkommande episoder liksom från episoder som försiggår på annan plats. Goffman (1974: 252) använder liksom bl a Giddens (1984: 73) och Weick (1979: 153f) begreppet ”bracketing” om detta tänkande, dvs ett slags etablerande av mentala parenteser i tiden och rummet som omsluter den aktuella episoden och utesluter andra (jfr även Boland & Schultze, 1996: 68). Vad som inkluderas i och exkluderas från episoden m h a dessa parenteser beror på de samverkande individernas föreställningar om hur den aktuella situationen bör hanteras, föreställningar som har sin grund i individernas livserfarenheter och gemensamma kulturella värderingar. Även om organiseringsprocesserna kring de studerade styrinitiativen naturligtvis är långt mer utsträckta och komplexa än mikrosociologins ”sociala episoder” så är grundtanken densamma; organiseringsprocesserna utgör extraordinära förlopp i organisationen och avgränsas därför från vardagen i vissa stycken samtidigt som de överbryggas med hänvisning till den ändå stabila kontexten.

Inom litteraturen om temporära organisationer och projekt är det vanligt att man ser frågan om återkoppling som ett plötsligt uppkommande problem som måste hanteras när den temporära organisationens uppgift väl är löst (se t ex Miles, 1964: 476ff). Trots att de flesta temporära organisationer existerar parallellt med en permanent organisatorisk kontext (Keith, 1978: 196f) och delar sina medlemmar med denna kontext, är det vanligt att man (i jakten på analytisk skärpa) analyserar dem som objekt utbrutna ur sitt sammanhang, avgränsade från resten av världen under hela sin löptid (Kreiner, 1992: 49). På samma sätt som i traditionell projekt- litteratur är det dock erfarenheterna

från renodlade, ideala situationer som byggplatsorganisationer (Bryman m fl, 1987) och teateruppsättningar (Goodman & Goodman, 1976) som överförs till mer komplexa, svåravgränsade sociala system.

När det gäller de studerade organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen har vi i kapitel 12 konstaterat att avgränsningen av dem varit som starkast i inledningen, varefter en successiv överbyggnad tagit vid. Vi ser därmed därmed överbyggnaden som något som pågår under den temporära organiseringsprocessens hela löptid. I de fall där organiseringsprocessernas slut inte reglerats genom slutdatum eller tydliga tillståndskriterier är överbyggnaden också det som gör att de upphör att existera som extraordinära företeelser i organisationen. I återkommande organiseringsförlopp sker en växelvis avgränsning och överbyggnad som försvagas över tiden. Kravet på periodicitet innebär där regelbundet återkommande avgränsningar följda av överbyggningar.

Av de studerade styrinitiativen framgår också att olika aktörer uppfattat såväl styrinitiativen som organiseringsförloppen olika, och att organiseringsförloppen i mångt och mycket gått ut på att hantera dessa olikheter och att försöka komma fram till en någorlunda gemensam bild av verkligheten. Som nämntes i kapitel 6 finns det inom primär- och landstingskommunala organisationer en institutionaliserad benägenhet hos både interna aktörer och externa analytiker att dela upp organisationen i olika normsystem och aktörskategorier (jfr t ex Kouzes & Mico, 1979; Müllern & Östergren, 1995: 275f), vilket i praktiken innebär att alla störningar av vardagens rutin utöver att hanteras som isolerade företeelser *också hanteras som företeelser som upplevs ha sitt ursprung från och avse vissa normsystem och aktörskategorier*. Hälso- och sjukvårdsorganisationen — må den nu vara landstinget, sjukhuset eller kliniken i det specifika fallet — hanterar i praktiken sällan styrinitiativ som just en organisation, utan snarare som en uppsättning av olika aktörskategorier med sina respektive motiv och föreställningar. De indelningsgrunder som ligger bakom kategoriseringarna är relativt uttalade och allmänt vedertagna, t ex vad gäller roller i organisationen, medicinsk specialitet eller utbildningsbakgrund. Skillnader finns naturligtvis även här; t ex så har politiker och administratörer inte alltid lätt att få acceptans för indelningen av basenheter i kärnverksamhet och medicinsk serviceverksamhet, eftersom båda verksamhetstyperna bedrivs av specialiserade läkare, inbegriper klinisk forskning, innebär patientkontakter osv. På samma sätt är det inte självklart att uppdelningen mellan administratörer och ledande verksamhetsföreträdare upplevs som särskilt tydlig på sjukhusnivå, eftersom många av de tillfällen som finns för diskussioner kring övergripande frågor

inkluderar båda dessa kategorier. Engelsk forskning visar mycket riktigt också på att de senaste årens våg av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården har bidragit till att läkare och administratörer börjat anamma ett gemensamt språkbruk (Broadbent, Laughlin & Read, 1991; Laughlin, Broadbent & Shearn, 1992). Indikationer på att så har skett även i Sverige återfinns också i litteraturen (Jacobsson, 1994a: 235; Öhrming, 1997: 33).

Aktörskategoriseringen innebär i det praktiska förändringsarbetet att styrinitiativen, även om de nu görs till föremål för avgränsning i förhållande till vardagsrutinen, inte bedöms ”på sina egna meriter” utan snarare utifrån de olika aktörskategoriernas förväntningar och självbilder (jfr Scapens & Roberts, 1993). T ex så kan vi i samtliga tre landsting se att läkarkårens traditionella föreställning om att vara autonoma beslutsfattare inverkar på basenhetschefernas grundinställning till nya styrinitiativ som t ex beställarstyrning (”det är bra att politikerna bara skall ange mål och sluta detaljstyra”), prestationsersättning (”nu får vi betalt för det vi faktiskt gör”) och verksamhetsplanering (”det är bra med en planeringsstruktur även om den är lite banal”). På samma sätt har andra aktörskategorier sina bilder av hur läkarna resonerar, t ex vad avser kvalitet (”de är inte intresserade av omvårdnads kvalitet”) eller resultatenheter (”de trodde att de kunde producera hur mycket som helst och sedan behålla vinsten”). Styrinitiativen förses redan i utgångsläget med aktörskategoriserade tolkningar, vilka sedan under organiseringsförloppet kostar mycket tid och kraft att bearbeta.

Genom att ekonomiska styrinitiativ och ekonomisk styrning inte har särskilt mycket med hälso- och sjukvårdsorganisationernas vardagsverksamhet att göra så kommer organiseringsprocesserna alltid att i någon mån att avgränsas från denna vardagsverksamhet. Och genom att organiseringen är avgränsad, så är det också sannolikt att den ekonomiska styrningen även i sina kvarlevande rutiner inte har någon direkt koppling till själva verksamheten. Naturligtvis kan den tänkta förändringen ändå ske, men då snarare på grund av att aktörer vid kritiska punkter i den tänkta orsak-verkan-kedjan faktiskt förmår överbrygga avgränsningar, skillnader i rumslig och tidsmässig strukturering, skillnader mellan aktörskategorier osv. Med andra ord överbrygga sådant som inte alltid finns med i de initierande aktörernas bilder av förändringens avsedda förlopp i organisationen.

När den ekonomiska styrningen blivit en tydlig och närvarande aspekt av organisationstillvaron blir det också tydligt vilka aktörer som har med den att göra och vilka som inte har det. Och eftersom den ekonomiska styrningen blivit en aspekt av organisationsledningen som de flesta hierarkiskt ”tunga”

aktörer betonar, så är frågan om vilka som involveras och exkluderas inte oväsentlig för att förstå organisationens utveckling. De som upplever sig involverade i den ekonomiska styrningen motiverar denna sin upplevelse på lite olika sätt. Medan landstings- och förvaltningsledningar i regel såg det som att de aktivt involverat sig mot bakgrund av den givna ekonomiska problembilden, så beskrev flertalet basenhetschefer det som att de på grund av sin position blivit involverade, dvs fått den ekonomiska styrningen på köpet när de accepterat att bli basenhetschef. I någon mening har således dessa aktivt valt att involvera sig, även om beslutet att bli basenhetschef naturligtvis inte bara kommer sig av ett intresse för ekonomiska styrsystem (jfr Lindvall, 1997: 190). Detta märks också av på det sätt man beskriver de ekonomiska styrinitiativen; medan landstings- och förvaltningsledningar ser det som att man försöker nå längre ut i organisationen med basenhetschefernas hjälp, så upplever många basenhetschefer att de hela tiden får ytterligare uppgifter utöver allt arbete de redan har. Annorlunda uttryckt så skiljer sig sändarna och mottagarna av förändringsbudskapen kraftigt åt vad gäller både kompetens och kapacitet (jfr Ekstedt & Wirdenius, 1995). Blir man involverad i den ekonomiska styrningen innebär det dock att man får vara med i de sammanhang där organisationen leds, och att man i viss utsträckning accepteras som en lovande och seriös diskussionspartner till ledningen även i administrativa frågor (jfr Laurila, 1997: 235). Vidare har man också möjlighet att agera gränsöverskridande genom att söka koppla samman ekonomiska styrinitiativ med t ex vårdideologiska argument i strävan efter ökad resurstilldelning.

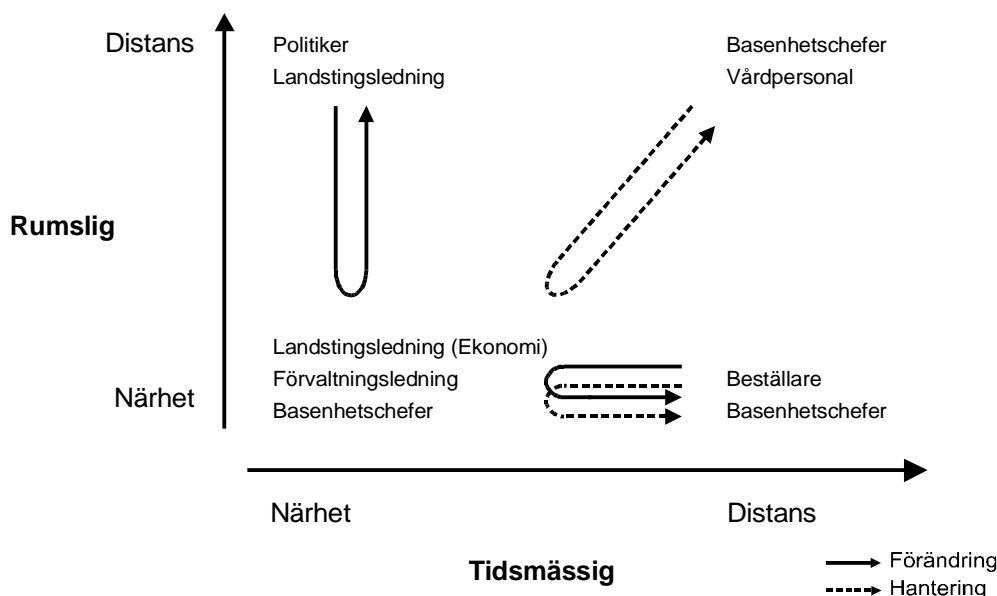
För de som exkluderas från den ekonomiska styrningen och därmed från organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen, kvarstår det traditionella professionella svängrummet. Att exkluderas, eller rentav självmant välja att inte delta, innebär att man slipper att hantera den ekonomiska styrningens strukturering av den organisatoriska tillvaron och att man således kan hävda rent politiska och vårdideologiska ståndpunkter. Detta började ställas på sin spets under 1996 när några chefsöverläkare vid Karolinska sjukhuset avgick eftersom de inte ansåg att de kunde ta ansvar för följderna av ytterligare besparingar. Exkludering innebär dock samtidigt att man dels inte kan vara med i de sammanhang där den ekonomiska styrningen blir till (och därmed tvingas acceptera utfallet av styrprocessen), dels att man bidrar till att upprätthålla gränsdragningen mellan den ekonomiska styrningens domäner och de professionella dito. I den administrativa maktlösheten ligger en professionell makt, men den senare försvagas över tiden medan den förra förstärks; vill man vara chef är involvering i den ekonomiska styrningen på sikt oundviklig:

”Part of the superior’s social qualifications is the knowledge of accounting performance and the acceptance of mobilizing it. Although accounting performance is crude and sometimes borders on being foolish, it sets agendas and priorities managers cannot dispense with if they want to be managers.” (Kirk & Mouritsen, 1996: 259)

13.2.2 Projektifieringsdilemmat: Styrinitiativen som förändring eller hantering?

Sammanfattningsvis kan organiseringsprocesserna kring de ekonomiska styrinitiativen beskrivas som temporära styrprocesser, där de involverade aktörerna under en begränsad tid ”kopplas samman” med styrinitiativet som anledning. Sammankopplingen innebär att aktörer som till vardags upplever sig som rumsligt avskilda från varandra temporärt interagerar i samma sociala sammanhang och försöker utöva inflytande på strategiska frågor i organisationen. Allt eftersom organiseringsprocessen fortlöper kopplas aktörerna ”isär” igen och återgår oftast till sina tidigare förhållningssätt till den ekonomiska styrningen.

Problemet med denna temporära sammankoppling av organisationen är att aktörerna beroende på skillnader i normsystem har olika bevekelsegrunder för sitt deltagande i organiseringsprocesserna. Som vi pekade på i avsnitt 13.1 ovan så kan de administrativa föreställningarna kring styrinitiativen karaktäriseras som att man genom att skapa uppmärksamhet skall involvera organisationen i förändringsarbete. De aktörskategorier som huvudsakligen står under inflytande av detta normsystem har en förändrande, aktiv syn på styrinitiativen och ”projektfierar” dess införande i syfte att fokusera organisationens ansträngningar och skapa engagemang. Det verksamhetsnära normsystemet, å andra sidan, innebär att förändringar av den ekonomiska styrningen ses som en avgränsad aspekt av den organisatoriska tillvaron, en aspekt som dessutom härrör från ett annat normsystem. De aktörskategorier som huvudsakligen står under inflytande av detta normsystem har en mer reaktiv hållning gentemot styrinitiativen, och ”projektfierar” dess genomförande i syfte att hantera en ålagd uppgift på ett smidigt sätt. (se fig 13.1, som är en vidareutveckling av fig 10.1).



Figur 13.1: *Projektifieringsdilemmat: Olika aktörskategorier har olika föreställningar kring sitt deltagande i den temporära sammankopplingen av organisationen*

Om det på ytan således kan tyckas att projektifieringen av den ekonomiska styrningens förändring innebär att den annars löst kopplade hälso- och sjukvården under en begränsad tid ”kopplas samman” kring ett avgränsat styrinitiativ, så menar vi att vardagens lösa kopplingar ofta ”togs med in” i organiseringsprocessen. Däremot bytte de i någon mån skepnad, och yttrade sig i att olika aktörskategorier förhöll sig till organiseringsprocesserna på olika sätt.

Den ekonomiska styrningens centrum utgörs, som vi pekat på i kapitel 10, av förvaltningsledningarna i samarbete med ekonomitjänstemän på landstingsnivå och det fåtal basenhetschefer som p g a intresse eller särskilda uppdrag involverat sig. Introduktionen av ett ekonomiskt styrinitiativ innebär att även övriga aktörskategorier på något sätt måste förhålla sig till detta, och dessa aktörskategorier skiljer sig åt med avseende på hur detta förhållningssätt ser ut. Landstingsledningarnas aktiva syn på ekonomisk styrning innebär att de legitimerar de ekonomiska styrinitiativen genom retorik och policyuttalanden, och att de därmed bidrar till att skapa uppmärksamhet och aktivitet kring förändringarna. Liknande ambitioner finns även hos aktörerna på beställarsidan, som ofta efterlyser reformerade ekonomiska styrsystem men som inte i någon högre grad fått utöva någon konkret beslutsrätt i dessa frågor ännu (undantaget möjligen Sörmland). Bland övriga basenhetschefer och vårdpersonal dominerar vårdverksamhetens normsystem och därmed hanterar man styrinitiativen lojalt men reaktivt för att få tid och kraft över även till andra aspekter av ledningsarbetet (jfr Lindvall, 1997: 189ff).

13.3 Ekonomisk styrning för förändring: Den övergående möjligheten

När vi i det följande nu skall sammanfatta våra erfarenheter från studien är det centrala temat att ekonomisk styrning som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården är formulerandet och organiserandet av övergående möjligheter. Med detta menas att ekonomiska styrinitiativ inte är de slutgiltiga lösningar för fortlöpande organisationsstyrning som de ofta presenteras som, däremot utgör organiseringsprocesserna kring styrinitiativen övergående tillfällen att uppnå organisatorisk förändring. När ekonomiska styrinitiativ formuleras skapar man en möjlighet att organisera annars utspridda aktörer kring en och samma fråga, men det är en möjlighet som kan försittas på grund av att olika aktörskategorier förhåller sig till denna ”sammankoppling” på olika sätt.

Vi skall nedan beröra fyra aspekter av den ekonomiska styrningen som skapandet av övergående möjligheter till förändring. För det första rör det formuleringen av själva förändringsbudskapet/styrinitiativet, där ekonomisk styrning på en hel del sätt är ett enkelt sätt att formulera förändring, men att denna formulering bör kompletteras med icke-ekonomiska resonemang. För det andra rör det själva organiseringsprocessen, som genom sin karaktär av särskilt förlopp utgör en övergående möjlighet till förändring som förr eller senare förpassas till historien. För det tredje rör det den ekonomiska styrningens cykliska egenskaper, där återkommande organiseringsförlopp också är återkommande — om än övergående — förändringsmöjligheter. För det fjärde rör det hur enskilda styrinitiativ relateras till varandra i den långsiktiga ledningen av organisationen; vilka bestående meningsfullheter kan skapas i en tillvaro av övergående möjligheter?

13.3.1 Introduktionen av styrinitiativ som övergående möjlighet

När det gäller själva formuleringen av de ekonomiska styrinitiativen, så kan vi konstatera att själva formuleringen i sig utgör en övergående förändringsmöjlighet. Den ekonomiska styrningen möjliggör formuleringen av relativt enkla förändringsbudskap, uttryckta i ett gemensamt språkbruk där ledningen tydligt kan identifiera hur den tänkta organiseringsprocessen skall gå till. Denna möjlighet är dock övergående till sin natur, eftersom aktörernas uppmärksamhet

lätt kan riktas mot någonting annat och att alternativa tolkningar kan spridas i organisationen. Organisationer tenderar ofta att föredra relativt enkla modeller framför de teoretiskt korrekta (jfr Grabski, 1985: 57), och kanske är det så att det är ett sätt att undvika alltför stora skillnader i hur de tolkas av de olika aktörskategorierna.

I formuleringen av styrinitiativen ingår i regel en föreställning om hur organisationen skall arbeta med dem. Dessa tänkta orsak-verkan-resonemang utgör möjligheter till förändring så till vida att de på förhand strukturerar själva organiseringsprocessen; man talar om vad som skall göras (t ex göra verksamhetsplaner utifrån en fastställd mall), när detta skall göras (en gång per år i november) och vilka aktörer som skall göra det (basenhetschefer och förvaltningsledning). Själva enkelheten och tydligheten i sådana formuleringar öppnar möjligheter att få alla i organisationen att medverka kring ett standardiserat budskap (jfr Hopwood, 1990).

Problemet med att ensidigt använda sig av ekonomiska styrinitiativ som förändringsbudskap är att de inte alltid är anpassade till det verksamhetsnära normsystemets syn på styrning. Anell (1990b: 74) och Ternblad (1992: 199) menar med hänvisning till Ouchi (1977) att hälso- och sjukvården generellt borde styras med kulturellt och rituellt ledarskap snarare än med olika former av resultat- eller regelstyrning. Ändå är det detta som sker, sannolikt eftersom det administrativa normsystemet är utformat just för att övervaka verksamhetens resultat och övervaka att rutiner och regler efterlevs. Formuleringen av de ekonomiska styrinitiativen har oftast en slagsida mot denna syn på styrning, och borde följaktligen kompletteras med att man ser styrsystemen i förhållande till organisationskulturen och anpassar dem till denna. I sammanhanget är det också viktigt att tala om vad man inte vill uppnå med styrinitiativet; givet att olika aktörskategorier tolkar styrinitiativen olika så är det också viktigt att tala om vilka tolkningar man inte vill ge upphov till.

13.3.2 Temporära organiseringsprocesser som övergående möjligheter

De organiseringsprocesser som följer på förändringar av den ekonomiska styrningen har av de flesta involverade upplevts som temporära, där processerna avklingat när styrinitiativen som sådana varit ”färdigbehandlade” och/eller den organisatoriska kontexten visar sig innehålla andra styrinitiativ eller överhängande vardagsproblem. Ekonomiska styrinitiativ innebär således att man under en begränsad tidsperiod samlar vissa aktörer kring en viss fråga,

och att man i jämförelse med vardagens löst kopplade organisation kan utöva en ”tätare” styrning under just denna period. Den tidsmässiga avgränsningen leder oss till en rumslig förtätning av aktörer kring ett visst förändringstema, och just tidsavgränsningen möjliggör för aktörerna att fokusera sin uppmärksamhet på just detta tema.

En viktig aspekt av organisationsförändring är att det man förut tagit för givet och därför inte ägnat någon medveten uppmärksamhet helt plötsligt explicit formuleras i termer av problem och lösningar och blir föremål för handling. Vi beskrev tidigare organisationsförändring som att de upplevda förutsättningarna för rutinhandlingar förändrades, och detta innefattar naturligtvis även situationer där förhållanden man förut varit omedveten om lyfts upp till det allmänna medvetandet. Människor är sällan aktivt medvetna om sina rutinhandlingar, utan lutar till sina erfarenheter och sin ”tysta kunskap” för att hantera vardagens återkommande situationer (Weick, 1979: 130). Det är först när den välbekanta strömmen av händelser störs på något sätt som man tvingas analysera sitt rutinhandlande och formulera ett nytt sätt att förhålla sig. På detta sätt förhåller det sig med de flesta förändringar; nya byggnader, nya system, nya människor representerar störningar av vardagen som organisationens medlemmar medvetet måste hantera:

”...[p]eople normally are not aware of things that run smoothly. It is only the occasion of change when attention becomes alive.” (Weick, 1979: 130)

Hur hanterar man då i organisationer förändringar av de upplevda förutsättningarna för rutinhandlingar? Utifrån de empiriska studierna kan vi konstatera att styrinitiativen i regel blir föremål för en omfattande initial uppmärksamhet, och att de just genom denna uppmärksamhet avgränsas från den dagliga strömmen av rutinhandlingar. Avgränsningen kommer sig dels av att styrinitiativen i sig representerar nyheter för olika aktörer i organisationen, men också av att ledningsaktörerna ofta söker tydliggöra styrinitiativen genom retoriskt kraftfulla beskrivningar av dem. I avgränsningen ligger ofta dessutom en överbryggning, där man genom att medvetandegöra vissa aspekter av organisationens nuvarande rutinhandlingar kan göra behovet av nyheter och förändring än starkare förankrat i de olika aktörskategorierna. I flera av de studerade styrinitiativen finns sålunda en avgränsning i det att man utmålar det tagna styrinitiativet som radikalt nytt, samt en överbryggning i det att man motiverar behovet av det nya i termer av dysfunktioner och avarter i det gamla. Förutom att organiseringsprocessen kring ett styrinitiativ innebär en avgränsning av initiativet från den vardagliga, rutiniserade tillvaron, så gör man normalt även

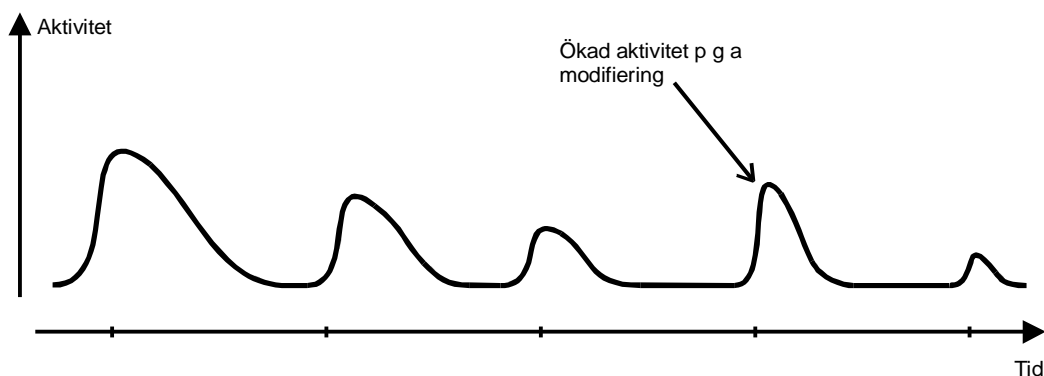
överbryggningar till denna tillvaro för att förstå initiativet och sätta in det i sitt sammanhang. Förr eller senare återvänder de involverade aktörerna till vardagen, och hur överbryggningen då görs är av central betydelse för resultatet av förändringen. Man kan tänka sig möjligheten att man helt enkelt avgränsar sig bakåt och sålunda förpassar styrinitiativet till historien, och man kan också tänka sig att man gör en fullständig överbryggning av styrinitiativet på så sätt att det omvandlas till organisatorisk rutin. Mellantinget, dvs att se organiseringsprocessen som något avgränsat som man ändå menar sig kunna dra långsiktiga lärdomar av, är möjligen det optimala.

13.3.3 Återkommande organiseringsprocesser som övergående möjligheter

I flera av de studerade fallen så har aktörerna upplevt att styrinitiativet inneburit återkommande organiseringsprocesser, antingen på grund av att ett infört system måste modifieras eller också på grund av att systemet i sig innebär periodiskt återkommande aktiviteter. Även om det över dessa återkommande organiseringsprocesser sker en successiv rutinisering och ritualisering, så kan ett och samma styrinitiativ bli föremål för ett flertal organiseringsprocesser och således innebära att aktörerna regelbundet ”återsamlas” kring ett förändringstema. Detta innebär också en viss möjlighet till långsiktig ledning m h a ekonomiska styrsystem och att hålla förändringsteman ”vid liv” trots organiseringsens temporära natur. Den ekonomiska styrningens cykliska, återkommande karaktär bidrar till att detta är möjligt.

Anledningen till de återkommande organiseringsförloppen är i regel att det styrsystem som styrinitiativet syftar till att införa innehåller ett krav på periodicitet. Genom att styrinitiativet i sig innebär införandet av årliga utvärderingar (resultatenheter), årliga planeringsprocesser (LOTS/IOS) eller årliga produktionsöverenskommelser (beställarstyrning), så är återkommande förlopp en del av den vardag man från ledningshåll hoppas kunna skapa. I praktiken hanteras dock återkommande förlopp på samma sätt som engångsförlopp, dvs genom en gradvis rutinisering och avförande från dagordningen. Skillnaden är att det tar längre tid, bl a därför att det tar ett par omgångar att skapa rutin av LOTS-processen medan ett engångsförlopp som Isidor definitivt upphör när det är färdighanterat. I några fall (t ex resultatenheterna vid UAS) så innebar de ständiga förändringarna av styrinitiativets innehåll att rutineringen tog ännu längre tid; kravet på periodicitet gjorde att man en gång om året var tvungna att organisera sig kring styrinitiativet, och varje gång man gjorde detta var det något som hade ändrats (jfr Jönsson, 1982: 303). I dessa

förlopp sker upprepade avgränsningar och överbrygningar, och de aktörer som kan påverka konstruktionen av styrinitiativet kan förstärka/försvaga dessa avgränsningar och överbrygningar genom att verka för modifieringar av det. I de återkommande förloppen blir aktörskategoriseringen också mer dynamisk, bl a därför att aktörer som exkluderats/exkluderar sig ett år kan arbeta för att inkluderas/inkludera sig inför nästa ”möte” om styrinitiativet (jfr t ex utvecklingen av beställarstyrningen i Sörmland eller LOTS-processen i Västerbotten). Varje ny organiseringsprocess är en ny övergående möjlighet att förändra, men eftersom det sker en gradvis rutinisering över ett antal sådana processer så kan förändringar av styrinitiativet vara ett sätt att ställa aktörerna inför nya förändringsmöjligheter (fig 13.2).



Figur 13.2: Över tiden avtagande aktivitet kring styrinitiativ med återkommande organiseringsförlopp.

Den ekonomiska styrningens strukturering av tiden (liksom även den politiska styrningens) bygger på att mycket av det som händer i organisationen är cykliskt, återkommande, till sin natur (jfr Tuttle, 1997: 360f). Månad följer på månad, tertial på tertial, verksamhetsår på verksamhetsår, avtal på avtal, val på val, förtroendemannautredning på förtroendemannautredning. Förutom de ekonomiska styrinitiativ som kan karaktäriseras som engångsförlopp så syftar styrinitiativen i regel till att införa eller modifiera någon aspekt av denna cykliska tillvaro i organisationen. Nära nog alla inblandade ser det som en stor fördel om systemen och dess regelverk är robusta över tiden, dvs att löpande förändringar i omgivningen eller i verksamheten kan hanteras inom ramen för den befintliga ekonomiska styrningen. De stora ansträngningarna kan därmed reduceras till de nya systemens införandeskede, och därefter har man stabila, förväntningsrobusta ekonomiska styrsystem som inte ställer krav på alltför mycket administrativt arbete och debatter med andra aktörer i organisationen.

En sådan syn innebär dock att man inte ser den ekonomiska styrningen som en möjlighet till förändring och lärande.

Som föreslagits bl a av Hassard (1996) bör den organisatoriska tiden egentligen betraktas som spiral-cyklisk, dvs som återkommande förlopp som dock aldrig återvänder till exakt samma "ställe". Ekonomiska styrinitiativ, dvs förändringar av de ekonomiska styrsystemen, är i så fall ett sätt att uppnå en sådan spiral-cyklisk tidsmässig strukturering av organisationen. Samtidigt som detta skulle innebära att de som involverades i den ekonomiska styrningen med jämna mellanrum skulle behöva ägna energi och tid åt att hantera förändringar i denna, så skulle vissa aspekter av systemen ändå kunna karaktäriseras av en viss robusthet. Ett exempel på detta är förändringarna i hur arbetet fram till träffade avtal mellan beställare och utförare utvecklades under åren i Sörmland och i Enköping/Håbo. Grundidén om beställningar låg fast medan det skedde en utveckling av både avtalsförhandlingarna och själva avtalsinnehållet; systemets cykliska egenskaper gjorde att man såg varje nytt avtal som en "ny chans" att äntligen hitta en fungerande modell. Däremot skilde sig utvecklingen åt vad beträffar basenheterens roll i processen; medan man i Nyköping gradvis sökte involvera basenhetsledningarna i offertförfarandet kom utvecklingen i Enköping/Håbo att innebära att basenheterna successivt fjärmades från "avtalsrörelsen". För dessa basenhetschefer blev m a o inte avtalen något återkommande, utan i princip ett engångsförlopp som man sedan inte kom att involveras nämnvärt i.

Förändringsmöjligheten i den ekonomiska styrningen ligger sannolikt därför inte främst i den ekonomiska styrningen som nödvändig ingrediens i organisationsledningen, utan snarare i dess strukturella egenskap att ständigt återkomma (om än inte till samma ställe). Genom att hålla de ekonomiska styrsystemen öppna för återkommande förändringar och att söka länka dem till vårdideologiska och politiska förändringar, torde möjligheterna att uppnå någon form av institutionaliserad förändring vara goda. Utmaningen är således dels att minska sannolikheten att styrinitiativen ses som extraordinära företeelser utan någon särskild koppling till vardagsverksamheten, dels att minska sannolikheten för definitiva rutiniseringar genom att löpande förändra styrinitiativen eller introducera nya. Men det kräver en bild av förändringens förlopp som går utanför den ekonomiska styrningens antaganden om mänskligt beteende. Eftersom hälso- och sjukvården kan karaktäriseras som en typ av organisation som borde styras via någon form av kulturell styrning snarare än genom resultat- och handlingskontroll (Anell, 1990b: 74) så ligger den långsiktiga möjligheten här i att söka skapa meningsfulla ritualer snarare än robusta sy-

stem för styrande av handling. Med en meningsfull ritual menar vi då en återkommande organisering som de inblandade aktörerna upplever som viktig och nyttig, och vars innehåll och tillämpning ändå kan tillåtas variera över åren.

13.3.4 Från övergående till beständiga möjligheter: Styrinitiativ och behovet av långsiktighet

Ett grundläggande problem med projektifierade organisationer är tendensen att alla viktiga händelser sker inom ramen för särskilda satsningar och att dessa sedan inte knyts samman med någon form av övergripande strategi eller grundläggande tanke (jfr Wlodarczyk, 1997). Att arbeta med förändringar av den ekonomiska styrningen som tillfälliga organiseringsprocesser riskerar man att (liksom flera av de studerade styrinitiativen) resultera i att den vardagliga verksamheten inte påverkas nämnvärt. Behovet av samlande idéer är således stort, och blir allt större desto fler styrinitiativ, projekt, satsningar, program etc ledningen lanserar.

Samtidigt kan, som vi sett, den ekonomiska styrningen ses som en möjlighet till förändring om man bara kan acceptera att denna möjlighet är övergående till karaktären. I komplexa organisationer som hälso- och sjukvården är ”projektifiering” av förändring antagligen svår att undvika på grund av mångfalden av aktörer och organisationsdelar, och man får således inrikta sig på att göra det bästa av de övergående möjligheter som står till buds. Projektformens fördelar beträffande uppgiftsfokusering, avgränsning, samlat ledningsansvar är fördelar även i strategiska förändringssituationer (Grundy, 1998), och utnyttjas ofta i organisationer som till vardags är alltför splittrade för att gemensamt genomgå stora förändringsprocesser.

De landsting som granskats i denna studie har ambitiöst försökt sig på att formulera sådana samlande idéer, men det har ofta varit idéer som legat bortom den ekonomiska styrningen. Till exempel innebar Sörmlandsmodellen en omorganisation på förtroendemannasidan, införande av beställarstyrning samt ett antal förändringar av de interna styrsystemen, medan mycket av retoriken kring modellen gick ut på patientens och medborgarens ökande valfrihet. Och i de fall man inte försett sig med några uttalade övergripande strategier (som i Västerbotten 1992 eller i Uppsala 1994), så har man också haft det svårt att på ett logiskt sätt förklara hur de olika styrinitiativen egentligen hängde ihop. Även om uppsättningen av olika styrinitiativ från ledningens perspektiv kunde te sig som sammanhållna förändringsstrategier så uppfattades de på basenivå snarare som ett antal separata ledningsprojekt.

I en projektifierad värld måste de strategier man väljer således vara nära kopplade till de åtgärder man vidtar för strategiernas implementering, annars finns risken att den logiska kopplingen mellan strategi och enskilda styrinitiativ går förlorad för aktörerna. Att bara motivera ett styrinitiativ som varandes ett medel för att uppnå mer abstrakta mål på högre hierarkiska nivåer är sannolikt inte särskilt entusiasmerande. Det uppfattas i så fall som ett slags distanserad, byråkratisk styrning vars kopplingar till vardagsverksamheten är otydliga. Som visades i kap 10 har man i de studerade landstingen haft mål med sin förändringsverksamhet som inte alltid låtit sig förenas med de åtgärder (styrinitiativ) man arbetat med inom den ekonomiska styrningen. Precis som de strategier man följer begränsar vilka styrinitiativ man väljer, så begränsar de genomförda styrinitiativen strategiformuleringen. Signalerar strategin ”marknad” är det inte särskilt effektivt att lansera styrinitiativ som går ut på ”byråkrati”. Signalerar strategin ”utveckling” är det heller inte särskilt effektivt i längden att genomföra styrinitiativ med ”avveckling” som upplevd konsekvens. Ändå sker det, kanske eftersom de eviga problem man har att hantera är annorlunda än de tillfälliga lösningar man ständigt arbetar med.

Strategisk ledning som något slags övergripande förhandsplanering är således inte något som man i de studerade landstingen ägnat sig alltför mycket åt. Följaktligen har man också haft stort utrymme för att i efterhand formulera den logik som man menade sig arbeta efter när styrinitiativen introducerades. Inte sällan väljer man i efterhand att helt eller delvis ta avstånd från styrinitiativen som de kom att implementeras i organisationen. Att personligen förknippas med enskilda styrinitiativ är inget man eftersträvar, ledarskapet synes i mångt och mycket handla om att föra upp nya styrinitiativ på dagordningen snarare än att en gång för alla hitta de slutgiltiga lösningarna. Som exempel på detta återger vi två ledande aktörers syn på prestationsersättning i ett av landstingen:

”[Verksamheten] kommer att vara mer prestationsstyrd, betydligt mer prestationsstyrd. För successivt så kommer nästan varenda verksamhet att vara prestationsersatt. [...] Om vi skall komma åt och se att vi får rätt saker utförda till rätt penningnivå så måste vi få det här att det är styrt med ersättning för prestation.” (landstingsråd)

”Ja, det var ju det utspel vi gjorde [...] att vi egentligen ville gå mot en utveckling där alla enheter skulle vara prestationsersatta, dvs att deras budget uttryckte vad man faktiskt gör, men redan under föregående mandatperiod tonades det där ner. Det var inget självändamål att alla enheter skulle vara prestationsersatta, utan det var mera ett sätt för förvaltningscheferna att... det var alltså inget politiskt mål eller ett självändamål heller, utan det var ett sätt för förvaltningscheferna att kunna utöva styrning och ledning och skapa drivkrafter för en effektiv verksamhet...” (landstingsdirektör,

ett par år senare)

Frågan är således inte bara ”hur skall man göra övergående möjligheter beständiga?”, utan också ”skall och kan man göra det?”. Är det ändå inte så att styrinitiativens kontext är i ständig förändring och att det på så vis ändå inte går att formulera några i förhållande till kontexten beständiga lösningar (jfr Kreiner, 1995)? Eller är enskilda styrinitiativ mer kraftfulla som förändringsbudskap om de kan relateras till en klar och entydig strategisk inriktning? Svaret på detta problem är inte givet; det handlar om det samtidiga behovet av kontinuitet och handlingsfrihet, ett problem som organisationer alltid måste lära sig hantera på nytt. Styrinitiativen som förändringsstrategi har genomgående handlat om handlingsfrihet i förhållande till det förgångna i syfte att skapa en kontinuitet in i framtiden. Kanske det finns anledning att göra tvärtom; betona kontinuiteten med dåtiden i syfte att öppna upp möjligheter i framtiden, att ta vara på det som är bra snarare än distansera sig från det som är dåligt.

13.4 Erfarenheter och förslag till vidare forskning

En studie som denna blir naturligtvis aldrig ”färdig” i någon traditionell bemärkelse; det finns alltid fler teoretiska spår att följa upp, alltid nya empiriska händelser att ta i beaktande. När vi i det följande avrundar studien så är det just med tanke på att den är en del av ett omfattande kunskapsområde, där vi kanske kan komplettera det befintliga vetandet i någon mån men där merparten av forskningen fortfarande ligger framför oss. Vi skall därför kortfattat sammanfatta de erfarenheter som vi menar att studien har bidragit med, samt ge några förslag till vidare forskning inom de områden som studien befinner sig.

Beträffande det teoretiska område som studien inriktats mot, dvs ekonomisk styrning och organisationsförändring, så kan bidraget formuleras i termer av en ökad kunskap om den ekonomiska styrningens ”projektifiering” i/av förändringssituationer. Medan de flesta former av administrativa styrsystem syftar till att på ett uthålligt och robust sätt bidra till organisationens utveckling, så är det i praktiken bara under dess införande som någon förändring kan ske. För de som inte befinner inom det administrativa normsystemet blir den ekonomiska styrningen något extraordinärt, något man engagerar sig i under en begränsad period för att sedan återgå till vardagen. Vilket uttryck detta engagemang tar sig beror mycket på styrinitiativet i sig; olika former av ekonomisk styrning får olika konsekvenser för hur organiseringen förlöper över tiden och därmed hur utsträckta förändringsmöjligheterna blir. I vilken mån dessa förändringsmöjligheter verkligen kan tas till vara beror dock på hur de olika aktörerna tolkar styrinitiativet; medan initiativet i sig i regel är lätt att ta till sig och förstå, så skiljer sig bilderna av förändringens tänkta konsekvenser åt. De flesta aktörer förstår själva styrinitiativen på samma sätt, men deras tolkningar av vad man skall göra och uppnå (och, kanske viktigast, vad man inte skall göra och uppnå) går ofta i sär.

Beträffande det praktikområde studien behandlar, svensk hälso- och sjukvård, så är de ovan nämnda teoretiska erfarenheterna i stor utsträckning också empiriska. Medan man i de studerade landstingen varit aktiva och ambitiösa med att formulera och introducera nya ekonomiska styrsystem, så har man varit ganska vaga rörande vad man konkret förväntar sig att styrinitiativen skall leda till och vilka konsekvenser som man definitivt inte önskar sig. Samtidigt utnyttjas inte de förändringsmöjligheter som den ekonomiska styrningens strukturerande inverkan på organisationen för med sig; man har i regel valt att låta styrsystemen avspegla den befintliga organisationsstrukturen snarare än

att låta dem ifrågasätta den. Hittills har få eller inga initiativ tagits till att utforma styrsystem som följer patienter eller behandlingsvägar, och det patientperspektiv som beställarstyrningen avses bidra med har i praktiken underordnats det traditionella producentperspektivet. I den mån man har modifierat existerande styrinitiativ så har det oftast handlat om begränsningar och återgångar till tidigare styrfilosofier.

Själva genomförandet av studien har också den föranlett reflektioner av olika slag. En studie av detta slag, dvs en longitudinell studie där man söker fånga hur organisatoriska processer utvecklas genom att intervjua respondenterna vid flera tillfällen, är liksom de flesta andra studier en konstruktion av forskaren för forskningsändamål. Vet man verkligen när de processer man tänkt studera pågår i organisationen? Kan man i så fall studera den när den pågår, eller måste man förlita sig till efterhandsdata? Medger forskningsprojektets omfång att processen följs från början till slut? Även om vi menar att den datainsamling som ligger till grund för denna studie har haft ovanligt goda förutsättningar för att ”fånga” processerna när de inträffade, så är det ändå en erfarenhet att den konstruerade sociala situation som datainsamlingen innebär inte alltid korresponderar med den faktiska sociala situation som datainsamlingen avser. Detta problematiseras sällan, men borde kanske så göras i större utsträckning.

När det gäller fortsatta och framtida forskningsinsatser rörande ekonomisk styrning och organisatorisk förändring inom hälso- och sjukvården, så ger den löpande utvecklingen upphov till en mängd forskningsfrågor. Medan denna studie främst inriktats mot ledningsskikten inom vården så kan studiet av förändring med fördel föras ned till enskilda kliniker och avdelningar, och då även bli föremål för ansatser som deltagande observation eller aktionsforskning. Frågeställningen är då hur man på lokal nivå inom basenheter och avdelningar hanterar ekonomiska styrsystem och den information dessa ger. Nära besläktat med de ekonomiska styrinitiativen är de omfattande satsningar på informationsteknik (t ex datoriserad journalhantering eller telemedicin) som görs i de svenska landstingen, och vars införande och utnyttjande i hög grad beror av hur de nya systemen relateras till den organisatoriska kontexten. Även om det finns en betydande teoribildning kring teknikförändringar i organisationer så torde landstingens IT-satsningar påkalla studier även av den typ som redovisas här (jfr Linderoth, 1997).

Studier av ekonomisk styrning och organisatorisk förändring är viktiga även utanför hälso- och sjukvården (för ett aktuella exempel, se Jönsson, 1996). Allt mer av den ekonomiska aktiviteten i samhället sker numera utanför

de traditionella industrisektorer för vilka den befintliga teoribasen inom ekonomisk styrning utvecklats, men frågan är om inte samma kvantitativt baserade styrformer lyfts över även till de nya organisationsformerna. Medan utvecklingen inom ledarskapsområdet allt tydligare betonar intuitiva, empatiska och sociala färdigheter som centrala i modern organisationsstyrning, så satsas det samtidigt stort på enkla, kvantitativa styrsystem för verksamhetsinformation. Forskningsansatser som ställer dessa två tendenser mot varandra ser vi intresserat fram emot.

Studien pekar också mot att strategisk ledning i stora, komplexa organisationer i mångt och mycket handlar om att hantera en mängd temporära organiseringsprocesser. Vardagen blir i dessa organisationer en fråga om det in-vanda och verksamhetsnära, medan allt förändringsarbete förläggs till projekt, utredningar, satsningar etc. Forskning som utreder hur projektorganiserad ledning av organisationer egentligen bedrivs och vilka möjligheter och problem detta för med sig, är också något vi efterlyser.

13.5 Sammanfattning

- Utifrån tidigare forskning kan man identifiera två normsystem inom hälso- och sjukvården; ett administrativt och ett verksamhetsnära. Dessa influerar de olika aktörskategorierna på så vis att de leder till två föreställningar om ekonomisk styrning som förändringsstrategi. Utifrån det administrativa normsystemet ser man ekonomisk styrning som en central och övergripande styrform för organisationen, medan man i det verksamhetsnära normsystemet ser ekonomisk styrning som en avgränsad aspekt av tillvaron i organisationen.
- Båda normsystemen innebär att man organiserar förändringar av den ekonomiska styrningen (dvs ekonomiska styrinitiativ) som tillfälliga satsningar. I det administrativa normsystemet grundas detta på att man vill skapa uppmärksamhetsvärde och fokusering på viktiga aktiviteter, och i det verksamhetsnära normsystemet så grundas det på att man snabbt och effektivt vill klara av dessa aktiviteter så att andra aspekter av verksamheten kan tillgodoses. I det administrativa normsystemet ”projektifierar” man i syfte att skapa förändring, i det verksamhetsnära gör man det i syfte att hantera en avgränsad aspekt. Det ”förändringsdilemma” som studien utgick ifrån kan således beskrivas som ett ”projektifieringsdilemma”.

- Som förändringsstrategi är ekonomisk styrning formulerandet och organiserandet av övergående möjligheter till förändring. Formuleringen i sig är en övergående möjlighet i och med att den ekonomiska styrningen möjliggör enkla och standardiserade budskap. Även organiseringen är en övergående möjlighet; förmår man tillvarata skillnaderna i tolkning mellan olika aktörer och överbrygga organiseringsprocessen till sin kontext så kan sannolikt goda resultat uppnås. Dessutom är flera ekonomiska styrsystem av cyklisk, återkommande karaktär, vilket öppnar för återkommande övergående möjligheter till förändring om man kan ”hålla liv” i styrinitiativet.

Summary in English: Management Control for Change: A Study of Management Control Initiatives in Health Care

Management Control and Organisational Change in Swedish Health Care: The Change Dilemma

Since the end of the 1980's, Swedish health care organizations in the public sector have been subject to a severe financial pressure. Consequently, county council managers has been preoccupied with planning and implementing organisational change in order to alleviate the financial problems and to create more efficient production systems. Many of these efforts to change have implied changing the management accounting systems used in the county councils, changes that have been inspired both by market-oriented ideologies and by the governance principles of large corporations in the private sector.

At the same time, literature on management accounting and control indicates that management accounting systems aim at standardization and routinisation, thereby unintentionally creating inertia and conservatism in organizations. We formulate this contradiction in terms of a change dilemma; "How can managerial principles that make organizations subject to bureaucratization and inertia be used as important strategies for organizational change?"

An obvious explanation of this dilemma is that the county councils health care operations have formed large and complex organizations that can only be controlled by means of standardized, systematic, and quantitative control systems. Consequently, many efforts aiming at radical organizational change are processed through these control systems. In this study such efforts to change are termed "management control initiatives", indicating that they are initiated by top management but not necessarily implemented according to their intentions. Based on this line of reasoning, the aim of the study is:

- to analyze the use of management control systems as organizational change strategies in health care, employing a change perspective on management control.

The research task implied by this aim is (1) to analyze how management control initiatives are introduced in health care organizations, and how the organizing processes around these unfolds; (2) to analyze how these processes are

related to the organizational context which they are designed to change, and (3) develop theoretical concepts for the functioning of management control systems used as organizational change strategies in health care.

Theoretically, we contribute to the intersection between two sets of literatures; management accounting/control and organisational change. Empirically, this approach implies longitudinal case studies of a number of management control initiatives in Swedish health care.

Management Control and Organisational Change: Theoretical Framework

Against the traditional, positive view on management accounting/control, two alternative perspectives are usually posed; the interpretative and critical perspectives. Much of these two perspectives rest on the same ontology (i.e. social constructivism), but the critical perspective also implies an evaluative stance towards the interpretations made by actors in organizations. Although the main focus in this study is managerial, we adopt the interpretative and critical approaches. We view the intersubjective interpretations made by actors as the reality to be studied, but we do not analyze the data according to managerial norms and values.

Management accounting and control is thus viewed as an intersubjectively experienced, structural property of organisations. Actors in organisations collectively organise a common understanding of the management accounting and control systems, implying the production of norms and conceptions for the future but also the reproduction of existing norms and conceptions. Management accounting and control thus become a part of culture, a part of the actor's implications for action.

Actors cannot, however, choose when to produce new views on management accounting and control or when to reproduce the existing ones. Actors are embedded in institutional and cultural systems which delimit their perceptions of possible lines of action. In organisations, management accounting systems contribute to these limitations by structuring organisational reality in space (e.g. profit centers), time (e.g. financial years) and also in terms of relations (e.g. formal hierarchies).

Concerning organisational change, our theoretical view is teleological. Efforts to change organisations are discontinuous, purposeful processes, initiated by actors aiming at creating a difference in their perceived reality. These

processes are in one sense projects, organized as temporary courses of action aimed at specific goals. They are also strategic issues, processed by an organisational context where other actors, other issues, and other norms affect the possibilities of implementing the issues.

In health care, management accounting and control systems are perceived as useful change strategies in the sense that they make otherwise complex organisations simple and analysable. By creating new control systems, the many facets of health care production can be measured and evaluated in standardized and unambiguous ways. At the same time, they contribute to maintaining the existing routines in the organisation, thereby preventing radical change from actually affecting the daily work in hospitals and clinics.

Our theoretical frame of reference can therefore be formulated as follows: When used as a change strategy, management accounting and control becomes manifest as management control initiatives. Actors in county councils handle these control initiatives by organising themselves around the issue at hand. This organising process ends or fades away when there are no need for further attention to the control initiative, e.g. when the actors have learnt all there is to learn, or when upcoming issues in the organisational context require attention.

Studying Management Control Initiatives

The study reported in this book emanated from a previous research effort from 1992-94, where purchaser/provider models and strategic change in three Swedish county councils were subject to empirical investigation. From these research projects, we concluded that most change efforts came to be embodied in new systems for accounting and control and that they were perceived as separate projects loosely coupled to each other. When this research project started, the focus on management accounting and control as a change strategy required, as with all studies on change, collecting data over a longer time period, and it was decided that we should continue with the three county councils.

The longitudinal approach implied subjecting each county council to at least two sets of data collection, separated by at least one year. In these data collection sets, a number of managerial actors were interviewed. The usual categories were leading politicians, top county council managers, hospital managers, purchaser managers and clinic heads/basic unit managers. From the previous research projects, we had concluded that these were the actor catego-

ries that actually were involved in the organising processes around the management control initiatives.

The interviews were tape recorded, transcribed and stored in a data base. In order to handle the material, we used the software NUD*IST in order to classify the actor's statements into different empirical and theoretical categories. Concerning the 'static part' of the change dilemma, the categories were related to the structuration effects of management accounting and control, i.e. structuration in time, space and categorization of actors. Concerning the 'dynamic part' of the change dilemma, i.e. the organising processes around the management control initiatives, some categories pertained to the sequential course of events and others to how the processes were connected/disconnected to/from their organisational contexts.

Three Swedish County Councils, Eight Management Control Initiatives

The county councils that were chosen for empirical investigation were Västerbotten county council, The county council of Sörmland, and The council of Uppsala county. These counties differed in terms of management style and purchaser control, but in most other important aspects, they were alike.

In Västerbotten, three management control initiatives were investigated; (1) the introduction of performance-related pay on the basic unit level, (2) an organisation-wide effort to educate all employees in quality improvement work and systematize quality improvement reporting, and (3) the introduction of the systematic annual planning tool LOTS.

In Sörmland, two management control initiatives stood out as the most important; (1) the 'Sörmland model', which implied the introduction of a provider/purchaser model, and (2) the introduction of the systematic annual planning tool IOS.

In Uppsala county, three management control initiatives were in focus of the data collection efforts; (1) the test of the provider/purchaser model in one of the districts, (2) the dramatic downsizing investigation Isidor, and (3) the introduction of the profit center principle in medical services.

The Change Dilemma (I): Management Control in Reproducing

the Organization

The systems for management accounting and control appeared to contribute to the structuration of the health care organisations in three ways; (1) spatial structuring of the organisation into delimited areas of accountability, (2) temporal structuring of the organisation into delimited periods, and (3) structuring of organisational actors into categories which have different degrees of proximity/distance to the management accounting system.

The proximity/distance to the management accounting system can be further analysed in spatial and temporal terms. Spatially, different actor categories were at different distances to the social occasions where the management control initiatives were formulated. Some (e.g. hospital managers) were physically present, while others (politicians and basic unit managers) were excluded from these occasions. Temporally, different actor categories were at different distances concerning their ability to influence the formulation of the management control initiatives. Again, some categories had considerable and immediate influence on the formulation, while others had to receive the control initiatives afterwards and could only hope to influence them in the long run. Combined, these two dimensions form the following illustration of how management accounting and control contributes to the categorisation of actors:

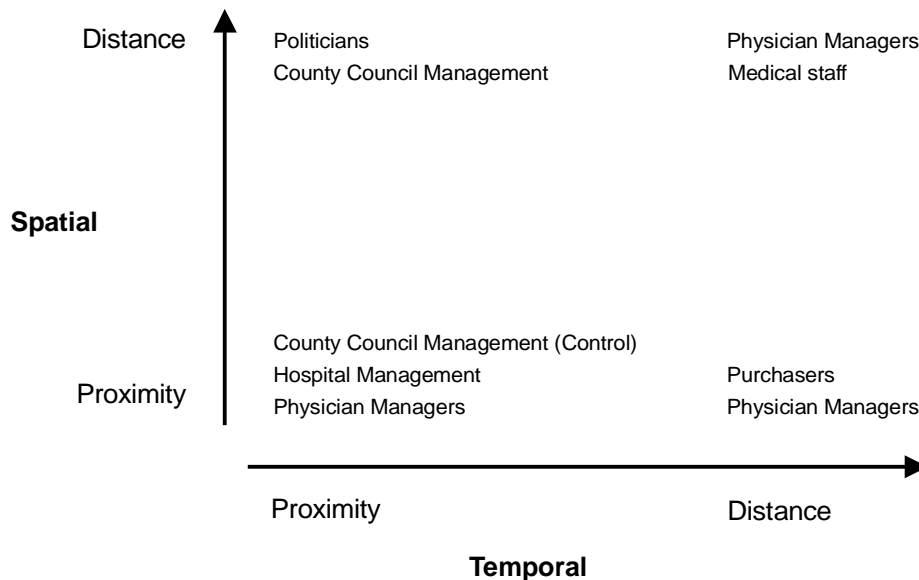


Figure S.1: Structuring of Actors in Relation to Management Accounting and Control Systems

The Change Dilemma (II): Organizing Processes around Control Initiatives

The organising processes around the management control initiatives appeared to be described by the actors in four different ways; (1) one-time courses of events with a visible finishing date, (2) one-time courses of events resulting in ongoing routines, (3) courses of events recurring due to modifications, and (4) courses of events recurring due to periodic production. The actor categories differed in their view of the processes, so the examples mentioned below are not based in any unitary statements from all interviewees.

Type 1 bears most resemblance to traditional projects. The most obvious example of such a process is the Isidor investigation, which was seen as finished after the political decisions on the Isidor proposals were made. By perceiving an initiative as finished in such a fashion, most long-term ambitions are neglected in favor of ending the process *per se*.

Type 2 resembles the type 1, with the important difference that the process yields some sort of routine that lives on in the organisation. One example of this is the introduction of performance-related pay in Västerbotten, where the process ended at the same time as the system was deemed impossible to implement in the current context, but where the accounting system constructed for the purpose lived on and was even refined.

Type 3 implies that the control initiative *per se* require that the actors attend to it periodically, but that learning effects make this attention smaller and smaller each time. One way of increasing attention is then to modify the control initiative, which results in the actors perceiving a need for actively handling the new situation. In this way, the organising processes leading to organisational change can be prolonged. One example of this is the LOTS tool in Västerbotten, where attention and interest declined over the years until the county management decided to introduce new elements in the planning process.

Type 4 also builds on periodic attention, but the possibilities of routinization is smaller in this case. Obvious examples of this type are the provider/purchaser models in Sörmland and Uppsala, where the whole purchasing process had to be repeated each year and where few experiences from last year could be used. This is somewhat the ideal course of events in management accounting and control reforms; recurring organising processes leading to continuous improvement.

Concerning the relation between the organising processes and their or-

organisational context, six basic ways of reasoning were found; (1) demarcation against the past, (2) connection to the past, (3) demarcation against the future, (4) connection to the future, (5) demarcation against parallel processes, and (6) connection to parallel processes. The use of these ways of reasoning differed between actor categories, but also varied depending on what stage the organising process was in.

The way of reasoning found in Type 1 was most usual when the control initiatives were introduced; in order to gain attention and commitment among actors, the initiators described the initiative as something completely new, taking the organisation from the dark past to a brilliant future.

At the same time, there was also a line of reasoning (Type 2) that connected the control initiative to the past; in order to create a sense of logic and strategic continuity the control initiative was presented as another step in the long-time progress of the organisation.

Type 3, demarcation against the future, implied that the actors saw the current organising process as something temporary that would end at a certain point. In this way, a time frame for extraordinary activity was created, pointing at the need for planning and a sense of urgency.

The opposite way of reasoning was Type 4, in which actors didn't see any end to the process; the control initiative was something that should be implemented and then live on. Usually, this did not imply that the organising process went on for a long time; the absence of time frames led rather to that the processes vanished into routinization.

The reasoning in Type 5 was, as with Types 1 and 3, used in order to delimit the organising process around the control initiative. This way of reasoning was a way of creating the image that the current process is not a part of any general change effort and that it thus requires focused attention.

Type 6, finally, implies that actors tried to connect the control initiative with other initiatives and the general development of the organisation. The usual rationale for this was that different control initiatives could be counter-productive to each other if they were not linked together by a common philosophy or strategy.

Conclusion: The Projectification Dilemma

On the surface, an organising process around a management control initiative can be described as temporary re-coupling of health care organisations otherwise characterized by loose coupling. The problem with this image is that it rests upon the assumption that different actors participate in the processes for the same reason, i.e. to understand and implement a change of the management accounting and control systems.

If we analyse the organising processes as social movements where actors from different norm systems are involved, a different image emerge. The change dilemma that was identified at the beginning of the study is actually a dilemma formulated inside a single norm system, the administrative system. The basic unit managers having to participate in the organising processes perceives a different dilemma; to be able to participate in the strategic development of the organisation, he/she has to be involved in systems that are actually a limited aspect only of the organisational reality. While their view on the processes is to organise the control initiatives as projects in order to handle them as efficient as possible, actors in the administrative norm system organise them as project in order to create attention and commitment in the whole organisation. This 'projectification dilemma' can be described as follows:

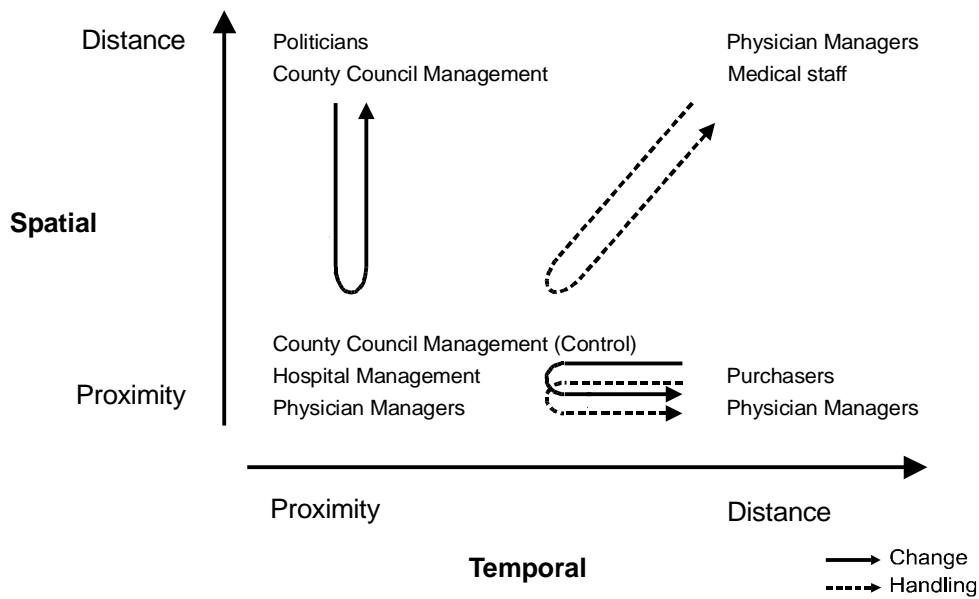


Figure S.2 *The Projectification Dilemma: Different actors have different perceptions concerning their participation in the temporary re-coupling of the health care organisation.*

Management control initiatives can therefore be seen as passing opportunities to change, passing in the sense that the organising processes are temporary by nature, opportunities in the sense that temporary re-coupling can be used to achieve long-term change. One such opportunity is the formulation of control initiatives; the possibility of using simple and standardized change strategies can be useful, but only if they are also linked to the medical norm system. A second opportunity is the temporary organising processes; if the project form of organising change can also be conveyed to the medical norm system, management control initiatives could result in short, intense courses of events that actually change things. The third opportunity is the recurrent, cyclical properties of management accounting and control systems, enabling recurrent activities around the same themes, thereby keeping them alive. The problem with such passing opportunities is that they are seldom linked to any long-term developments in the organisation; when the organising process is over, how can one make sense of what happened in a way that opens opportunities in the future?

Referenser

- Alban, A. & Christiansen, T. (1995) *The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems*. Odense: Odense University Press.
- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (1994) *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M. & Willmott, H. (1996) *Making Sense of Management: A Critical Introduction*. London: Sage.
- Anell, A. & Svarvar, P. (1995) "Ekonomiska styrformer i hälso- och sjukvården: utvecklingslinjer och lärdomar för framtiden". I P. Carlsson (red.), *Den planerade marknaden: Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 1995:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Anell, A. (1990a) *Ekonomistyrningssystem i sjukvården: Kartläggning av praxis och förnyelse i landstingen*. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Anell, A. (1990b) *Från central planering till lokalt ansvar. Budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård*. (Akad. avh.), Lunds universitet, Institutet för hälso- och sjukvård.
- Anell, A. (1993) *Beställare och producenter i vården: Vilka krav ställs på kostnadsredovisning*. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Ansoff, I. (1980) "Strategic Issue Management." *Strategic Management Journal*, Vol 1: s. 131-148.
- Anthony, R. N. & Govindarajan, V. (1995) *Management control systems*. Chicago: Irwin.
- Antman, P. (1994) "Vägen till systemskiftet." I R. Å. Gustafsson (red.), *Köp och sälj, var god svälj? Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. s. 19-65. Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
- Archer, S. (1987) "On the Epistemology of Accounting." I J. Arnold & D. Cooper (red.) *Management Accounting: Expanding the Horizons. Volume 3*: s. 369-419. London: CIMA.
- Arrow, K. (1964) "Control in Large Organizations." *Management Science*, Vol 10, No 3: s. 397-408.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Aucoin, P. (1990) "Administrative reforms in public management: Paradigms, principles, paradoxes and pendulums." *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, Vol 3, No 2: s. 115-137.
- Ax, C. & Ask, U. (1995) *Cost Management: Produktkalkylering och ekonomistyrning under utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

- Axelsson, R. (1993) *Sjukvårdsadministration, i organisationsteoretisk belysning*. Lund: Studenlitteratur.
- Bartunek, J. M. (1984) Changing Interpretive Schemes and Organizational Restructuring: The Example of a Religious Order." *Administrative Science Quarterly*, Vol 29: s 355-372.
- Bengtsson, M. (1994) *Konkurrensklimat och dynamik: En studie av interaktion mellan konkurrenser*. (Akad. avh.), Studier i företagsekonomi nr 33. Umeå: Umeå Universitet, Inst för Företagsekonomi.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966) *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Penguin Books.
- Bergevärn, L-E. & Olson, O. (1989) "Reforms and Myths: A History of Swedish Municipal Accounting." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol 2, No 3: s. 22-39.
- Bergevärn, L-E., Mellemvik, F. & Olson, O. (1995) "Institutionalization of Municipal Accounting: A Comparative Study Between Sweden and Norway." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 11, No 1: s. 25-41.
- Bergman, S-E. & Dahlbäck, U. (1995) *Att beställa hälso- och sjukvård: Erfarenheter från landsting med beställarstyrning*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Blomquist, C. (1996) *I marknadens namn: Mångtydiga reformer i svenska kommuner*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Blomquist, T. (1994) "Tensions in Three Dimensions: A Method for Analyzing Problems in Renewal Projects." I R. A. Lundin & J. Packendorff (red.) *Proceedings of the IRNOP Conference on 'Temporary Organizations and Project Management'*, Lycksele, 22-25 Mars, 1994: s. 71-78.
- Blomquist, T. & Packendorff, J. (1993) *Mellanchefen inför förnyelseprojektet: Basenbetsnivån i Västerbottens läns landsting*. Handelshögskolan i Umeå: Institutionen för företagsekonomi, FE-publikation 1993: Nr 146.
- Blomquist, T. & Packendorff, J. (1998) "Learning from Renewal Projects: Content, Context and Embeddedness." I R. A. Lundin & C. Midler (red.) *Projects as Arenas for Renewal and Learning Processes*. Norwell, MA: Kluwer (kommande).
- Boland, R. J. (1989) "Beyond the Objectivist and the Subjectivist: Learning to Read Accounting as a Text." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 14, No 5/6: s. 591-604.
- Boland, R. J. (1993) "Accounting and the Interpretive Act." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 18, No 2/3: s. 125-146.

- Boland, R. J. (1996) "Why Shared Meanings Have No Place in Structuration Theory: A Reply to Scapens and Macintosh." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 21, No 7/8: s. 691-697.
- Boland, R. J. & Pondy, L. R. (1983) "Accounting in Organizations: A Union of Natural and Rational Perspectives." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 8, No 2/3: s. 223-234.
- Boland, R. J. & Schultze, U. (1996) "Narrating Accountability: Cognition and the Production of the Accountable Self." I R. Munro & J. Mouritsen (red.) *Accountability: Power, Ethos and the Technologies of Managing*: s. 62-81. London: Thomson Business Press.
- Borgenhammar, E. (1979) *Health care budgeting: goals, structure, attitudes*. (Akad. avh.), Stockholm School of Economics, The Economic Research Institute.
- Borgert, L. (1992) *Organisation som mode. Kontrasterande bilder av svensk hälso- och sjukvård*. (Akad. avh.), Stockholms Universitet, Företagsekonomiska institutionen.
- Broadbent, J. (1992) "Change in Organisations: A Case Study of the Use of Accounting Information in the NHS." *British Accounting Review*, Vol 24, No 2: s. 343-367.
- Broadbent, J. & Guthrie, J. (1992) "Change in the Public Sector: A Review of Recent "Alternative" Accounting Research." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol 5, No 2: s. 3-31.
- Broadbent, J., Laughlin, R. C. & Read, S. (1991) "Recent Financial and Administrative Changes in the NHS: A Critical Theory Analysis." *Critical Perspectives on Accounting*, Vol 2. No 1: s. 1-29.
- Brorström, B. (1995) *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer: En studie av nya styrformer inom sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Brunsson, N. (1989) *The Organization of Hypocrisy: Talk, decision and actions in organizations*. Chichester: Wiley.
- Brunsson, N. (1991) "Politisering och företagisering: Om institutionell förankring och förvirring i organisationernas värld". I G. Arvidsson & R. Lind (red.), *Ledning av företag och förvaltningar: förutsättningar, former, förnyelse*. Stockholm: SNS-Förlag.
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993) *The Reforming Organization*. London: Routledge.
- Bryman, A., Bresnen, M., Beardsworth, A. D., Ford, J. & Keil, E. T. (1987) "The Concept of the Temporary System: The Case of the Construction Project." *Research in the Sociology of Organizations*, Vol 5: s. 253-283.

- Burchell, S., Clubb, C., Hopwood, A., Hughes, J. & Nahapiet, J. (1980) "The Roles of Accounting in Organizations and Society." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 5, No 1: s. 5-27.
- Burnes, B. (1992) *Managing Change: A Strategic Approach to Organisational Development*. London: Pitman.
- Burns, T. & Stalker, G. M. (1961) *The Management of Innovation*. London: Tavistock.
- Butler, R. (1995) "Time in Organizations: Its Experiences, Explanations and Effects." *Organization Studies*, Vol 16, No 6: s. 925-950.
- Calltorp, J. (1989) *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor. Några drag i de senaste decenniernas svenska hälsopolitik*. (Akad. avh.), Uppsala universitet, Institutionen för socialmedicin.
- Capps, T., Hopper, T., Mouritsen, J., Cooper, D. & Lowe, T. (1989) "Accounting in the Production and Reproduction of Culture." I W. F. Chua, T., Lowe & T. Puxty (red.) *Critical Perspectives in Management Control*: s. 217-243. London: Macmillan.
- Charpentier, C. & Samuelson, L. A. (1996) "Effects of New Control Systems in Swedish Health Care Organizations." *Financial Accountability & Management*, Vol 12, No 2: s. 157-171.
- Christensen, S. & Kreiner, K. (1997) *Projektleddning: Att leda och lära i en ofullständig värld*. Bjärred: Academia Adacta.
- Chua, W. F. (1986) "Radical Developments in Accounting Thought". *The Accounting Review*, Vol 61, No 4: s. 601-632.
- Chua, W. F. (1995) "Experts, Networks and Inscriptions in the Fabrication of Accounting Images: A Story of the Representation of Three Public Hospitals." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 20, No 2/3: s. 111-145.
- Coombs, R. W. (1987) "Accounting for the Control of Doctors: Management Information Systems in Hospitals." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 12, No 4: s. 389-404.
- Cooper, D. (1981) "A Social and Organizational View of Management Accounting." I M. Bromwich & A. Hopwood (red.) *Essays in British Accounting Research*: s. 178-205. London: Pitman.
- Cooper, D. (1983) "Tidiness, Muddle and Things: Commonalities and Divergences in Two Approaches to Management Accounting Research." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 8, No 2/3: s. 269-286.
- Cooper, R. & Kaplan, R. S. (1991) *The Design of Cost Management Systems: Text, Cases and Readings*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Crozier, M. (1964) *The Bureaucratic Phenomenon*. Chicago: Phoenix Books.

- Czarniawska-Joerges, B. (1992) *Styrningens paradoxer: Scener ur den offentliga verksamheten*. Stockholm: Norstedts.
- Czarniawska-Joerges, B. & Jacobsson, B. (1989) "Budget in a Cold Climate." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 14, No 1/2: s. 29-39.
- Daft, R. L. & Macintosh, N. B. (1978) "A New Approach to Design and Use of Management Information." *California Management Review*, Vol 21: s. 82-92.
- Dagens Medicin* (1996-10-08) "Läkarna skeptiska till kvalitetsutbildning", "Förändringen börjar uppifrån", "Kvalitetsarbete ger mer vård för pengarna", "Barn vann på samarbete." Nr 17, 1996: s. 18-19.
- Dawson, P. (1997) "In at the Deep End: Conducting Processual Research on Organisational Change." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 13, No 4: s. 389-405.
- Dent, J. F. (1991) "Accounting and Organizational Cultures: A Field Study of the Emergence of a New Organizational Reality." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 16, No 8: s. 705-732.
- Dermer, J. (1990) "The Strategic Agenda: Accounting for Issues and Support." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 15, No 1/2: s. 67-76.
- Drury, C. (1996) *Management and Cost Accounting*. London: International Thomson Business Press.
- Ds Fi 1985:3 (1985) *Produktions-, kostnads- och produktivitesutveckling inom offentlig bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Dutton, J. E. (1993) "The Making of Organizational Opportunities: An Interpretive Pathway to Organizational Change." *Research in Organizational Behavior*, Vol 15: s. 195-226.
- Dutton, J. E., Stumpf, S. A. & Wagner, D. (1990) "Diagnosing Strategic Issues and Managerial Investment of Resources." *Advances in Strategic Management*, Vol 6: s. 143-167.
- Eccles, R. G. & Nohria, N. (1992) *Beyond the Hype: Rediscovering the Essence of Management*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Edgren, L. (1992) *Service management inom svensk hälso- och sjukvård: Affärsutveckling och kundorganisation*. (Akad. avh.), Lunds Universitet, Ekonomicerum.
- Ekstedt, E., Lundin, R. A. & Wirdenius, H. (1992) "Conceptions and Renewal in Swedish Construction Companies." *European Management Journal*, Vol 10, No 2: s. 202-209

- Ekstedt, E. & Wirdenius, H. (1995) "Renewal Projects: Sender Target and Receiver Competence in ABB 'T50' and Skanska '3T'." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 11, No 4: s. 409-421.
- Emery, F. E. & Trist, E. L. (1965) "The Causal Texture of Organizational Environments." *Human Relations*, Vol 18, No 1: s. 21-32.
- Eneroth, B. (1984) *Hur mäter man "vackert"?* Göteborg: Natur och Kultur.
- Erichsen, V. (1995) "State Tradition and Medical Professionalization in Scandinavia." I T. Johnson, G., Larkin & M. Saks (red.) *Health Professions and the State in Europe*: s. 187-199. London: Routledge.
- Eskerod, P. (1996) "Meaning and Action in a Multi-Project Environment." *International Journal of Project Management*, Vol 14, No 2: s. 61-65.
- Fernler, K. (1994) "Generella modeller och lokala lösningar" I B. Jacobsson (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*: s. 93-117. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Fernler, K. (1996) *Mångfald eller likriktning: Effekter av en avreglering*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Forssell, A. (1994) "Företagisering av kommuner." I B. Jacobsson (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*: s. 22-37. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Foucault, M. (1993) *Övervakning och straff: Fängelsets födelse*. Lund: Arkiv.
- Freidson, E. (1986) *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1988) *Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frenckner, P. (1989) *Värde för pengarna: Om controllerarbete och ekonomisk styrning i kommunal verksamhet*. Stockholm: SNS.
- Gaffikin, M. J. R. (1994) *An Alternative Approach to Accounting Research*. Occasional Paper No 3. Umeå: Umeå Business School, Swedish Centre for Accounting & Auditing Research.
- Garpenby, P. (1989) *The State and the Medical Profession. A Cross-National Comparison of the Health Policy Arena in the United Kingdom and Sweden 1945-1985*. (Akad. avh.), University of Lindköping, Department of Theme Research - Health and Society.
- Gaster, L. (1991) "Quality and decentralisation: are they connected?" *Policy and Politics*, Vol 19, No 4: s. 257-267.
- Giddens, A. (1984) *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.

- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glennerster, H. (1994) "New Challenges for Management Accounting: Issues in Health and Social Services." *Financial Accountability & Management*, Vol 10, No 2: s. 131-141.
- Goddard, A. (1997) "Organisational Culture and Budgetary Control in a UK Local Government Organisation." *Accounting and Business Research*, Vol 27, No 2: s. 111-123.
- Goffman, E. (1974) *Frame Analysis*. New York: Harper.
- Goodman, R. A. & Goodman, L. P. (1976) "Some Management Issues in Temporary Systems: A Study of Professional Development and Manpower: The Theater case." *Administrative Science Quarterly*, Vol 21, No 3: s. 494-501.
- Grabski, S. V. (1985) "Transfer Pricing in Complex Organizations: A Review and Integration of Recent Empirical and Analytical Research." *Journal of Accounting Literature*, Vol 4, No 1: s. 33-75.
- Granberg, O. (1997) *Lärande i organisationer: Professionella yrkesutövares strategier vid organisatorisk förändring*. (Akad. avh.), Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Greenwood, R. & Hinings, C. R. (1988) "Organizational Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Change." *Organization Studies*, Vol 9, No 3: s. 293-316.
- Greiner, L. E. (1972) "Evolution and Revolution as Organizations Grow." *Harvard Business Review*, Vol 50 (July-August): s. 37-46.
- Grundy, T. (1998) "Strategy Implementation and Project Management." *International Journal of Project Management*, Vol 16, No 1: s. 43-50.
- Gummesson, E. (1991) *Qualitative Methods in Management Research*. Newbury Park: Sage.
- Gustafsson, R. Å. (1987) *Traditionernas ok: Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. (Akad. avh.) Falköping: Esselte Studium.
- Hansen, D. R. & Mowen, M. M. (1994) *Management Accounting*. Cincinnati, OH: South-Western Publishing.
- Hartmann, S. (1996) *Strategic Accounting Relationships: Producing and Managing Time and Space*. Paper presented at the II CEMS Academic Conference, Università Bocconi, Milan, Italy, 12-14 September, 1996.

- Hassard, J. (1996) "Images of Time in Work and Organization." I S. R. Clegg, C., Hardy & W. R. Nord (red.) *Handbook of Organization Studies*: s. 581-598. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hasselbladh, H. (1994) "Ekonomiska styrmodeller inom sjukvården." I B. Jacobsson (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*: s. 118-139. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Hayes, D. C. (1977) "The Contingency Theory of Managerial Accounting." *The Accounting Review*, Vol LII, No 1: s. 22-39.
- Hedberg, B. & Jönsson, S. (1978) "Designing Semi-confusing Information Systems for Organizations in Changing Environments". *Accounting, Organizations and Society*, Vol 3, No 1: s. 47-64.
- Hedlin, P. (1996) *Accounting Investigations*. (Akad. avh.) Stockholm: Stockholms Universitet, Företagsekonomiska institutionen.
- Hellqvist, A. (1997) *Praktik och idéer: Om organisationsrutiners betydelse i förändrings-sammanhang*. (Akad. avh.), Lindköpings universitet, Ekonomiska institutionen.
- Hinings, C. R. & Greenwood, R. (1988) *The Dynamics of Strategic Change*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hoggett, P. (1991) "A new management in the public sector?" *Policy and Politics*, Vol 19, No 4: s. 243-256.
- Holliday, I. (1992) *The NHS Transformed*. Manchester: Baseline Books.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1991) *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hood, C. (1991) "A public management for all seasons?" *Public Administration*, Vol 69, No 1: s. 3-19.
- Hood, C. (1995) "The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 20, No 2/3: s. 93-109.
- Hopper, T. & Powell, A. (1985) "Making Sense of Research into the Organizational and Social Aspects of Management Accounting: A Review of Its Underlying Assumptions [1]." *Journal of Management Studies*, Vol 22, No 5: s. 429-465.
- Hopwood, A. G. (1974) *Accounting and Human Behaviour*. London: Haymarket.
- Hopwood, A. G. (1978) "Towards an Organizational Perspective for the Study of Accounting and Information Systems." *Accounting, Organization and Society*, Vol 3, No 1: s. 3-13.
- Hopwood, A. G. (1987) "The Archaeology of Accounting Systems." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 12, No 3: s. 207-234.

- Hopwood, A. G. (1990) "Accounting and Organisation Change." *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol 3, No 1: s. 7-17.
- Horngren, C. T., Foster, G. & Datar, S. (1994) *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall International.
- Horngren, C. T. & Sundem, G. L. (1990) *Introduction to Management Accounting*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Hugemark, A. (1994) *Den fängslade marknaden: Ekonomiska experter om välfärdsstaten*. (Akad. avh.), Lunds universitet, Lund studies in social welfare.
- Jacobsson, B. (1994a) "Idéer, praktik och förnyelse." I B. Jacobsson (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*: s. 226-238. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Jacobsson, B. (red.) (1994b) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Jacobsson, B. (1994c) "Reformer och organisatorisk identitet." I B. Jacobsson (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*: s. 38-61. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Jegers, M. & Houtman, C. (1993) "Accounting Theory and Compliance to Accounting Regulations: The Case of Hospitals." *Financial Accountability & Management*, Vol 9, No 4: s. 267-278.
- Johansson Lindfors, M-B. (1989) *Organisationers ideologiska ansikten: Om grundläggande föreställningar i mindre företag*. (Akad. avh.) Studier i företagsekonomi Serie B nr 30. Umeå: Umeå Universitet, Inst för Företagsekonomi.
- Johansson Lindfors, M-B. (1993) *Att utveckla kunskap: Om metodologiska och andra vägval vid samhällsvetenskaplig kunskapsbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, S. (1995) *Verksamhetsbedömning i mjuka organisationer: Om kommunala ledares verksamhetsinformation och försök att finna mått på effektivitet inom social service*. (Akad. avh.) Göteborg: CEFOS.
- Johnson, H. T. & Kaplan, R. S. (1991) *Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Jonsson, E. (1996) *Har betalning per patient givit mer vård för pengarna? En jämförande utvärdering för perioden 1986-1993*. Stockholm: Spris förlag.
- Jönsson, S. (1982) "Budgetary Behaviour in Local Governments: A Case Study over 3 Years." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 7, No 3: s. 287-304.
- Jönsson, S. (1996) *Accounting for Improvement*. Oxford: Pergamon.
- Jönsson, S. & Lundin, R. A. (1977) "Myths and Wishful Thinking as Management Tools." I P. C. Nystrom & W. H. Starbuck (red.) *Prescriptive Models of Organizations*: s. 157-170. Amsterdam: North-Holland.

- Kanter, R. M. (1983) *The Change Masters: Corporate Entrepreneurs at Work*. London: Routledge.
- Kaplan, R. S. & Atkinson, A. A. (1989) *Advanced Management Accounting*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kaplan, R. S. (1984) "The Evolution of Management Accounting". *The Accounting Review*, Vol 59, No 3: pp. 390-418.
- Keith, P. M. (1978) "Individual and Organizational Correlates of a Temporary System." *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol 14, No 2: s. 195-203.
- Kelle, U. (1995) *Computer-Aided Qualitative Data Analysis: Theory, Methodes and Practice*. London: Sage Publications.
- Khandwalla, P. N. (1977) *The Design of Organizations*. New York: Harcourt, Brace Jovanovich.
- Kirk, K. & Mouritsen, J. (1996) "Spaces of Accountability: Systems of Accountability in a Multinational Firm." I R. Munro & J. Mouritsen (red.) *Accountability: Power, Ethos and the Technologies of Managing*: s. 245-260. London: Thomson Business Press.
- Klein, R. (1989) *The Politics of the NHS*. London: Longman.
- Kouzes, J. M. & Mico, P. R. (1979) "Domain Theory: An Introduction to Organizational Behavior in Human Services Organizations." *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol 15, No 4: s. 449-469.
- Kreiner, K. (1992) "The Postmodern Epoch of Organization Theory." *International Studies of Management & Organization*, Vol 22, No 2: s. 37-52.
- Kreiner, K. (1995) "In Search of Relevance: Project Management in Drifting Environments." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 11, No 4: s. 335-346.
- Kuhn, T. S. (1992) *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. Stockholm: Thales.
- Kullvén, H. (1994) *Ekonomisk styrning ur ett tjänsteperspektiv*. (Akad. avh.) Göteborg: BAS.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstinget i Uppsala Län, (1992) *Försök med beställarstyrning inom sjukvården i Enköping/Håbo* (stencil, 1992-03-25).
- Landstinget Sörmland, (1990) *Flerårsplan 1991-1994. Strategier för 90-talet*. Nyköping: Landstinget Sörmland, Ekonomi- och planeringsavdelningen.
- Landstinget Sörmland, (1991a) *Ekonomi- och verksamhetsstyrning inom Landstinget Sörmland*. Nyköping: Landstinget Sörmland/Cepro AB.
- Landstinget Sörmland, (1991b) *Sörmlandsmodellen. Förslag från utredningen om den politiska styrningen av landstinget*. Rapport 1991-02-04.

- Landstinget Sörmland, (1992) *Sörmlandsmodellen: Roller i omvandling för 90-talet*. Nyköping: Landstinget Sörmland.
- Landstingsförbundet, (1992a) *Enkät om ekonomistyrning i landsting 1992. Redovisning av enkätsvaren*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet, (1992b) *Hur ska landstingen styras?* Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet, (1994) *Hur ska landstingen styras? 1995-1997 Planer och diskussioner inför kommande mandatperiod*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Lapsley, I. & Pettigrew, A. (1994) "Meeting the Challenge: Accounting for Change." *Financial Accountability & Management*, Vol 10, No 2: s. 79-92.
- Larsson, A. (1997) *Ekonomisk styrning och organisatorisk passion: Ett interaktivt perspektiv*. (Akad. avh.), Lindköpings universitet, Department of computer and information science.
- Laughlin, R. C. (1987) "Accounting Systems in Organisational Contexts: A Case for Critical Theory." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 12, No 5: s. 479-502.
- Laughlin, R. C. (1991) "Environmental Disturbances and Organizational Transitions and Transformations: Some Alternative Models." *Organization Studies*, Vol 12, No 2: s. 209-232.
- Laughlin, R. C. (1995) "Empirical Research in Accounting: Alternative Approaches and a Case for 'Middle-Range' Thinking." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol 8, No 1: s. 63-87.
- Laughlin, R. C. & Broadbent, J. (1993) "Accounting and Law: Partners in the Juridification of the Public Sector in the UK?" *Critical Perspectives on Accounting*, Vol 4: s. 337-368.
- Laughlin, R. C., Broadbent, J. & Shearn, D. (1992) "Recent Financial and Accountability Changes in General Practice: An Unhealthy Intrusion into Medical Autonomy?" *Financial Accountability & Management*, Vol 8, No 2: s. 129-148.
- Laurila, J. (1997) "The Thin Line between Advanced and Conventional New Technology: A Case Study on Paper Industry Management." *Journal of Management Studies*, Vol 34, No 2: s. 219-239.
- Leffler, M. (1996) Två steg fram och ett tillbaka. Erfarenheter från landsting med beställar-utförarmodeller. I S. Montin (Red.), *SOU 1996:169, Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting: Några empiriska exempel* s. 233-265. Stockholm: Fritzes.

- Lewin, K. (1958) "Group Decisions and Social Change". I E. E. Maccoby, T. M. Newcomb & E. L. Hartley (Red.) *Readings in Social Psychology*: s. 197-211. New York: Henry Holt and Company.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lind, J. (1996) *Ekonomistyrning och verksamhet i utveckling: Ekonomiska rapporters utformning och användning när verksamheten flödesorienteras*. (Akad. avh.) Uppsala: Företagsekonomiska Institutionen, Uppsala Universitet.
- Lindbergh, L. & Sandström, T. (1993) *Utvärdering av ekonomistyrningsystemet i Västerbottens läns landsting*. Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå, Stencil.
- Linderoth, H. (1997) *Telemedicin: Ädla idéer i mötet med en bister verklighet*. IT för vem, nr 7. Umeå: Handelshögskolan vid Umeå Universitet.
- Lindgren, M. (1996) *Möjligheter till kompetensutveckling: Ett individperspektiv på relationen människa-organisation. En studie av individer i reklam- och revisionsföretag*. (Akad. avh.) Studier i företagsekonomi Serie B nr 36. Umeå: Handelshögskolan i Umeå, Inst för Företagsekonomi.
- Lindholm, S. (1979) *Vetenskap, verklighet och paradig*. Stockholm: AWE/Gebers.
- Lindkvist, L. (1996) "Performance Based Compensation in Health Care: A Swedish Experience." *Financial Accountability & Management*, Vol 12, No 2: s. 89-105.
- Lindkvist, L. & Cederholm, L. (1994) Styrförutsättningar och kontraktsmöjligheter. I B. Jacobsson (Red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*: s. 140-169. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Lindvall, J. (1997) *Resultatansvar inom sjukvården*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Llewellyn, S. (1994) "Managing the Boundary: How Accounting Is Implicated in Maintaining the Organization." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol 7, No 4: s. 4-23.
- Louis, M. R. (1981) "A Cultural Perspective on Organizations: The Need for and Consequences of Viewing Organizations as a Culture Bearing Milieu." *Human Systems Management*, Vol 2: s. 246-258.
- Lundin, R. A. & Söderholm, A. (1995) "A Theory of the Temporary Organization." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 11, No 4: s. 437-455.
- Lundin, R. A. & Söderholm, A. (1997) *Ledning för förnyelse i landsting: Strategiska projekt i komplexa organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus.

- Macintosh, N. B. (1985) *The Social Software of Accounting and Information Systems*. Chichester: Wiley.
- Macintosh, N. B. (1994) *Management Accounting and Control Systems: An Organizational and Behavioral Approach*. Chichester, UK: Wiley.
- Macintosh, N. B. & Scapens, R. W. (1990) "Structuration Theory in Management Accounting." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 15, No 5: s. 455-477.
- March, J. & Simon, H. (1993) *Organizations*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Melander, P. (1995) "Økonomistyringen som kamparena og multimedie: Studier av økonomistyringsprosessen i professionstunge organisationer." I J. K. Christiansen, J. Mouritsen, P. Neergaard & B. H. Jepsen (red.) *Proceedings of the 13th Nordic Conference on Business Studies*: s. 647-657. Copenhagen: Copenhagen Business School.
- Mellemvik, F. (1997) "Accounting, the Hidden Collage? Accounting in the Dialogues between a City and Its Financial Institutions." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 13, No 2: s. 191-207.
- Meyer, A. D., Goes, J. B. & Brooks, G. R. (1993) "Organizations Reacting to Hyperturbulence." I G. P. Huber & W. H. Glick (red.) *Organizational Change and Redesign*: s. 66-111. New York, NY: Oxford University Press.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977) "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony." *American Journal of Sociology*, Vol 83, No 2: s. 340-362.
- Miles, M. B. (1964) "On Temporary Systems." I M. B. Miles (red.) *Innovation in Education*: s. 437-490. New York, NY: Teachers College Press.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994) *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miller, D. & Friesen, P. (1980a) "Momentum and Revolution in Organizational Adaptation." *Academy of Management Journal*, Vol 23: s. 591-614.
- Miller, D. & Friesen, P. (1980b) "Archetypes of Organizational Transition." *Administrative Science Quarterly*, Vol 25: s. 269-299.
- Miller, D. & Friesen, P. (1984) *Organizations: A Quantum View*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Miller, P. & O'Leary, T. (1987) "Accounting and the Construction of the Governable Person." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 12, No 3: s. 235-265
- Mintzberg, H. (1983) *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Mintzberg, H. (1987) "Crafting Strategy." *Harvard Business Review*, Vol 65 (July-August): s. 66-75.
- Montin, S., Fridolf, M. & Sköldborg, T. (1993) *Radikala organisationsförändringar i kommuner och landsting*. SOU 1993:73, Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Morgan, G. (1986) *Images of Organization*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Müllern, T. (1994) *Den föreställda organisationen: Om kulturella processer i och kring organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Müllern, T. & Östergren, K. (1995) *Lärandekulturer: En studie av organisatoriskt lärande under olika institutionella betingelser*. (Akad. avh.), Studier i företagsekonomi nr 35. Umeå: Umeå Universitet, Inst för Företagsekonomi.
- Nahapiet, J. (1988) "The Rhetoric and Reality of an Accounting Change: A Study of Resource Allocation." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 13, No 4: s. 333-358.
- Norberg, A., Engström, B. & Nilsson, L. (1994) *God omvårdnad. Grundvärderingar*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Nylén, U. (1996) *Gott och ont inom affärlivet: Utveckling av ett etiskt perspektiv på företags relationer med aktörer*. (Akad. avh.), Studier i företagsekonomi nr 37. Umeå: Umeå Universitet, Inst för Företagsekonomi.
- Orton, J. D. & Weick, K. E. (1990) "Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization." *Academy of Management Review*, Vol 15: s. 203-223.
- Otley, D. T. (1978) "Budget Use and Managerial Performance." *Journal of Accounting Research*, Vol 16, No 1: s. 122-149.
- Otley, D. T. (1980) "The Contingency Theory of Management Accounting: Achievement and Prognosis." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 5, No 4: s. 413-428.
- Otley, D. T. (1994). "Management Control in Contemporary Organizations: Towards a Wider Framework." *Management Accounting Research*, Vol 5: s. 289-299.
- Otley, D. T., Broadbent, J. & Berry, A. (1995) "Research in Management Control: An Overview of its Development." *British Journal of Management*, Vol 6: S31-S44.
- Ouchi, W. G. (1977) "The Relationship between Organizational Structure and Organizational Control." *Administrative Science Quarterly*, Vol 22, No 1: s. 95-113.
- Ouchi, W. G. (1979) "A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms." *Management Science*, Vol 25, No 9: s. 833-848.

- PA Consulting Group, (1995) *Tillsammans skapar vi kvalitet*. Studiematerial. Västerbottens läns landsting.
- Packendorff, J. (1995) "Inquiring into the Temporary Organization: New Directions for Project Management Research." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 11, No 4: s. 319-333.
- Paulsson, G. (1993) *Accounting Systems in Transition: A Case Study in the Swedish Health Care Organization*. (Akad. Avh.), Lunds university, School of Economics and Management, Department of Business Administration.
- Petersson, O. (1992) *Kommunalpolitik*. Stockholm: Publica.
- Pettigrew, A. M. (1997) "What is a Processual Analysis?" *Scandinavian Journal of Management*, Vol 13, No 4: s. 337-348.
- Popper, K. R. (1963) "Three Views Concerning Human Knowledge." I K. R. Popper, *Conjectures and Refutations*: s. 97-119. London: Routledge.
- Power, M. & Laughlin, R. C. (1996) "Habermas, Law and Accounting." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 21, No 5: s. 441-465.
- Preston, A. M. (1992) "The Birth of Clinical Accounting: A Study of the Emergence and Transformations of Discourses on Costs and Practices of Accounting in U.S. Hospitals." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 17, No 1: s. 63-100.
- Preston, A. M., Chua, W. F. & Neu, D. (1997) "The Diagnosis-Related Group-Prospective Payment System and the Problem of the Government of Rationing Health Care to the Elderly." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 22, No 2: s. 147-164.
- Preston, A. M., Cooper, D. J. & Coombs, R. W. (1992) "Fabricating Budgets: A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 17, No 6: s. 561-593.
- Purdy, D. E. (1993) "Accounting, Controls, Change and the Perceptions of Managers: A Longitudinal Study of Ward Units in a Teaching Hospital." *Financial Accountability & Management*, Vol 9, No 1: s. 45-66.
- Puxty, A. G. (1993) *The Social and Organizational Context of Management Accounting*. London: Academic Press.
- Rayburn, L. G. (1996) *Cost Accounting: Using a Cost Management Approach*. Chicago, IL: Irwin.
- Rhenman, E. (1969) *Centrallasarettet. Systemanalys av ett svenskt sjukhus*. Lund: Studentlitteratur.

- Richards, T. J. & Richards, L. (1987) "Qualitative Data Analysis: Can Computers Do It?" *The Australian and New Zealand Journal of Sociology*, Vol 23, No 1: s. 23-35.
- Richards, T. J. & Richards, L. (1994) Using Computers in Qualitative Research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative Research* s. 23-35. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Robson, K. (1991) "On the Arenas of Accounting Change: The Process of Translation." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 16, No 5/6: s. 547-570.
- Rombach, B. (1990a) "I Like For the Same Reason that I Drink Beer: I Feel I Need It, But I Like the Effect as Well." I C. Gustafsson & L. Hassel (red.) *Accounting and Organizational Action*: s. 71-92. Åbo: Åbo Academy Press.
- Rombach, B. (1990b) *Kvalitet i offentlig sektor*. Stockholm: Norstedts.
- Rombach, B. (1997) *Den marknadslika kommunen: En effektstudie*. Stockholm: Nerenius & Santéus.
- Sahlin-Andersson, K. (1994) "Varför låter sig organisationer omvandlas?" I B. Jacobsson (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*: s. 170-204. Stockholm: Nerenius & Santéus.
- Saltman, R. B. & von Otter, C. (1992) *Planned Markets and Public Competition: Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Scapens, R. W. (1991) *Management Accounting: A Review of Recent Developments*. London: Macmillan.
- Scapens, R. W. & Macintosh, N. B. (1996) "Structure and Agency in Management Accounting Research: A Reply to Boland's Interpretive Act." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 21, No 7/8: s. 675-690.
- Scapens, R. W. & Roberts, J. (1993) "Accounting and Control: A Case Study of Resistance to Accounting Change." *Management Accounting Research*, Vol 4, No 1: s. 1-32.
- Scott, W. R. (1992a) "Health Care Organizations in the 1980s: The Convergence of Public and Professional Control Systems". I J. W. Meyer & W. R. Scott (Red.), *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. Newbury s. 99-113. Park: Sage Publications.
- Scott, W. R. (1992b) *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sköldberg, K. (1991) *Reformer på vridscen: Organisationsförändringar i kommun och landsting*. Lund: Studentlitteratur.

- Spri, (1993) *De nya sjukvårdsmodellerna: Erfarenheter och utvecklingslinjer. Anföranden och diskussioner vid konferensen "Mer och bättre sjukvård för pengarna"* Kista 4-5 november 1992. Stockholm: Spri.
- Starbuck, W. H. (1983) "Organizations as Action Generators". *American Sociological Review*, Vol 48, No 1: s. 91-102.
- Stjernberg, T. & Wennerberg, U. (1980) *Changing the Organization of Medical Services: The case of the Stockholm County Council*. Stockholm: EFI.
- Strömberg, B. (1997) *Professionellt förhållningssätt hos läkare och sjuksköterskor: En studie av uppfattningar*. (Akad. avh.), Göteborgs universitet, Institutionen för pedagogik.
- Swieringa, R. J. & Weick, K. E. (1987) "Management Accounting and Action." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 12, No 3: s. 293-308.
- Södergren, B. (1994) "The Learning Effects of Project Work as a Mechanism of Organizational Change." I R. A. Lundin & J. Packendorff (red.) *Proceedings of the IRNOP Conference on Temporary Organizations and Project Management*: s. 29-37. Umeå: IRNOP.
- Söderholm, A. (1991) *Organiseringens logik: En studie av kommunal näringslivspolitik*. (Akad. avh.) Studier i företagsekonomi nr 31. Umeå: Umeå Universitet, Inst för Företagsekonomi.
- Ternblad, K. (1992) *Planering i norm och handling: Studier av en epok av landstingsplanering*. (Akad. avh.), Lunds universitet, Institutionen för statsvetenskap.
- Thompson, J. D. (1967) *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Tinker, A. M., Merino, B. D. & Neimark, M. D. (1982) "The Normative Origins of Positive Theories: Ideology and Accounting Thought." *Accounting, Organizations and Society*, Vol 7, No 2: s. 167-200.
- Tushman, M. L. & Romanelli, E. (1985) "Organizational Evolution: A Metamorphosis Model of Convergence and Reorientation." I B. M. Staw & L. L. Cummings (red.) *Research in Organizational Behavior*, Vol 7: s. 171-222. Greenwich, CT: JAI Press.
- Tuttle, D. B. (1997) "A Classification System for Understanding Individual Differences in Temporal Orientation among Processual Researchers and Organizational Informants." *Scandinavian Journal of Management*, Vol 13, No 4: s. 349-366.
- Tyre, M. J. & Orlikowski, W. J. (1994) "Windows of Opportunity: Temporal Patterns of Technological Adaptation in Organizations." *Organization Science*, Vol 5, No 1: s. 98-118.

- Törnebohm, H. (1978) *Paradigm i vetenskapsteorin. Del II*. Rapport Nr 100. Göteborg: Göteborgs Universitet, Inst för Vetenskapsteori.
- Van de Ven, A. & Poole, M. S. (1995) "Explaining Development and Change in Organizations." *Academy of Management Review*, Vol 20, No 3: s. 510-540.
- Västerbottens läns Landsting, (1991) *Utredningen om landstingets förtroendemannaorganisation mm, Rabbe 90. Etapp I*. 1991-04-29.
- Västerbottens läns Landsting, (1992) *Prestationsersatta kliniker och vårdcentraler inom Västerbottens läns landsting*. Policydokument från Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG). 1992-04-28.
- Västerbottens Läns Landsting, (1994a) *Årsredovisning 1993*.
- Västerbottens Läns Landsting, (1994b) *Kvalitetspolicy för Västerbottens läns landsting*. 1994-03-03.
- Västerbottens Läns Landsting, (1994c) *God Omvårdnad, Förhållningssätt inom hälso- och sjukvård samt tandvård inom Västerbottens läns landsting*. Våren 1994.
- Västerbottens Läns Landsting, (1996) *Kvalitetsutveckling: Implementering av total-kvalitet i Västerbottens läns landsting. April 1994 - Augusti 1996*. Rapport till landstingsstyrelsen september 1996.
- Watson, D. J. H. & Baumler, J. V. (1975) "Transfer Pricing: A Behavioral Context." *The Accounting Review*, Vol 50, No 3: s. 466-474.
- Weick, K. E. (1976) "Educational Organizations as Loosely Coupled Systems." *Administrative Science Quarterly*, Vol 21, No 1: s. 1-19.
- Weick, K. E. (1979) *The Social Psychology of Organizing*. New York: Random House, 2:a uppl.
- Weitzman, E. A. & Miles, M. B. (1995) *A Computer Programs for Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Wildawsky, A. (1975) *Budgeting: A Comparative Theory of Budgetary Processes*. Boston, MA: Little, Brown and Company.
- Wise, C. R. & Amnå, E. (1993) "New Managerialism" in Swedish Local Government." *Scandinavian Political Studies*, Vol 16, No 4: s. 339-359.
- Wlodarczyk, M. (1997) *Projektet: Ett hot mot bildning och kultur*. (<http://www.folkuni.se/kunskapspunkten/kompost/wlodarut.html>)
- Woodward, J. (1965) *Industrial Organization: Theory and Practice*. London: Oxford University Press.
- Wählin, N. (1994) *Näringslivsledares arbete i nätverk: Identitetsskapandets dynamik* (Akad. avh.) Studier i företagsekonomi Serie B nr 34. Umeå: Umeå Universitet, Inst för Företagsekonomi.

- Zey-Ferrell, M. & Aiken, M. (1981) "Introduction to Critiques of Dominant Perspectives." I M. Zey-Ferrell & M. Aiken (red.) *Complex Organizations: Critical Perspectives*: s. 1-21. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.
- Öhrming, J. (1997) *Återbesök på centrallasarettet: Vad gick modellerna i hälso- och sjukvård egentligen ut på*. Stockholm: Nerenius & Santénius Förlag.

Genomförande av den empiriska datainsamlingen

Som beskrivs i kapitel 5 bedrevs datainsamlingen till denna studie inom ramen för två forskningsinsatser; dels studierna av strategiskt förnyelsearbete och beställarstyrning 1992-94, dels studien av ekonomisk styrning och organisatorisk förändring 1994-96. Studien av Landstinget i Uppsala län våren 1994 avslutade den första forskningsinsatsen och innebar starten på den andra. Vi redogör nedan kortfattat för dessa studier och bifogar listor på de empiriska rapporter som vi medverkat till/i.

Strategiskt förnyelsearbete och nya styrformer 1992-94

Denna studie utfördes som en stegvis intervjustudie, där vi utgick från Västerbottens läns landsting (VL). I detta landsting genomfördes hösten 1992 två parallella studier, en ledningsstudie och en basenhetsstudie. Som en konsekvens av att vi uppfattades som utvärderare av landstingsledningens förändringsarbete medverkade vi i en utvärderingsgrupp som gjorde två studieomgångar, en hösten 1993 och en våren 1994.

Som första jämförelseobjekt valdes Landstinget Sörmland, där en intervjustudie gjordes våren 1993. Våren 1994 avslutades forskningsinsatsen genom att Landstinget i Uppsala län blev föremål för en liknande studie. Denna studie utgjorde också starten på det nya forskningsprojektet ”den nya ekonomiska styrningen i hälso- och sjukvården.” De empiriska studierna kan sammanfattas på följande sätt:

Landsting	Datainsamling
Västerbottens läns landsting, lednings- och basenhetsstudierna, hösten-92.	Intervjuer med 3 politiker, 2 landstingscentrala tjänstemän, 3 förvaltningstjänstemän, 1 beställartjänsteman, 12 basenhetschefer. Deltagande i personalinformationsmöte och ekonomistyrningsseminarium.
Västerbottens läns landsting, studie av ny medicinsk teknik, våren-93.	Intervjuer med 1 basenhetschef, 1 läkare, 2 sjuksköterskor.
Landstinget Sörmland, våren-93.	Intervjuer med 2 politiker, 4 landstingscentrala tjänstemän, 1 förvaltningstjänsteman, 1 beställartjänsteman, 10 basenhetschefer.
Västerbottens läns landsting, utvärderingsstudier hösten-93 och våren-94.	Intervjuer, gruppintervjuer och samtal med 1 politiker, 5 landstingscentrala tjänstemän, 21 förvaltningstjänstemän, 1 beställartjänsteman, 43 basenhetschefer/personal i basenhetsledning, 104 läkare/sjuksköterskor/undersköterskor. Deltagande i chefsmöte i landstinget.
Landstinget i Uppsala län, våren-94.	Intervjuer med 2 politiker, 4 landstingscentrala tjänstemän, 7 förvaltningstjänstemän, 2 beställartjänstemän, 11 basenhetschefer/personal i basenhetsledning, 1 sjuksköterska.

Tabell B1:1 Empiriska studier hösten 1992 - våren 1994

Genomgående användes i dessa intervjustudier en frågemall med vissa specificerade teman. Dessa teman var:

- Intervjupersonen; bakgrund och nuvarande uppgifter.
- Nuläge för den enhet intervjupersonen representerar.
- Viktiga tidpunkter och kritiska händelser i enhetens utveckling.
- Enhetens interna styrning och externa relationer.
- Viktiga o/e större förändringar som nu pågår i landstinget.
- Intervjupersonens egen beskrivning av dessa förändringar.
- Vilka motiv finns för förändringarna, och vad skall de leda till?
- I vilka dimensioner kommer förändringarna att påverka enheten?
- På vilket sätt involveras intervjupersonen i förändringarna?
- Var ligger förändringens centrum, för vilka är förändringen viktig?
- Hur styrs förändringsarbetet, vilka personer är centrala i detta?
- På vilka sätt kommer förändringen att märkas för vårdpersonal och patienter?
- Hur mäter man effektivitet, produktivitet och kvalitet i sjukvården?
- Hur sker strategisk planering vid enheten?
- Vad kommer att hända de närmaste åren; problem och möjligheter?
- Vad är "god sjukvård"?

De empiriska rapporter vi medverkade till/i var de följande:

Blomquist, T. & Packendorff, J. (1993) Mellanchefer inför förnyelseprojektet: Basenhetschefsnivån i Västerbottens läns landsting. FE-Publikationer 1993: Nr 146. Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå.

Blomquist, T., Packendorff, J., & Söderholm, A. (1993) Sörmlandsmodellen: En granskning av en radikal förnyelsesatsning. Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen).

Lundin, R. A., & Söderholm, A. (1993) Den radikala förnyelsen av Västerbottens Läns Landsting: En utvärdering av förnyelsearbetet. (under medverkan av T. Blomquist, J. Packendorff, och H. Wirdenius). Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen)

Lundin, R. A., & Söderholm, A. (1993) Den radikala förnyelsen av Västerbottens Läns Landsting: En utvärdering av förnyelsearbetet inom Skellefteå och Södra Lapplands Sjukvårdsdistrikt. (under medverkan av T. Blomquist, J. Packendorff, och H. Wirdenius). Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen)

Blomquist, T. & Packendorff, J. (1994) ”Ny sjukvårdsteknologi och dess konsekvenser för arbetsorganisation och arbetstillfredsställelse.” I J. Packendorff (red.) Tjänstesektorn som arbetsplats: s. 1-30. FE-Publikationer 1994: Nr 147. Umeå: Institutionen för Företagsökonomi, Handelshögskolan i Umeå.

Lundin, R. A., & Söderholm, A. (1994) Den radikala förnyelsen av Västerbottens Läns Landsting: En utvärdering av förnyelsearbetet inom serviceföretagen. (under medverkan av T. Blomquist, och J. Packendorff). Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen).

Blomquist, T., Packendorff, J., & Söderholm, A. (1995) Mångfald i drivkrafter, mångfald i reformer: Organisatorisk förnyelse av Landstinget i Uppsala Län. Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen).

Ekonomisk styrning och organisatorisk förändring 1994-96

Denna studie påbörjades där den tidigare slutade, dvs i och med intervjustudien i LUL våren 1994. Denna följdes upp genom ytterligare intervjustudier våren 1995 och våren 1996. Inom ramen för den senare av dessa studier gjordes en särskild granskning av beställarstyrningen, då en av våra kontaktpersoner uttryckte intresse för denna fråga och erbjöd extra intervjumöjligheter. Landstinget Sörmland återbesöktes hösten 1994, och de löpande kontakterna med VL avslutades i och med en intervjustudie hösten 1996.

De empiriska studierna kan sammanfattas på följande sätt:

Landsting	Datainsamling
Landstinget Sörmland, hösten-94.	Intervjuer med 1 politiker, 3 landstingscentrala tjänstemän, 7 förvaltnings-tjänstemän, 1 beställartjänsteman, 8 basenhetschefer, 2 avdelningsföreståndare.
Landstinget i Uppsala län, våren-95.	Intervjuer med 1 politiker, 3 landstingscentrala tjänstemän, 3 förvaltnings-tjänstemän, 1 beställartjänsteman, 3 basenhetschefer. Återföringsmöte med 6 förvaltnings-tjänstemän.
Västerbottens läns landsting, hösten-95.	Intervjuer med 1 politiker, 2 landstingscentrala tjänstemän, 5 förvaltnings-tjänstemän, 1 beställartjänsteman, 2 kvalitetstjänstemän, 2 basenhetschefer.
Landstinget i Uppsala län, våren-96.	Intervjuer med 6 politiker, 2 landstingscentrala tjänstemän, 4 förvaltnings-tjänstemän, 4 beställartjänstemän, 2 basenhetschefer.

Tabell B1:2 Empiriska studier hösten 1994 - våren 1996.

I dessa intervjustudier var vi intresserade av att få veta vilka viktiga förändringsprocesser som pågick och hur förloppen i dessa såg ut. Det innebar att de inledande intervjuerna i varje studie syftade till att inventera läget i det aktuella landstinget. När vi upplevde att ytterligare intervjuer inte tillförde några nya förändringsteman inriktades intervjuandet mer mot att undersöka vad dessa teman gick ut på, hur organiseringsförloppen kring dem såg ut och hur de relaterades till den organisatoriska förändringen i stort. De inledande frågorna i uppräkningslistan nedan är m a o de som vi lade störst tonvikt vid inledningsvis, och de avslutande är de som intervjustudiernas senare delar fokuserades mot. Eftersom vi eftersträvade att få intervjua samma personer som vid den förra studien/studierna var det mer sällan vi gick in på intervjupersonen som person och på detaljerade beskrivningar av dennes enhet.

- Intervjupersonen; bakgrund och nuvarande uppgifter.
- Viktiga tidpunkter och kritiska händelser i enhetens utveckling.
- Viktiga o/e större förändringar som nu pågår i landstinget.
- Viktiga o/e större förändringar av den administrativa styrningen som pågår.
- Intervjupersonens egen beskrivning av dessa förändringar.
- Vilka motiv finns för förändringarna, och vad skall de leda till?
- I vilka dimensioner kommer förändringarna att påverka enheten?
- På vilket sätt involveras intervjupersonen i förändringarna?
- Var ligger förändringens centrum, för vilka är förändringen viktig?
- Hur styrs förändringsarbetet, vilka personer är centrala i detta?
- Intervjupersonens detaljerade beskrivning av förändringens förlopp
- Vilka är de kritiska händelserna inom detta/dessa förlopp?
- Vilka aktörer har varit viktiga i olika delar av förloppet
- Vilka involveras, vilka involveras inte?
- Intervjupersonens uppfattning om hur andra aktörer ser på förändringen.

- Vad kommer förändringen att leda till, vilka är konsekvenserna.
- Vilka andra förändringar har med denna förändring att göra?
- Vad kommer hända framöver; problem och möjligheter?

De empiriska rapporter detta forskningsprojekt avkastade var, förutom redogörelsen i Blomquist & Packendorff (1998) och de fallbeskrivningar som återfinns ovan i kapitlen 7-9:

Blomquist, T., & Packendorff, J. (1994) En ögonblicksbild senare: Sörmlandsmodellen och förändringar i den ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården. Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen).

Blomquist, T., & Packendorff, J. (1995) Landstinget i Uppsala Län: En ögonblicksbild senare. Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen)

Blomquist, T., & Packendorff, J. (1996) En ögonblicksbild från Västerbottens Landsting: Reflexioner och återkommande teman från en kortare intervjustudie i slutet av 1995. Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen).

Blomquist, T., & Packendorff, J. (1996) Landstinget i Uppsala Län: En ögonblicksbild av styrformer och styrproblem. Umeå: Institutionen för företagsekonomi, Handelshögskolan i Umeå. (Rapport avlämnad till landstingsledningen).