

Ekonomistyrning i svenska sjukhus

En fallstudie om länken mellan inter-professionella relationer i sjukvårdsorganisationer

Rozerin Orucoglu

Civilekonomuppsats

Höstterminen 2012

Handledare: Niklas Wällstedt, Roland Almqvist och Olle Högberg

English title: Management accounting in Swedish hospitals: A casestudy of inter-professional relations in health care organizations

Företagsekonomiska institutionen



**Stockholms
universitet**

Sammanfattning

Med new public management reformer introducerades ekonomistyrning i sjukvårdsorganisationer i flera OECD-länder. Redovisning fick på så sätt en viktig roll i att forma aktiviteter inom offentliga organisationer där fokus i sjukvården lades på kostnaden av vård. Stockholmsmodellen implementerades för att öka kostnadseffektiviteten och öka produktiviteten i sjukvården. Forskningen har satt fokus på att en inter-professionell rivalitet uppstått mellan läkare och ekonomer i och med introduktionen av ekonomistyrning, som härleddes till en konflikt mellan grundläggande normer och värdering hos läkare och ekonomer. Den här uppsatsen sätter fokus på länken mellan dessa professioner genom att undersöka ekonomistyrningskontroller, såsom budget och icke-finansiella nyckeltal. Uppsatsen undersöker informationsutbytet av kontroller: hur de används, presenteras och uppfattas av läkare och ekonomer. Analysen visar att verksamhetschefen som presenterar kontrollerna på det privatägda sjukhuset har en betydande roll som översättare, där kontrollerna har översatts från ekonomiska termer till prestationsmått, som läkarna och sjuksköterskorna direkt kan påverka genom vårdprocesser. Empirin tyder på att översättningen har en positiv inverkan på läkarnas och sjuksköterskornas uppfattning om kontrollerna. På det offentligt ägda sjukhuset saknas ett sådant översättningsengagemang, där man i stället presenterar budgeten och låter läkarna och sjuksköterskorna med tiden själva lära sig vad den betyder. I det fallet tyder det på att saknaden av en översättningsfunktion har en negativ inverkan på uppfattningen om kontrollerna. Uppsatsen visar därmed att översättningen från ekonomiska termer till icke-finansiella nyckeltal har en inverkan på hur kontrollerna uppfattas, vilket tyder på att presentationen av kontroller och vem som presenterar är viktigt.

Nyckelord: ekonomistyrning, cybernetiska controller, inter-professionella relationer, sjukvårdsorganisationer, hybridisering, polarisering

Abstract

With new public management reforms management accounting controls (MACs) were introduced in health care organizations in many OECD-countries. Accounting was given an important role in forming the activities within the public organizations, where the focus in health care became the cost of health care. The Stockholm model was implemented to increase cost efficiency and productivity in health care. Research has focused on the emergence of an inter-professional rivalry between the medical and the accounting profession, which is derived to a conflict between fundamental norms and values which defines the difference between the medical and the accounting profession. The paper examines the information exchange of controls: how they are used, presented and perceived by the medical and the accounting profession. The analysis shows that the clinician manager who presents the controls at the privately owned hospital has a vital role as a translator, where the controls have been translated from financial terms to performance indicators, which the doctors and nurses can directly affect through care processes. The empirical research suggests that the translation has a positive impact on the doctors' and nurses' perception of the controls. At the publicly owned hospital no translation is made, where a budget without alterations is presented to the doctors and nurses, who over time learn what it means. This case indicates that the lack of translation has a negative impact on the perception of the controls. Thus, the paper shows that the translation from financial terms to performance indicators has an impact on how the controls are perceived, indicating that the presentation of controls and the presenter are important.

Keywords: management accounting controls, cybernetic controls, inter-professional relations, health care organizations, hybridization, polarization

Innehållsförteckning

1	Introduktion	5
1.1	Problembakgrund	5
1.2	Problemdiskussion	6
1.3	Problematik	8
1.4	Forskningsfrågor	8
1.5	Syfte	8
1.6	Forskningsbidrag	9
1.7	Avgränsningar	9
1.8	Disposition	9
2	Metod	10
2.1	Vetenskapsteoretiskt förhållningssätt	10
2.1.1	Kvalitativt angreppssätt	10
2.1.2	Abduktion	11
2.2	Metodik.....	11
2.2.1	Intervjuer	11
2.2.2	Urval och tillvägagångssätt.....	12
2.3	Metodkritik.....	13
2.3.1	Forskningsetik	14
3	Teori	15
3.1	Introduktion	15
3.2	Litteraturgenomgång	15
3.2.1	Redovisningsverktyg.....	16
3.2.2	Polarisering	16
3.2.2.1	Motstridiga uppfattningar	16
3.2.2.2	Reformernas effekter på beteende	18
3.2.3	Hybridisering	19
3.2.4	Kritik mot reformpolitiken	20
3.2.5	Hybridisering och polarisering	21
3.2.6	Den hybrida rollen.....	21
3.3	Teoretiskt perspektiv	23
3.3.1	Operativ prestation.....	24
3.3.2	Diagnostisk/interaktiv	24
3.3.3	Presentation av kontroller	24
3.3.4	Anställdas uppfattningar	24
3.3.5	Begränsningar	25
3.4	Konklusion	25
4	Empiri & Analys	26
4.1	Stockholmsmodellen.....	26

4.1.1	Kostnad Per Patient	26
4.1.1.1	KPP - Bakgrund.....	26
4.1.2	Diagnosrelaterade Grupper.....	27
4.1.3	Användningsområden för KPP och DRG	27
4.2	Danderyds sjukhus	29
4.3	S:t Görans sjukhus.....	29
4.4	Diagnostiskt/interaktivt användande av cybernetiska kontroller	30
4.4.1	Danderyds sjukhus.....	30
4.4.2	S:t Görans sjukhus.....	32
4.5	Möjligheten att influera budget	33
4.5.1	Danderyds sjukhus.....	33
4.5.2	S:t Görans sjukhus.....	34
4.6	Viljan att balansera budget.....	34
4.6.1	Danderyds sjukhus.....	34
4.6.2	S:t Görans sjukhus.....	35
4.7	Presentation av cybernetiska kontroller.....	35
4.7.1	Danderyds sjukhus.....	35
4.7.2	S:t Görans sjukhus.....	36
4.8	De anställdas uppfattningar av cybernetiska kontroller.....	37
4.8.1	Danderyds sjukhus.....	37
4.8.2	S:t Görans sjukhus.....	38
5	Slutdiskussion	40
5.1	Diskussion.....	40
5.2	Förslag till fortsatt forskning	43
6	Referenser	44
Bilaga 1	47

1 Introduktion

1.1 Problembakgrund

Under de senaste decennierna har radikala reformer skett i Sverige, tillsammans med resterande länder i Organisation of Co-operation and Economic Development (OECD), i linje med konceptet new public management (NPM) (Hood, 1995). Redovisning fick en central roll i strävan efter att uppnå idéerna i NPM, som kallas accountingization (Power & Laughlin, 1992 refererad i Östergren, 2009) och introducerade ekonomistyrning i den svenska sjukvården. Den här studien undersöker relationen mellan ekonomistyrning och styrningen av sjukhus.

NPM innebar att offentliga organisationer ändrade sin styrning (Hood, 1995). För den svenska hälso- och sjukvården innebar detta en marknadsliknande miljö (Åhgren, 2010). Detta tydliggörs även i de senaste årens utveckling av vårdvalet, där det från och med januari 2010 blev obligatoriskt enligt lag för alla Sveriges kommuner och landsting (SKL) att ha ett ”valfrihetssystem” (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009a). Valfrihetssystemet innebär att patienten får välja vilken hälso- och sjukvårdorganisation de vill vända sig till. Den valda organisationen får sedan en ersättning från sitt tillhörande landsting för varje patient som den behandlar. I linje med Hoods (1995) grundstenar för NPM innebar detta en ökad konkurrens mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer, där starka organisationer överlever i marknaden och olönsamma försvinner (Åhgren, 2010).

Offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsorganisationer behöver därmed klara av att vara verksamma i deras miljö som mer och mer liknar den privata sektorn. Förutsättningen till att överleva marknaden krävde vad privata organisationer redan hade; ekonomistyrning (Hood, 1995). Därmed lades fokus på kostnaden av hälso- och sjukvården (Åhgren, 2010), där det viktigaste var att sänka kostnader. För att kunna fullfölja dessa förändringar krävdes användningen av ekonomistyrningskontroller. I Sverige används två kontroller; diagnosrelaterade grupper (DRG), där varje patient klassificeras enligt medicinsk diagnos och kostnad per patient (KPP), där varje patients behandlingskostnader beräknas. Informationen från kontrollerna överförs sedan till en databas hos SKL för att användas som underlag för ersättning till utförande sjukhus.

1.2 Problemdiskussion

Forskningen koncentrerar sig på hur ekonomistyrning har mottagits i sjukvården. En del studier (Jones & Dewing, 1997; Kurunmäki, 1999; Kurunmäki et al., 2003; Kurunmäki & Miller, 2008; Lapsley, 2007; Llewellyn, 2001; Miller et al., 1998; Preston, 1992; von Knorring et al., 2010) kommer fram till att det finns ett motstånd mot accountingization och att det medicinska yrket distanserar sig från ekonomiskt ansvar, som kallas för ”polarisering” av det medicinska yrket. Detta ses som ett hinder för sjukvårdsreformerna att uppfylla sina syften (Fulop, 2012). I motsats till det finns andra studier (Fulop, 2012; Kurunmäki et al., 2003; Kurunmäki, 2004; Miller et al., 2008) som visar att det finns ett ökat användande av redovisningsmetoder och en acceptans gentemot ekonomiskt ansvar hos det medicinska yrket, som kallas för ”hybridisering” av det medicinska yrket.

Förklaringen till polarisering är att det finns en grundläggande konflikt mellan redovisningsekonomisk kultur och medicinsk kultur och en maktkamp mellan läkare och ekonomer. Läkaryrket skildras som den svåraste att integrera i styrningen av sjukhus på grund av deras starka motvilja att medverka i förändringsprocesser som hotar deras professionella självstyre. Samtidigt anses de vara centrala i framgången av reformer som initieras för att förbättra kvalitet, säkerhet och kostnadsreducering i offentliga sjukhus (Fulop, 2012, s. 5). Trots omfattande sjukvårdsreformer i flera OECD länder har läkaryrket lyckats bevara ett starkt professionellt självstyre och kontroll över resurser och resursfördelning i sjukhus (Dent, 2003).

Kurunmäki (2004) argumenterar för att en hybridisering har varit möjlig i den finska sjukvården genom en överföring av redovisningstekniker och metoder, såsom budgetering och kostnadsberäkning, från ekonomer till det medicinska yrket. Överföringen har enligt Kurunmäki (2004) varit möjlig för att redovisning inte har haft en stark professionell position historiskt sett i Finland och att det därför inte fanns någon inter-professionell rivalitet mellan ekonomer och läkare som hindrade överföringen.

I en jämförande studie mellan Finland och Storbritannien visar Kurunmäki et al. (2003) att redovisning har en stark professionell position i Storbritannien, och att en polarisering dominerar på grund av inter-professionell rivalitet mellan ekonomer och läkare, där medicinskt yrkesverksamma ger motstånd till att använda redovisning i sitt arbete.

Jacobs (2005) ifrågasatte om orsaken till hybridisering var beroende av redovisningens professionella position och visade att i Tyskland och Italien hade ingen hybridisering skett, trots att redovisning i dessa länder, likt Finland, inte har en stark professionell position.

I en senare studie kom Lapsley (2007) fram till att budgetering i sjukhus inte har påverkat handlingar, tankar eller beteende hos medicinskt yrkesverksamma i Storbritannien och argumenterar för att orsaken till polarisering beror på flera saker: optimismen hos initiativtagarna, oförmågan att överföra budgeteringsmetoder från industrimiljön till sjukhusmiljön och misslyckandet att fånga upp och analysera information som det medicinska yrket skulle förstå och värdera.

Östergren (2009) fann dock att både hybridisering och polarisering har skett i sin studie om den norska sjukvården, beroende på vilken av de två studerade regionerna man tittar på. Östergren (2009) argumenterar för att orsaken till hybridisering alternativt polarisering är beroende av hur sjukhusen använder ekonomistyrning, genom att analysera sjukhusens ekonomistyrning baserat på Simons' (1994) omdiskuterade original ramverk levers of control (LOC). I studien använder Östergren (2009) sig av två dimensioner av ekonomistyrning som båda förklarar hur ekonomisystem *används*. Hon kommer fram till ena regionen använder ekonomisystem på ett *diagnostiskt* sätt, som innebär fokus på kostnadseffektivitet och budgetering, vilket resulterar i att det kräver mer tekniskt arbete och redovisningskunskaper, vilket härleds till att läkaryrket hybridiseras. Den andra regionen använder ekonomisystem på ett *interaktivt* sätt, som innebär att fokus ligger på skapa dialoger mellan andra kliniker och att lägga ekonomiansvaret på administrationsavdelningen inom sjukhuset, vilket härleds till en polarisering av läkaryrket.

Fulop (2012) tar diskussionen från en professionellnivå ner på en individnivå och menar att det inte längre handlar om en konflikt mellan professionerna läkare och ekonomer, utan den hybrida rollen som reformerna har skapat; verksamhetscheferna. Fulop (2012) argumenterar för att det är denna roll som är avgörande för hur väl reformerna lyckas uppnå sina mål, eftersom den utgörs av en dubbel roll, där de medlar mellan både ledningen och läkarna. Fulop (2012) belyser att det är viktigt att studera vilka motgångar dessa individer upplever och menar att det kan förklara vad som hindrar reformerna från att uppfylla sina syften, men att det saknas forskning på ämnet.

1.3 Problematik

I och med att Simons' (1994) ramverk för ekonomistyrning har kritiserats för bland annat oklara definitioner och förklaringar, har en reviderad version skapats av Tessier och Otley (2012), som inkluderar flera dimensioner av ekonomistyrning. De nya dimensionerna är hur ekonomistyrning *presenteras* för de anställda och hur den *uppfattas* av de anställda. Genom att applicera det reviderade ramverket på ekonomistyrning i sjukvårdsorganisationer kan man öka förståelsen för polarisering kontra hybridisering och söka förklaringar till det genom flera dimensioner, än endast hur det *används*. De nya dimensionerna är i linje med Kurunmäki och Millers (2011) argument att forskningen inom sjukvårdsorganisationer behöver fokusera sig mer på länken mellan inter-professionella relationer, som består av informationsutbyte mellan formellt separerade professioner, såsom läkare och ekonomer.

1.4 Forskningsfrågor

Med bakgrund i ovanstående problematik skapas följande frågor:

Forskningsfråga 1 - *I vilken utsträckning används ekonomistyrning diagnostiskt och/eller interaktivt i sjukhus?*

Forskningsfråga 2 - *Hur presenterar ledningen ekonomistyrning för läkare och sjuksköterskor?*

Forskningsfråga 3 - *Hur uppfattas ekonomistyrning av läkare och sjuksköterskor?*

1.5 Syfte

Författaren syftar till att öka förståelsen om förhållandet mellan ekonomistyrning och styrning av sjukhus, genom att undersöka de processer, instrument och relationer som länkar samman ekonomer och det medicinska yrket med hjälp av Tessier och Otleys (2012) reviderade version av Simons' (1994) ramverk.

1.6 Forskningsbidrag

Författaren hoppas på att kunna bidra till forskningen om ekonomistyrningens effekter i sjukvården genom att utreda huruvida det existerar skillnader i ekonomistyrning mellan sjukvårdsorganisationer, som kan härledas till diskussionen om läkaryrkets polarisering kontra hybridisering.

1.7 Avgränsningar

Författaren avgränsar sig till att undersöka två sjukhus: S:t Görans sjukhus och Danderyds sjukhus. De specifika sjukhusen valdes för att de båda är offentligt finansierade, men Danderyds sjukhus är offentligt ägd och S:t Görans sjukhus är privatägd. Författaren hoppas på så sätt att finna tydliga skillnader i ekonomistyrningen mellan sjukhusen.

1.8 Disposition

Uppsatsen är organiserad på följande sätt: i efterföljande kapitel går författaren igenom den valda metoden för datainsamlingen. Sedan går författaren igenom tidigare litteratur inom området ekonomistyrning i sjukvården, sedan presenteras det teoretiska ramverket som används i analysen av empirin; den reviderade versionen av Simons' (1994) LOC, skapad av Tessier och Otley (2012). Sedan presenteras och analyseras empirin, som avslutas med en diskussion.

2 Metod

Uppsatsen söker kunskap om hur fenomenet ekonomistyrning *används, presenteras och uppfattas* i sjukhus. Syftet med studien är att fördjupa kunskapen om detta fenomen genom att intervjua sjukhuspersonal som ingår i ledningen och arbetar med ekonomi och medicinsk personal som arbetar med patienter. Förhållningssättet till det valda fenomenet i uppsatsen har konsekvenser i forskningsprocessen och analysarbetet (Fejes & Thornberg, 2009). Därmed redogör författaren nedan vilka vetenskapsteoretiska antaganden som uppsatsen vilar på, för att sedan motivera valet av metodik.

2.1 Vetenskapsteoretiskt förhållningssätt

2.1.1 Kvalitativt angreppssätt

Studien ämnar försöka *förstå* hur kontroller, såsom budget, kostnad per patient och diagnosrelaterade grupper, används i ekonomistyrningen i de två svenska sjukhusen. Studien försöker även att *förstå* hur kontrollerna presenteras för läkare och sjuksköterskor av ledningen. Slutligen försöker uppsatsen även att *förstå* hur läkare och sjuksköterskor uppfattar dessa kontroller. Studiens syfte går i linje med Dalens (2007, s. 11) uttryck om kvalitativa forskningens överordnade mål: ”att nå insikt om fenomen som rör personer och situationer i dessa personers sociala verklighet.”, där deras sociala verklighet i uppsatsen definieras som sjukhusverksamheten. Författaren fokuserar därmed på ”upplevelsedimensionen och inte bara på en beskrivning av de förhållandena under vilka personen lever” (Dalen, 2007, s. 11). I studien är det centrala därmed att få *insikt* i hur ekonomistyrning upplevs av olika personer verksamma inom sjukhusen, såsom läkare, sjuksköterskor och chefer.

Författaren använder sig av ett *tolkande* arbetssätt i bearbetningen av intervjuerna. Eftersom att målet är att undersöka *beskaffenheten* hos fenomenet ekonomistyrning inom sjukvården, vänder sig författaren till en kvalitativ forskningsansats (Starrin & Svensson, 2009, s. 21). Gemensamt för kvalitativ forskning är att det har ett tolkande förhållningssätt till fenomen (Dalen, 2007, s. 14). Författaren ämnar därmed beskriva verkligheten (Fejes & Thornberg, 2009, s. 18-19) för sjukhuspersonalen genom de språkliga utsagorna i intervjuerna och mer eller mindre skapa ”spekulativa tolkningar” (s. 33).

2.1.2 Abduktion

I forskningsvärlden skiljer man på två grundläggande ansatser: induktion och deduktion (Alvesson & Sköldberg, 2008; Bryman & Bell, 2011; Dalen, 2007; Fejes & Thornberg, 2009). Induktion innebär att forskaren utifrån enskilda fall försöker att fastslå en allmän sanning, medan deduktion innebär att forskaren utgår ifrån en viss teori eller allmän sanning, som denne sedan härleder till ett påstående och undersöker om detta stämmer i flera eller enskilda fall (Fejes & Thornberg, 2009, s. 23-24). En kombination av dessa är abduktion: ”Abduktionen utgår från empiriska fakta liksom induktionen, men avvisar inte teoretiska förföreställningar och ligger i så måtto närmare deduktionen.” (Alvesson & Sköldberg, 2008, s. 56). Det innebär dock att författaren inte använder sig fullt ut av en deduktiv ansats eftersom teorin inte mekaniskt appliceras på enskilda fall, utan används ”som inspirationskälla för upptäckt av mönster som ger förståelse (s. 56). Tillvägagångssättet i uppsatsen kan beskrivas som en ”ständig växelverkan mellan induktion och deduktion, där allmänna principer och enskilda fall prövas mot varandra” (Fejes & Thornberg, 2009, s. 25). Innan insamlingen av empirin hade författaren så kallade förföreställningar och förförståelser om mönster och teman som fanns i tidigare litteratur om ekonomistyrning i sjukvården, så som skilda uppfattningar bland chefer och läkare och beteendemönster hos dessa personer. Dock har författaren inte mekaniskt tillämpat dessa mönster och teman på enskilda fallen i intervjuerna, utan mer använt dessa som tänkbara idéer för analysen av de enskilda fallen. Litteraturstudien, inklusive referensramen, är den kontext i vilken författaren *tolkar* de enskilda intervjuerna. Vidare har författaren valt att kombinera presentationen av empirin med analysen, för att kunna hålla sina tolkningar närmare den valda litteraturen.

2.2 Metodik

Valet av metodansats styr datainsamlingsmetoden (Fejes & Thornberg, 2009, s. 31). Den kvalitativa metodansatsen leder till nedan beskrivna datainsamlingsmetod.

2.2.1 Intervjuer

Det kvalitativa angreppssättet i uppsatsen ger insikt om hur sjukhuspersonalen *upplever* sin verklighet i sjukhuset. Författaren använder sig av intervjuer för att få fram ovan nämnda insikter om personerna, med stöd av att ”den kvalitativa intervjun är speciellt väl lämpad för att ge insikt om informantens egna erfarenhet, tankar och känslor” (Dalen, 2007, s. 9). Med utgångspunkt i att det viktiga i uppsatsen är att försöka förstå hur personerna upplever sin verklighet är en ostrukturerad intervjumetod att föredra, enligt Bryman och Bell (2011, s. 472). De intervjuade personerna har som syfte att representera uppfattningar om ekonomistyrning hos personer med gemensamma attribut, såsom sjuksköterskor och läkare.

Semistrukturerade intervjuer har valts som datainsamlingsmetod för att det liknar ett typiskt intervjuschema, men tillåter variationer i vilken följd frågorna ställs och även spelrum för intervjuaren att ställa följdfrågor till väsentliga svar (Bryman & Bell, 2011). På så sätt har författaren haft möjlighet till att få mer information från de intervjuade, än vad en strukturerad intervju med bestämda frågor i bestämd ordning hade fått fram.

En intervjuguide har skapats och använts vid datainsamlingen för att hjälpa författaren i att skapa intervjufrågor som berör studiens problemställningar (se bilaga 1). ”En intervjuguide innehåller centrala teman och frågor som tillsammans ska täcka de viktigaste områdena för studien” (Dalen, 2007, s. 31). Teman som täcker de viktigaste områden för intervjun har skapats, med kategorisering för varje ämne. I och med att en sådan informell intervjumetod har använts har frågornas formulering och ordning varierat mellan intervjuerna.

2.2.2 Urval och tillvägagångssätt

Författaren har i stor utsträckning försökt att hålla urvalet av intervjupersoner till en typ av sjukhusklinik; kirurgkliniken. Valet är föreslaget av en controller på ena sjukhuset med motivationen att kirurgklinikernas verksamhetsstyrning är aktuell på grund av det omdiskuterade ämnet poliklinisering, som innebär att både beställare och utförare vill att dagkirurgi ska öka. Dagkirurgi innebär att opererade patienter lämnar sjukhuset samma dag som operationen sker, i motsats till slutenvård där patienten övernattar, och kräver därmed inte sängplats under en längre tid än en dag och därmed sparar sjukhuskliniken resurser.

Det som utgör en fallstudie är att urvalet fokuserar på en omfattande undersökning av en specifik enhet (Bryman & Bell, 2011, s. 60). Att välja flera fall i en och samma studie möjliggör jämförelser och kontrasteringar, att hitta likheter och skillnader mellan fallen, som kan fördjupa vår förståelse om dem genom återkommande teoretiska reflektioner (s. 63). I enlighet med det har två sjukhus i Stockholm valts som fallen för studien. Dessa sjukhus tillhör Stockholms läns landsting (SLL), som är beställaren av vård och sjukhusen är utföraren av vård.

En annan aspekt som forskaren har haft i åtanke i studien är vad Bryman och Bell (2011, s. 67) kallar level of analysis, där forskaren beslutar om vilken enhetsnivå undersökningen ska fokusera på. I uppsatsen har författaren valt att intervjua individer på två arbetsplatser, på två sjukhus. Detta innebär

att uppsatsen analyserar data på individnivå. Detta är i linje med forskningsfrågorna som undersöker användningen, presentationen och uppfattningar om ekonomistyrningskontroller hos olika individer som interagerar med varandra på arbetsplatsen; chefer, läkare och sjuksköterskor.

I Danderyds sjukhus har följande personer intervjuats: två ekonomer som är controllers, ena kopplad till medicinkliniken (benämns controller A) och den andra till kirurgkliniken (benämns controller B). Vidare har kirurgklinikens verksamhetschef, chefsjuksköterska och en läkare intervjuats. I S:t Görans sjukhus har följande personer intervjuats; ekonomichefen, en övergripande controller (ej kopplad till specifik klinik), en verksamhetschef och en läkare, båda kopplade till ortopedkliniken.

Tillvägagångssättet var personliga intervjuer, där endast författaren och de intervjuade deltog. Totalt intervjuades nio personer, där varje intervju varade mellan 30 minuter och 1,5 timme. Intervjuerna spelades in och transkriberades, vilket är viktigt enligt Bryman och Bell (2011, s. 476) för att kunna göra detaljerade analyser och försäkras om att personernas svar framkommer med deras egna ordval.

2.3 Metodkritik

Som Dalen (2007, s. 111) påpekar är det viktigt att betona följande: ”kvalitativ forskning bygger på den grundförutsättningen att människor skapar eller konstruerar sin sociala verklighet och ger mening åt sina erfarenheter. Detta innebär att det inte finns en ”sann” verklighet eller universella lagar.”. Vad gäller giltighet och trovärdighet i kvalitativa studier är validitet därför mer relevant att diskutera än reliabilitet, enligt Dalen (2007, s. 112-113). Detta beror på att reliabilitet ”förutsätter att metoderna för insamling och analys av data på ett acceptabelt sätt ska kunna kontrolleras av andra forskare.” (s. 114), vilket blir svårt i en kvalitativ studie. Vad gäller generaliserbarhet är uppsatsens syfte inte att generalisera resultaten och möjliggöra en överföring till andra fall, det är ett begrepp som är mer relaterat till kvantitativ forskning, där man fokuserar på större representativitet (Dalen, 2007, s. 117). Uppsatsen syftar i stället till att nå en djupare förståelse om situationerna i de valda sjukhusen och som Bryman och Bell (2011, s. 61) påpekar har författaren försökt att fokusera på det unika med de valda fallen och utveckla en djupare förståelse om dem. Uppsatsen är dock begränsad i analysen av empirin, dels för att endast ett fåtal personer har intervjuats och dels för att ett ännu ej vetenskapligt prövat ramverk av Tessier och Otley (2012) använts för att analysera empirin. Det återstår att se vilka inkonsekvenser som påträffas i ramverket i framtida forskning.

2.3.1 Forskningsetik

I och med att denna studie baseras på intervjuer har författaren följt forskningsetiska principer enligt Vetenskapsrådet (2002), för att ta hänsyn till de intervjuade individerna. Det innebär att författaren har tagit hänsyn till informationskravet, genom att tydligt förklara för de intervjuade personerna att deras deltagande är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. De intervjuade blev innan intervjun informerade i detalj om uppsatsens syfte och annat som författaren ansåg kunde påverka deras vilja att medverka, såsom hur undersökningen genomfördes. De intervjuade godkände sin medverkan i studien, vilket uppfyller samtyckeskravet. Den lagrade informationen från intervjuerna, såsom anteckningar, inspelningar och transkriberingar lagras av författaren på ett sådant sätt som gör de oåtkomliga för utomstående, med hänsyn till konfidentialitetskravet. Den insamlade och lagrade informationen används endast i forskningsändamål för denna uppsats, med hänsyn till nyttjandekravet.

3 Teori

3.1 Introduktion

Litteraturgenomgången nedan undersöker hur ekonomistyrning har påverkat olika professioner i sjukhusen. Genomgången är indelad efter olika resultat av NPM reformernas påverkan i flera länder; polarisering och hybridisering. Till sist presenteras den reviderade versionen av Simons' (1994) original ramverk LOC, skapad av Tessier och Otley (2012) som ligger till grund för analysen av empirin.

3.2 Litteraturgenomgång

NPM gav redovisningen en central roll i reformer som har lett till förändringar i offentliga organisationer. Studier om ekonomistyrning i vården genomsyras av begreppet "accountingization" som myntades av Power och Laughlin (1992, refererad i Östergren, 2009) och som innebär att redovisningsinformation har fått en ny och betydande roll i att forma aktiviteter i den offentliga sektorn. En del studier (Jones & Dewing; 1997; Kurunmäki, 1999; Kurunmäki et al., 2003; Kurunmäki & Miller, 2008; Lapsley 2007; Llewellyn, 2001; Miller et al., 1998; Preston, 1992; von Knorring et al., 2010) kommer fram till att det finns ett motstånd mot accountingization och att det medicinska yrket distanserar sig från förändringarna i organisationsstrukturen som kom med reformerna, som kallas för "polarisering" av det medicinska yrket. Förklaringen till det är att det finns en grundläggande konflikt mellan redovisningsekonomisk kultur och medicinsk kultur, som bottnar i att yrkesgrupperna har olika uppfattningar om dessa reformer. I motsats till det finns andra studier (Fulop, 2012; Kurunmäki et al., 2003; Kurunmäki, 2004; Miller et al., 2008) som visar att det finns ett ökat användande av redovisningsmetoder och en acceptans gentemot ekonomiskt ansvar hos det medicinska yrket, som kallas för "hybridisering" av det medicinska yrket. Det är därmed inte en fråga om hybrida roller, såsom verksamhetschefer med medicinsk bakgrund och ekonomiskt ansvar, har skapats i sjukvårdsreformerna, utan konflikten i sig berör huruvida ekonomiskt ansvar åstadkommit en acceptans bland det medicinska yrket. Fulop (2012) tar diskussionen vidare från en professionellnivå, ner på en individnivå och menar att fokus i forskning bör ligga på hur dessa individer (verksamhetscheferna) hanterar sin hybrida roll som ledare och läkare. Konflikten diskuteras närmare nedan, med en inledande presentation av redovisningsverktyget DRG som introducerades i sjukvården i och med accountingization.

3.2.1 Redovisningsverktyg

Ett av de redovisningsverktyg som används inom sjukvårdsorganisationer världen över är diagnosrelaterade grupper-systemet som var uppbyggt av ingenjörer tillsammans med professor Robert B. Fetter under senare delen av 1960-talet vid Yale universitetet på begäran av läkare (Samuel et al., 2005). Syftet med DRG var att standardisera variationer i behandlingar och diagnoser av patienter, för att kunna göra kvalitetskontroller och styra sjukhusen på ett produktivt sätt. I deras studie argumenterar Samuel et al. (2005) för att medicinsk praktik successivt reducerats till en industriell produkt och en ekonomisk handelsvara för att göra den hanterbar för redovisningsekonomer. För att lösa problemet med variationer i medicinskt omdöme bröt ingenjörerna sjukhusverksamheten ned i industriella faktorer. Sjukhuset sågs som en fabrik, där läkarnas medicinska omdöme var produktionsprocessen som drev kostnader till en produkt. Produkten blev i sin tur DRG. Sjukhuset blev därmed en DRG-producerande fabrik. (Samuel et al., 2005).

År 1983 legaliserade den Nordamerikanska staten att ersättning till utförare ska ske i utbyte mot DRG-poäng, i syfte att hindra trenden av ökade sjukvårdskostnader; ”Genom att sätta ett pris på DRG, skapade av ingenjörer, skapade lagen en handelsvara av en industriell produkt” (Samuel et al., 2005, s. 269). Syftet med att skapa en sådan produkt och att göra den till grunden för ersättning var att styra sjukhusen effektivt och minska de stigande sjukvårdskostnaderna i USA. Enligt Samuel et al. (2005) har det syftet delvis misslyckats då sjukvårdskostnaderna fortsätter att stiga i USA.

I och med att produkten DRG blir central i sjukvården används den av läkare som ett kontrollverktyg, för att dokumentera och registrera vårdtillfällena i syfte att effektivt producera vård. Samuel et al. (2005) ser det som bryggan mellan det omdiskuterade problemet att redovisningsinformation och medicinsk praktik inte går att förena; med hjälp av DRG kan man nu se medicinska händelser ur ett redovisningsperspektiv.

3.2.2 Polarisering

3.2.2.1 Motstridiga uppfattningar

Att använda redovisning och kontrollverktyg, som DRG, i sjukvården har fått motstånd från det medicinska yrket i flera länder, där studier om accountingization i sjukvården kommit fram till liknande resultat. Kurunmäki (1999) finner i sin studie om skapandet av en redovisningsenhet av finska sjukhus att det finns motstridiga uppfattningar i sjukvårdsorganisationer mellan beslutsfattare och medicinskt yrkesverksamma. NPM reformernas syften var att omvandla sjukhus till ekonomiansvariga affärsenheter, genom att de ansvarar för att täcka sina egna kostnader genom att

generera intäkter i en operativ miljö. Dock framkommer det i studien att denna uppfattning inte delas av läkaryrket, som anser att deras ansvar är mer djupgående. I Kurunmäkis (1999) studie anser läkarna att de har ett ansvar gentemot hela samhället, i stället för gentemot sjukhuset de är verksamma inom. Kurunmäki (1999) argumenterar för att yrkesverksamma inom medicin behöver ändra sin grundläggande uppfattning om ekonomiansvaret för att ekonomiska reformer inte ska mötas med motstånd.

I Storbritannien fann Jones & Dewing (1997) liknande resultat och argumenterar för att den professionella utbildningen som det medicinska yrket genomgått genomsyrar en stark kontroll över deras beteende, såsom en stark betoning på patienternas välmående. Även Llewellyn (2001) visar att läkarna i Storbritannien har en stark uppfattning om att deras *raison d'être* är att ha patienter i fokus, vilket de anser att deras chefer glömmer. Llewellyn (2001) menar att verksamhetschefer med medicinsk bakgrund anser att ledningens mål och motivationer skiljer sig från deras, genom att deras intressen inte fokuserar på patienterna, utan mer på det finansiella. I Norge kom Pettersen (2001) fram till att reformerna i sjukhusen fick motsatt effekt, där budgetmodeller skulle minska kostnader och verka som en kostnadskontroll, men resultaten visade i stället ökade kostnader, vilket även han härleder till de skilda uppfattningarna som finns bland aktörerna i sjukhuskliniker.

I en senare studie om Storbritanniens sjukvårdssystem kommer Lapsley (2007) fram till att det inte heller har skett en accountingization. Budgetering i sjukhuskliniker har inte påverkat handlingar, tankar eller beteende hos medicinskt yrkesverksamma. Enligt studien beror detta på flera saker: optimismen hos initiativtagarna, oförmågan att överföra budgeteringsmetoder från industrimiljön till sjukhusmiljön och misslyckandet att fånga upp och analysera information som det medicinska yrket skulle förstå och värdera.

I likhet med Lapsley (2007) visar von Knorring et al. (2010) i den svenska sjukvården att läkarna har väldigt bristande kunskap om systemet som de jobbar inom. De har mycket kunskaper inom deras yrkesområde, men vad gäller sjukvårdsorganisationen så har de lite kunskaper om den. I intervjuerna från studien (von Knorring et al., 2010) förklaras det att det beror på att läkarna är utbildade att fokusera på individuella patienters behov och inte på sjukhusorganisationens behov, som överensstämmer med idén om att polarisering härleds till skilda uppfattningar bland aktörer i sjukhusens reformprocesser, där läkarnas idé om ansvar särskiljer sig från ekonomiansvaret som är ett av syftena med reformerna.

Kirkpatrick et al. (2009, s. 11) visade i en jämförande studie mellan Danmark och Storbritannien att läkarna i Storbritannien har starka ideal om självständighet och avskildhet från administration historiskt sett, som fortfarande dominerar. Studien (Kirkpatrick et al., 2009, s. 10) styrker att det finns ytterst lite engagemang i ekonomistyrning från läkarnas sida och tveksamhet till reformer. Trots väldigt liknande sjukvårdssystem i båda länder har läkarna väldigt skilda uppfattningar om ekonomistyrning.

3.2.2.2 Reformernas effekter på beteende

Samuel et al. (2005) anser att det är tydligt att redovisningsekonomer skriver om medicinska åtgärder till ekonomiska händelser. Dock belyser de att det är oklart om det medicinska yrket har berövats kontrollen över diagnoser och behandlingar till ekonomerna. Läkare kan inte bli tillsagda av ekonomer om vad de ska göra vad gäller det fysiska, i och med att de inte innehar den kunskapen. De menar dock att läkarnas professionella omdöme kan modifieras genom kunskapen om dess ekonomiska konsekvenser.

I motsats till Samuel et al.'s (2005) studie visar von Knorring et al. (2010) att läkarnas autonoma beteende är väldigt svårt att påverka av verksamhetschefer, vare sig om de är ekonomer eller läkare i grunden. I studien (von Knorring et al., 2010) undersöks sjukhusdirektörers syn på läkare, där de anser att den starka kulturen som läkare har gör att deras beteende är svårt att styra och påverka, vilket indikerar att det är besvärande att styra läkare. För att lyckas med att implementera strategier får cheferna tjata sig till förändring i beteende. Det framkommer att läkare gärna ser att deras chef är läkare i grunden, för att de ska kunna styras av dem. Direktörerna känner att de har väldigt liten möjlighet att styra läkarnas beteende, medan läkarna känner att de är överstyrda. Studien (von Knorring et al., 2010) visar att chefer inom sjukvården är svaga i sin roll i förhållande till läkaryrket, trots ökad formell auktoritet som tilldelats dessa chefer inom de senaste decennierna i den svenska sjukvården. Von Knorring et al. (2010) menar att läkarna anses vara självstyrda och följer deras egen agenda. Vid tillfällen där andra personer eller saker som är icke-medicinskt relaterade kommer emellan deras professionella arbete känner de att det är förstörande för dem och att de inte tillåts göra sitt jobb. Jones och Dewing (1997) argumenterar för att läkarnas starka betoning på patienternas välmående gör att de är svårt att styra mot att ha finansiella mål. Motviljan att engagera sig med ekonomistyrning kom enligt studien (Jones & Dewing, 1997, s. 17) från att begränsade resurser avleddes från patientvård till förmån för redovisningspraxis. Llewellyn (2001) ser på det som ett dilemma; ledningen har inte kunskap om medicin och läkare har inte kunskap om ekonomi.

Enligt Llewellyn (2001) har verksamhetschefer en unik position i det att de är både läkare och ledare och att de kan bära på idéer från båda domäner och på så sätt kunna överföra idéer från ekonomistyrning till medicinska yrket. Llewellyn (2001) menar att idén bakom att ha verksamhetschefer med medicinsk bakgrund är att det då är en större chans att få en positiv respons från läkare när agendan bestäms av medicinska (kontra icke-medicinska) ledare. Verksamhetscheferna har därför med sin två-sidiga idégrund en större makt att påverka och kan i framtiden med fördel använda denna utgångspunkt för att öka kostnadsmedvetenhet hos läkare. Trots detta visar dock von Knorring (2010), att det även för verksamhetschefer med medicinsk bakgrund är svårt att styra läkarnas beteende.

3.2.3 Hybridisering

I motsats till det ovan nämnda diskuterar Kurunmäki (2004) hur professionella inom läkaryrket använder sig av ekonomiska redskap i ekonomistyrningen av sjukhuskliniker i Finland. Studien visar i stället att en hybridisering av det medicinska yrket har skett inom finska sjukvården. Denna omvandling har skett genom överföringen av teknik från det ekonomiska yrket till det medicinska, dock menar Kurunmäki (2004) att överföring har varit möjlig genom rörligheten av ekonomiska metoder och tekniker, som dessförinnan ansågs tillhöra redovisningsyrket. Dessa metoder och tekniker beskrivs som budgetförberedelser, kostnadskalkyleringar och prissättningar.

Kurunmäki et al. (2003) visade i en jämförande studie mellan sjukvården i Storbritannien och Finland att hybridiseringen var möjlig i Finland på grund av viljan hos medicinskt yrkesverksamma att agera som redovisningsekonomer och acceptera ett ekonomiskt ansvar och att det var möjligt tack vare att redovisningsekonomi inte hade en stark professionell position i landet. Kurunmäki (2004) argumenterar även att det var möjligt tack vare att det inte fanns inter-professional konkurrens mellan läkare och ekonomer, som gjorde att de kunde utveckla ett ekonomiskt ansvar. I Storbritannien har dock redovisningsekonomer en stark professionell position, som enligt studien (Kurunmäki et al., 2003) gjorde att en överföring av redovisningstekniker till läkaryrket inte var möjlig och att de medicinskt yrkesverksamma gav motstånd till att införa ekonomistyrning i deras arbete. Likväl visade Dent (2003) att läkare i ett sjukhus som var nära nedläggning i Storbritannien antog och accepterade ett ekonomiskt ansvar för att rädda sjukhuset. Dock belyser studien (Dent, 2003) att det var en sorts kompromiss för att inte förlora sitt jobb och att det fortfarande rådde en stark kraft att bibehålla deras professionella värderingar och praxis, vilket tyder på att det ska mycket till för att läkarna ska anta sådant ansvar.

Jacobs (2005) undersökte huruvida det är redovisning som yrke som avgör om läkarna hybridiseras eller ej, vilket var fallet i Finland (Kurunmäki et al., 2003; Kurunmäki, 2004) för att se om teorin håller i Tyskland, Italien och Storbritannien. Studien (Jacobs, 2005) visar att någon hybridisering inte har skett i något av dessa länder, trots att redovisningsyrket i Tyskland och Italien, liksom i Finland, inte har en stark ståndpunkt.

Kirkpatrick et al. (2009, s. 11) visar att läkarna i Danmark har ett ökande engagemang i ekonomistyrning än vad brittiska läkare har. Seniora läkare anses vara starkt engagerade i strategisk och operationell ekonomistyrning. Det kan härledas till synen på ekonomistyrning och att det redan i utbildningen marknadsförs potentiella ledarskapsroller (s. 9).

Aidemark (2001) undersökte i sin studie Kronobergs länsjukhus när det hade haft budgetunderskott de senaste fyra åren och fann att läkaryrket framgångsrikt handlade i syfte att sänka kostnader och förklarar att det delvis berodde på att de var rädda att förlora jobbet om inte budgetunderskottet i sjukhuset minskade. Likt Dent (2003) är det i en sorts desperation som läkaryrket tar sig an chefsroller och accepterar ekonomiskt ansvar. Blomgren (2003) har undersökt sjukvårdsreformernas effekter på ett annat yrke: sjuksköterskor, och menar att uppfattningen av reformen är beroende av vilket yrke man undersöker. Reformerna i Sverige skapade chefsjuksköterskor med finansiellt ansvar, där studien visar genom intervjuer med chefsjuksköterskor att de är positiva till att den nya rollen innebär ett finansiellt ansvar. Blomgren (2003, s. 23) härleder inställningen till chefsjuksköterskornas förväntningar om att ett sådant ansvar skulle stärka deras position i förhållande till läkare.

3.2.4 Kritik mot reformpolitiken

Pettersen och Nyland (2012) undersökte hur olika verksamhetschefer med medicinsk bakgrund och finansiellt ansvar hanterar ekonomistyrning och kommer fram till att det finns skilda sätt att hantera det på. Trots att verksamhetscheferna handlar inom samma ram av en nationell sjukvårdsreform handlar de på olika sätt. Enligt studien beror det på friheten som ges till verksamhetscheferna och det samtidigt existerar en inkonsekvens mellan beslut och handlingar, där besluten som fattas av politiker inte är sammanhängande med de aktivitetsnivåer och budgetramar som verksamheterna ska styras utifrån. Likt Lapsley (2007) argumenterar Pettersen och Nyland (2012, s. 15-16) att det är ett politiskt problem som motiverar olika styrningssätt och därmed resulterar i oavsiktliga konsekvenser av reformerna.

3.2.5 Hybridisering och polarisering

Östergren (2009) kommer fram till att både hybridisering och polarisering har skett, beroende på vilken av de studerade regionerna i Norge man tittar på, analyserat utifrån Simons (1994) levers of control; diagnostisk kontra interaktiv kontroll (presenteras närmare i kommande kapitel). Ena regionen (väst) fokuserar mer på ett *diagnostiskt* användande av ekonomistyrning; fokus på kostnadseffektivitet och budgetering, vilket resulterar i att det kräver mer tekniskt arbete och redovisningskunskaper som gör att läkaryrket hybridiseras. Däremot fokuserar den andra regionen (öst) mer på att skapa dialoger mellan andra kliniker och ekonomiavdelningen, vilket resulterar i ett *interaktivt* användande av ekonomistyrning. Det framkommer även i den östra regionen att det finns brist på kunskap om redovisning hos verksamhetscheferna och att de anser att ett redovisningsverktyg som en budget inte är tillräckligt legitim för att sätta restriktioner på deras vårdansvar. Med detta menas att läkarna anser att finansiella restriktioner kan påverka patienter negativt och därmed finns det en motsägelse mellan finansiella restriktioner och professionella normer i den östra regionen, vilket resulterar i en polarisering av yrket. Att ekonomiansvaret läggs på ekonomiavdelningen i stället för på kliniken tyder också på att arbetsplatsen är polariserad. Med andra ord visar Östergren (2009) att det är användandet av ekonomistyrning som avgör huruvida läkaryrket och arbetsplatsen hybridiseras eller ej. Till skillnad mot den tidigare studien i Norge (Pettersen, 2001) visas här att en hybridisering är möjlig, men att möjligheten inte varit beroende av redovisningsyrkets professionella ståndpunkt i landet, som det påstods vara fallet i Storbritannien och Finland (Kurunmäki et al., 2003; Kurunmäki; 2004).

3.2.6 Den hybrida rollen

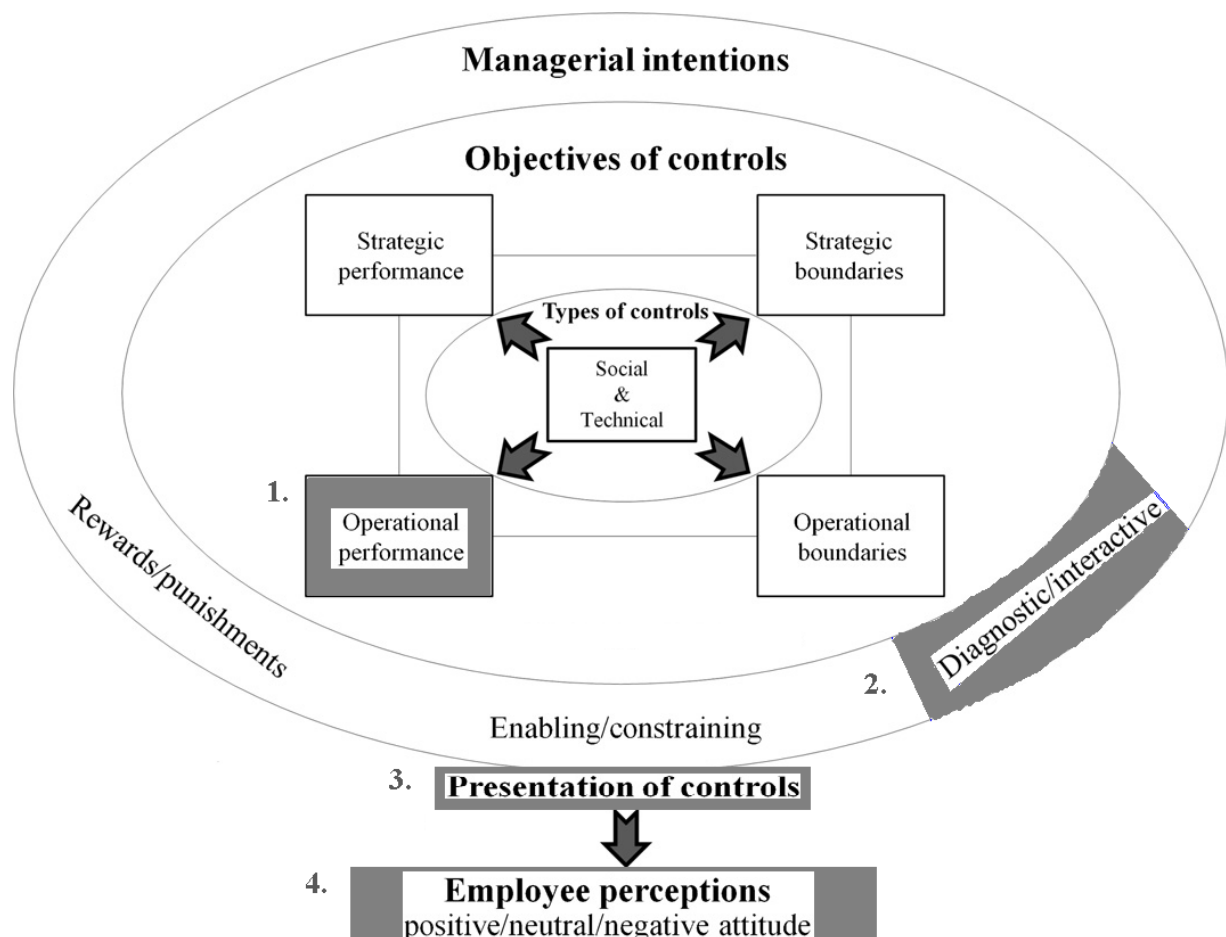
I sin studie om den offentliga sjukvården i Australien stödjer Fulop (2012) idén om att hybridisering har skett. Dock skriver Fulop (2012) om en annan dimension av hybridisering. De ovannämnda studierna diskuterar hybridisering i ett sammanhang som handlar om medicinska yrkets vilja att ta sig an ett ekonomiansvar och huruvida det leder till en hybridiserad eller polariserad arbetsplats och profession. Från arbetsplats- och professionsnivå tar Fulop (2012) diskussionen i stället ett steg längre ner på individnivå och diskuterar hybridisering i ett sammanhang som handlar om hanteringen av dubbla identiteter; den professionella (medicinska) identiteten och ledarskapsidentiteten. Hybriditet för Fulop (2012) handlar i stället om hanteringen av en dubbel roll; medicin och ledarskap, kontra den tidigare diskussionen om medicin och redovisning. Därmed är det inte längre tal om en hybriditet som åsyftar på medicinska yrket och redovisningsteknik.

Fulop (2012) belyser att verksamhetschefer innehar den viktigaste rollen för att få reformerna inom sjukvården att uppfylla sina syften. Joffe och MacKenzie-Davey (2012) studerar även den hybrida rollen och menar att verksamhetschefer fungerar som en länk mellan två världar; den av

medicin och ledarskap, där de är direktansvariga läkare för klinikbudgeten och har nära relationer med administrativ personal . Fulop (2012, s. 3) kritiserar dock att forskningen hittills misslyckats att på ett lämpligt sätt undersöka vilka utmaningar rollen utsätts för i dessa reformer. I och med att verksamhetschefernas engagemang i ledarskap är nyckeln till att reformstrategier ska fungera är det viktigt att undersöka och förstå vad rollen innebär, men Fulop (2012) menar att det är svårt att undersöka ledarskap i komplexa professionella sammanhang. Dock har Fulop (2012) gjort ett försök och genom enkäter och intervjuer med läkare som innehar chefsroller kommer studien fram till att de leder sina sjukhuskliniker på ett sätt som visar att de har ekonomiskt ansvar och engagerar sig i arbetsuppgifter i linje med det ansvaret. Med genomgången av redovisningsrelaterade arbetsuppgifter, såsom budgetansvar och ”accountability” (i linje med finansiell rapportering), belyser Fulop (2012) i stället hur dessa ledarskapsaktiviteter kan verka problematiska för det hybrida yrket. Med andra ord kritiserar även Fulop (2012) de som utvecklar agendor inom sjukvårdsreformen och menar att de bör fokusera på andra metoder i skapandet av det hybrida yrket, som bättre kan hantera dessa agendor. Vidare belyser Fulop (2012) att det finns ett betydande gap i forskningen som fokuserar på detta.

3.3 Teoretiskt perspektiv

Författaren går nu igenom de fyra teoretiska perspektiven som används för analysen av den insamlade empirin. Perspektiven baseras på en reviderad version av Simons' (1994) original ramverk LOC, skapad av Tessier och Otley (2012) för att möta kritiken som original ramverket fick, såsom ottydliga definitioner och förklaringar (s. 7) (se figur 1). Management control systems (MCS) definieras som: "systems, rules, practices, values and other activities management put in place in order to direct employee behaviour" (Malmi & Brown, 2008, s. 4). MCS innehåller bland annat cybernetiska system, som definieras som: "information and decision-support system... linking of behaviour to targets and the establishing of accountability for variations in performance" (Malmi & Brown, 2008, s. 6). Malmi och Brown (2008) anser att budget är ett cybernetiskt system och i uppsatsen definierar författaren även DRG och KPP som cybernetiska system, som är unika för sjukvårdsorganisationer. Dessa system undersöks utifrån tre dimensioner (nummer 2-4 i figur 1), som förklaras närmare nedan.



Figur 1. Den reviderade versionen av Simons' (1994) ramverk, med författarens numrering och gråmarkering av dimensionerna som undersöks i uppsatsen. (Tessier & Otley, 2012)

3.3.1 Operativ prestation

Endast en typ av kontroll undersöks i denna studie, vilket är cybernetiska system; såsom budget, KPP, DRG och nyckeltal, som är en del av operational performance (se nummer 1 i figur 1). Dessa system fokuserar på ”critical performance variables”, som innebär att de är kontrollsystem som övervakar vad organisationen måste göra för att uppnå sin strategi och innehåller feedback system (Simons, 1994).

3.3.2 Diagnostisk/interaktiv

Detta perspektiv är inte ett kontrollsystem, utan beskriver ledningens sätt att använda kontrollsystem. En kontroll, såsom budget, kan användas interaktivt, genom att det diskuteras på möten och främjar lärande och diagnostiskt, genom att man endast tittar på kontrollsystemet vid variationer (Tessier & Otley, 2012, s. 7 och 11). Perspektivet beskriver vilka avsikter ledningen har med användandet av kontrollsystem. Ett diagnostiskt sätt att använda kontroller på visar att ledningens fokus är på output; där avvikelser finns måste åtgärder skapas. Ett interaktivt sätt att använda kontroller på visar att ledningens fokus är på att kontrollera organisatoriska processer.

3.3.3 Presentation av kontroller

Presentationen av kontrollsystem är som en brygga mellan ledningens avsikter med kontrollen och de anställdas uppfattningar, genom att det kan påverka hur kontrollen uppfattas (Tessier & Otley, 2012, s. 5). Det här perspektivet kan redogöra för skillnader i ledningens avsikter med kontrollen och de anställdas uppfattningar (s. 6). Ledningen måste bestämma hur kommunikationen med de anställda ska ske. Det innebär att kommunikationskanaler bestäms; email, officiella dokument och personliga möten och meddelandets innehåll, som definieras som vilken information som ska ges angående kontrollen och vilket språk som ska användas (s. 11).

3.3.4 Anställdas uppfattningar

Anställda ger emotionell respons på kontroller, som kan vara negativa när ledningen tvingar anställda till att uppnå bestämda insatser och att hålla sig till regler (Tessier & Otley, 2012, s. 6). Det som påverkar de anställdas uppfattningar av kontrollerna är konstruktionen av kontroller och hur de presenteras, men även de anställdas individuella attribut, såsom den sociokulturella miljön i vilken de anställda utvecklas och vilken nivå deras kunskap om kontrollerna är på (s. 11). Ramverket använder positiva, negativa och neutrala beteckningar för att beskriva de anställdas attityder mot kontroller, där neutral betyder att attityden varken är positiv eller negativ.

3.3.5 Begränsningar

Den reviderade versionen av ramverket är ny och har således inte prövats empiriskt ännu (Tessier & Otley, 2012, s. 12). Ramverket är endast konceptuell och baseras på tidigare litteratur (s. 12). Tessier och Otley (2012) understryker att en kvantitativ analys kan användas för att verifiera validiteten av ramverkets konstruktion, men föreslår att den ändå kan användas för att analysera nya fall (s. 12), vilket är avsikten med denna studie.

Enligt Tessier och Otley (2012) verkar kontrollsystemen (operational performance, operational boundaries, strategic performance, strategic boundaries) inte separat från varandra och kan skapa synergier som påverkar resterande perspektiv i ramverket (s. 10). Dock undersöks endast en typ av kontrollsystem (operational performance) i den här undersökningen för att begränsa omfattningen av studien. Därmed utesluts eventuella synergier och medför begränsningar i hur empirin i studien tolkas.

3.4 Konklusion

Författaren har i teorikapitlet gått igenom tidigare forskning och vad de har kommit fram till gällande ekonomistyrningens effekter i sjukvårdsorganisationer för att tydliggöra i vilket kunskapssammanhang studien ska förstås. Det teoretiska ramverket utgör de dimensioner ur vilken empirin ska tematiseras och analyseras utifrån. I nästkommande kapitel presenteras och analyseras den insamlade empirin.

4 Empiri & Analys

Nedan presenterar och analyserar författaren empirin. Först presenterar och förklarar författaren ekonomistyrningskontrollerna som undersöks i uppsatsen; KPP och DRG. Sedan presenteras de undersökta sjukhusen. Analysen struktureras sedan efter det teoretiska ramverket av Tessier och Otley (2012), med fokus på hur cybernetiska kontroller används, hur de presenteras av ledningen för läkare och sjuksköterskor och även hur de nämnda personerna uppfattar kontrollerna.

4.1 Stockholmsmodellen

Stockholmsmodellen är namnet på NPM reformen i Sverige, som grundar sig på tre principer (Blomgren, 2003, s. 12). Den första principen innebar att varje landsting implementerade en beställare-utföraremodell. För sjukvården innebar detta att nio landsting blev beställare av vård från sjukhusen inom landstingets geografiska gränser, där kontrakten avser volym, priser och service. Priserna baseras på DRG-systemet och KPP kalkyler. Andra principen innebar valfrihetssystem, där patienten får välja vilken hälso- och sjukvårdorganisation de vill vända sig till. Tredje principen innebar utökat ekonomiskt ansvar genom att varje sjukhus blev ett externt kostnadsställe och dess kliniker blev interna kostnadsställen. Nedan förklaras den första principen närmare.

4.1.1 Kostnad Per Patient

KPP är en metod för att beräkna kostnad för varje enskild patient och vårdtillfälle. Ett vårdtillfälle kan ske både i den slutna vården och i den öppna vården. Det är en primärklassificering av den enskilda patienten, vilket förutsätter att kostnader för alla åtgärder i vården i en verksamhet beräknas och registreras i ett IT-system. Både direkta och indirekta kostnader för åtgärderna beräknas. Kostnaden för ett vårdtillfälle går sedan att sammanställa genom att tilldela åtgärder till tillfället och på så sätt få fram en summerad total kostnad per patient och vårdtillfälle (Landstingsförbundet, 2002).

4.1.1.1 KPP - Bakgrund

Landstingsförbundet (nu ombildad till Sveriges Kommuner och Landsting) startade 1999 Kostnad Per Patient (KPP) -projektet. Projektet startade efter att en översyn av deras statistikproduktion på hälso- och sjukvårdsområdet visade att det fanns ett behov av bättre underlag för styrning och uppföljning. Projektets syfte var att stödja implementeringen av KPP i landstingen för att ge information om verksamheter och deras kostnader. Projektets mål var: ”Att förbättra möjligheterna till jämförelser och

analys inom hälso- och sjukvården genom att utarbeta förslag till enhetliga principer för KPP-metoder och verka för att de får en allmän tillämpning.” (Landstingsförbundet, 2002).

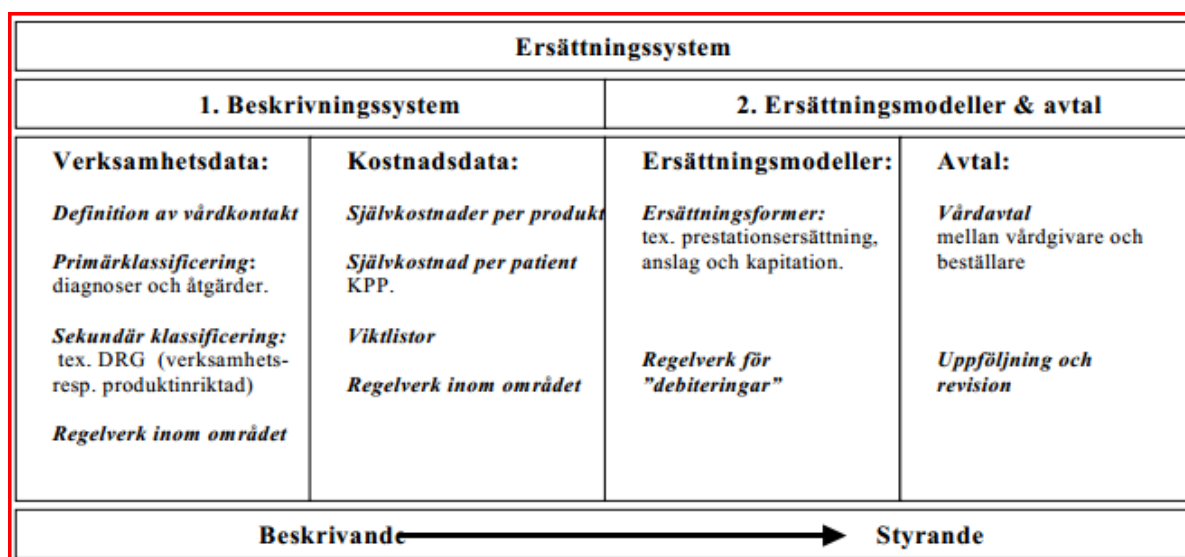
Projektet avslutades 2002 och arbetet med KPP blev sedan en del av Landstingsförbundets ordinarie verksamhet. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har ett nationellt ansvar över kostnadsdatabasen, där KPP information från Sveriges sjukhus samlas in. Syftet med databasen är att ”kvalitetssäkra och utöka informationen i databasen” (Socialstyrelsen, 2009, s. 9).

4.1.2 Diagnosrelaterade Grupper

DRG är ett system för sekundär klassificering av den enskilda patienten, som bygger på primärklassificering (Landstingsförbundet, 2002). I systemet är kroppen indelad i 26 stora organrelaterade kategorier. Varje kategori, exempelvis nervsystemet, har sedan subkategorier, där varje tillhörande sjukdom och sjuklig störning är numeriskt klassificerad. Vid behandlingen av patienter registreras diagnoser genom att de i DRG-systemet blir tilldelade koder enligt diagnosens numeriska klassificering. Varje DRG-kod har ett pris, vilket är den ersättning som utföraren, sjukhuset, får av beställaren, landstinget (Landstingsförbundet, 2002). Kostnadsberäkningarna för varje kod görs sedan på insamlad data från sjukhusen, genom KPP databasen.

4.1.3 Användningsområden för KPP och DRG

En sammanfattning av KPP och DRG kan göras i följande modell:



Figur 2. Ersättningssystem (Socialstyrelsen, 2010)

De viktigaste användningsområdena för KPP är enligt SKL (dåvarande Landstingsförbundet) följande:

”• Benchmarking både vad gäller kostnader och medicinsk praxis – mellan

och inom sjukhus

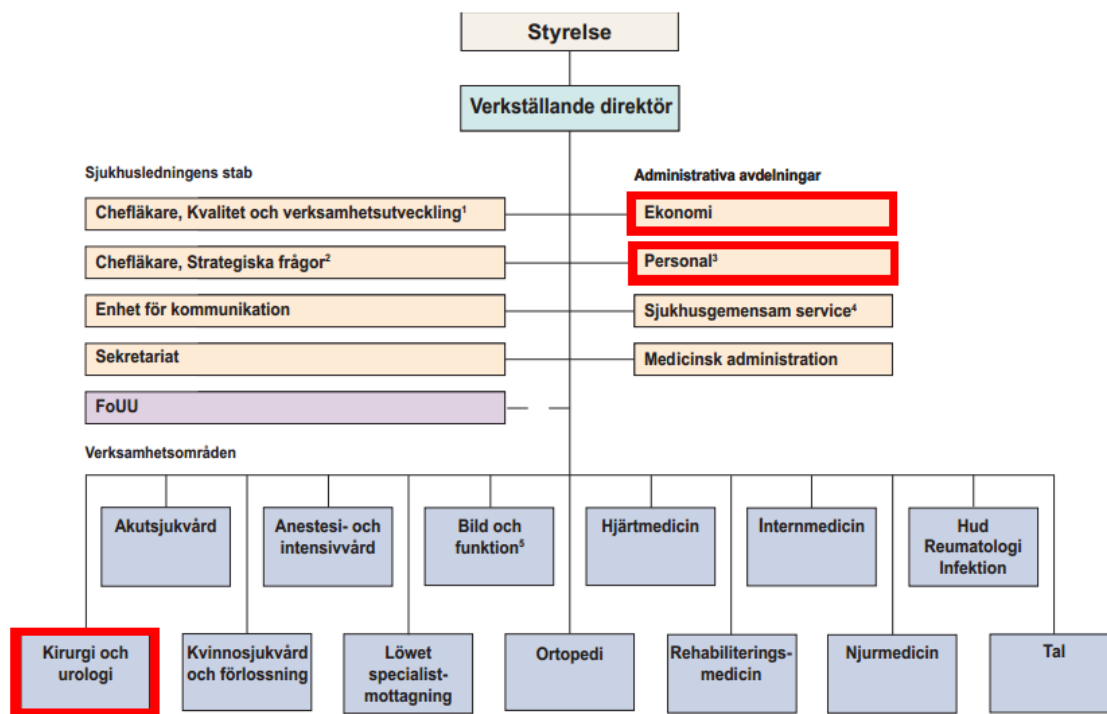
- Verksamhetsstyrning och budget
- Underlag till ersättningsmodeller (och DRG-system eller motsvarande)
- Följa upp, analysera och initiera förändringsarbete
- Uppföljning och analys av verksamheten” (Landstingsförbundet, 2001)

Enligt en revision som gjordes av Landstingsrevisorerna kom det fram att sjukhusen har ett antal olika datakällor, metoder och system, ”vilka kan användas för direkta jämförelser sjukhus och kliniker emellan.” (Stockholms läns landsting, 2006). Dock kritiserar revisorerna sjukhusen: ”Denna potential nyttjas dock bara till en mycket liten del. Sjukhusen har ingen tydlig strategi för utvecklingen och användningen av metoder och system, som skall användas i effektiviseringsarbetet.” (Stockholms läns landsting, 2006) Det är därmed oklart huruvida sjukhusen har tagit till sig denna kritik och om de har utnyttjat potentialen för KPP och DRG för att uppfylla ovannämnda viktiga användningsområden, såsom verksamhetsstyrning, uppföljning och analys av verksamheten.

Även Lehtonen (2007, s. 24) belyser i sin studie om DRG att ett av dess användningsområden är ekonomistyrning, men att få studier har undersökt ämnet empiriskt. Även KPP ska användas för ekonomistyrning (Landstingsförbundet, 2001), likaså saknas det även där empiriska studier om dess ekonomistyrningsfunktion. I bakgrund mot detta undersöker denna uppsats ekonomistyrning i sjukvårdsorganisationer genom den reviderade versionen av Simons’ (1994) originalramverk LOC.

4.2 Danderyds sjukhus

Danderyds sjukhus är ett akutsjukhus som är helägt av Stockholms läns landsting (Danderyds sjukhus, 2012a). Sjukhuset hade under 2011 totalt 3 426 anställda och organisationsstrukturen ser ut enligt nedan (se figur 3). Intervjuerna har skett med personer från de rödmarkerade områdena ekonomi och personal, som tillhör kirurgi- och urologiverksamheten.



¹ Chefläkare, kvalitetsutveckling, verksamhetsutveckling, patientsäkerhet, patientvägledning, katastrofledning, förvaltning av DSAB:s biobank

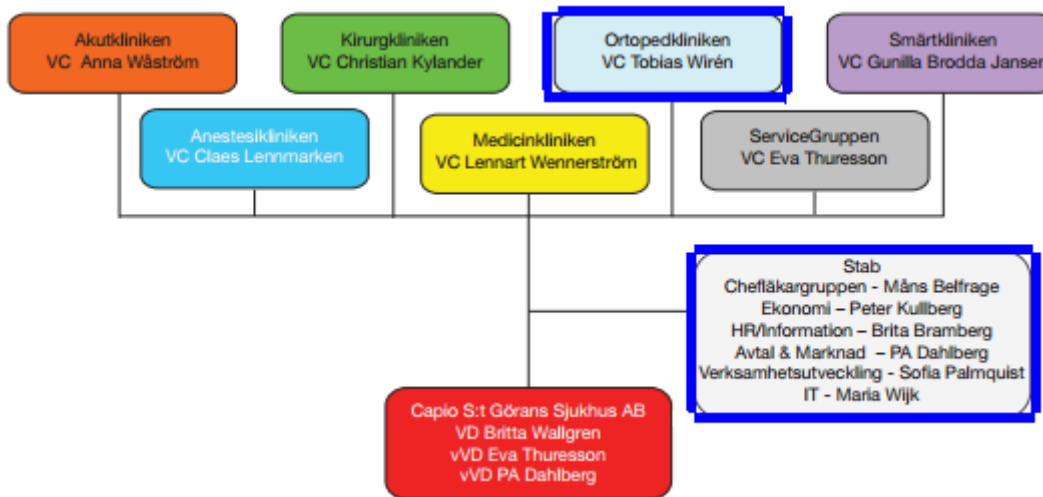
² Chefläkare, strategiska frågor, Framtidens hälso- och sjukvård (FHS), programkontor, fastigheter och lokaler

³ Inkl. Clinicum

Figur 3. Danderyds sjukhus' organisationsstruktur med författarens rödmarkering för de områden som ingår i uppsatsens empiri (Danderyds sjukhus, 2012b).

4.3 S:t Görans sjukhus

S:t Görans sjukhus är Sveriges enda privatägda akutsjukhus och hade under 2011 totalt 1 659 medarbetare och organisationsstrukturen ser ut enligt nedan (se figur 4) (Capio S:t Görans sjukhus, 2011). Koncernen Capio äger S:t Görans sjukhus, men precis som de andra offentligt ägda sjukhusen finansieras även S:t Görans sjukhus offentligt, där DRG-poäng utgör ersättningsunderlag.



Figur 4. S:t Görans sjukhus' organisationsstruktur med författarens blåmarkering för de områden som ingår i uppsatsens empiri (Capio S:t Görans sjukhus, 2011).

4.4 Diagnostiskt/interaktivt användande av cybernetiska kontroller

4.4.1 Danderyds sjukhus

Enligt Tessier och Otley (2012, s. 7 och 11) kan cybernetiska kontroller användas interaktivt, genom att det diskuteras på möten och främjar lärande och diagnostiskt, genom att man endast tittar på kontrollsystemet vid variationer. Ett diagnostiskt sätt att använda kontroller på visar att ledningens fokus är på output; där avvikelser finns måste åtgärder skapas. Ett interaktivt sätt att använda kontroller på visar att ledningens fokus är på att kontrollera organisatoriska processer. Enligt de två intervjuade kontrollerna på Danderyds sjukhus är den främsta strategin med användningen av KPP och DRG i sjukhuset att registrera information för varje patient och vårdtillfälle, för att sedan rapportera informationen till SKL och SLL för ersättningsunderlag och statistik en gång om året. De berättar även att KPP och DRG används för att upptäcka avvikelser i intäkter och kostnader mellan prognos och utfall samt för att kontrollera om klinikens behandlingar har täckning för alla diagnoser. Vid frågan om hur kontrollerna används svarar verksamhetschefen:

”Egentligen inte mer än att jag ibland vill ha KPP på vissa diagnoser och då ber kontrollern räkna ut det, så jag vet vad KPP är för vissa patientdiagnosgrupper. När jag vet att vissa åtgärder är väldigt kostnadsdrivande vill jag veta att vi har täckning för det jag gör annars vill jag rapportera det, att här är något som jag vet att vi inte får täckning för.”

Vid upptäckten av avvikelser skapar de sedan åtgärder för att ta itu med problemet. Verksamhetschefen förklarar det med en nyuppkommen situation där ekonomiavdelningen upptäckt en avvikelse i jämförelsen mellan KPP och DRG, där kliniken under det senaste året tappat DRG-

poäng utan att ha tappat vårdtillfällena, vilket härleds till att registreringarna i DRG-systemet har varit inkorrekta. Det skulle innebära att kliniken får mindre ersättning från SLL än vad den är berättigad till. För att hindra detta har åtgärderna varit att korrigera registreringen och utbilda personalen i hur registreringen ska göras framöver.

Verksamhetschefen förklarar att eftersom KPP och DRG information från andra sjukhus endast finns tillgänglig en gång per år, så är det inte information som man kan styra kliniken på. Därmed försvåras möjligheterna att uppfylla målen som SKL satt upp för användningen av dessa. Budget är något som beräknas varje månad och därför används den för styrning. Den främsta strategin med budgeten är att hålla den i balans och används för att upptäcka avvikelser mellan prognos och utfall. Controller B förklarar:

”Vi har ett gemensamt mål och det är att hålla budgeten i balans. Vi har ju en påse pengar och vi kan inte göra oss av med mer.”

Enligt verksamhetschefen får man endast full ersättning för det antalet behandlingar som bestäms av SLL, överskrider man det sker en överproduktion, som leder till att man får en reducerad ersättning där endast 40 % av kostnaderna ersätts. Detta i sin tur påverkar budgeten negativt.

En annan cybernetisk kontroll som är icke-finansiell och som används för att styra kliniken är medelvårdtid. Medelvårdtid visar hur många dagar en patient ligger inskriven i sjukhuset för vård. Verksamhetschefen förklarar att medelvårdtiden är avgörande för ekonomin på så sätt att ju kortare patienter stannar på sjukhuset, desto fler sängplatser blir lediga och på så sätt kan man korta ner vårdköer genom att ta in nya patienter snabbare. Om en patient får vänta i vårdkö längre än den maximala tiden bestämd av SKL får sjukhuset betala vite, som påverkar budgeten negativt.

I linje med Tessier och Otleys studie (2012) tyder detta på att kontrollerna används på ett diagnostiskt sätt, där fokuset är på att använda kontrollerna för att upptäcka variationer och skapa åtgärder. Även Östergren (2009, s. 13) drar slutsatsen i sin studie att om strategin med budgeten är att hålla den balanserad tyder det på ett diagnostiskt användande. Ledningens fokus är således på output.

4.4.2 S:t Görans sjukhus

Enligt intervjun med kontrollern används KPP endast för rapportering till landstinget, likt Danderyds sjukhus. Även här finns en medvetenhet om dess potential, men att det inte utnyttjas förklarar kontrollern:

”KPP är för mig bara ett sätt att organisera bokföringen så att vi kan identifiera kostnadsytterfallen... Vi färdigställer endast KPP data på årsbasis en gång om året, det blir en efterkalkylering tre månader efter året är slut. Man måste få det här systematiskt om det ska bli åtgärder för det. Det tror ja inte att det finns något sjukhus som jobbar med det systematiskt.”

DRG-systemet används för att följa produktionen i kliniken. Produktionen har sedan brutits ner till icke-finansiella nyckeltal som följs upp regelbundet. Likt Danderyds sjukhus använder man kontrollerna för att upptäcka avvikelser förklarar verksamhetschefen:

”Det är framförallt produktionen och avvikelser från det normala. Ser vi till att ha bra kvalitet i allt vi gör så brukar det bli ett bra utfall. Vi jobbar mycket med avvikelser; Varför har vi strukit patienter? Varför har vi haft tapp i produktionen? Vi tar tider, varför har våra snittvikter förändrats den här veckan? Fokus är på produktion och på avvikelserna.”

Den största skillnaden mellan sjukhusen är att S:t Görans sjukhus utöver avvikelser fokuserar mycket på att förbättra sina nyckeltal genom att följa upp dessa och diskutera hur man kan förbättra vårdprocesser, som kommer från sjukhusets implementering av leanprinciper. Verksamhetschefen förklarar att man för diskussioner för att främja lärande och på så sätt effektiviserar vårdprocesser och eliminera icke-värdeskapande processer:

”Det finns en medvetenhet om pengarna ändå, att man inte slösar pengar och köper onödiga saker för dyra pengar. Det vet vi från våra leanprinciper att slöserier och onödiga åtgärder är kostsamma. På många av våra flöden sitter vi och tittar vad kan vi ta bort som inte tillför något värde för patienten? Vad gör vi som är onödigt, bara tidskrävande och som inte ger något värde i slutändan? Där finns ju en hel del att vinna.”

Enligt Tessier och Otley (2012) innebär detta ett interaktivt användande av kontroller. Ledningens fokus är således på organisatoriska processer. Detta stärks av kontrollern som förklarar fokuset mer ingående:

”Nuvarande koncernledningens fokus är att resultatet på sista raden kommer ju in av att vi ökar vår produktivitet och produktiviteten i sig ökar vi genom kvaliteten i våra verksamheter, som till exempel gör vi rätt saker direkt när vi träffar akutpatienter på akuten så behöver de inte stanna lika länge på sjukhuset och inte kräva lika mycket resurser och då ökar vi vår produktivitet... Gör vi det så kan vi ta hand om fler patienter med samma fasta resurser som vi har, antal sängar och operationssalar. Då kommer det att landa pengar på sista raden.”

Verksamhetschefen talar även om en annan typ av lärande när denne talar om uppföljningar:

”Det gör man återkommande och det är ett lärande i den här processen. Jag är ortoped och är inte ekonomiskt skolad, men jag lär ju mig genom den här upprepade uppföljningen mer och mer.”

Detta tyder på att utöver ett lärande om vårdprocesser genom uppföljningar och förbättringar, sker även ett lärande personligen för verksamhetschefen. Detta tyder på att verksamhetschefen, som ursprungligen är läkare, lär sig mer och mer om vad ekonomiansvar innebär och hur det är kopplat till vårdverksamheten på kliniken. Enligt Östergren (2009) ses detta som en professionell hybridiseringsprocess, där verksamhetschefen med tiden utvecklas i sin roll som ledare, genom att förstå och använda kunskap som ursprungligen tillhörde redovisningsyrket.

4.5 Möjligheten att influera budget

4.5.1 Danderyds sjukhus

Enligt Östergren (2009, s.17-18) är möjligheten att influera ens budget avgörande för om kliniken kan styras autonomt eller inte. För att kunna nå sin budget behöver verksamhetschefen styra kliniken autonomt och ha tillräckligt med auktoritet för att fatta beslut (Östergren, 2009, s. 17). Verksamhetschefen förklarade att denne inte hade någon möjlighet att influera sin budget i år och att det var ledningen som avgjorde hur den skulle se ut. Det fanns en möjlighet till att delvis influera budgeten året innan, men begränsades till att kunna föra ett resonemang kring hur den bör se ut och försöka få medel till att öka budgeten, men att man ändå inte alltid kunde få det:

”Det är en känslig fråga för att jag har varit ganska upprörd över det och det tycker jag att jag verkligen inte kan. Förra året fanns det en rimlighet i att man satt och diskuterade budgeten och kunde både förklara och äska medel för det ena och den andra. Sen kanske man inte kunde få det men kunde i alla fall resonera kring budget. I år 2012 då bara lades det en budget i knäet på en.”

Detta tyder på att kliniken inte styrs autonomt och är beroende av ledningens beslut för hur kliniken ska styras. I det här fallet anser verksamhetschefen att denne inte kommer att kunna nå sin budget, vilket enligt Östergren (2009) kan förklaras av att verksamhetschefens självstyre och möjlighet till att influera budgeten är mycket begränsad.

4.5.2 S:t Görans sjukhus

Båda sjukhusen får en bestämd beställning från landstinget som avgör budgeten för klinikerna, men skillnaden mellan sjukhusen är att verksamhetschefen på S:t Görans sjukhus diskuterar med ledningen huruvida denne har möjlighet att förbättra sin klinik och öka produktiviteten utöver landstingets krav på 2 % ökad produktion. De kommer tillsammans fram till ett produktivetskrav som verksamhetschefen sedan lovar att hålla. Controllern förklarar:

”Frågan var inte hur effektiv kan du vara, frågan var i stället hur pass mycket tror du att kvaliteten på din klinik kan förbättras? Och vilken effekt kvalitetsförbättringen får på hur länge patienten behöver ligga kvar på avdelningen. Vi får det mer ställt utifrån hur kvaliteten kan förbättras och sen hur det påverkar produktiviteten. Vi har nu fastställt ett produktivetskrav efter diskussioner för de kommande åren. Vi har en beställning från landstinget, så här mycket har de råd att beställa, sen kommer vi överens om ett produktivetskrav och hur mycket personal kliniken behöver.”

Detta belyser skillnaden mellan sjukhusen, där S:t Görans verksamhetschef är mer autonom och har större möjlighet att influera sin budget, vilket också enligt Östergren (2009) leder till att verksamhetschefen har förutsättningen att nå sin budget.

4.6 Viljan att balansera budget

4.6.1 Danderyds sjukhus

Viljan att balansera ens budget kan enligt Östergren (2009, s. 14) avgöra om det finns motsägelse mellan finansiella restriktioner och professionella normer och värderingar och i vilken utsträckning. Verksamhetschefen förklarar att budgeten inte är tillräckligt viktig att hålla i balans jämfört med patientansvaret. Denne kan inte på eget initiativ sluta att ta emot patienter för att hålla kostnaderna nere, i stället tar verksamhetschefen emot patienter med en medvetenhet om att det innebär ett budgetunderskott. Verksamhetschefen anser att så länge denne kan förklara orsakerna till underskottet och får medhåll från ledningen om att det är acceptabelt, så är det mer rätt att ta emot patienter:

”Så länge jag har bra förklaringar till att mitt budgetutfall är som det är, så känner jag mig ganska trygg i det och det kan jag också tycka att jag får ett medhåll uppifrån. De har förståelse för varför jag har en budget som ser ut som den gör just nu. Vi har haft en väldigt, väldigt positiv budget med överskott i många, många år på kirurgkliniken. I år är första gången som vi inte har överskott i budget. Jag kan ganska lätt förklara varför budgeten inte går att hålla i år. Jag lutar mig mycket mer mot patientansvaret. Det går före ändå.”

Därmed tyder det på att motsägelsen mellan finansiella restriktioner och professionella normer och värderingar är starka.

4.6.2 S:t Görans sjukhus

Controllern förklarar att det ska mycket till för att en verksamhetschef inte ska nå sin budget. I och med att det är ett på förhand gemensamt överenskommet produktionskrav där verksamhetschefen har full möjlighet att påverka sin budget finns ingen anledning till ett budgetunderskott. Det tyder även på en avsaknad av motsägelser mellan finansiella restriktioner och professionella normer. Controllern förklarar:

”Vi har det synsättet internt att avvikelser mot budget det kan man ha under löpande året men om vi stänger ett bokslut då ska avvikelserna vara åtgärdade. Då ska man vara på budget helt enkelt. Det ska ju rätt mycket till om man inte lyckas landa på budget... För budgeten är något man lovat inför nästkommande år. Det är ett löfte mellan klinikchefen och VD att såhär ska jag bedriva min verksamhet, om man då inte lyckas följa budgeten har man inte uppfyllt sitt löfte. Det får konsekvenser i diskussioner dem emellan.”

Detta tyder på en skillnad i synsätt mellan sjukhusen, där man på S:t Görans sjukhus är hårda med att följa produktionskravet och uppsatt budget, medan det på Danderyds sjukhus är acceptabelt om man kan förklara varför budgeten inte nås. En möjlig förklaring till skillnaderna mellan synsätt hos sjukhusen kan enligt kontrollern vara att S:t Görans sjukhus är ägarlett och Danderyds sjukhus offentligt, eftersom det enligt kontrollern ställs högre krav på produktion och att hålla budgeten i balans på S:t Görans sjukhus.

4.7 Presentation av cybernetiska kontroller

4.7.1 Danderyds sjukhus

Enligt Tessier och Otlej (2012, s. 11) ska ledningen bestämma hur kommunikationen med de anställda ska ske och meddelandets innehåll. Presentationen av kontrollerna är ett perspektiv som kan redogöra för skillnader i ledningens avsikter med kontrollen och de anställdas uppfattningar (s. 6). Östergren (2009, s. 20) anser att även kommunikationen och intensiteten (hur ofta den sker) avgör huruvida kontrollerna används interaktivt. Enligt verksamhetschefen sker personliga möten en gång i månaden med VD, ekonomichef, klinikens controller och verksamhetschefen. I mötena sker uppföljningar om klinikens ekonomi, där man tittar på produktionen genom DRG-systemet och hur många poäng kliniken genererat och hur det påverkar budget. Verksamhetschefen för sedan vidare denna information till sektionscheferna i kliniken, som är läkare med övergripande ansvar för sitt medicinska område, i möten var tredje vecka och med chefsjuksköterskorna en gång i månaden. Informationen i dessa möten innehåller presentation av budgeten och medelvårdtider, där fokuset ligger på att korta ner vårdköerna. Controller A förklarar vilka frågor man ställer till läkare och sjuksköterskor på mötena:

”Då tittar man på produktion; Hur ser det ut? Hur har det sett ut? Hur många vårdtillfällen har vi haft? Hur många besök har vi haft? Sådär ser kostnaderna ut; är det rimligt? Varför avviker vi uppåt eller nedåt mot budget?”

Enligt Östergren (2009, s. 19) tyder denna intensitet på att kontrollerna används interaktivt. Ledningens presentation av DRG-systemet och medelvårdtider tyder på att det största fokuset är på produktion och på att korta ner medelvårdtider.

4.7.2 S:t Görans sjukhus

I jämförelse har S:t Görans sjukhus ett mer interaktivt användande av kontrollerna då att intensiteten på ekonomiska uppföljningar sker oftare; varje vecka, kontra Danderyds sjukhus uppföljningar en gång i månaden. I uppföljningarna om klinikens ekonomi träffar verksamhetschefen VD:n på möten för att se över produktionen och avgöra vilka avvikelser som måste åtgärdas. Till läkarna och sjuksköterskorna förs informationen vidare, men språket har anpassats i det ledet så att nyckeltalen består av andra resurser än intäkter, i form av prestationsmått, så kallade key performance indicators (KPI). Verksamhetschefen förklarar:

”Vi har väldigt mycket olika KPI:er som vi kan använda, Det kan vara till exempel medelvårdtid, det kan vara antal strykningar, hur mycket knivtid vi har lyckats utnyttja på salen utav den bemannade tiden, det kan vara antal infektioner, antal vårdskador som uppkommer. Många av de där kan man relatera till och bryta ner på varje sektion. Ryggkirurgerna får veta hur de presterar, axelkirurgerna vet hur de presterar.”

Nyckeltalen är icke-finansiella och även här skiljer sig sjukhusen åt, eftersom verksamhetschefen i Danderyds sjukhus använder sig av budgeten vid uppföljningar med läkare. Controllern förklarar att avsikten med kontrollerna, DRG-systemet och de icke-finansiella nyckeltalen, är att fokusera på kvaliteten på vårdproduktionen, vilket är något som läkarna kan påverka genom sina veckovisa möten där processägande personer går igenom produktionsprocesser och reflekterar över varje steg enligt leanprinciperna och eliminerar och ersätter icke-värdeskapande processer. Även här är skillnaden mellan sjukhusen tydlig, där Danderyds sjukhus fokuserar mer på exempelvis att korta ner vårdköerna och kontrollera kostnadstäckningen.

Detta tyder på att S:t Görans sjukhus har skapat en sorts översättarroll för verksamhetschefen, som Fulop (2012) beskriver som en viktig ledarroll, med goda förutsättningar att kommunicera både med ledningen och med de medicinskt yrkesverksamma. Detta tyder på en hybridisering utöver Östergrens (2009) definition om att hantera kunskap från två professioner: medicin och redovisning. Empirin visar i linje med Joffe och MacKenzie-Daveys (2012) studie att verksamhetschefen kan överföra information från ledningen till de medicinskt yrkesverksamma genom sin unika ledarroll. Detta är

möjligt på S:t Görans sjukhus genom renodlingen av finansiella termer som ledningen använder sig av, till termer bestående av vårdprocesser och vårdresurser:

”Målet på koncernnivå är att inga KPI:er ska vara nerlusade av ekonomiska termer, utan vi försöker mäta produktiviteten utan att blanda in pengar. Till exempel att mäta antal operationer per arbetad läkartimme. Det är viktigt att inte blanda in pengarna mycket i nyckeltal... Vi har renodlat våra nyckeltal och våra KPI:er i produktivitetmått, med bara produktion och resurser och ha det rent från ekonomin.”

Detta sätt att överföra information från ledningen till läkarna och sjuksköterskorna påverkar även hur de uppfattas av dessa personer, vilket diskuteras närmare nedan.

4.8 De anställdas uppfattningar av cybernetiska kontroller

4.8.1 Danderyds sjukhus

Enligt Tessier och Otley (2012, s. 11) påverkas de anställdas uppfattningar av kontrollerna genom hur de presenteras och även de anställdas individuella attribut, såsom den sociokulturella miljön i vilken de anställda utvecklas och vilken nivå deras kunskap om kontrollerna är på. Ramverket använder positiva, negativa och neutrala beteckningar för att beskriva de anställdas attityder mot kontroller, där neutral betyder att attityden varken är positiv eller negativ. Detta perspektiv kan även redogöra för skillnader i ledningens avsikter med kontrollen och de anställdas uppfattningar. Verksamhetschefen uppfattar kontrollen medelvårdtid som att ledningens avsikter, genom beställarens sanktion om vite, är att korta ner vårdköerna. Verksamhetschefen anser att det är problematiskt då kortandet av vårdköerna skapar lediga sängplatser, som leder till överproduktion:

”Det här är en dyr verksamhet, jag gör av med massa pengar men får endast 40 % tillbaka och då är det en jätteminus affär. Men jag kan inte heller säga att vi slutar ta emot de här patienterna. Det kan jag inte göra. Då måste de säga till mig, då gör jag det. Men inte på eget bevåg för att få en budget i balans. Det är inte tillräckligt. Det är inte rätt.”

Verksamhetschefen anser även att patientansvaret går före, vilket tyder på att dennes professionella normer och värderingen är ett hinder för att neka patienter vård för att balansera budgeten. Detta tyder på att verksamhetschefen har en neutral attityd mot kontrollerna.

Läkaren förstår att avsikten med att registrera patienters diagnoser i DRG-systemet är att kontrollera produktionen och på så sätt få kunskap om vilka intäkter som genereras av verksamheten i kliniken. Dock anser läkaren att systemet tar tid från patientvården och hade gärna sett att man som läkare inte hade behövt ägna tid åt annat än patientvård. Läkaren förklarar även att denne inte tänker på ekonomi i sitt arbete. Detta tyder på att läkaren har en negativ attityd mot kontrollerna. Chefsjuksköterskan

förklarar att hon uppfattar syftet med kontrollerna som att göra personalen kostnadsmedveten och ta ett större ansvar för budgeten, vilket hon anser att hon gör i sitt arbete. Dock belyser hon, som verksamhetschefen, att de slits mellan att uppfylla vårdgarantin och produktionsbudgeten. Chefsjuksköterskan förklarar även att hon föredrar att ha en kostnadsmedvetenhet i sitt jobb, för att det visar att man har respekt och tar ansvar för skattemedel och ser en förbättring i arbetssätt sedan det introducerats i den offentliga sektorn:

”Jag försöker alltid att vara kostnadsmedveten och tänka ekonomiskt. Mer personligt är det oerhört viktigt för mig att förvalta offentliga medel med stor respekt. Det är våra skattemedel som vi faktiskt gör av med. Jag känner ett stort ansvar för att förvalta dem på bästa sätt, så att patienter får ut det bästa möjliga av våra skattemedel. Det präglar mig. Man får inte vara dumsnål heller, behöver vi saker för att bedriva god vård då tvekar vi inte att köpa in dem sakerna.”

Detta tyder på att chefsjuksköterskan har en positiv attityd mot kontroller, i linje med Blomgrens (2003) studie där de intervjuade chefsjuksköterskorna också hade ett positivt mottagande av ett ökat ekonomiansvar.

Vid frågan om huruvida läkarna har förståelse för budgeten som presenteras svarar verksamhetschefen:

”De äldre har det, de som är yngst förstår inte helt. Så småningom förstår de mer och mer.”

Det är även här en hybridiseringsprocess som sker för läkaryrket med tiden, vilket enligt Östergren (2009) innebär att medicinskt yrkesverksamma lär och använder sig av redovisningstekniska kunskaper med tiden, som i det här fallet innebär en ökad förståelse för budgetering.

4.8.2 S:t Görans sjukhus

På Danderyds sjukhus uttryckte kontrollern, verksamhetschefen och chefsjuksköterskan att det fanns en pedagogisk svårighet att få sina medarbetare att förstå hur ekonomistyrningen sker i sjukhuset. I och med att DRG-systemets produktionsnivåer på S:t Görans sjukhus har översatts till icke-finansiella nyckeltal, såsom antal operationer per arbetad läkartimme, presenteras kontrollerna i ett språk som gör att läkarna förstår kommunikationen. Fokuset är på att effektivisera processer som läkarna själva utför, därmed är det ett enklare sätt att få fram avsikterna med kontrollerna. Verksamhetschefen förklarar att man har börjat pröva användningen av ett nyckeltal som berör intäkter, vilket är DRG-poäng per arbetad läkartimme, för att se hur läkarna tar emot sådan information. Utifrån sin egen erfarenhet har verksamhetschefen upplevt att läkare är negativa mot att beblanda intäkter i deras arbete och att det får motsatt effekt på läkarnas entusiasm och engagemang för sitt jobb. Genom att använda sig av icke-finansiella nyckeltal verkar S:t Görans sjukhus ha löst det pedagogiska problemet som Danderyds

sjukhus upplever och har skapat en positiv attityd mot kontroller. Intervjun med läkaren styrker det, där det framkommer att det är mycket enklare för denne att förstå sig på prestationsmått än på ekonomiska termer som finns i en budget:

”De är rätt så hemlighetsfulla med ekonomin. Vi känner till ekonomin... min chef har presenterat det vid enstaka tillfällen... Vi ser de här röda och gröna lamporna som visar hur vi ligger till med våra prestationsmått. Han presenterar inte allt han har, utan lyfter fram det som är intressant just nu och vad vi bör fokusera oss på.”

Läkaren har arbetat på ett landstingsägt sjukhus tidigare och ser stora skillnader i mellan sjukhusen, som exempelvis att man på S:t Görans sjukhus har större fokus på förbättringsarbete av vårdprocesser och att man träffar många fler patienter och opererar inom en mycket kortare tid. Läkaren ser dock inte detta som något negativt, utan menar att det är positivt att kunna se hur man presterar genom indikatorerna och att det ger en teamkänsla som gör att man hela tiden vill förbättras:

”Jag känner mig inte personligen träffad av siffrorna, utan det här är vad vi som klinik tillsammans presterar. Det är inte ofta man går in på individnivå vad vi producerar. Utan det här är en morot för oss, för att vi ska prestera bättre. Jag vet att en del upplever det som stressande att man kan gå in och individgranska prestationer. Jag tror att det beror mycket på personlighet... För mig är det här något positivt, att man kan se vad man producerar och känna att man presterar. För mig är det här en morot helt enkelt.”

I jämförelse med empirin från Danderyds sjukhus tyder detta på att översättningen från ekonomiska termer till icke-finansiella nyckeltal har en inverkan på hur kontrollerna uppfattas.

5 Slutdiskussion

5.1 Diskussion

Syftet med uppsatsen är att öka förståelsen om relationen mellan ekonomistyrning och styrningen av sjukhuskliniker. För att göra det ställdes följande frågor: Används cybernetiska kontroller diagnostiskt eller interaktivt? Hur presenteras kontrollerna för läkare och sjuksköterskor? Hur uppfattar läkare och sjuksköterskor kontrollerna?

Stockholmsmodellens syfte var bland annat att öka produktiviteten och korta ner vårdköerna i sjukvårdorganisationer. I uppsatsen visas att två sjukhus som är offentligt finansierade har olika sätt att använda ekonomistyrningen för att uppnå landstingets mål. Uppsatsen visar skillnader i strategi och fokus med användandet av kontroller, möjligheten för verksamhetschefen att influera och nå budget, presentationen och uppfattningarna av kontrollerna. De viktigaste skillnaderna presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Skillnader mellan sjukhusen.

	Danderyds sjukhus	S:t Görans sjukhus
<u>Ledning</u>		
Fokus	Output	Process
Kontrollanvändande	Diagnostiskt	Interaktivt
<u>Verksamhetschef</u>		
Budgetengagemang	Begränsad	Hög
Styrning	Ej autonom	Autonom
Uppföljning	Ej intensiv	Intensiv
<u>Läkare</u>		
Attityd mot kontroller	Negativ	Positiv
<u>Sjuksköterska</u>		
Attityd mot kontroller	Positiv	Positiv

Uppsatsen visar att det offentligt ägda sjukhuset, Danderyds sjukhus, använder kontroller såsom KPP, DRG, budget och icke-finansiella nyckeltal som medelvårdtid för att följa upp avvikelser i intäkter och kostnader och åtgärda dessa. För det privatägda sjukhuset, S:t Görans sjukhus, är fokuset på implementeringen av leanprinciper, som sätter fokus på förbättringar i vårdprocesser, genom ett interaktivt användande av prestationsmått i form av icke-finansiella nyckeltal. Vad gäller verksamhetschefens möjlighet att delta i budgetförberedelser framkommer det att på Danderyds sjukhus upplever verksamhetschefen att det finns en mycket begränsad möjlighet att influera förberedelsen utöver landstingets beställning som fördelats till kliniken, vilket leder till att man inte kan följa budgeten strikt. S:t Görans sjukhus får också en beställning av landstinget, men tillsammans med ledningen beslutar verksamhetschefen vilket produktionskrav som ska uppnås utöver landstingets krav och det ses sedan som ett löfte mellan verksamhetschefen och VD:n som strikt måste följas.

För att svara på den första frågan - Används cybernetiska kontroller diagnostiskt eller interaktivt? – vid undersökningen av Danderyds sjukhus framkommer det att kontrollerna används diagnostiskt, genom att man fokuserar på att balansera budget och öka produktionen för att korta ner vårdköerna och på så sätt undvika att betala vite som påverkar budgeten negativt. Vid undersökningen av S:t Görans sjukhus framkommer det att kontrollerna används interaktivt, genom att man fokuserar på att förbättra vårdprocesser och följer upp prestationsmått intensivt. Uppföljningar för hur det går för klinikerna görs betydligt intensivare på S:t Görans sjukhus jämfört med Danderyds sjukhus.

För att svara på andra frågan – Hur presenteras cybernetiska kontroller av sjukhusledningen för läkare och sjuksköterskor? – uppsatsen visar att de intervjuade kontrollerna, verksamhetschefen och chefsjuksköterskan på Danderyds sjukhus använder budgeten och ett begränsat antal icke-finansiella nyckeltal såsom medelvårdtid, som de upplever som en pedagogisk utmaning att förklara för sina medarbetare. På S:t Görans har man intensiva uppföljningar med processägande läkare där man endast använder sig av icke-finansiella nyckeltal som är prestationsmått för verksamheten. Varken ekonomichefen, verksamhetschefen eller kontrollern upplever ett pedagogiskt problem eftersom att man använder andra resurser än intäkter för att presentera kontrollerna.

För att svara på tredje frågan - Hur uppfattar läkare och sjuksköterskor kontrollerna? - läkaren på Danderyds sjukhus upplever inte fokus på kontrollerna i sitt arbete med patienter, utöver att DRG-koder måste registreras för att följa upp täckningen av kostnader som genereras i verksamheten och har en negativ attityd mot kontrollerna. Chefsjuksköterskan har tvärtom en positiv attityd mot kontrollerna, vars fokus upplevs som öka kostnadsmedvetenheten i verksamheten. På S:t Görans sjukhus uppfattar läkaren att fokuset på kontrollerna är att öka lärande och förbättringar av

vårdprocesser. Verksamhetschefen intygar även att ändringen från ekonomisk fokus till vårdprocessfokus har ändrat läkarnas och sjuksköterskornas attityder från negativ till positiv.

Östergren (2009) undersöker i sin studie hur kontrollerna *används* för att förklara orsaker till hybridisering kontra polarisering. I uppsatsen har ytterligare perspektiv använts för att undersöka om orsaken kan förklaras av andra faktorer; hur kontrollerna *presenteras* och hur de *uppfattas*. Uppsatsen visar att presentationen av kontrollerna är avgörande för huruvida kontrollerna förstås eller ej. Likt Llewellyns (2001) studie upplever Danderyds sjukhus ett dilemma; ekonomerna har inte kunskap om medicin och läkarna har inte kunskap om ekonomi. Det upplevda pedagogiska problem kan härledas till Lapsleys (2007) studie att polarisering orsakas av bland annat misslyckandet att fånga upp och analysera information som det medicinska yrket skulle förstå och värdera. Likt Samuel et al.'s (2005) studie upplever kontrollerna på Danderyds sjukhus att de inte kan påverka läkarnas beteende för att de inte innehar medicinska kunskaper och kan därmed inte säga åt dem vad de ska göra. Verksamhetschefen och läkaren på S:t Görans sjukhus uppfattar att prestationsmått i vårdprocesser är ett enkelt språk som värderas och förstås av läkare och sjuksköterskor, samt har en motiverande effekt på beteende. Därmed visar uppsatsen i motsats till von Knorring et al.'s studie (2010) att läkarnas beteende går att påverka, men samtidigt stöder uppsatsen i Danderyds sjukhus' fall att läkarna är autonoma, som gör att kontrollerna på Danderyds sjukhus får tjata sig till förändring i beteende.

I sin argumentering om att det diagnostiska kontra det interaktiva användandet av cybernetiska kontroller förklarar orsaken till polarisering kontra hybridisering har Östergren (2009) förbiset en del andra faktorer. Östergren (2009) undersöker inte andra kontroller än budgeten, som icke-finansiella nyckeltal. Undersökningen i uppsatsen av presentationen av kontroller tyder på att den som presenterar, verksamhetschefen, kan ha en viktig roll på arbetsplatsen, såsom Fulop (2012) påpekar, vilket har förbisetts av Östergren (2009). Analysen i uppsatsen tyder på att det finns en hybridiseringsprocess på båda arbetsplatser; på Danderyds sjukhus förstår de unga läkarna till en början inte budgeten, men lär sig med tiden och på S:t Görans sjukhus är läkarna medvetna om hur de genom förbättrade vårdprocesser kan generera ökad produktion som leder till förbättrade ekonomiska utfall. Även verksamhetschefen där går igenom en hybridiseringsprocess, där denne förstår ekonomi bättre med tiden. Det går med andra ord att diskutera huruvida det existerar en hybridisering eller polarisering på arbetsplatserna. Däremot blir det problematiskt att söka en förklaring till det, då Östergrens (2009) enkla förklaring om användningens avgörande inte tar hänsyn till andra kontroller och inte heller verksamhetschefernas funktion. Fulop (2012) belyser att verksamhetschefernas roll är betydande i sjukvårdsreformernas framgång. Det är därmed viktigt att studera *individerna* som innehar

dessa nyckelroller i reformer för att förstå vilka utmaningar de upplever för att uppfylla reformernas syften.

Empirin i uppsatsen visar att verksamhetschefen som presenterar kontrollerna på S:t Görans sjukhus har en betydande roll som översättare. I uppföljningar med läkare och sjuksköterskor har kontrollerna renodlats och översatts från ekonomiska termer till prestationsmätt, som läkarna och sjuksköterskorna direkt kan påverka genom vårdprocesser. På så sätt tyder det på att verksamhetschefen har en hybrid roll: som ledare och läkare, som kan kommunicera och överföra information mellan ledningen och läkarna och sjuksköterskorna, i linje med Joffe och MacKenzie-Daveys (2012) studie. Det visar ett engagemang för att översätta information från kontrollerna, som verkar påverka hur de tas emot och som i det här fallet leder till ett positivt mottagande av läkare och sjuksköterskor. På det andra sjukhuset saknas ett sådant översättningsengagemang, där man i stället presenterar budgeten och låter läkarna och sjuksköterskorna med tiden själva lära sig vad den betyder. I det fallet tyder det på att saknaden av en översättningsfunktion skapar ett negativt mottagande från läkarna. Uppsatsen visar därmed att översättningen från ekonomiska termer till icke-finansiella nyckeltal har en inverkan på hur kontrollerna uppfattas, vilket tyder på att presentationen av kontroller och vem som presenterar är viktigt.

5.2 Förslag till fortsatt forskning

Om vi ska ha fullständig kunskap om orsakerna till hybridisering kontra polarisering tyder analysen på att man bör undersöka detta djupare; vad innebär det att man översätter från en budget till andra typer av prestationsmätt? En djupare diskussion om ämnet med fokus på verksamhetscheferna kan bidra med möjliga orsaker. Författaren hoppas att uppsatsen fungerar som ett incitament till fortsatt forskning om verksamhetschefernas översättande roll och vilken inverkan den har på arbetsplatsen.

6 Referenser

Aidemark, L. (2001). Managed health care perspectives: a study of management accounting reforms on managing financial difficulties in a health care organization. *European Accounting Review*, 10(3), 545-560.

Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Blomgren, M. (2003). Ordering professions: Swedish nurses encounter new public management reforms. *Financial Accountability & Management*, 19(1), 45-68.

Bryman, A. & Bell, B. (2011). *Business Research Methods*. New York: Oxford University Press Inc.

Capio S:t Görans sjukhus. (2011). *Vi förnyar och förenar*. Hämtad 3 november, 2012, från Capio S:t Görans sjukhus, <http://capiostgoran.se>

Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.

Danderyds sjukhus. (2012a). *Årsredovisnings 2011 för Danderyds sjukhus AB*. Hämtad 3 november, 2012, från Danderyds sjukhus, <http://ds.se>

Danderyds sjukhus. (2012b). *Organisation*. Hämtad 3 november, 2012, från Danderyds sjukhus, <http://ds.se>

Dent, M. (2003). Managing doctors and saving a hospital: irony, rhetoric and actor networks. *Organization*, 10(1), 107-127.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.

Fulop, L. (2012). Leadership, clinician managers and a thing called hybridity. *Journal of Health Organization and Management*, 26(5), 578-604.

Hood, C. (1995). The new public management in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2), 93-109.

Kirkpatrick, I., Jespersen, K. P., Dent, M. (2009). Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 642-658.

Joffe, M. & MacKenzie-Davey, K. (2012). The problem of identity in hybrid managers: who are medical directors? *International Journal of Leadership in Public Services*, 8(3), 161-174.

Jacobs, K. (2005). Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2), 135-162.

- Jones, C. S. & Dewing, I. P. (1997). The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls. *Financial Accountability & Management*, 13(3), 261-280.
- Kurunmäki, L. (1999). Making an accounting entity: the case of the hospital in Finnish health care reforms. *The European Accounting Review*, 8(2), 219-237
- Kurunmäki, L., Lapsley, I., Melia, K. (2003). Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care. *Management Accounting Research*, 14(2), 112-139.
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29(1), 327-347.
- Kurunmäki, L. & Miller, P. (2008). Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision. *Health, Risk & Society*, 10(1), 9-21.
- Kurunmäki, L. & Miller, P. (2011). Regulatory hybrids: Partnerships, budgeting and modernizing government. *Management Accounting Research*, 22(4), 220-241.
- Landstingsförbundet. (2001). *Att införa KPP. Erfarenheter från landsting och sjukhus*. Hämtad 5 november, 2012, från Sveriges kommuner och landsting, <http://skl.se>
- Landstingsförbundet. (2002). *Slutrapport från Landstingsförbundets KPP-projekt 1999-2002*. Hämtad 11 oktober, 2012, från Sveriges kommuner och landsting, <http://skl.se>
- Lapsley, I. (2007). Accountingization, trust and medical dilemmas. *Journal of Health Organization and Management*, 21(4), 368-380.
- Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting – exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research*, 18(3), 367-395.
- Llewellyn, S. (2001). Two way window: clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), 593-623.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package – opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19(4), 287-300.
- Miller, P., Brunssona, N., Lapsley, I. (1998). Constructing health care accountants: melding calculation and care. *Management accounting research*, 9(1), 31-35.
- Miller, P., Kurunmäki, L., O’Leary, T. (2008). Accounting, hybrids and the management of risk. *Accounting, Organizations and Society*, 33(7), 942-967.
- Pettersen, I. J. (2001). Implementing management accounting reforms in the public sector: the difficult journey from intentions to effects. *European Accounting Review*, 10(3), 561-581.
- Pettersen, I. J. & Nyland, K. (2012). Reforms and clinicians managers’ response: a study in Norwegian hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 26(1), 15-31.

Preston, A. M., (1992). The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourse on costs and practices of accounting in U.S. hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, 17(1), 63-100.

Samuel, S. Dirsmith, M. W. & McElroy, B. (2005). Monetized medicine: from the physical to the fiscal. *Accounting, Organizations and Society*, 30(3), 249-278.

Simons, R. (1994). How new top managers use control systems as levers of strategic renewal. *Strategic Management Journal*, 15(3), 169-189.

Socialstyrelsen. (2009). *Vad är DRG?* Hämtad 11 oktober, 2012, från Socialstyrelsen, <http://socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen. (2010). *Användningsområden för DRG och KPP.* Hämtad 24 oktober, 2012, från Socialstyrelsen, <http://socialstyrelsen.se>

Stockholms läns landsting. (2006). *Användningen av jämförelser i effektiviseringsarbetet vid akutsjukhusen.* Hämtad 15 oktober, 2012, från Stockholms läns landsting, <http://sll.se>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009a). *Landstingens och regionernas vårdval.* Hämtad 11 oktober, 2012, från Sveriges Kommuner och Landsting, <http://skl.se>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009b). *KPP-grundpass.* Hämtad 5 november, 2012, från Sveriges Kommuner och Landsting, <http://skl.se>

Tessier, S. & Otley, D. (2012). A conceptual development of Simons' levers of control framework. *Management Accounting Research*, 23(3), 171-185.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad 21 september, 2012, från Stockholms universitet, Företagsekonomiska institutionen, <http://fek.su.se>

von Knorring, M., de Rijk, A., Alexanderson, K. (2010). Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of top managers in Swedish health care. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-12.

Åhgren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy*, 96(2), 91-97.

Östergren, K. (2009). Management control practices and clinician managers: the case of the Norwegian health sector. *Financial Accountability & Management*, 25(2), 167-195.

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrund

Vad har du för utbildning?
Vad har du för arbetserfarenhet?
Vilka är dina arbetsuppgifter?

KPP

Vad är strategin med KPP?
Vad är syftet med användningen av KPP?
Hur presenteras KPP?

DRG

Vad är strategin med DRG?
Vad är syftet med användningen av DRG?
Hur presenteras DRG?

Icke-finansiella nyckeltal

Vilka icke-finansiella nyckeltal används i verksamheten?
Vad är syftet med användningen av icke-finansiella nyckeltal?
Hur presenteras icke-finansiella nyckeltal?

Budget

Vad är strategin med budgeten?
Deltar du i budgetförberedelser?
Har du möjlighet att påverka budgetutformningen?
Vad händer vid budgetunderskott?

Uppföljning

Hur ofta sker uppföljning i verksamheten?
Vilka kommunikationskanaler används?
Vilka deltar i uppföljningar?
Vad sätts i fokus på uppföljningar?
Vad är syftet med uppföljningar?

STOCKHOLM UNIVERSITY SCHOOL OF BUSINESS
106 91 STOCKHOLM
TELEPHONE: +46 (0)8 16 20 00
WWW.FEK.SU.SE

Företagsekonomiska institutionen



**Stockholms
universitet**