



AKADEMIN FÖR UTBILDNING OCH EKONOMI
Avdelningen för ekonomi

Balanced Scorecard Anpassning av perspektiv i sjukvården

Kay Wiss
Zandra Söderlund

2015

Examensarbete, Grundnivå (Kandidatexamen), 15 hp
Företagsekonomi
Examensarbete
Ekonomprogrammet

Handledare: Stig Sörling, Tomas Källquist
Examinator: Lars-Johan Åge

SAMMANFATTNING

Titel: Balanced Scorecard - Anpassning av perspektiv i sjukvården

Nivå: C-uppsats i ämnet företagsekonomi

Författare: Kay Wiss och Zandra Söderlund

Handledare: Stig Sörling och Tomas Källquist

Datum: 2015 - januari

Syfte: Syftet är att skapa förståelse för hur offentliga sjukvårdsorganisationer har anpassat Balanced Scorecard med avseende på kund- och ekonomiperspektiv.

Metod: Studien har genomförts utifrån en kvalitativ forskningsmetod. Studien har inspirerats av ett hermeneutiskt synsätt. Data har samlats in från ett dussin intervjuer som sedan analyserats med hjälp av tidigare forskning.

Resultat & slutsats: Balanced Scorecard är begränsad i sin utformning pga. politikerna. Styrkortets ekonomiska perspektiv är lika viktigt som de andra perspektiven men perspektivet är begränsat eftersom sjukvården inte kan påverka budget. Kundperspektivet fokuserar på nationella riktlinjer där väntetider har fått ett stort fokus.

Förslag till fortsattforskning: Studien har endast utförts inom ett landsting i Sverige och därför anser vi att fortsatta studier skulle kunna utforska hur andra sjukhus inom andra landsting har anpassat sitt styrkort.

Uppsatsens bidrag: Studien bidrar med att stärka tidigare forskning kring vilka perspektiv som används inom den offentliga sjukvården samt hur den offentliga sjukvården använder ekonomi- och kundperspektivet.

Nyckelord: Verksamhetsstyrning, Balanced Scorecard, sjukvården, perspektiv, mätetal

ABSTRACT

Title: Balanced Scorecard - Adaptation of perspectives in health care

Level: Final assignment for Bachelor Degree in Business Administration

Author: Kay Wiss and Zandra Söderlund

Supervisor: Stig Sörling and Thomas Källquist

Date: 2015 – January

Aim: The aim is to create an understanding of how public health organizations have adapted the Balanced Scorecard with regard to customer and economics perspective.

Method: The study was conducted based on a qualitative research method. The study was inspired by a hermeneutic approach. Data were collected from 12 interviews which then were analyzed with help of previous research.

Result & Conclusions: The Balanced Scorecard is limited in its design because of the politicians. The economic perspective is as important as the other perspectives but the perspective is limited because the health care can not affect the budget. The customer perspective focuses on national guidelines where waiting times have been a major focus.

Suggestions for future research: The study only includes studies within one county council and we therefore believe that future studies could explore how other hospitals in other county councils have adapted their scorecards.

Key words: Performance management, Balanced Scorecard, health care, perspectives, measurements

Innehållsförteckning

1. Inledning	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Problemdiskussion.....	8
1.3 Syfte.....	10
1.4 Avgränsning	10
2. Metod	11
2.1 Övergripande metodval	11
2.1.1 Kvalitativ ansats	11
2.1.2 Hermeneutisk forskningsmetod.....	11
2.1.3 Abduktion	13
2.2 Tillvägagångssätt	13
2.2.1 Primär- och sekundärdata	13
2.2.2 Litteraturinsamling och teoretisk referensram.....	14
2.2.3 Källkritik.....	15
2.2.4 Fallstudie	15
2.2.5 Intervjuer	16
2.2.6 Urval	17
2.2.7 Intervjufrågor.....	17
2.2.8 Intervjudokumentation	18
2.2.9 Analysmetod.....	18
2.3 Kvalitetskriterier	19
3. Teoretisk referensram	22
3.1 Bakgrund	22
3.1.1 Balanced Scorecard	22
3.2 Anpassning av BSc till olika miljöer/branscher	29
3.3 Teman	32
3.3.1 Allmän Anpassning av BSc i sjukvården	32
3.3.2 Anpassning av BSc-perspektiven	34
3.3.3 Anpassning av kund- och ekonomiperspektiv.....	36
3.3.3.1 Anpassning av kundperspektivet.....	36
3.3.3.2 Anpassning av ekonomiperspektivet.....	37

3.4 Sammanfattning av teori.....	38
4. Empiri.....	41
4.1 Allmän anpassning av BSc.....	41
4.2 Anpassning av BSc-perspektiven.....	44
4.3 Anpassning av kund- och ekonomiperspektiv.....	46
4.3.1 Anpassning av kundperspektivet.....	46
4.3.2 Anpassning av ekonomiperspektivet.....	48
5. Analys.....	51
5.1 Allmän anpassning av BSc.....	51
5.2 Anpassning av BSc-perspektiven.....	53
5.3 Anpassning av kund- och ekonomiperspektivet.....	55
5.3.1 Anpassning av kundperspektivet.....	55
5.3.2 Anpassning av ekonomiperspektivet.....	56
6. Bidrag.....	58
6.1 Slutsats.....	58
6.2 Begränsningar och vidare forskning.....	61
7. Källförteckning.....	62
8. Intervjuguide.....	70
9. Intervjuer.....	71

Figurförteckning

Figur 1: Orsak-verkan- samband.....	24
Figur 2: Vårt egna exempel på strategikarta.....	27
Figur 3: Grundkonstruktionen av BSc.....	44
Figur 4: Styrprocess för ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.....	49

1. Inledning

I detta kapitel presenterar vi först en kort bakgrund till problemet. Därefter kommer en problemdiskussion, där fokus läggs på det som vi vill framhäva med studien. Som avslutning kommer vårt syfte, frågeställningar och den avgränsning som arbetet har.

1.1 Bakgrund

Balanced Scorecard (BSc) är en flerdimensionell strategi som huvudsakligen används till prestationsmätning och styrning som är kopplad till organisationens strategi (Otley, Roy & Wetter, 1999). Styrkonceptet Balanced Scorecard utvecklades av professorerna Robert S. Kaplan och David P. Norton. Styrkoncept introducerades tidigt på 1990 – talet och tog fart i Sverige tack vare Nils-Göran Olves böcker (Wikipedia, 2014). Det är meningen att BSc skall skapa en balans, exempelvis balans mellan “kortsiktiga och långsiktiga mål”, mellan “finansiella och icke-finansiella åtgärder” samt mellan “interna och externa prestanda perspektiv” (Martinsons, Davison & Tse 1999). Perspektiven som finns med i originalmodellen är ekonomiperspektivet, kundperspektivet, processperspektivet och lärande perspektivet.

Balanced Scorecard har utvecklats vidare sedan den första modellen kom och enligt Speckbacher, Bischof & Pfeiffer (2003) finns det idag tre utvecklade generationer av BSc. Sedan Kaplan och Norton introducerade BSc har de kontinuerligt utvecklat de ursprungliga idéerna och perspektiven. Det har också tillkommit strategikartor och strategiska teman till BSc. Företagets strategi ska beskrivas i en strategikarta, denna karta ska förklara logiken bakom strategin och därmed hur företaget skall skapa ett bestående värde för sina huvud intressenter, alltså ägarna (Ax, Johansson & Kullvén, 2009). Kollberg och Elg (2006) refererar till författarna Kald och Nilsson (2000) som drar slutsatsen att BSc skapar en bättre förståelse för hur organisationen fungerar.

Idag används BSc konceptet också inom offentlig sektor som bland annat inom kommuner, landsting och sjukvård. Balanced Scorecard introducerades i sjukvården i Sverige efter att sjukvården gick igenom en omfattande omorganisering med kostnadsreducering, nedskärning och decentralisering. Efter att bara enbart fokuserat på budgeten som verktyg hoppades sjukvården på att BSc skulle kunna förena kortsiktiga mål med långsiktiga strategier (Funck, 2009). Under 1980-talet stod den svenska sjukvården inför ekonomiska problem då en minskning av statsbidragen skedde. Lösningen till detta problem blev då att försöka modernisera sjukvården istället för att

göra nedskärningar vilket resulterade i införandet av Balanced Scorecard (Funck, 2007). Balanced Scorecard infördes även för att förbättra uppföljningsprocessen för de olika enheterna och för att få fokus på andra värden än de ekonomiska tillgångarna (Kollberg & Elg, 2006). Konkurrensen inom sjukvården har också blivit allt större och därför har det blivit mer och mer relevant för sjukvården att ha ett prestandamätningssystem (Gurd & Gao, 2008). Chow, Ganulin, Haddad & Williamson (1998) menar att en bidragande faktor till den ökade konkurrensen inom sjukvården kan vara den åldrande befolkning som har stigit över hela världen.

1.2 Problemdiskussion

Innan BSc introducerades till sjukvården fanns det stora ekonomiska problem (Aidemark, 2001). BSc skulle ersätta ensidiga mätetal som tidigare använts och efter implementeringen har sjukvården lyckats reducera osäkerhet om mål och har också lyckats stimulera en ny dialog om vision och strategi (Aidemark, 2001). Men att implementera Balanced Scorecard till offentlig sjukvård kräver en anpassning av styrverkyget. Detta beror på att den offentliga sjukvården inte har samma förutsättningar som en vinstdrivande organisation (Olve, Roy och Wetter, 1999; Kaplan, 2002).

Att styra en offentlig sjukvård i Sverige är en komplicerad fråga eftersom det finns många olika faktorer som påverkar organisationen. En av dessa faktorer är att sjukvården tillhör den professionella branschen där de som arbetar inom sjukvården oftast har genomgått en lång utbildning och har erfarenhet om hur verksamheten ska drivas på bästa sätt (Funck, 2009). Detta har gjort att sjukvården har fått anpassa styrkortet efter sin verksamhet där ett nerifrån-upp perspektiv råder (Funck, 2009). Enligt Ericsson och Gripne (2002) skapas vision och strategier uppifrån-ned medan mätetal skapas nerifrån-upp då de professionella är mer insatta i vilka specifika mått som är av betydelse för styrkortet än vad politiker och ledning är. En annan faktor som påverkar implementeringen av BSc är den påverkan politikerna har på sjukvården. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 har riksdagen och landstingen ett övergripande ansvar för den svenska sjukvården. Detta innebär bland annat att budget, krav och rekommendationer för hur sjukvården ska styras måste tas i hänsyn vid anpassningen av den offentliga sjukvårdens styrkort.

Styrkortet kan också finnas på flera olika nivåer (Ericsson och Gripne, 2002). Detta betyder att sjukvården kan ha flera styrkort inom samma verksamhet. Ett exempel på detta är från en studie gjord på ett sjukhus i centrala Sverige som har implementerat BSc på fyra nivåer inom landstinget.

De ser BSc som ett kommunikationsverktyg som kopplar samman de hierarkiska nivåerna (Kollberg & Elg, 2011).

Ett av stegen i utvecklandet av att anpassa Balanced Scorecard till sjukvården är att bestämma hur styrkortet ska se ut (Philbin, 2011). Antal perspektiv och olika mätetal ska fastställas som enligt Ericsson och Gripne (2002) ska ge en balanserad bild av verksamheten. Forskning visar att olika verksamheter använder olika många perspektiv inom Balanced Scorecard. Originalmodellen består av fyra perspektiv (kund-, process-, ekonomi- och lärandeperspektiv) men Kollberg och Elg (2011) skriver i sin artikel att flera sjukvårdsorganisationer använder fem perspektiv istället för fyra. Det beror på att sjukvården även har ett medarbetarperspektiv som har tillkommit då personalen inom sjukvården spelar en viktig roll.

Inom offentlig sjukvård måste dessa perspektiv modifieras för att passa in på sjukvårdens verksamhet eftersom de mål och mätetal som är aktuella för vinstdrivande företag inte är aktuella för den offentliga sjukvården. Främst är det ekonomiperspektivet och kundperspektivet som måste modifieras. Kaplan (2002) menar att inom en offentlig verksamhet finns fokus på själva verksamheten eftersom vinst inte är det primära målet vilket betyder att ekonomiperspektivet inom BSc får en annan mening. En offentlig verksamhet har också en statlig finansierad budget att följa. Det innebär att inom ekonomiperspektivet är mätetal som mäter avkastning, kapital, tillväxt samt aktieägarnas kapital inte relevant för sjukvården (Sharma och Gadenne, 2011). Yuen och Ng (2012) visar på att sjukvården också kan använda mått inom ekonomiperspektivet som mäter exempelvis sjukvårdens kostnader.

Kundperspektivet har sitt ursprung i frågor som rör kunderna, men inom sjukvården kan det vara svårt att definiera vilka kunderna är. Är det staten, patienterna eller allmänheten som är kunderna? Otydligheten leder till att det kan vara svårt att mäta perspektivet eftersom definitionen av kunderna är otydlig. Många verksamheter inom sjukvården har döpt om kundperspektivet och kallar det patientperspektivet (Zelman, Pink & Matthias, 2003). Vidare skriver Zelman et al. (2003) om att till exempel relationer mellan personalen samt vårdkvaliteten kan bli svår att mäta, tolka och jämföra med andra organisationer men både personal, relationer och vårdkvalitet är viktiga attribut för sjukvårdskapaciteten.

Vi kan från tidigare forskning se att det finns flera orsaker till att den offentliga sjukvården måste anpassa sitt styrkort. Den offentliga sjukvården måste följa olika riktlinjer, lagar och budgetar. Verksamheten har också en annan funktion och har även en annan struktur än en vinstdrivande organisation. Detta innebär att ursprungsmodellen inte kan appliceras på verksamheten då perspektivens innehåll inte är relevant för verksamheten. Vi vill med vår studie fördjupa oss i dessa anpassningar genom att studera hur sjukvården har lyckats anpassa ett styrverktyg framtagen för vinstdrivande företag till den offentliga sjukvården. Vi kommer framförallt att studera hur den offentliga sjukvården har anpassat sina perspektiv genom att belysa vilka perspektiv de använder, samt vad perspektiven innehåller för mätetal och mål.

1.3 Syfte

Syftet är att skapa förståelse för hur offentliga sjukvårdsorganisationer har anpassat Balanced Scorecard med avseende på kund- och ekonomiperspektivet.

1.4 Avgränsning

Vi har i denna studie valt att begränsa oss till att studera vårt syfte inom sjukhus för att arbetet inte ska bli för abstrakt. Vi har även valt att endast hämta empiri från tre sjukhus inom ett landsting på grund av vår tidsbegränsning.

2. Metod

I metodkapitlet visar vi övergripande metodval samt vårt tillvägagångssätt. Här redogör vi vilka metoder, val och övervägande vi gjort under arbetets gång.

2.1 Övergripande metodval

I detta avsnitt som berör övergripande metodval redogör vi för vad som har haft betydelse för hur studien har blivit utformad. Det vetenskapsteoretiska synsättet presenteras här och dessutom presenteras också olika val vi har gjort för att säkerställa att studiens syfte uppnåts.

2.1.1 Kvalitativ ansats

Vid valet av ansats, utgick vi ifrån studiens syfte som är att "skapa förståelse". När valet stod mellan kvalitativ och kvantitativ ansats förstod vi att en kvalitativ ansats passade bättre in i studien då en kvalitativ forskning enligt Bryman och Bell (2005, s. 49) är en kvalitativ forskningsstrategi en strategi som inriktar sig mer på ord än siffror och används oftast i samhällsvetenskapliga frågor. Andersen (1994) beskriver att en kvalitativ forskningsmetod brukar beskrivas som tolkningsinriktad. Vidare beskriver författaren att kvalitativa forskningsmetoder utgår ifrån sociala fenomen som beskrivs på djupet vilket stämmer in på studien då vi har samlat in data från ett dussin intervjuer där vi har ställt frågor som har berört det valda ämnet på djupet.

2.1.2 Hermeneutisk forskningsmetod

Studien har inspirerats av ett hermeneutiskt forskningssätt då vi har valt att göra en kvalitativ studie där syftet grundar sig på begreppen tolkning och förståelse och detta är också vad Olsson och Sörensen (2011, s. 158) tolkar en hermeneutisk metod som. En forskare som använder sig av hermeneutik som tolkningslära arbetar med texttolkning, argumentationsanalys, tolkning av mänskliga upplevelser och handlingar (Patel och Davidson, 2011, s. 28). Enligt Olsson och Sörensen (2011, s. 29) närmar sig en hermeneutisk forskare en forskningsfråga på ett subjektivt sätt utifrån sin egen förförståelse. Författarna menar att den kunskap, de tankar, intryck och känslor forskaren har är inget hinder.

I arbetet med insamling av primärdata har vi använt oss av frågor som ger möjlighet till öppna svar. Detta har gjort att vi lättare kan tolka och förstå respondenternas bild av verkligheten. För att uppnå syftet har vi valt bort frågor där respondenten kan svara ja och nej för att undvika svar som

inte leder till en större förståelse. Detta är även något som styrks av Bryman och Bell (2005, s. 371) som menar att frågor som kan besvaras för att uppnå en djupare förståelse är “vad?” “var?” “hur?” och “varför?”.

Det finns två olika aspekter av hermeneutik, den normativa- och deskriptiva aspekten vid tolkningslära vid textanalys. Den normativa aspekten beskriver hur forskaren bör tolka olika företeelser, exempelvis texter och den deskriptiva aspekten tar upp vad som sägs hända under all tolkning (Barbosa da Silva och Andersson, 1993). Inom hermeneutisk tolkningslära pratas det ofta om rimlig tolkning och krav på rimlig tolkning: språklig rimlighet, logisk rimlighet och normativ rimlighet. Vi vill med språklig-, logisk- och normativ rimlighet undvika vanliga skriftliga misstag som beskrivs nedan.

Barbosa da Silva och Andersson (1993) diskuterar begreppet språklig rimlighet. De menar att en korrekt tolkning alltid bör vara grammatiskt rimlig alltså morfologiskt, syntaktiskt och semantisk riktig. Motsägelser skall undvikas i både tal och skrift eftersom att tal, satser och texter som innehåller motsägelser inte kan förmedla ett entydigt budskap eller korrekt information. Med logisk rimlighet menas att en tolkning är fri från motsägelser. Med normativ rimlighet menas att en tolkning skall vara normativt konsekvent. En tolkning sägs vara rimlig i normativt avseende om den inte uttrycker två eller flera moraliska värderingar, normer, befallningar eller plikter som strider mot varandra, ett exempel: “Alla människor bör ha yttrandefrihet enligt FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Men de svarta i Sydafrika skall inte ha yttrandefrihet”. Detta exempel innehåller både en logisk motsägelse och två motstridiga värderingar (Barbosa da Silva och Andersson, 1993).

Eftersom studien bygger på tidigare forskning har vi fått tolka andras texter. Detta har medfört till att vi har färdats från att ha en viss förförståelse till förståelse, vilket också stärks av Gummesson (2003) som påpekat detta tillvägagångssätt, där en hermeneutisk forskare går igenom den så kallade hermeneutiska spiralen. Vi hade sedan innan en förförståelse för BSc då ämnet har gjort sig bekant i tidigare kurser. Denna förförståelse var mer eller mindre bara grundläggande och det fanns inget djup i förförståelse. Under studiens gång har vi byggt upp en djupare förståelse genom både vetenskapliga texter och intervjuer med respondenter. Patel och Davidson (2011 s. 30) menar att det inte finns någon bestämd utgångspunkt eller slutpunkt för tolkningsakten. Vidare menar de

att forskaren färdas mellan text, tolkning och förståelse, där ny förståelse når en förförståelse till nästa moment.

2.1.3 Abduktion

Det finns olika synsätt för en forskare att se på teori och empiri. Bryman och Bell (2005, s, 31-32) beskriver att det induktiva förhållningssättet är aktuellt för de forskare som använder sig av kvalitativa forskningsmetoder och det deduktiva förhållningssättet är aktuellt för de forskare som vill skapa hypoteser utifrån teori. Det induktiva- och deduktiva förhållningssättet stämmer endast in på delar av studien och därför har vi valt att utgå ifrån ett abduktivt förhållningssätt mellan teori och empiri som enligt Patel och Davidson (2011) beskrivs som ett synsätt där forskaren testar sin hypotes eller teori i ett enskilt fall. Det abduktiva förhållningssättet kan i sin tur skapa nya synsätt på den testade hypotesen eller teorin. Enligt Olsson och Sörensen (2011 s. 48) är abduktion en växling mellan deduktivt och induktivt synsätt. Det är något som vi ansåg stämde in i studien då vi utifrån ett flertal intervjuer skulle låta empiri möta teori som skulle leda till en slutsats inom det studerade området.

2.2 Tillvägagångssätt

Med utgångspunkt i de övergripande metodvalen skall detta delavsnitt förtydliga hur vi hade tänkt att studien skulle utformas för att kunna genomföra denna studie på ett trovärdigt sätt. Nedan presenteras vilka metoder som har använts för denna studie och vilka val vi har gjort för att skriva en trovärdig studie. I slutet av detta avsnitt presenteras de kvalitetskriterier som studien ska uppnå för att uppnå målen av en kvalitativ studie.

2.2.1 Primär- och sekundärdata

Eftersom studien är baserad på att jämföra teori med empiri har vi använt oss av både primär- och sekundärdata. Enligt Eriksson och Wiederheim-Paul (2014) är primärdata data det som författaren samlat in själv och därför oftast innehåller ny information, medan sekundärdata är all data som är insamlad av någon annan. I vår studie är består primärdata av tolv intervjuer och sekundärdata som vi har använt oss av är vetenskapliga artiklar, böcker, forskningshandlingar och hemsidor. I den inledande processen av studien har vi enbart använt oss av sekundärdata då vårt inledningskapitel grundar sig i tidigare forskning. Den tidigare forskningen är grunden för vårt arbete och utgör också den teoretiska referensramen. Det finns även nackdelar med sekundärdata vilket kan exempelvis vara tillgängligheten och kvaliteten (Mälardalens Högskola, 2014).

Tillgängligheten kan vara begränsad. Sekundärdata kan också vara lättillgänglig men att kvaliteten inte är tillräcklig istället. En annan nackdel med sekundärdata är felaktigheter i sekundära källor (Mälardalens Högskola, 2014).

2.2.2 Litteraturinsamling och teoretisk referensram

Denna studie började genom att vi samlade in generell information om ämnet BSc för att skapa en förkunskap till ämnet. Syftet tog sin form efter den problemdiskussion vi formulerat som diskuterade tidigare forskning om ämnet “anpassning av Balanced Scorecard inom sjukvården”.

I arbetet har vi främst använt oss av vetenskapliga artiklar och böcker till studien, men vi har även använt ett fåtal källor från Internet. De vetenskapliga artiklarna vi har med i studien är hämtade från olika databaser som Högskolan i Gävle tillhandahåller för deras elever. De vetenskapliga artiklarna har hämtats ifrån databaser som bland annat Scopus, Google Scholar, ScienceDirect, Wiley Online Library och Emerald. Sökord som använts (kombinerade eller var för sig) i samband med att hitta vetenskapliga artiklar är bland annat balanced scorecard, performance measurements, public sector, design, strategy map, health care, swedish health care, development, generations, measurements, perspectives och non-profit organisations. För att få tag på trovärdiga vetenskapliga artiklar har vi sökt oss igenom de databaser som nämnts. Artiklarna har sedan lästs igenom och utvärderats. De artiklar som vi ansåg var relevanta och kunde bidra med något till arbetet har vi valt att ha med i studien.

Vi har även använt oss av manuell sökning. Detta sätt rekommenderas av Forsberg och Wengström (2013, s. 74) som anser att det går att hitta många relevanta studier på detta sätt. Med manuell sökning menas att vi har hittat relevanta artiklar via artiklars referenslistor. Metoden har hjälpt oss att hitta artiklar som inte har hittats via sökord.

Vid sökning av relevanta böcker sökte vi dels genom Karlshamns stadsbibliotek och dels genom Stockholms stadsbibliotek samt Lidingö kommuns bibliotek, med sökord som bland annat Balanced Scorecard, balanserad styrning och vetenskapliga metoder. Strategin beskrivs av Forsberg och Wengström (2013, s. 74) som en ganska vanlig teknik vid insamling av litteratur. Vi har även letat efter litteratur som är sorterade under kategorin filosofi för att hitta litteratur som användes till metodkapitlet samt under kategorin företagsekonomi för att hitta litteratur som kunde passa bra till studien. Tidigare kurslitteratur har också varit användbart i denna studie.

2.2.3 Källkritik

Patel och Davidson (2011, s. 68-69) skriver att forskare måste ta reda på var och när dokumentet tillkommit. Det är också viktigt att förstå varför dokumentet uppkommit och vilket syfte upphovsmannen hade med dokumentet. Läsare som läser dokumentet måste ta ställning till hur pålitligt dokumentet är. Frågor som rör påverkan, tid och område bör diskuteras. I denna studie har vi främst valt artiklar som kommer från olika databaser då dessa skall ha hög trovärdighet. Valet av böckerna känns också relevanta för området eftersom vi har sökt på sökord som har med forskningsämnet att göra. Författarna till dessa böcker känns trovärdiga eftersom de har kunskap och erfarenhet inom området. Vi har i största möjliga mån försökt undvika webbsidor som källor då det oftast inte står vem som publicerat fakta på den aktuella sidan, dock så har det ibland inte kunnat undvikas.

Patel och Davidson (2011, s. 69) påpekar att frågeställning och tid spelar en viktig roll. Tidsaspekten kan ha en betydande roll i processen om arbetet blir pålitligt eller inte. Det är viktigt att avgränsa sig i sitt sökande för att inte få en allt för bred sökning av källor. Det kan leda till att studien blir felaktig eftersom forskaren inte har tid att gå igenom all forskning. Vidare menar de att den som vill kan bevisa i stort sett vad hen vill genom att välja endast de källor som stödjer det hen vill bevisa. Patel och Davidson (2011) nämner att oavsett hur forskaren väljer att göra är det viktigt att de källor som väljs ut stöds av de idéer som står till grund för sökningen. Vår studie är begränsat till specifika sökord. Vi har även sorterat dem efter relevans för att underlätta sökandet efter artiklar som kan vara till hjälp för studien men också sorterat dem efter årtal. Vi har dock valt att ta med källor i studien som är äldre än 10 år gamla. Källorna kan anses som inaktuella, men vi har sett att ny forskning fortfarande refererar till ett flertal gamla artiklar och böcker som lästs och därför har vi valt att ta med dessa.

2.2.4 Fallstudie

Vid val av kvalitativ metod valde vi en fallstudie som design. Bryman och Bell (2005, 84-85) beskriver att en fallstudie inriktar sig på en djupgående studie vilket passade in på syftet. Yin (2007, 31) beskriver att en fallstudie är en empirisk undersökning som "studerar en aktuell företeelse i dess verkliga kontext". Anledningen till att studien är en fallstudie är att vi har en begränsad tid samt begränsade resurser. En fallstudie är ett bra tillvägagångssätt för att få en uppfattning om hur något ser ut eller hur något går till med hjälp av begränsat utrymme (Ejvegård, 2003). Yin (2007) beskriver att en fallstudie är ett bra metodval när frågor om "hur?" och

“varför?” ställs. I fallstudien har vi valt att använda oss av kvalitativa intervjuer där svaren på intervjufrågorna kommer ställas mot den teoretiska referensramen i analysen. Det finns olika sorters intervjutekniker så som strukturerade, ostrukturerade och semi-strukturerade intervjuer men i studien har det använts semi-strukturerade intervjuer och detta förklarar vi mer i nästa avsnitt.

2.2.5 Intervjuer

Enligt Yin (2007, s. 116-117) är intervjuer en vanlig metod vid fallstudier. På grund av vårt val att göra en kvalitativ studie där fallstudie som design har valts anses intervjuer som en lämplig metod för insamling av data (Bryman och Bell, 2005, s. 95). Vi valde att utföra semi-strukturerade intervjuer eftersom den sortens intervjuer innebär att frågorna har öppna svarsalternativ och respondenterna har en möjlighet till att uttrycka sin åsikt. Det ger också en möjlighet till diskussion och skapar en bättre förståelse för ämnet i fråga. Vi har enligt rekommendationer från författarna Patel och Davidson (2011) använt oss av en intervjuguide där frågorna berör ett specifikt tema men att möjligheten att ställa följdfrågor och ytterligare frågor finns för intervjuarna.

Vi att intervju våra respondenter via telefon. Valet av att göra telefonintervjuer berodde på ekonomiska förutsättningar och tidsbrist eftersom ingen av oss bor nära det landsting där sjukhusen finns. Bryman och Bell (2005, s. 220) påpekar att telefonintervjuer underlättar hanteringen och genomförandet av intervjun. Telefonintervjuer eliminerar också risken för den så kallade intervjuareffekten som kan ske vid personliga intervjuer. Det innebär i korthet att respondenten blir påverkad av visuella faktorer som exempelvis utseende, kön, ålder eller etnisk bakgrund (Bryman & Bell, 2005, s. 220). Genom att göra telefonintervjuer kunde vi eliminera den sortens risk i stor utsträckning, det enda respondenterna kunde påverkas av var våra röster och dialekt. Det finns dock också nackdelar med telefonintervjuer. Enligt Bryman och Bell (2005, s. 220) är det lättare att vid personlig intervju att skapa en öppen och vänskaplig intervju med respondenten. Författarna hävdar även att telefonintervjuer anses vara mindre lämpliga eftersom intervjuaren inte kan reagera på respondentens ansiktsuttryck som kan visa undran eller osäkerhet (Bryman & Bell, 2005, s. 221).

I denna studie har antalet intervjuer bestämts av mättnaden av information. Bryman och Bell (2005, s. 351) beskriver att vid grundad teori fortsätter forskaren att samla in data till att en

teoretisk mättnad uppstår. Teoretisk mättnad uppstår då ingen ny eller relevant data uppkommer inom ett specifikt ämne. Studien har inspirerats av grundad teori och därmed är den inspirerad av den så kallade teoretiska mättnaden. När vi hade gjort ett dussin intervjuer ansåg vi att studien inte fick fram mer matnyttig information och därför bestämde vi oss för att inte utföra fler intervjuer.

2.2.6 Urval

I studien har använts icke-sannolikhetsurval. Bryman och Bell (2005, s. 185) beskriver att icke-sannolikhetsurval är ett urval som fås fram på annat sätt än genom slumpmässig urvalsteknik. Genom denna teknik har vi kunnat påverka valet av respondenter så att de är relevanta för studien. Syftet är inte att generalisera, vilket kräver mer tid och resurser än vad vi hade tillgång till. Vi ville med hjälp av urvalet kunna se samband och kunna dra paralleller till den tidigare forskningen.

En viktig faktor för urvalet av respondenter var att organisationerna hade BSc som styrfilosofi. Förutom att organisationerna använder BSc har vi även valt organisationer inom sjukvården. För att ytterligare minimera urvalet har vi endast intervjuat personer som är engagerade och insatta i verksamheternas BSc. Detta beror på att vi ville minimera risken för att intervju respondenterna som inte har tillräcklig insyn om hur företagets BSc fungerar i verksamheten vilket annars medför att studien blir mindre pålitlig. Respondenterna i empirin arbetar inom landstinget i Jönköpings län. De vi har intervjuat arbetar på något av de tre sjukhusen i landstinget eller för landstingets kansli.

2.2.7 Intervjufrågor

Intervjufrågorna är framtagna med inspiration från teorikapitlet samt från problemdiskussionen. Syftet har varit utgångspunkten för att formulera intervjufrågor. Vi har valt att eliminera frågor där respondenten kan svara ja eller nej, något som styrks av Yin (2007) som beskriver även att i en fallstudie ska frågorna vara öppna, vilket innebär att respondenten kan svara med ett faktum och uttrycka sina åsikter. Yin (2007, s. 117) menar att det är viktigt att lägga betoning på ordet "varför" i en intervju eftersom det är viktigt att ta reda på anledningen till vissa skeenden. Bryman och Bell (2005, s. 369) rekommenderar att de som ska intervju bör göra en intervjuguide. Intervjuguiden ska gärna innehålla teman och stöd för frågor. Intervjuguiden ska inte vara specifik utan en guide där det finns rum för andra frågor än de som är nedskrivna för att stimulera nya idéer och synsätt under fältarbetet. I förarbetet har vi skapat en intervjuguide där vi skrivit ner de

frågor som skapat en grund för intervjuerna. Under intervjuerna har vi även tagit oss friheten att lägga in följdfrågor om det har behövts för att få en djupare förståelse.

2.2.8 Intervjudokumentation

Yin (2007, s. 84) beskriver att det är viktigt att den som intervjuar har god förmåga att lyssna. En god lyssnare kan återskapa stora mängder med information som sagts. Eftersom det är svårt att komma ihåg allt som sägs under en intervju har vi därför tagit hjälp av en inspelare. Utan att spela in en intervju kan intervjuaren gå miste om viktiga detaljer så som viktiga meningar eller på sättet respondenten uttrycker sig (Bryman & Bell, 2005, s. 489-490). Till studien har vi använt oss av mobiler som inspelare för att sedan kunna lyssna på intervjuerna igen och kunna transkribera det som sägs för ett mer specifikt underlag. Annars finns risken att materialet blir förvrängt. Bryman och Bell (2005, s. 489) menar att detta sätt att dokumentera sina intervjuer på är viktig för den detaljerade analysen. Yin (2007, s. 119) påpekar att den som intervjuar aldrig ska använda en bandspelare om inte personen som blir intervjuad godkännt det. Dock menar Bryman och Bell (2005, s. 490) att en person som inte vill bli inspelad ska intervjuas ändå, utan inspelare. Detta beror på att sannolikheten för att få viktig och intressant information är stor ändå. Vi har under våra intervjuer frågat våra respondenter om det är okej att spela in samtalet, detta har dock varit okej med alla respondenter.

2.2.9 Analysmetod

Studien är inspirerad av metoden Grounded Theory. Enligt Glaser och Strauss (1967) som utvecklade Grounded Theory är det en systematisk metod där teorin byggs upp genom analys av data. Vidare menar författarna att det utmärkande draget i denna metod är kodningen som det är tänkt att forskarna ska använda. Bryman och Bell (2005, s. 449) refererar till Strauss och Corbin (1998, s. 12) som definierar Grounded Theory som följande:

“..teori som härletts från data som samlats in och analyserats på ett systematiskt sätt under forskningsprocessens gång. I denna metod finns det ett nära samband mellan datainsamling, analys och den resulterade teorin”.

Patel och Davidson (2011, s. 31-32) beskriver att den insamlade empirin ska kategoriseras i olika koder. Dessa koder utgör en viktig del för Grounded Theory där forskaren sätter namn eller etiketter på olika delar som är av teoretiskt betydelse (Bryman och Bell, 2005, s. 450). De olika

koderna består av exempelvis anteckningar från intervjuer, protokoll etc. Vi har i vårt arbete inspireras av begreppet "teoretisk mättnad" som innebär att när forskaren anser att ny data inte ger någon ny information uppstår teoretisk mättnad och insamlingen av data upphör.

Analysmetoden vi använt oss av är ett antal steg som Bryman och Bell (2005, s. 457-459) beskrivit. Det första steget var att börja med kodningen så fort som möjligt. Bryman och Bell (2005, s. 457) påpekar att forskaren annars kan "drunkna" i all den informationen om forskaren väntar till all datainsamling är klar. I det andra steget har vi läst igenom och antecknat det som utmärkt sig i transkriberingen. Vi har bundit ord och meningar i transkriberingarna och sett över olika sammanhang som förekommit. Detta beskrivs av Bryman och Bell (2005, s. 458) som själva kodningen. Kodningsprocessen har skett fortlöpande under insamlade av empiri för att kategorisera vår insamlade data.

Vår empiri kodade vi efter tre teman som även användes i den teoretiska referensramen. De tre teman som har använts i studien är; "allmän anpassning", "anpassning av BSc perspektiven", "anpassning av kund- och ekonomiperspektivet".

För att förstå anpassningen har vi först valt att redogöra både i teori- och empirikapitlet allmänt om styrkortets anpassning eftersom vi upptäckte att den offentliga sjukvården är en komplicerad verksamhet. Därför ville vi först skriva om tidigare forskning som berör ämnet mer allmän och vad som har påverkat anpassningen av BSc. Teorin och empirin om den allmänna anpassningen ska leda till en förförståelse som sedan byggs vidare av de två andra temana som fokuserar på ämnet på en djupare nivå genom att redogöra anpassningen av de olika perspektiven med ett större fokus på ekonomi- och kundperspektivet. Varje tema är ett steg mot en djupare förståelse för anpassningen av sjukvårdens BSc.

Våra tre teman är även återkommande i analysen eftersom vi använder våra teman som struktur för analysen där vi har låtit empiri möta teori.

2.3 Kvalitetskriterier

Bryman och Bell (2005, s. 304) påpekar att forskare inom kvalitativa metoder anser att begreppen reliabilitet och validitet är mindre relevanta än vid kvantitativ forskning. Dock menar Bryman och

Bell (2005, s. 306) att det finns alternativa kriterier inom kvalitativa metoder. Dessa kriterier är tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet och konfirmering eller bekräftelse.

Med tillförlitlighet menar Bryman och Bell (2005, s. 307) att det finns flera sätt att beskriva en verklighet på. Författarna påpekar att det är beskrivningen runt omkring som är det centrala och det som avgör om forskaren är trovärdig eller inte. Bryman och Bell (2005, s. 307) skriver även att det är viktigt att all forskning sker enligt de regler som finns. Vidare menar de att forskarna ska rapportera resultaten till respondenterna så att forskarna har uppfattat verkligheten på samma sätt som respondenterna lever i. Dock har vi inte kunnat låta respondenterna kommentera resultatet på grund av tidsbristen för att slutföra studien, vilket var planerat från början. Däremot anser vi att våra inspelningar har skapat en större trovärdighet till vår studie eftersom vi inte har kunnat förvränga det som har sagt då vi har allt inspelat istället för att förlita oss på vårt minne.

Överförbarhet utgår enligt Bryman och Bell (2005, s. 307) ifrån att fokusera på djupet kring den kvalitativa forskningsfrågan där en liten grupp med människor är av betydande roll för att förstå den sociala verkligheten. Bryman och Bell (2005, s. 307) beskriver att det är viktigt med en "fyllig" beskrivning för att redovisa alla detaljer i en specifik kultur. I studien har vi använt oss av semi-strukturerade intervjuer för att skapa vår syn på den sociala verklighet som råder inom forskningsfrågan. Genom semi-strukturerade intervjuer finns det rum för att respondenten själv målar upp den verklighet hen anses leva i. Det gör det lättare för oss att beskriva mer ingående om fallet.

Pålitlighet har sin grund i att studien har utförts på ett korrekt vis. Bryman och Bell (2005, s. 307) redogör att hela forskningsprocessen från problemformulering fram till analys och slutsats är skriven på ett korrekt vis. Bryman och Bell (2005, s. 307) rekommenderar att forskarna tar hjälp av andra för att säkerställa att processen går rätt till. Vi har tagit hjälp av våra handledare samt vår examinator för att säkerställa att vi har gjort vårt arbete enligt de regler som finns för ett examensarbete. Vi har även redovisat vårt tillvägagångssätt i detta metodkapitel för att öka pålitligheten men vi har också låtit nära släktingar ta del av vårt arbete för rättning av stavfel och grammatik eller andra uppenbara fel som kan dra ner arbetets pålitlighet.

Den sista kategorin som Bryman och Bell (2005, s. 307-308) diskuterar är möjligheten till att

styrka och konfirmera. Med det menas att forskaren måste inse att det inte är möjligt att kunna skapa en fullständig objektivitet. Det är viktigt att forskaren håller personliga värderingar borta från studien och inte låter det påverka resultatet. Dock är vi medvetna om att studien har påverkas av egna tolkningar som i sin tur har påverkat analysen och slutsatsen, men vi har haft i åtanke under studiens gång att försöka hålla isär personliga värderingar från våra tolkningar från resultat, analys och slutsats.

3. Teoretisk referensram

I detta avsnitt redovisar vi vår teoretiska referensram som grundar sig i tidigare forskning. Detta kapitel beskriver Balanced Scorecards originalmodell, Balanced Scorecard inom sjukvården och tidigare forskning om de olika perspektiven inom sjukvården.

För att förstå anpassningen av ett styrverktyg har vi valt att presentera den teoretiska referensramen i två delar. Den första delen ska introducera läsaren för BSc. Avsnitt 3.1 förklarar hur originalmodellen av BSc ser ut och förklarar hur modellen har utvecklats sedan styrverktygets uppkomst. Sedan redovisar vi vad tidigare forskare har kommit fram till om anpassningen av BSc till andra branscher och miljöer.

Den andra delen av den teoretiska referensram inriktar sig på sjukvårdens BSc där vi presenterar tidigare forskning om anpassningen av BSc. Vi har i denna del valt att skriva utifrån tre teman som är; “allmän anpassning i sjukvården”, “anpassning av BSc perspektiven” och “anpassning av kund- och ekonomiperspektivet”. Hur vi har kommit fram till dessa teman beskrivs närmare i metodkapitlet.

3.1 Bakgrund

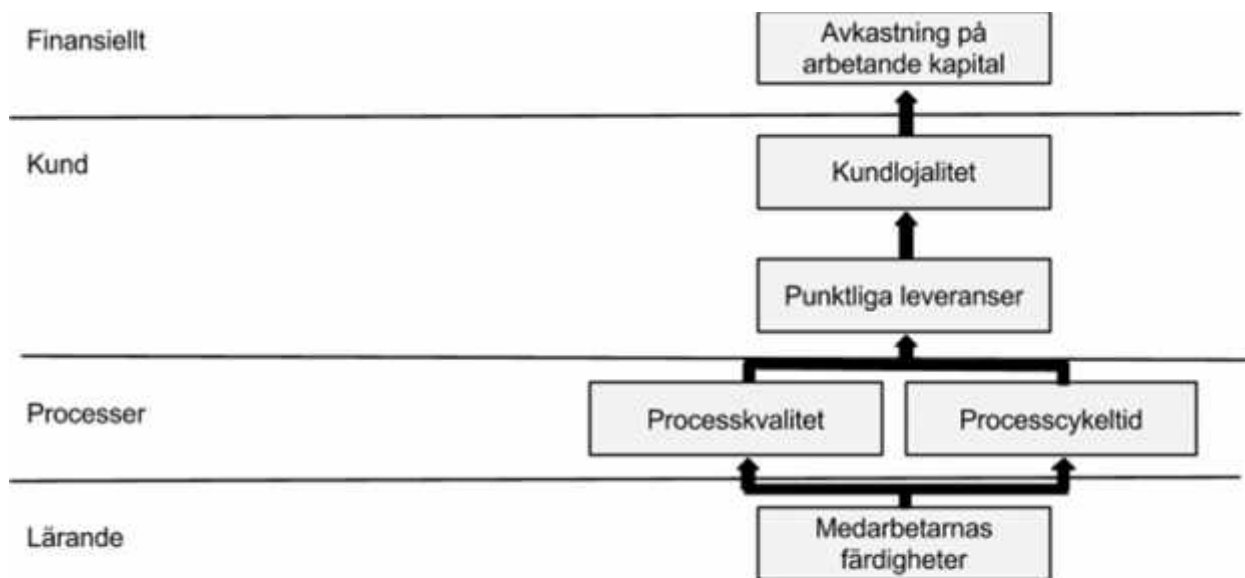
3.1.1 Balanced Scorecard

BSc har funnits sedan i början på 1990-talet och är en amerikansk styrfilosofi som grundades av Norton och Kaplan (Kaplan & Norton, 1999). BSc introducerades som ett nytt verktyg för att åtgärda brister i den traditionella styrningen, genom att få en mer balanserad styrning där fokus flyttas från den traditionella budgetstyrningen till att också fokusera på de icke-finansiella måtten (Johanson, Skoog, Backlund & Almqvist, 2006). Olve et al. (1999) menar att modellen ska ses som ett verktyg för att översätta en abstrakt vision och strategi till konkreta mått och mål. Enligt Ericsson (2006) är BSc framtagen för att hjälpa organisationer att genomföra sina visioner och strategier. Modellen utgår ifrån fyra perspektiv; ekonomiperspektivet, kundperspektivet, interna processperspektivet samt lärande- och förnyelseperspektivet. Dessa fyra perspektiv anger ramarna för BSc (Kaplan och Norton, 1999). Bakom dessa perspektiv finns en uttalad vision och strategi. Dessutom ska företagen formulera mål, mått, konkreta målsättningar och handlingsplaner för vart och ett av perspektiven (Kaplan och Norton, 1999).

BSc har idag blivit svårare att definiera eftersom modellen har utvecklats sedan i början på 90-talet till flera olika generationer som har påverkat modellens utformning. Balanced Scorecard finns idag i tre utvecklade generationer som också har olika versioner (Perkins, Grey & Remmers, 2014).

I den allra första versionen inom den första generationens BSc var modellen fortfarande inte fullt utvecklad. Modellen kom på tidigt 90-tal och den bestod av fyra perspektiv; kundperspektivet, interna processperspektivet, lärandeperspektivet och ekonomiperspektivet. De fyra perspektiven uppkom på grund av behovet att fokusera på andra frågor än enbart de finansiella frågorna. De fyra perspektiven skapade ett större fokus på icke-finansiella måttetal (Lawrie & Cobbold, 2004). Snart efter utvecklandet av den första generationen utvecklades modellen vidare till en ny version. Varje perspektiv kunde brytas ner i konkreta strategier och mål som sedan kunde mätas (Perkins et al., 2014).

Schobel och Scholey (2012) skriver att Kaplan och Norton erkände snabbt att måttetal som inte var kopplade till strategin var ineffektiva och introducerade därför den andra generationen av BSc. Den nya modellen inkluderade ett annat verktyg som var en strategikarta för att visa sambandet mellan prestationsmått och företagsstrategi. Lawrie och Cobbold (2004) skriver även om att den andra generationen tillförde ett orsak-verkan-samband. Orsak-verkan-sambandet ska få verksamheten att skapa en modell med samband mellan de olika måtten i deras styrkort (Olve, Roy & Wetters, 1999). Enligt Kaplan och Norton (1999) bör mätsystemet utgöra sambanden (hypoteserna) mellan målen och styrtalen i de olika perspektiven, detta ska göra att de är konkreta så att de kan styras och bekräftas. Som exempel kan sambanden ange att värdena på vissa mått beror på andra mått; nöjdare kunder leder till återkommande kunder som köper mera, vilket ökar vinsten (Olve et al., 1999). I styrkortet bör orsakskedjan framgå i alla perspektiven för att den ska fungera. Nedan ser ni en figur över orsak-verkan-samband.



Figur 1: Orsak-verkan-samband
Källa: Kaplan & Norton, 1999, s. 37

Figuren visar ett exempel som Kaplan och Norton (1999) diskuterar i sin litteratur om hur avkastning på arbetande kapital i ekonomiperspektivet påverkas av de andra perspektiven. Faktorn bakom detta måttetal skulle kunna vara upprepade och utökade köp från företagets befintliga kunder. Alltså innebär detta en hög kundlojalitet, därmed så inkluderas kundlojalitet i kundperspektivet, det vill säga det finns ett samband mellan avkastning på arbetande kapital och kundlojalitet. Vidare får företaget undersöka hur de ska få lojala kunder. Detta kan göras med hjälp av en analys av kundernas önskemål då de möjligen sätter stort värde på punktliga leveranser vilket då leder till högre kundlojalitet, vilket i sin tur leder till ett bättre ekonomiskt resultat. Därför tar företaget upp både kundlojalitet och punktliga leveranser i kundperspektivet (Kaplan & Norton, 1999). Under nästa perspektiv så får företaget ta reda på vilka interna processer som företaget skall behärska för att uppnå de punktliga leveranserna. Det visar sig kanske att företaget måste ha kortare processcykeltider och måste öka sin processkvalitet. Vidare måste företaget undersöka hur de ska komma fram till det. Företaget kanske kommer fram till att utbildning av driftpersonalen skulle kunna uppnå detta, därför lägger de in det under lärande- och förnyelseperspektivet. Detta har nu blivit en orsakskedja mellan BSc:s fyra perspektiv (Kaplan & Norton, 1999).

Enligt Perkins et al. (2014) som refererar till Kaplan och Norton (2000) infördes strategikartan för att ge företaget en visuell ram för företagets viktigaste mål inom varje perspektiv där strategiska

mål, framgångsfaktorer och måttal finns med. Strategikartorna tog upp idén om att inte bara titta på strategiska kopplingar mellan åtgärder utan också titta på kopplingar mellan strategiska mål. Utifrån ett ledarskapsperspektiv är strategikartan också bra för att omvandla sina resurser i exempelvis initiativ, resurser och immateriella tillgångar till ett konkret resultat (Perkins et al., 2014). En utveckling av generation 2 spinner vidare på denna idé, genom att undersöka hur immateriella tillgångar passar in i den övergripande strategi kartan. Kaplan & Norton (2004a) beskriver dessa immateriella tillgångar som;

Humankapital: företagets anställdas talang, kompetens och kunskap

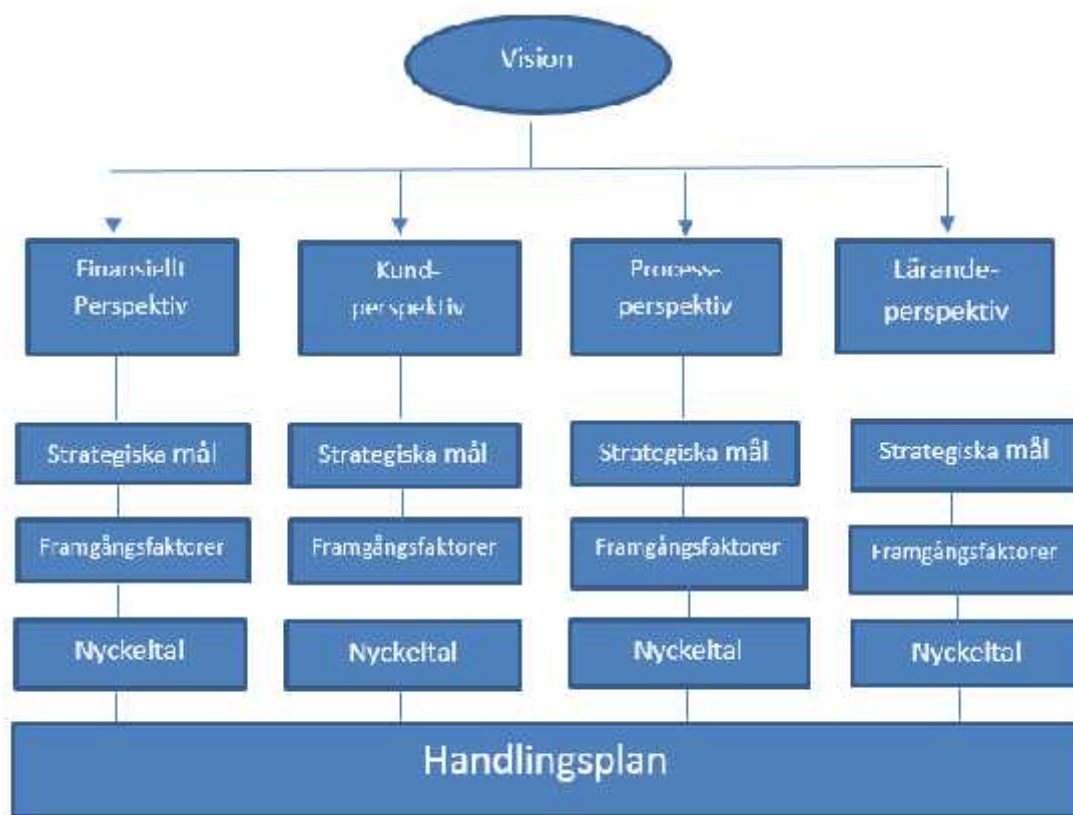
Informationskapital: företagets databaser, informationssystem, nätverk och tekniska infrastruktur.

Organisationskapital: företagets kultur och ledarskap.

Den största skillnaden mellan BSc 2.0 och 2.1 är att strategikartan skall analyseras i ett nerifrån-upp perspektiv. Genom ett nerifrån-upp perspektiv kan företagen lättare se hur immateriella tillgångar kan avgöra utförandet av interna organisatoriska processer. Dessa orsakssamband kan sedan användas för att se hur de immateriella tillgångarna avser företagets strategi och övergripande resultat (Perkins et al., 2014).

I generation 3 av Balanced Scorecard infördes den så kallade "destinationsredogörelsen". I redogörelsen ska företaget beskriva på en till två sidor hur organisationen ska se ut efter en bestämd tidpunkt (Perkins et al., 2014). Redogörelsen ska identifiera brister i de åtgärder som valts för styrkortet. På så sätt ska cheferna se över orsakssamband mellan strategi och mått samt de övergripande målen som i framtiden ska generera i ett bättre val av strategi och mål. I version 3.1 har även perspektiven minskats ner till två perspektiv. De två perspektiven är utfall- och aktivitetsperspektivet. Utfallsperspektivet ska ersätta kundperspektivet och ekonomiperspektivet medan aktivitetsperspektivet ersätter lärande- och tillväxtperspektivet och processperspektivet (Lawrie & Cobbold, 2004). Barney, Radnor, Johnston & Mahon (2004) hävdar att dessa två perspektiv ska göra det enklare för organisationer i den offentliga sektorn att inte köra fast vid kategorisering av åtgärder. Fallstudier om den tredje generationens BSc visar en förbättring i jämfört med tidigare generationer i att mindre tid krävs i designprocessen för BSc (Shulver, Lawrie & Anderson, 2000; Shulver & Antarkar, 2001; Lawrie & Cobbold, 2004).

Vid implementering av BSc är det första steget enligt Kaplan och Norton (1999) att utföra en SWOT-analys. Med hjälp av analysen ska verksamheten identifiera hur nuläget ser ut där SWOT står för styrkor, svagheter, möjligheter och hot. SWOT-analysen ska i sin tur klargöra vilken vision och strategi verksamheten ska ha som utgör nästa steg i processen (Helms & Nixon, 2010). Visionen ska tydliggöra åt vilket håll företaget ska genom att formulera vad företaget eller verksamheten vill uppnå i framtiden (Helms & Nixon, 2010). Visionen behöver inte vara realistisk och mätbar utan kan istället vara inspirerande. När visionen är formulerad krävs vidare formulering av strategier (Kaplan & Norton, 1996). Strategierna formuleras med hjälp av SWOT-analysen och är till hjälp för att uppnå visionen och bildar de ramar för hur verksamheten ska agera. När visionen och strategierna är formulerade ska verksamheten välja antal perspektiv och vilka områden de ska täcka (Kaplan, Norton, 1996). Inom varje perspektiv klargörs sedan de strategiska målen. Målen kan formuleras i olika tidsperspektiv och ska hjälpa verksamheten att nå visionen inom perspektivet (Self, 2004). Inom varje perspektiv ska sedan mätetal fastställas. Med hjälp av måtten ska verksamheten kunna bedöma om verksamheten går åt rätt eller fel håll. Måtten ska vara kopplade till de strategiska målen och mål ska sättas för varje mätetal. Målsättningen skapar förutsättningar för att verksamheten ska kunna bedöma vid en specifik tidpunkt om de strategiska målen har uppfyllts (Self, 2004).



Figur 2: Ett exempel på en strategikarta (egengjord).

Ekonomiperspektivet inriktar sig på det ekonomiska. Ekonomiperspektivet ska rikta in sig på vad som har hänt och fungerar som riktlinjer för de andra perspektiven (Kaplan & Norton, 1996). På så sätt kan organisationen planera framtida åtgärder. Ekonomiperspektivet utgår ifrån gamla metoder inom verksamhetsstyrning där nyckeltal har en viktig roll (Kaplan & Norton, 1996). Det kan mätas månadsvis, kvartalsvis och årsvis. Utifrån hur resultatet från tidigare period ser ut ska strategier tas fram för kommande period där nyckeltal och resultat- och balansräkningen används som underlag (Ericsson & Gripne, 2002). Inom vinstdrivande företag ska alla nyckeltal som används ha ett samband med de andra perspektiven och varje nyckeltal som företaget har valt ska ingå i en orsakskedja för att sedan generera ett bättre resultat. Ekonomiperspektivet bär också huvudrollen som ska erbjuda vägledning till de övriga perspektiven (Kaplan & Norton, 1999). I ursprungsmodellen ska de finansiella målsättningarna och nyckeltalen uppfylla två syften: de ska definiera det ekonomiska resultatet som strategin skall uppnå och de fungerar som högsta referens för målsättningarna och nyckeltalen i de övriga perspektiven (Kaplan & Norton, 1999).

Kundperspektivet fokuserar på att identifiera företagets marknadssegment (Punniyamoorthy &

Murali, 2008). Företaget ska beskriva hur och vilka kundvärden som ska tillfredsställas, men också varför kunderna ska vara beredda att betala för de varor eller tjänster som erbjuds (Kaplan & Norton, 1996). I vinstdrivande företag är detta perspektiv hjärtat i styrkortet då verksamheten är beroende av kunderna. Det är kunderna som skapar intäkterna genom sitt konsumerande av företagets varor eller tjänster och får verksamheten inga intäkter så går verksamheten i konkurs (Olve et al., 1999). Kundernas lojalitet är verksamhetens högsta prioritet, därför handlar arbetet mycket om på vilket sätt företaget kan öka och försäkra sig om kundernas lojalitet. Företagen måste därför sätta sig in i och förstå i detalj kundernas köpprocess. Olve et al. (1999) uppger exempel på mått som används inom perspektivet och de är nöjdhetsindex, kundbesök i tid, kundlojalitetsindex, varumärkesindex och interna/externa IT-kunder.

Interna processperspektivet fokuserar på de inre processerna i organisationen samt på arbetssättet. Enligt Kaplan & Norton (1999) har vinstdrivande företag lagt fokus på de interna processer som tillfört rätt kundvärden samt att ägarnas krav och önskemål uppfyllts. Perspektivet inriktar sig på framtiden och ska ge en helhetsbild av vad företaget har för processer (Ericsson & Gripne, 2002). Enligt Sainaghi, Philips & Corti (2013) ska chefer identifiera kritiska interna processer där organisationen måste förbättra sig. Olve et al. (1999) har som förslag att definiera processerna med hjälp av Porters värdekedjemodell. I modellen beskriver företaget samtliga processer från analysen av kundernas behov fram till att produkten/tjänsten är levererad. Därefter ska företaget bryta ner processerna i detalj. Företaget skall sedan identifiera sina processer som till exempel kostnader, processtider och hur kvaliteten säkerställs (Olve et al., 1999). Exempel på processmått kan vara utbetalningar, ledtid, leverantörer, genomsnittlig tid för beslutsfattande, IT-kapacitet samt miljöutsläpp från produktion (Olve et al., 1999).

Lärande- och tillväxtperspektivet innehåller målsättningar och mätetal som främjar organisationens lärande och tillväxt. Perspektivet innehåller därför mål kring företagets överlevnadsförmåga genom ett fokus på förnyelse (Kaplan & Norton, 1996). Enligt Sainaghi, Phillips och Corti (2013) ska detta perspektiv sätta fokus på långsiktig förbättring. Författaren menar att det är osannolikt att företag kan möta sina långsiktiga mål för kunder och interna processer med hjälp av de redan existerande resurserna. Detta gör att företagen måste nyanställa, förbättra teknik och system och därmed lägga om organisatoriska procedurer och rutiner. Målsättningarna i detta perspektiv tillhandahåller den infrastruktur som behövs för att de andra

målsättningarna i de tre övriga perspektiven skall kunna uppnås (Kaplan & Norton, 1999). Enligt Kaplan & Norton (1999) finns det tre huvudfokus i det lärandeperspektivet; medarbetarnas kompetens, informationssystemens prestanda och motivation, empowerment och den gemensamma inriktningen. Vidare menar Kaplan & Norton (1999) att datorstyrd teknologi har ersatt människan med rutinmässig maskinskötsel, bearbetning och sammansättning. Det är viktigt att komma ihåg att det inte räcker med att göra samma sak om och om igen med samma grad av effektivitet och produktivitet för att nå framgång. Det behövs ständig förnyelse och utveckling för att processer och kundtillfredsställelse ska förbättras, denna del måste komma från de medarbetare som arbetar nära kunderna (Kaplan & Norton, 1999).

Enligt Kaplan & Norton (1999) kan medarbetarnas motivation och färdigheter ha stor betydelse för företagets möjligheter att nå högt ställda kund- och processmål. I dagens konkurrensmiljö är det viktigt att medarbetarna har god information om kunder, processer och de finansiella följderna av olika beslut, detta är på grund av att de ska kunna arbeta så effektivt som möjligt. Det är ett krav på att företag har avancerade informationssystem om medarbetarna ska kunna förbättra processerna (Kaplan & Norton, 1999). Exempel på mått som används inom lärande- och tillväxtperspektivet är investering i utbildning, Nöjdanställd-index, investering i forskning och andel anställda under X år (Olve et al., 1999).

3.2 Anpassning av BSc till olika miljöer/branscher

BSc var från början framtagen främst för stora företag där utvecklandet av styrkortet skedde på en ledningsnivå (Kaplan & Norton, 1992, 1993, 1996). Artiklar skrivna av Kaplan & Norton (1992, 1993, 1996) diskuterar ett Balanced Scorecard framtagen för banker och teknikföretag av betydande storlek, medan andra typer av organisationer som exempelvis offentliga organisationer eller små och medelstora företag (SME) inte diskuteras. Vidare är det inte självklart att verktyget används på samma sätt idag (Ahn, 2005). Olika organisationer har helt olika behov, marknadsområden, människor, produkter och tjänster som leder till olika förutsättningar för BSc (Chavan, 2009). Kippenberger (1996) menar snarare att den kritiska faktorn är att garantera att styrkortet passar organisationens behov och att målmedvetenhet vävs in i kulturen. Johanson et al. (2006) hävdar att det faktiska genomförandet och användningen av BSc verkar vara en balansgång mellan olika motstridiga intressen eller dilemman. Kaplan och Norton (1996) anser att deras originalmodell med de fyra perspektiven är en framgångsrik modell, men de hävdar även att vissa

perspektiv kan behöva att justeras, elimineras eller kompletteras beroende på bolaget. BSc behöver inte begränsas till de fyra perspektiven som används inom BSc utvecklat av Kaplan och Norton (Kippenberger, 1996). Men Assiri, Zairi & Eid (2006) menar att valet av antal perspektiv för organisationens BSc måste vara nödvändiga för att verkställa strategier och skapa en konkurrensfördel för organisationen.

Ordet "Balanced" betyder heller inte att perspektiven ska vara av lika vikt (Johanson et al., 2006). Författarna menar exempelvis att ekonomiperspektivet får en större roll inom privata företag då ekonomiperspektivet hamnar högst upp i orsak-verkan-sambandet, men längst ner inom icke-vinstdrivande företag. Ett exempel på detta är inom logistikbranschen där forskning visar att trots behovet av att tillhandahålla ett balanserat förhållningssätt till resultatmätning, är dessa företag fortfarande främst inriktad på traditionella finansiella åtgärder såsom bruttointäkter, vinst före skatt, och minskade kostnader (Chia, Goh & Hum, 2009).

Ett annat exempel på andra företag än stora vinstdrivande företag som använder sig av Balanced Scorecard är små och medelstora företag. Tennant & Tanoren (2005), Andersen, Cobbold & Lawrie (2001) och Hudson, Smart & Bourne (2001) menar att SMEs Balanced Scorecard måste modifieras, både i form och i det planerade genomförandet. Vad styrverkyget utlovar kommer att skilja sig från vad verktyget uppnår i stora företag. Inom små företag menar Chow, Haddad & Williamson (1997) att det är viktigt att tänka på vid tillämpning av BSc att varje organisation är unik och kräver möjligtvis andra sorters mål och strategier för att uppnå företagets uppdrag. Därför skall företagen modifiera styrkortet och inte implementera originalmodellen av Kaplan och Norton.

Tennant & Tanoren (2005) skriver i sin artikel om att stora företag har lättare för att planera för långa perioder framåt, medan SMEs anses arbeta mer kortsiktigt vilket påverkar lärande- och förnyelseperspektivet. Manville (2007) menar att inom små och medelstora företag tillhandahåller styrkortet en möjlighet att förena en affärsplan med sin operativa verksamhet. Små företag tenderar att också ha omogna förvaltningsstrukturer och finansiella investeringsmöjligheter. Små företag tenderar även att ha en nischad produktportfölj vilket kan leda till förlorade marknadsandelar. Författaren har även kommit fram till att vissa små och medelstora företag använder sig av ytterligare två perspektiv, partner- och extern kommunikationsperspektiv eftersom kommunikation och partners kan vara avgörande för SMEs överlevnad (Manville, 2007).

Annan forskning visar att företagets roll i samhället kan påverka styrkortet. Som exempel diskuterar Chow et al. (1997) att mindre banker har valt att ha perspektiven ekonomi, kund, medarbetare och samhälle. Författarna menar att samhällsperspektivet finns för att återspegla den traditionella samhällsroll som banker tror sig ha.

Mätverktyg inom den offentliga sektorn har ökat allt mer då intresset för offentliga organisationers effektivitet blivit mer omtalat (Carmona & Grönlund, 2003). Det utmärkande draget mellan en offentlig verksamhet och en privat verksamhet är att i en offentlig verksamhet sätts särskilda frågor i fokus. De driver sina verksamheter utifrån välfärd och medborgarnas- och intressenternas behov, tillskillnad från den privata verksamhetens fokus som finns på att maximera vinsten (Mendes, Santos, Perna & Teixeira, 2012). Vidare är originalmodellen värdelös i offentlig sektor (Johanson et al., 2006). Mycket beror på att dessa organisationer är politiskt styrda som exempelvis polismyndigheter och sjukvården (Johanson et al., 2006).

Forskning visar däremot att alla offentliga organisationer inte har implementerat styrkortet på samma sätt. Enligt en studie gjord av Greiling (2010) visar att meningen med styrkortet, implementering på antal olika nivåer, perspektivens design och användandet av orsak-verkansambandet skiljer sig betydligt mellan olika organisationer. En studie gjord på den svenska polismyndigheten har visat att de använder sig av fyra perspektiv: framgång, medborgare, personal och resurser (Carmona & Grönlund, 2003). Resursperspektivet omfattar regeringen som är huvudleverantör av finansiering, materiella och mänskliga resurser. Medborgarperspektivet inriktar sig exempelvis på allmänhetens tycke om lokala problem, rädsla för brott etc. Framgångsperspektiv omfattar många frågor som rör bekämpning av brott. Personalperspektivet fokuserade på frågor som berör ansvar och handlingsfrihet. Forskning visar att syftet är att komplettera det formella systemet om statistik kring brottslighet och för att förbättra planerings- och kontrollsystem inom den svenska polismyndigheten, men även att förbättra kommunikationen vertikalt och horisontellt inom organisationen (Carmona & Grönlund, 2003).

Det finns även studier gjorda på universitet. Studier visar att de fyra perspektiven även dominerar inom universitet (Ax & Bjørnenak, 2005). Dock visar forskning att olika perspektiv råder på olika skolor där vissa av originalperspektiven har bytts ut (Ax & Bjørnenak, 2005; Papenhausen &

Einstein, 2006; O'Neil, Bensimon, Diamond & Moore, 1999). Däremot ansågs ekonomiperspektivet ha en stor roll. Studier visar att ekonomiperspektivet fick mest fokus då små ändringar i perspektivet hade stor påverkan på de andra perspektiven. Detta kan bero på att läroanstalter ska balansera både effektivitet och ändamålsenlighet (Papenhausen & Einstein, 2006; Schobel & Scholey, 2012).

3.3 Teman

3.3.1 Allmän anpassning av BSc i sjukvården

BSc var ursprungligen utformad som ett hierarkiskt toppstyrt verktyg för större vinstdrivande organisationer där verktyget knöt samman långsiktiga finansiella mål till resultatmål och åtgärder inom fyra perspektiv (Aidemark, 2001). Styrverktyget började sprida sig till verksamheter inom den offentliga sektorn och kom bland annat till sjukvården där användningen av BSc för prestandamätning och ledning har ökat stadigt sedan introduktionen på 1990-talet. Elg, Broryd & Kollberg (2013) menar att resultatmätningar inom sjukvården skapade en möjlighet för politiker att kunna jämföra olika verksamheter med varandra, som i sin tur gynnar verksamhetens kunder/patienter.

Anledningen till införandet av BSc i svensk sjukvård beror på dels de ekonomiska problem som uppstod under 1980-talet men också en strävan efter att byta fokus från det ekonomiska budgetverktyget som tidigare använts (Aidemark, 2001). Zelman et al. (2003) skriver i sin artikel att Balanced Scorecard definitivt är ett utmärkt verktyg för hälso- och sjukvården. Författarna understryker dock att styrkortet skall modifieras för att fungera i verksamheten.

Elg och Kollberg (2011) har identifierat flera aspekter som är viktiga i undersökningen av bruket av BSc i sjukvården. Det är viktigt att förstå varför organisationen implementerar BSc. Dock menar Elg et al. (2013) att prestationsmätningar används för olika ändamål i politiken, administrativ verksamhet och i professionella tjänster. BSc fungerar främst som ett system vid förbättring av sjukvårdens kvalitet och dess långsiktiga överlevnad (Funck, 2009; Zelman et al., 2003). Aidemark (2001) menar också att systemet fungerar bra för att minska målet osäkerhet i organisationen. Vidare refererar Elg och Kollberg (2011, s. 430) till Rahm, Henriks & Skreding (2002), Hallin & Kastberg (2002) samt Atkinson (2006) som menar att BSc förbättrar kundfokus, skapar ett gemensamt språk inom ämnet hälsa och sjukvård och att BSc har en fungerande strategi

för sjukvården. Den andra aspekten som Elg & Kollberg (2011) har identifierat är att företaget ska analysera de åtgärder som ingår i Balanced Scorecard och dessa bör innehålla en rad olika nyckeltal som ska representera alla dimensioner av organisationen.

Ouchi (1979) påpekar att den svenska sjukvården inte är utsatt för konkurrens på samma sätt som andra branscher eftersom sjukvården styrs på en politisk nivå. Den politiska styrningen påverkar verksamheternas styrning (om därmed också BSc) eftersom sjukvården måste anpassa sig efter de politiska beslut som fattas om sjukvården (Elg et al., 2013). Högsta nivån är på nationell nivå där riksdagen har en ledande roll (Funck, 2009). Riksdagen anger de övergripande ramarna för vilka krav som ska ställas på den svenska sjukvården genom lagstiftning, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som sjukhusen måste följa (Vårdförbundet, 2013). Socialstyrelsen har också en ledande roll inom sjukvården som bidrar med bland annat föreskrifter. Sjukvården styrs även lokalt genom de olika landstingen som beslutar om den lokala sjukvårdens budget, föreskrifter och krav (Vårdförbundet, 2013).

Branschen tillhör också professionella verksamheter som kännetecknas av svårstyrda mätningar (Funck, 2009). Inom sjukvården har de professionella oftast lång utbildning bakom sig och också en insikt om hur organisationen bör styras för att bästa sjukvård ska uppnås. Detta betyder att de som arbetar inom ledning och administrativt endast kan stödja arbetet inom Balanced Scorecard istället för att leda, eftersom professionella organisationer egentligen inte kan implementera ett hierarkiskt ledningsverktyg (Funck, 2009). Genom införandet av BSc i sjukvården fick sjukvården ett strategiskt ledningssystem baserat på professionalism. Både Funck (2007) och Aidemark (2001) menar att landstingen ser styrverkyget som en struktur för dialog och kommunikation.

Funck (2007) menar att sjukvårdens BSc tillämpas på ett annorlunda sätt än den traditionella BSc som styrs uppifrån och ner. Författaren menar att inom sjukvården använder ett nerifrån-upperspektiv, men styrs uppifrån-ner. En del styrkort formas av politiker, medan andra skapas av sjukhusledningen som konstruerar visionen och de primära strategiska målen för varje perspektiv inom sjukhusets BSc. De strategiska målen fungerar som en ram för avdelningar och deras enhetsspecifika mål. Sedan formuleras avdelningsspecifika mål vid varje klinik i samråd med medarbetare. Utformningen gör att sjukhus oftast inte har ett BSc, något som även bekräftas av Kollberg och Elg (2011) som skriver om ett flertal sjukhus i Sverige som inte bara använder ett

styrkort i sin verksamhet.

Funck (2007) menar att anledningen till detta sätt att styra sjukvårdsverksamheten beror på komplexiteten i organisationerna. De professionella är den enda grupp med relevant kunskap om verksamheten och vilka mål och åtgärder som anses vara lämpliga. Funck (2007) förklarar att om sjukhuset hade formulerat strategiska mätningar på administrativ eller politisk nivå skulle det kunna leda till att organisationen infört värdelösa nyckelåtgärder vid de olika avdelningarna och enheterna. Det skulle heller inte fungera eftersom ingen klinik anses likna en annan, samma nyckeltal skulle inte kunna används inom olika avdelningar (Funck, 2007). På grund av detta har personalen fått större inflytande i organisationen och kan påverka styrkortet i större utsträckning än innan styrkortet introducerades.

3.3.2 Anpassning av BSc-perspektiven

Funck (2009) diskuterar i sin artikel att verksamheter inom sjukvården använder olika många perspektiv och att ingen verksamhet liknar den andra. Gurd och Gao (2007) refererar till Kaplan och Norton (2001) som har hävdad att organisationer bör utveckla den bästa uppsättningen av perspektiv som speglar deras strategi, dock menar de att ekonomiperspektivet och interna processperspektivet är de två perspektiv som används mest inom sjukvården. Forskning visar även på andra annorlunda perspektiv som "samhälle". Woodward, Abelson, Tedford & Hutchison (2004) menar att det måste uppnås en balans mellan samhället och patienter. Författarna menar på att i många hälsoprogram, är det svårt att definiera kunder som är i behov av, eller som drar nytta av en tjänst eftersom de riktar sig till hela samhället.

Funck (2009) diskuterar användandet av ett femte perspektiv, *medarbetarperspektivet*. Medarbetarperspektivet tillkom för att de professionella har en stor roll inom sjukvården då personalen har en stor betydelse för att sjukvården ska fungera. Frågor som rör personalen fick inte någon nytta i något av de andra perspektiven och därför har en del verksamheter infört ett femte perspektiv (Kollberg och Elg, 2006). Aidemark (2010) har gjort en studie i Skåne läns landsting där resultatet visade att sjukvården inom landstinget inte har valt att använda ett medarbetarperspektiv. Trots detta har de inte undervärderat personalens viktiga roll inom sjukvården då sjukvården istället valt att använda mätetal som berör personalfrågor i andra perspektiv. Dock menar Kollberg och Elg (2006) att det kan vara problematiskt att ha dessa mätetal i andra perspektiv på grund av att de är en så stor del av verksamheten.

Gurd och Gao (2008) hävdar att en del verksamheter utgår ifrån originalmodellen i designprocessen, men att innebörden av perspektiven inte är detsamma. Däremot diskuteras användningen av *lärande- och tillväxtperspektivet* var liknande. ENY T (2009) skriver i sin artikel att inom lärandeperspektivet är det viktigt att komma ihåg att de anställda är nyckeln till framgång i en organisation. De unika egenskaperna inom detta perspektiv är en mycket kreativ och teknisk arbetskraft. Därför är det viktigt att lägga ner resurser på de anställdas utbildning för att desto mer kunskap de anställda har desto bättre blir organisationen. Utbildningen för de anställda är också viktig för att hålla deras motivation uppe och det är ännu viktigare med lärandeperspektivet i en så komplex organisation som sjukvården (ENY T, 2009). Vidare skriver Koumpouros (2013) att målen i detta perspektiv bör rikta sig mot att utveckla rätt infrastruktur för att garantera en förbättring i det långa loppet, detta uppnås genom precis som ENY T (2009) skrev i sin artikel att låta personalen få den utbildning de behöver för att vara uppdaterade inom området.

Kollberg och Elg (2006) beskriver att *det interna processperspektivet* inom sjukvården fokuserar på åtgärder som riktar in sig på prestanda för medicinsk behandling och hälsovård. Inom sjukvården bör de interna processerna först grupperas i de olika interna driftsprocesserna och sedan delas in i ytterligare aktiviteter inom olika processer: medicinsk verksamhet, förvaltningen, akutverksamhet. Van Peurse, Prat & Lawrence (1995) hävdar att processernas fokus ligger på medicinska, sociala och psykologiska samspelet mellan patienten och leverantören. Det beskrivs också som ett inbördeskoncept som handlar om kommunikation och aktiviteter som pågår mellan människor och kan inte uttryckas i mekanistiska termer. Processperspektivet har även kopplingar till kundperspektivet eftersom mått som påträffats inom det perspektivet även funnits inom processperspektivet (Kollberg & Elg, 2006).

Inom varje perspektiv finns relevanta mått som ska mäta de mål som finns inom varje perspektiv. Kaplan och Norton (1996, 2002) menar att dess mått måste mäta de aktiviteter som leder till genomförandet av strategin. Kaplan och Norton (1996) föreslog att ett BSc inte bör överstiga fyra eller fem indikatorer för varje perspektiv. Problemet med för många indikatorer är de kostnader och de resurser som blir bundna i mätningen för att kunna samla in och analysera data, rapportering av mätetal och tolkning av dem.

Inom sjukvården har fokus flyttats från att använda mätetal till hur de använder mätetalen. Vid val av mått är det även viktigt att måtten och värdena återspeglar organisation (Self, 2004). Elg & Kollberg (2011) menar att det är viktigt att i sjukvårdskontexten mäta och följa upp medicinsk verksamhet som exempelvis antal diagnoser, operationer och behandlingar, tid för vård och patientens fysiska status men också administrativa aktiviteter i form av effektivitet, rationalitet, produktivitet, väntetider och vårdtider.

Vi har tidigare nämnt att orsak-verkan-samband är en viktig del inom Balanced Scorecard för vinstdrivande företag. Aidemark och Funck (2008) beskriver i sin artikel att detta har fått en annan betydelse inom sjukvården. Bisbe & Barrubés (2012) diskuterar i sin artikel att olikheter kring användandet av begreppet kan bero på de olika generationernas inflytande. Bisbe & Barrubés (2012) menar att de flesta sjukvårdsverksamheter använder sig av en strategikarta men att orsak-verkan-sambandet ser olika ut. Detta styrks även av Aidemark och Funck (2008) som refererar till Kaplan och Norton som pekar på att prioriteten mellan perspektiven i en offentlig organisation skiljer sig åt. Lika vikt mellan perspektiven är även något som Kalagnanam (2003) påpekar har sett inom sin forskning. Funck (2009) menar att detta beror på att exempelvis lojala kunder inte är till fördel för sjukvården, då detta bara skapar en större kostnad. Andra sjukvårdsorganisationer har istället låtit ekonomiperspektivet finnas längst ner i kedjan då ekonomiperspektivet inte kan påverkas i större utsträckning (Chan, 2009). Däremot finns det även forskning som talar emot detta och hävdar att ekonomiperspektivet borde vara lika viktigt som de andra perspektiven (Aidemark och Funck, 2008).

3.3.3 Anpassning av kund- och ekonomiperspektiv

3.3.3.1 Anpassning av kundperspektivet

Aidemark och Funck (2008, s. 11) refererar till Jones et al. (2002) som påpekar att *kundperspektivet* inom en offentlig sektor är det viktigaste perspektivet. Aidemark och Funck (2008) menar att den offentliga verksamheten drivs åt de allmänna där målet är att ge medborgarna det maximala för de skattemedel verksamheten är finansierad med. Däremot är det svårt att definiera vilka som är kunder inom den offentliga verksamheten. I originalmodellen finns fokus på mätetal som mäter kundlojalitet eftersom återkommande kunder genererar till mer intäkter. Genom kundperspektivet kan även företagen inrikta sig på en specifik grupp med

människor som organisationen vill rikta sig mot. Detta är inte hållbart inom sjukvården eftersom verksamheten ska finnas för allmänheten. Det finns också oklarheter inom sjukvården då definitionen av kunder är oklar. Funck (2009) beskriver att i kundperspektivet bör samtliga intressenter ingå. Ericsson (2006) menar att det är medborgarna som är ägarna där de politiska ombuden representerar dem, men det är också medborgarna som är kunderna. Ericsson (2006) påpekar även att de som besöker sjukvården oftast är ofrivilliga kunder, då de är i behov av vård. Det betyder att lojalitetsindex inte är något positivt inom sjukvården då mer patienter genererar till högre kostnader.

Forskning visar att fokus har flyttats från kundlojalitet till kvalitet (Zelman et al., 2003). Detta beror på att sjukvården har lagt större fokus på att bli konkurrenskraftiga som har blivit allt vanligare i sjukvården på grund av en åldrande befolkning ökar efterfrågan, människor som vill ha effektivare behandlingar, bristen på kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal och regeringar som vill minska sitt ekonomiska engagemang (Gurd & Gao, 2008). En annan bidragande faktor är även den privata sjukvården som ökat konkurrensen inom sjukvården och därför har prestandamätning ökat (Gurd och Gao, 2008). Zelman et al. (2003) skriver också att vårdkvaliteten kan bli svår att mäta, tolka och jämföra med andra organisationer men både personalrelationer och vårdkvalitet är viktiga attribut för sjukvårdskapaciteten. Forskning visar även på att det finns andra mätetal än de som rör kunderna inom perspektivet. I kundperspektivet använder en del sjukhus även personalmått under kundperspektivet eftersom personalen har en avgörande roll för patientens vård (Gurd & Gao, 2008). Urrutia och Eriksen (2005) påpekar att mätetal inom sjukvården även kan vara till ingen nytta. De finns där för att belysa vissa frågor men kan ibland inte påverkas vilka är av naturliga skäl.

3.3.3.2 Anpassning av ekonomiperspektivet

Inom forskningen råder det delande meningar om *ekonomiperspektivet* inom offentlig sjukvård. En del forskning skriver att det ekonomiska perspektivet inte är det viktigaste eftersom verksamhetens viktigaste frågor inte ligger i det ekonomiska (Chan, 2009). Däremot skriver Kaplan (2001) refererad av Aidemark och Funck (2008) att många offentliga organisationer prioriterar ekonomiperspektivet lika mycket som kundperspektivet. Annan forskning visar på att vissa offentliga organisationer (Voelker, Rakich & French, 2001) inte har med det ekonomiperspektivet alls eftersom detta perspektiv inte är väsentligt i denna typ av organisation.

Detta resonemang leder till delande meningar om det orsak-verkan-samband vi tidigare diskuterat. Bisbe och Barrubés (2012) redovisar i sin artikel om att i originalmodellen används det ekonomiperspektivet högst upp, men inom hälso- och sjukvården kan perspektivet få lika stor vikt som de andra perspektiven. Bisbe och Barrubés (2012) påpekar även att andra organisationer väljer att ha perspektivet längst ner i kedjan. Det beror på resonemanget om att de ekonomiska och finansiella resurserna tillåter investeringar i kompetens vilket resulterar i bättre interna processer och i slutändan bättre utfall för kunder.

Den offentliga verksamheten har inte samma förutsättningar som vinstdrivande företag vilket betyder att offentliga företag måste byta ut de finansiella måtten i ekonomiperspektivet eftersom avkastning, kapital, tillväxt samt aktieägarnas kapital inte är relevant i en offentlig sektor. Istället bör det handla om hur tillgångar hanteras på effektivast sätt (Sharma & Gadenne, 2011). Van Peurse et al. (1995) hävdar att ekonomiperspektivet handlar om att balansera förhållandet mellan de resurser som förbrukas och de resurser som tas emot för verksamheten. Van Peurse et al. (1995) menar att ett annat mål inom sjukvården kan vara ekonomisk effektivitet som de beskriver är ett mångdimensionellt begrepp som i allmänhet har att göra med resultatet av en organisations verksamhet. Den är ofta kopplad till kvalitativa eller kvantitativa resultat. Men det mest självklara målet inom ekonomiperspektivet för sjukhus är att inte få ett negativt resultat (Aidemark, 2001).

3.4 Sammanfattning av teori

Balanced Scorecard är en styrfilosofi som var framtagen för stora vinstdrivande företag (Kaplan & Norton, 1992). Modellen har funnits sedan 90-talet och har sedan uppkomsten utvecklat flera generationer (Perkins et al., 2014). Varje generation har något unikt och anledningen till att Kaplan och Norton utvecklade vidare den första generationen var för att de ansåg att den första modellen innehöll vissa brister (Perkins et al., 2014). Den första generationen har de fyra perspektiven ekonomi-, kund-, interna process- och lärande- och förnyelseperspektivet (Kaplan & Norton, 1999). Modellen skulle skapa möjligheten för företag att fokusera på icke-finansiella mätetal istället för från den traditionella budgetstyrningen (Kaplan & Norton, 1999). Därmed får företaget en mer balanserad styrning eftersom de lägger fokus på flera perspektiv än bara det ekonomiska (Cobbald & Lawrie, 2004).

I den andra generationen har Kaplan och Norton lagt till en strategikarta (Perkins et al., 2014).

Generationen fokuserar även på ett orsak-verkan-samband där perspektiven påverkar varandra (Schobel & Scholey, 2012; Lawrie & Cobbold, 2004). I den tredje generationen har Kaplan och Norton utvecklat perspektiven vidare och använder istället perspektiven utfall- och aktivitetsperspektivet. Dessa perspektiv skall medföra att kortare tid läggs på designen på BSc och att det blir enklare för den offentliga sektorn vid kategorisering av åtgärder (Perkins et al., 2014).

Vid implementering av styrkortet kräver modellen en anpassning för att fungera i verksamheter som inte är stora vinstdrivande organisationer (Chavan, 2009). Forskning visar att olika branscher och miljöer anpassar styrkortet olika och använder också styrkortets perspektiv på olika sätt (Chow et al., 1997; Carmona & Grönlund, 2003; Ax & Bjørnenak, 2005). Det är inte nödvändigt att styrkortet ska ha fyra perspektiv, som originalmodellen har. Dock så är det av allra största vikt att oavsett hur organisationen väljer att justera styrkortet så måste BSc verkställa strategin i organisationen och skapa en konkurrensfördel (Kaplan & Norton, 1996; Chavan, 2009; Kippenberger, 1996; Assiri et al., 2006).

Sjukvården omfattas av både föreskrifter och lagar om hur sjukvården ska drivas som påverkar hur sjukvården ska drivas och därmed också BSc (Vårdförbundet, 2014; Socialstyrelsen, 2014).

Tidigare forskning har visat att sjukvården originalmodellens orsak-verkan-samband har fått en annan betydelse där oenighet mellan olika sjukvårdsverksamheter råder angående sambandet mellan perspektiven (Aidemark & Funck, 2008; Bisbe & Barrubés, 2012; Kalagnanam, 2003). Tidigare forskning har också visat att sjukvården kan ha flera styrkort i verksamheten eftersom sjukvården omfattar många olika avdelningar med olika fokus (Elg & Kollberg, 2011). Styrkortet kan gå så långt ner som på avdelningsnivå men att det oftast inte är obligatoriskt för dem att ha det (Funck, 2009). Sjukvårdens styrkort skiljer sig även från originalmodellen gällande perspektiven. Funck (2009) argumenterade för sjukvårdens val av perspektiv, där resultatet visade att det var svårt att generalisera för flera verksamheter. Dock menar flera forskare att många verksamheter inom sjukvården använder ett femte perspektiv som riktar sig till personalen (Funck, 2009; Aidemark, 2010; Kollberg & Elg, 2006).

Resultatet av den teoretiska referensramen visade att ekonomiperspektivet och kundperspektivet är speciellt anpassade inom den offentliga sjukvården. Detta verkar framförallt vara på grund av

att sjukvårdsorganisationer inte är vinstdrivande (Chan, 2009; Voelker et al., 2001). Det läggs istället fokus på hur man kan fördela tillgångarna effektivast, genom att de inte ska få ett negativt resultat i ekonomiperspektivet (Sharma & Gadenne, 2011).

Kundperspektivet anses vara anpassat på grund av att sjukvårdens kunder är allmänheten (Aidemark & Funck, 2008). Enligt Ericsson (2006) kan de inte mäta exempelvis kundlojalitet eftersom lojala kunder inte genererar mer intäkter. Dock så har konkurrensen inom sjukvården ökat, forskare tror detta beror på den åldrande befolkningen som är idag vilket resulterar i en större efterfrågan på vårdplatser (Gurd & Gao, 2008). En annan bidragande faktor kan vara att den privata sjukvården har bidragit till konkurrens. Tidigare forskning visar också att personalmått kan ingå i kundperspektivet, detta är på grund av att personalen behandlar patienten vilket utgör hur nöjd patienten blir (Gurd & Gao, 2008).

4. Empiri

I detta avsnitt kommer vi presentera vårt empiriska underlag som är framtaget utifrån 12 intervjuer där respondenterna är engagerade i sjukvårdens Balanced Scorecard inom landstinget i Jönköpings län.

4.1 Allmän anpassning av BSc

Landstinget i Jönköpings län har tre sjukhus utöver primärvården. Sjukhusen är Ryhov, Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Våra respondenter berättar att det var landstinget som började med införandet av BSc vilket ledde till att alla verksamheter i landstinget även skulle införa styrfilosofin. Respondent 1 säger:

“Landstinget i Jönköping Län har valt BSc sen många år tillbaka och nu kan jag inte svara för dem men min uppfattning är att sjukvården är en komplex verksamhet och då är det viktigt att man väger olika perspektiv mot varandra. Det är ju en jättestor finansiell verksamhet och detta kan vara en tillgång.”

En respondent på landstingets kansli menar att införandet berodde på att landstinget ville se över budgetprocessen genom att ändra på verksamhetsstyrningen eftersom den dåvarande styrningen inte fokuserade på själva verksamheten utan endast på det ekonomiska. BSc skulle hjälpa landstinget att tänka om så att verksamheten blev målet och ekonomin endast bildade ramarna för verksamheten.

Respondenter från de tre sjukhusen menar att anledning till införandet av BSc på sjukhusen var att få en bredare bild av verksamheten, men berodde också på landstingets krav om införandet. Genom att använda BSc kunde sjukhusen fokusera på flera olika perspektiv och lyfta fram andra frågor än bara det ekonomiska. Själva syftet med BSc var då att få en balanserad styrning som skulle ge en klarare helhetsbild över verksamheten istället för att lägga fokus på enbart det ekonomiska. Respondent 7 säger:

“BSc gjorde även att olika nyckeltal fick en annan betydelse än innan. Detta gjorde att alla i verksamheten blev mer engagerade eftersom nyckeltalen följs upp varje månad.”

Respondent 7 och 9 påpekar att vid införandet av BSc var reglerna få och sjukhusledningen fick själva skapa sitt eget Balanced Scorecard. Sjukhusen hade ingen strategikarta och ingen vision. Respondenterna beskriver situationen som ostrukturerad vilket ledde till en förändring inom landstinget. Respondent 9 säger:

“Efter ett par år tyckte landstinget att man måste knyta ihop säcken och då beslöt ledningen i landstinget för förändra strukturen.”

Idag rapporterar landstinget enligt Balanced Scorecard i sina flerårsplaner, delårsrapporter samt i årsredovisningarna (Christensson, Sundbrandt, Holm, Wache, Nikolaidis & Kullbergh, 2000). Balanced Scorecard som egentligen är ett verktyg för företagsledningar har i detta landsting blivit ett styrverktyg eftersom de har ett övergripande styrkort för alla verksamheter. Därefter har alla Sjukvårdsverksamheter ett eget övergripande styrkort tillsammans men som inte innehåller en vision, då landstingets vision gäller för alla verksamheter. Respondent 9 beskriver att efter landstingets beslut fick alla sjukhus direktiv om att rapportera enligt BSc och följa fyra perspektiv som innehöll bestämda strategiska mål, framgångsfaktorer och mätetal som hänger ihop med landstingets vision. Målen, framgångsfaktorerna och mätetalen har landstinget beslutat om i landstingets budgetprocess, men sjukhusen fick själva formulera en egen handlingsplan. Respondent 5 säger:

“Det är frivilligt hur vi jobbar med handlingsplaner och uppföljningar i verksamheten.”

Flera respondenter berättar att varje avdelning kan välja att ha ett eget BSc. En av respondenterna berättar att landstingets styrkort för sjukvården översätts först till sjukhusets styrkort och sedan översätts sjukhusets styrkort ner på klinikenivå och ibland ner på avdelningsnivå. En respondent säger:

“..Det kan finnas upp till fyra styrkort. Landstingets, sjukhusledningens, klinike rnas och avdelningarnas styrkort.”

Klinikerna kan använda frivilliga mått för att belysa olika områden eller problem, men det är inget som sjukhusen stället krav på. Dock finns det mätetal som är obligatoriska men de måste även höra ihop med avdelningens övergripande styrkort för att det ska vara användbara. Sedan kompletteras mätningar med olika undersökningar. Vissa mätetal kan försvinna om de inte

uppfyller det önskade kravet. Måtten som de själva väljer kan antingen rapporteras månadsvis, delårsvis eller årsvis. Vissa respondenter upplever att det är allt för många mätetal som ska uppföljas. Respondent 6 säger:

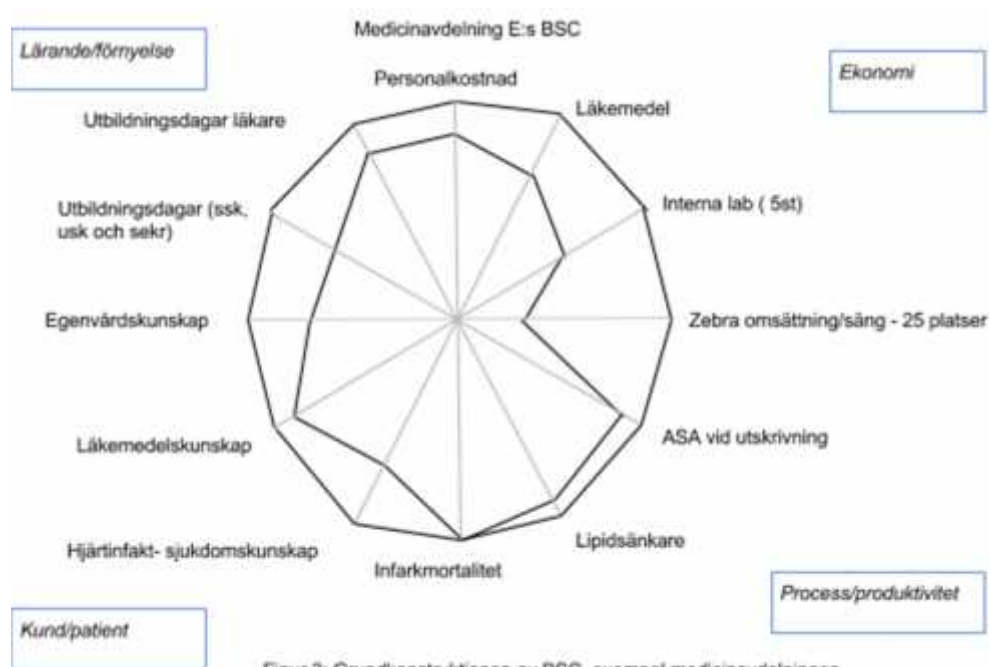
“...Det finns ju vissa mått som man följer på alla nivåer i Landstinget som då ska rapporteras uppåt om man säger så. Något väldigt grundläggande är ju då måtten för tillgänglighet som då finns i medborgar- och kundperspektivet och det följer man då på alla nivåer från den egna avdelningen/mottagningen till och med Landstinget.”

Landstingets ledningsgrupp påverkar främst vilka mätetal som ska finnas med och inte men sen kan också den nationella nivån (nationen) påverka vilka mätetal som ska finnas med. Respondent 5 säger följande:

“På Landstingsnivå så skulle jag säga att det är ledningsgruppen som påverkar nya mätetal men sen kan ju också nationella nivån komma med någonting som har att göra med till exempel kundperspektiv. Det skickas ju ut nationella kundenkäter då kan det vara något specifikt där som har stuckit ut och som har dålig resultat, då kan nationen säga att det ska vi mäta och då är det troligt att det hamnar i styrkortet.”

Eftersom sjukhusen har styrkort på flera olika nivåer råder oenighet om styrkortet styrs uppifrån och ner på det ursprungliga sättet eller nerifrån-upp. De respondenter som arbetar vid landstingets kansli anser att styrkortet styrs uppifrån-ner, medan sjukhusanställda anser att personalen själva kan styra över sitt styrkort och att det därför råder ett nerifrån-upp-perspektiv.

Sjukhusen samt landstinget använder sig av en strategikarta för att tydliggöra styrkortets utformning där perspektiv, strategiska mål, framgångsfaktorer och mätetal finns med, men sjukhusens strategikarta ser ut på två sätt. Ena sättet är ett cirkeldiagram som används vid redovisning av resultatet, medan det andra ser ut som en vanlig strategikarta i tabellform som beskriver verksamhetens styrkort där vision, strategiska mål, framgångsfaktorer och mätetal framgår. För att redovisa styrkortet i cirkeldiagrammet mäts mätetalen i procent som redan utvärderas efter tre färger, grön, gul och röd i olika rapporter (Christensson et al., 2000). Röd färg representerar de målen som inte är uppfyllda och gult representerar de uppfyllda målen. Här ser ni ett exempel på hur ett styrkort kan se ut:



Figur 3: Grundkonstruktionen av BSC, exempel medicinavdelningen
 Källa: Christensson et al., *Införande av Balanced Scorecard*, 2000.

Den yttre linjen i figuren som formar polygonen representerar 100 % av målen som står skrivet vid varje kant. Den inre polygonen representerar avdelnings uppfyllnad av målen i procent.

4.2 Anpassning av BSc-perspektiven

Respondenter från landstingets kansli menar att styrkortets uppbyggnad skiljer sig från en privat organisation eftersom styrkortet innehåller strategier som ska gynna medborgarna. Originalmodellen innehåller fyra perspektiv som även används av de tre sjukhusen; Ekonomiperspektiv, Medborgare- och kundperspektiv, process och produktionsperspektiv, lärande och förnyelseperspektiv, men respondenterna beskriver också ett femte perspektiv i sjukvårdens styrkort, medarbetarperspektivet. Respondent 5 säger följande:

“Vi har ändrat på resans gång från fyra till fem perspektiv. Vi la till medarbetarperspektivet som innan låg under lärande- och förnyelseperspektivet.”

Målet med perspektiven är att skapa en bättre sjukvård för invånarna och därför har de strategiska målen för varje perspektiv blivit följande:

Ekonomiperspektivet: Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Medborgare- och kundperspektivet: Nöjda patienter/kunder.

Lärande och förnyelseperspektivet: Ständig förnyelse.

Process- och produktionsperspektivet: Effektiva processer.

Medarbetarperspektivet: Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare.

Kaplan och Nortons modell innehåller ett orsak-verkan-samband mellan perspektiven, men respondenterna berättar att sjukhusen inte har implementerat den principen, utan alla perspektiven har lika stor betydelse för styrkortet. En respondent menar att det ibland kan tillföra problem eftersom vissa mätetal krockar med andra gällande prioritering.

Våra respondenter beskriver att det interna processperspektivet istället kallas *process- och produktionsperspektivet*. Anledning beror delvis på att alla processer inte är interna utan även externa. Perspektivet utgår annars från samma principer som för vinstdrivande verksamheter. Det vill säga att perspektivet ska fokusera på de processerna i organisationen samt arbetssättet.

Enligt landstingets budget för 2014 är huvuduppdraget för sjukhusen att inom process- och produktionsperspektivet medverka till god folkhälsa samt ge kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker vård (Landstingets kansli, 2014). Respondenter berättar att nyckeltalen som ska mäta de befintliga processerna och arbetssättet är mätetal som mäter tillgänglighet, tid för behandling, ohälsa, medicinska resultat, minskning av vårdskador och hygienrutiner. Det finns också mätetal som mäter sjukhusens försök till att minska på ohälsotalet inom landstinget eftersom det är viktiga tal för att mäta bra folkhälsoarbete som är en av framgångsfaktorerna i perspektivet,

Perspektivet *lärande- och förnyelseperspektivet* riktar sig främst till verksamhetschefer som ska leda fram drivning av olika utvecklingsarbeten, perspektivet är omdöpt från lärande- och tillväxtperspektivet till lärande- och förnyelseperspektivet. Eftersom sjukvården inte kan stimuleras av tillväxt som är ett av målen med perspektivet inom den privata sektorn har sjukvården fokuserat mer på organisationens lärande. Perspektivet skiljer sig även från ursprungsmodellen då perspektivet inte innehåller mål om sjukvårdens överlevnad. Detta beror på att sjukvården finansieras av statliga medel vilket leder till andra förutsättningar för överlevnad. En respondent berättar att fokus inom lärande- och förnyelseperspektivet istället finns på förbättringsarbete och forskning eftersom kunskap och erfarenhet är viktigt inom sjukvården för att sjukvården hela tiden utvecklas både inom bland annat forskning, behandlingar och teknologi. Tidigare har perspektivet innehållit mått som visar på antal publicerade vetenskapliga artiklar. Detta har nu förändrats till att bli mer fritt för sjukhusen att själva bestämma mätetal till de som

anses som relevanta för dem, men det är viktigt att personal håller sig uppdaterade gällande information som berör exempelvis diagnoser, mediciner, rekommendationer, behandlingstekniker etc. Andra åtaganden för att nå målen är olika utvecklingsprojekt och lärande seminarier. Respondenter berättar att exempel på mätetal kan vara att se över förbättringsarbeten och vidareutbildningar.

Respondent 1 påpekar att *medarbetarperspektivet* inte var med från början vid implementeringen och att perspektivet är inte obligatoriskt, men har tillkommit för cirka 1 år sedan menar en annan respondent. Perspektivet skiljer sig från de andra eftersom perspektivet inte har ett eget strategiskt mål inom sjukvården. Respondenterna menar också att perspektivet är framtaget för att huvudsakligen förtydliga de andra perspektivens mening, då personalfrågor inte hörde hemma i de andra perspektiven. Värnamo och Högländssjukhuset ansåg att vissa mätetal så som medarbetarsamtal och personalhälsa som var inom lärande- och förnyelseperspektivet inte riktigt hörde hemma där och därför fick de skapa ett femte perspektiv. Perspektivet har som syfte att skapa en bättre arbetsplats åt medarbetarna. Respondent 10 säger:

“...Att fokus riktas främst till frågor som gynnar medarbetarna.”

Respondenter berättar också att det exempelvis kan handla om antal medarbetarsamtal men att sjukfrånvaro för män och kvinnor också mäts. Respondenten förklarar att detta beror på att exempelvis kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män och mätetalet är till för att försöka få det mer jämställt mellan män och kvinnor. Sjukhuset Ryhov mäter även antal heltidsarbetare. Respondent 8 säger även att det är ett mätetal som styrs hårt eftersom det är en stor kostnad för sjukhuset.

4.3 Anpassning av kund- och ekonomiperspektiv

Vi kommer i följande avsnitt att redovisa hur de tre sjukhusen har anpassat kund- och ekonomiperspektivet.

4.3.1 Anpassning av kundperspektivet

Inom sjukvården har kundperspektivet fått en annan betydelse. Respondenter menar att det är svårt att definiera kunderna i en offentlig organisation, men en respondent menar att en offentlig verksamhet ska finnas till för medborgarna vilket gör att det är de som är kunderna. Därför har

kundperspektivet fått namnet *“medborgare- och kundperspektivet”*. Även om sjukvården finns till för medborgarna kan det vara svårt att ta fram mätetal som har betydelse för sjukvården menar några av respondenterna. Många av mätetalen inom originalmodellen är inte aktuella för sjukvården och flera av mätetalen tas fram genom olika underlag. Enligt verksamhetsbeskrivningen för år 2013 som landstinget i Jönköpings län har publicerat finns det beskrivet att vid framtagning av de olika framgångsfaktorer, mål och mätetal inom landstinget används underlag utifrån Socialstyrelsens riktlinjer, regionala medicinska programgrupper, cancercentrum med mera. (Landstinget i Jönköpings läns verksamhetsbeskrivning, 2013). En respondent säger att:

“hänsyn till nationella mål och rekommendationer måste tas eftersom sjukhusen tillhör offentliga verksamheter, men att kundperspektivet påverkas mycket av detta eftersom många av rekommendationerna berör patienterna som faller under kundperspektivet”.

Det som också påverkar perspektivets utformning är bland annat landstingsstyrelsen som tar hänsyn till verksamheternas utveckling under årets gång och kommer med önskemål och synpunkter från invånare. Många mätetal finns även på en nationell nivå för att kunna användas i syfte att jämföra vården mellan landstingen. Ett exempel på detta är mål är att *“skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”* som finns på nationell nivå (Landstingets kansli, 2014). Detta mål hamnar under kundperspektivet.

Respondenterna berättar att det strategiska målet inom landstinget är nöjda kunder/patienter. Detta ska uppfyllas genom de två framgångsfaktorer som framställts av landstinget. Dessa är: Patientfokuserad vård, jämlik vård och vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Utefter dessa strategiska mål, framgångsfaktorer och nationella mål har mätetalen tagit fram.

Lojala kunder är viktigt för ett vinstdrivande företag, men inom sjukvården är detta begrepp negativt eftersom återkommande kunder skulle kunna innebära att de inte fått rätt behandling. Trots detta fokuserar perspektivet ändå mot att mäta kundtillfredsställelse, dock med en helt annan innebörd än vad det är inom en vinstdrivande organisation. Eftersom att det kan vara svårt att mäta kundtillfredsställelse inom vården berättar respondenter att bland annat väntetider har en betydande roll eftersom det är långa väntetider i vården. En av respondenterna berättar att sjukhusen främst använder enkäter, antingen nationella enkäter eller egna enkäter som ska mäta

målet kundtillfredsställelse. Andra exempel på kundtillfredsställelse där patienter svarar på enkäter berör bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta och helhetsintryck och om huruvida man skulle rekommendera verksamheten till andra (Landstingets kansli, 2014). Dessa enkäter sammanställs sedan både inom landstinget och på en nationell nivå för att jämföra sjukvården i Sverige. Respondent 4 säger följande:

“Om man tittar på exempelvis medborgar- och kundperspektivet så är det första besöket som man som patient ska komma in senast 60 dagar och då är målet att man ska klara 80 % av alla patienter som söker ett nybesök.”

Mätetal inom kundperspektivet (på en övergripande nivå):

Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick komma inom 60 dagar (somatisk och psykiatrisk vård)

Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick en operation eller åtgärd inom 60 dagar

Faktisk väntetid till första besök inom barn och ungdomspsykiatri -andel flickor och pojkar som fick komma inom 30 dagar

Väntetid på akutmottagning: Andel kvinnor och män som fått hjälp och lämnat mottagningen inom 4 timmar

Efterfrågan och dokumentation av alla patienters levnadsvanor avseende tobaksvanor (röker/tidigare/aldrig samt antal paket/år) och alkoholvanor (antal standardglas/vecka)

Faktisk väntetid till utredning inom barn och ungdomspsykiatri – andel flickor och pojkar som påbörjat en utredning eller en åtgärd inom 30 dagar från beslutsdatum

Kundtillfredsställelse genom nationell patientenkät

Ökad tillgänglig information för patienter och befolkning via 1177

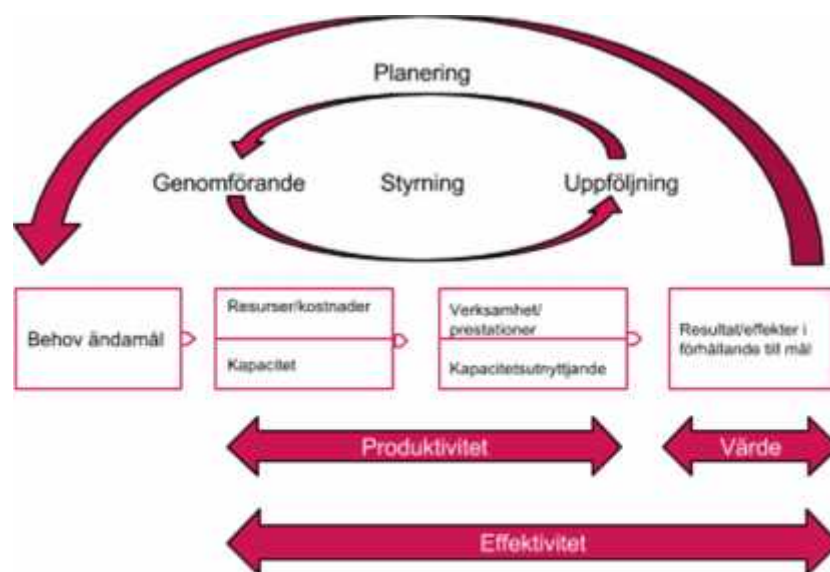
4.3.2 Anpassning av ekonomiperspektivet

Det strategiska målet för perspektivet har formulerats till “Kostnadseffektiv hälso- och sjukvård”. En anledning till det strategiska målet beror på att till skillnad från privata organisationer kommer sjukvårdens intäkter främst från skatter och statsbidrag vilket betyder att sjukhusen har en begränsad möjlighet till att styra över ekonomin. Respondenterna beskriver att

sjukhusen inte kan påverka sina egna intäkter eftersom beslutet tas av landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen i en budgetprocess. Respondent 2 säger följande:

“Ekonomiperspektivet är styrt av budgeter, vilket gör att vi inte kan påverka exakt hur mycket vi får utan vi måste hålla oss inom de ramar som har satts. Dock är det också så att om en klinik får “pengar över” ett år så förs det belopp över till en annan klinik som behöver pengarna”.

I budgetprocessen beslutas det bland annat om sjukhusens resursfördelning där landstinget måste rätta sig efter ett antal finansiella förutsättningar som beror på bland annat befolkningsutvecklingen i länet relaterad till ökningen i riket, samhällsekonomins utveckling och dess påverkan på skatteunderlag, statens transfereringar, avgiftsnivåer och skattesats. Landstinget måste även följa kommunallagens krav på god hushållning, både ur ett verksamhetsperspektiv och ur ett finansiellt perspektiv. För att säkra god hushållning ur ett finansiellt perspektiv ska resultatet vara minst 2,0 % av skatt och statsbidrag (cirka 180 miljoner kronor) och investeringar ska egenfinansieras.



Figur 4: Styprocess för ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
Källa: Budget och Verksamhetsplan 2014 - flerårsplan 2015-2016.

På grund av sjukhusens begränsning till att påverka intäkterna fokuserar sjukhusen inte på att driva in intäkter utan istället på att arbeta med de resurser som sjukhusen blir tilldelade. Med hjälp av de resurser som tilldelas ska sjukvården generera hög produktivitet och en hög måluppfyllelse (se figur 4). Ett annat mål för sjukhusen är att inte låta kostnaderna överstiga intäkterna.

Respondenterna beskriver att sjukvårdens ekonomiska perspektiv inriktar sig på att försöka kontrollera kostnader på olika sätt. Bland annat genom att använda sig av DRG-mätning. DRG-mätningen innebär att patienter med liknande diagnos och förbrukning av resurser delas in i en och samma grupp (Socialstyrelsen, 2014). På så sätt kan sjukvården få fram hur effektiv vården faktiskt är i förhållande till kostnaden. Dock är mätetalet inget mätetal som mäter den faktiska kvaliteten på vården. Däremot används mätetalet för benchmarking mellan andra landsting (Budget med verksamhetsplan 2014 - flerårsplan 2015-2016)

Andra kostnader så som läkemedel har också fått ett stort fokus i det ekonomiska perspektivet inom sjukvården. Det finns ett stort fokus på att sjukhusen inte ska över-, under- eller felanvända läkemedel för att kostnaden inte ska dra iväg. Landstinget har även vissa rutiner vid införandet av nya läkemedel eftersom läkemedel är en stor kostnad för sjukhusen. Läkemedelskostnaden mäts per invånare och jämförs även med andra landsting.

Mätetal inom perspektivet (på en övergripande nivå):

- Ekonomi i balans

- Nettokostnad per invånare

- Läkemedelskostnad per invånare

- Kostnad per DRG-poäng

- Godkända DRG-koder i öppen och sluten vård, läkare

5. Analys

I detta kapitel analyserar vi vårt empiriska material med den teoretiska referensramen som utgångspunkt.

5.1 Allmän anpassning av BSc

Vår empiri visar att sjukvårdens anpassning av styrkortet är unikt jämfört med andra branscher och miljöer. Tidigare forskning kring anpassning av Balanced Scorecard visar att olika branscher och miljöer har olika sätt att använda Balanced Scorecard på och därmed olika sätt att anpassa perspektiven på (Chow et al., 1997; Carmona & Grönlund, 2003; Ax & Bjørnenak, 2005). Originalmodellen var främst framtagen för stora vinstdrivande organisationer men kan även vara användbart i andra typer av branscher och organisationer. Dock krävs en eller flera modifikationer eftersom förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika branscher och miljöer (Chow et al., 2009; Tennant & Tanoren, 2005; Mendes et al., 2012).

Från vår empiri tolkar vi att sjukvårdens anpassning är unik och kan bero på att de tre sjukhusen måste följa landstingets krav på hur de ska använda BSc. Detta bekräftas även av tidigare forskning eftersom Funck (2009) menar att sjukvårdens BSc påverkas av den politiska styrningen av den orsaken att det är politikerna som fattar beslut som har betydelse för hur sjukvården ska drivas. Vårdförbundet (2014) och Socialstyrelsen (2014) skriver även på sin hemsida om de olika lagar, förordningar och föreskrifter som finns på nationell nivå som handlar om hur sjukvården ska drivas. Något som sjukvården måste ta hänsyn till vid anpassning av BSc.

Resultatet av vår empiri visar att anledningen till att sjukhusen har valt att implementera BSc var för att få en övergripande bild av verksamheten eftersom för mycket fokus har lagts på traditionell styrning. BSc har inom de tre sjukhusen använts som ett verktyg som ska komplettera den traditionella styrningen där budget fick ett för stort fokus. Detta är även något som styrks av Johanson et al. (2006) som menar att sjukvården behövde ett nytt styrmedel som lägger fokus på icke-finansiella mått och inte bara på de finansiella mätetalen. Mendes et al. (2012) hävdar att anledningen till att traditionell styrning är meningslös i sjukvårdskontexten beror på att vinst inte är aktuellt i dessa organisationer.

Vår empiri visar att styrkortet har utvecklats med åren inom sjukvården eftersom brister i BSc har åtgärdats. Eftersom BSc implementerades väldigt tidigt i organisationerna fanns svaga regler om hur styrkortet skulle formuleras där bland annat den strategikarta som används idag inte fanns med från början. Vi tror att anledningen kan vara den utvecklade modellen av Balanced Scorecard som enligt Schobel & Scholey (2012) saknade en strategikarta som kopplade samman strategier och måttal, samt saknaden av ett orsak-verkan-samband som Cobbold och Lawrie (2004) nämner i sin artikel. Våra respondenter berättar att de använder en strategikarta som härstammar från den andra generationens styrkort, men att de inte använder ett orsak-verkan-samband som också kommer från den andra generationen. Detta förklaras av Kalagnanam (2003) som vanligt inom sjukvården. Enligt Funck (2009) tillför inte orsak-verkan-sambandet någon nytta till den offentliga verksamheten. Däremot kan vi se att inom universitet anses det ekonomiska perspektivet ha stor betydelse för hur de andra perspektiven utformas (Papenhausen & Einstein, 2006; Schobel & Scholey, 2012). Med detta i åtanke kan vi dra slutsatsen att det ekonomiska perspektivet har påverkan på de andra perspektiven eftersom de resurser som tilldelas faktiskt påverkar hur de andra perspektiven kan utformas i form av kostnader.

Även om styrkortet har utvecklats sedan införandet, har den tredje generationens BSc inte bidragit med något till sjukvårdens styrkort. Anledningen kan bero på att landstinget redan använder en verksamhetsplan som ersätter "destinationsredogörelsen" som generationen tillför och att landstinget redan har hittat ett BSc som fungerar. Däremot diskuterar Lawrie & Cobbold (2004) att den tredje generationen innehöll två perspektiv som skulle underlätta för offentliga organisationer, något som vår empiri inte visat. Vi tror att anledningen kan vara att sjukhusen implementerade styrkortet väldigt tidigt då modellen innehöll fyra perspektiv.

Balanced Scorecard var egentligen framtagen för ledningar i organisationerna med syftet att blicka över hela verksamheten utifrån ledningens perspektiv (Kaplan och Norton, 1996). Kollberg & Elg (2011) diskuterade i sin artikel om att en del sjukhus har gått ifrån denna princip och har istället implementerat flera BSc på olika nivåer. Våra respondenter förklarade att detta stämde in på deras verksamhet eftersom det finns tre till fyra BSc inom sjukvården. Detta har resulterat i en otydlighet om sjukvården har implementerat ett BSc som bryts ner för varje nivå eller om sjukvården har implementerat flera olika BSc. En del respondenter menar att BSc bryts ner för

varje enhet, medan andra respondenter diskuterar enheternas möjlighet att själva skapa sitt BSc. Dock tror vi att oenigheten beror på respondenternas position inom sjukvården eftersom våra respondenter arbetar med BSc på olika sätt. Från vårt empiriska material tolkar vi det som att sjukvårdens BSc bryts ner från landstingsnivå till olika sjukhusnivåerna, men att processen sker vid varje specifik nivå där resultatet av nedbrytningen sker med hjälp av de som arbetar på den aktuella nivån. Vi tror att detta kan vara förklaringen till de olika synsätten då alla aktivt arbetar med att skapa sitt BSc.

Det råder inte bara oenighet om sambandet mellan de olika nivåernas BSc utan även en oenighet om från vilket håll (klinikernas eller landstingets) styrkortet styrs ifrån. Anledningen kan bero på resonemanget som Aidemark (2001) och Funck (2007) för i sina artiklar om det så kallade nerifrån-upp-perspektivet inom sjukvården som utgår ifrån principen att den professionella branschen är svår att styra uppifrån- och ner eftersom sjukvårdspersonalen har större insikt hur verksamheten ska bedrivas. Dock menade våra respondenter att landstinget ansåg att styrningen behövde bli mer kontrollerad och införde därför ett övergripande styrkort för alla sjukhus inom landstinget som sjukhusen sedan fick översätta till sina egna styrkort. Chan (2009) menar att detta sätt att styra på är ett effektivt sätt att kommunicera fram regeringens strategiska mål på sjukvården. Författaren förklarade också att det garanterar att målen för de olika verksamheterna är i linje med regeringens mål och prioriteringar. Däremot argumenterar Kaplan och Norton (1996) för att ett uppifrån-ner-perspektiv skulle skapa oanvändbara mål och mätetal, vilket kan förklara anledningen till att sjukvården kräver flera styrkort eftersom att styrkortet måste specificeras ju längre ner i organisationen som styrkortet ska användas (Elg & Kollberg, 2011).

Vidare har vi upptäckt att vår empiri visar att personalen har blivit mer delaktig sedan införandet av BSc. Flertalet av respondenterna påpekade att personalen känner att de är mer insatta och delaktiga i organisationen sedan BSc tillkom. Vår empiri har visat att många av respondenterna menar att det kan bli för många mätetal och att det kan bli förvirrande. Emellertid menar de att det inte är BSc i sig som är orsaken utan sjukhusens sätt att arbeta med styrkortet.

5.2 Anpassning av BSc-perspektiven

Olika branscher och miljöer har valt att anpassa styrkortets perspektiv olika. Tidigare forskning visar att till exempel banker, små och medelstora företag, polismyndigheter och andra offentliga organisationer inte använder de fyra originalperspektiven som Kaplan och Norton introducerades

på 90-talet (Carmona & Grönlund, 2003; Greiling, 2003; Chow et al., 1997; Manville, 2007; Ax & Bjørnenak, 2005).

Vår empiri visar att från början inspirerades sjukvården av originalmodellen genom att de använde de fyra perspektiv som finns med i Kaplan och Nortons originalmodell; kund-, interna process-, ekonomi- och lärande- och förnyelseperspektivet. Dock visar tidigare forskning att olika verksamheter inom sjukvården använder olika många perspektiv (Greiling, 2010; Aidemark, 2010; Kollberg och Elg, 2006). Vår empiri visar att sjukhusen introducerade ett femte perspektiv som kallas *medarbetarperspektivet*. Perspektivet har nämnts i tidigare forskning av bland annat Funck (2009) och Kollberg och Elg (2006) som menar att medarbetarperspektivet är viktigt i en professionell organisation då personalen har en viktig roll inom sjukvården. Våra respondenter påpekade att detta perspektiv är relativt nytt och att det var självklart för alla att det skulle bli ett femte perspektiv. Detta på grund av att sjukhusen ansåg att mätetalen för personalen inte hörde hemma i något annat perspektiv, då de mätetalen fick ta plats i lärande- och förnyelseperspektivet förut. Dock menar Gurd & Gao (2008) att personalen påverkar kundernas vård och därför bör mätetalen som berör personalen ingå i kundperspektivet vilket inte landstinget i Jönköpings län höll med om då mätetalen inte påverkar kunderna. Mätetalen representerar istället personalens attraktion till arbetsplatsen genom att belysa frågor som rör deras utveckling inom arbetet. Men vi kan också konstatera att kostnader som sjukfrånvaro och heltidstjänster finns med i perspektivet eftersom det anses som en kostnad som beror på personalen.

Vi tolkar resultatet från vår empiri som att *process- och produktionsperspektivet* har att göra med effektivisering av både inre och yttre processer inom sjukvården. Sainaghi (2013) beskrev att organisationerna ska belysa kritiska interna processer där förbättring måste ske. Detta stämmer överens med vad våra respondenter beskriver. Resultatet av vår empiri visar att process- och produktionsperspektivet inte har några större avvikelser från originalmodellen eftersom målet för både sjukvården och vinstdrivande organisationer är att fokusera på de kritiska processerna och arbetssättet (Kaplan & Norton, 1999). Våra respondenter menar att detta perspektiv fokuserar på arbetssättet genom att belysa frågor som berör hur sjukvården kan skapa en säker vård och medverka till en god folkhälsa på effektivaste sätt. Detta kan vi dra paralleller till Kollberg och Elg (2006) som menar att perspektivet fokuserar på prestanda för medicinsk behandling och vård. Författarna har också hävdade att perspektivet kan kopplas till kundperspektivet eftersom mått som påträffats där har även funnits i processperspektivet, vilket vår empiri inte visar. Vi kan se i vår

empiri att mätetalen inom detta perspektiv handlar exempelvis om tillgänglighet, tid för behandling, ohälsa och hygienrutiner. Även om ohälsotalet ibland kan vara svårt att påverka menar Urrutia och Eriksen (2005) att dessa mätetal finns där för att belysa vissa frågor men som ibland inte kan påverkas, vilka är av naturliga skäl.

Vårt resultat från empirin visar på att sjukvårdens *lärande- och förnyelsesperspektivet* har ett fokus på hur personalen ska utveckla sina kunskaper för att sjukvården ska bli bättre i sitt arbete. Eftersom sjukvården inte har samma möjlighet till tillväxt har sjukvården valt att inrikta perspektivet på förbättringsarbete och forskning. Förklaringen kan vara att kunskapen inom sjukvården är ett viktigt attribut för fortsatt effektiv vård (Funck, 2009). Perspektivet ska leda till långsiktig förbättring enligt Sainaghi (2013) vilket kan förklara anledningen till att perspektivet inte innehåller några specifika mätetal, då Funck (2008) argumenterade för att de professionella har större kunskap om hur verksamheten ska drivas. Vårt empiriska material visar även att utbildning är viktigt inom perspektivet då landstinget tidigare haft mätetal om antalet publicerade forskningsarbeten. Detta kan vi sammankoppla med forskning från ENY T (2009) som menar att lärandeperspektivet inte skall tas med lättnad utan att det lönar sig i längden att investera i utbildning för personalen.

5.3 Anpassning av kund- och ekonomiperspektivet

I avsnittet analyseras empiri mot teori i avseende på kund- och ekonomiperspektivet.

5.3.1 Anpassning av kundperspektivet

I originalmodellen beskrivs kundperspektivet som ett av de viktigaste perspektiven (Olive et al., 1999). Det beror på att i en vinstdrivande organisation är organisationen beroende av de för att överleva. Det är inte fallet i en offentlig sjukvårdsorganisation. Vår empiri visade att i en offentlig sjukvårdsorganisation är det medborgarna som är kunderna. Forskning visade att kunderna var svårdefinierade i en offentlig organisation (Aidemark & Funck, 2008), men landstinget ansåg att verksamheterna finns till för medborgarna och därför var det naturligt att säga att kunderna är medborgarna. Detta ledde till att perspektivet fick namnet medborgare- och kundperspektiv för att tydliggöra detta.

Respondenterna berättade att perspektivet påverkas av flera underlag och rekommendationer som är till grund för de strategier och mätetal som tas fram. De intervjuade respondenterna ansåg att

fokus inom perspektivet var att ha en patientfokuserad och jämlik vård. Zelman et al. (2003) beskriver att vårdens fokus är att skapa kvalitet men att det kan vara svårt att mäta detta. Sjukhusen Ryhov, Högländ och Värnamos sätt att skapa kvalité inriktar sig mycket på kundtillfredsställelse. Våra respondenter har inte uttryckt att det har varit svårt att m ta kundtillfredsställelse. I sjukvården har det dock en annan betydelse än vad det har i en vinstdrivande organisation. Fokus läggs på vård- och väntetider bland mätetalen. Väntetiderna kan appliceras på alla kliniker och verksamheter inom sjukvården och  r därför ett väl använt mätetal menar våra respondenter. Sjukhusen använder sig av enkäter där patienterna får svara på olika frågor som berör hur de har upplevt besöket. Vår empiri har visat att kundperspektivet  r baserat på nationella riktlinjer eftersom många av de mätetal som finns med m ts på en nationell nivå mellan landstingen.

Olve et al. (1999) skriver att kundlojalitet är viktigt i originalmodellen, men Ericsson (2006) menar att detta inte är aktuellt för sjukvården eftersom återkommande kunder är inget mål i sjukvården. Kunderna kommer inte frivilligt utan för att de  r i behov av vård, vilket leder till högre kostnader. Även om kundlojalitet inte anses som aktuellt på samma sätt som inom de vinstdrivande organisationerna så visar vår empiri att sjukhusen istället har fokuserat på patienternas nöjdhet. Sjukhusen använder sig av olika enkäter där patienterna kan uttrycka sina åsikter om både v rden och vistelsen på sjukhuset som sedan används i olika jämförelser för att jämföra v rden mellan de olika verksamheterna och regionerna. En metod som också används inom vinstdrivande verksamheter för att m ta verksamhetens konkurrenskraft (Chia et al., 2009).

Vår empiri visade också att sjukhusen har förflyttat mätetalen som berör personalen f r att skapa ett helt nytt perspektiv på grund av att de tyckte att de mätetalen inte hörde hemma där. Däremot visade forskning att vissa verksamheter inom sjukvården använde mätetal inom kundperspektivet som behandlade personalfrågor (Gurd & Gao, 2008).

5.3.2 Anpassning av ekonomiperspektivet

Tidigare forskning har visat att sjukvården har samma ekonomiska förutsättningar som andra offentliga organisationer eftersom de offentliga organisationerna finns till för allmänheten och finansieras av statliga medel (Mendes et al., 2012). Vår empiri visar att Landstinget i Jönköpings

län har en avgörande roll om hur ekonomiperspektivet ska utformas då landstinget beslutar om de resurser som ska tilldelas de olika sjukhusen. Detta är inte unikt för sjukvården eftersom andra offentliga organisationer har samma utgångsläge, däremot har det ekonomiska perspektivet olika prioriteringar. Ekonomiperspektivet beskrivs av Chan (2009) som sist prioriterat inom hälso- och sjukvården eftersom perspektivet är svårt att påverka då budget inte kan påverkas, medan Voelker et al. (2001) menar att det perspektivet är meningslöst. Från vår empiri kan vi konstatera att sjukhusen prioriterar perspektivet lika mycket som de andra, men har valt att fokusera på andra mätetal eftersom de inte kan påverka de resurser som tilldelas sjukhusen då detta bestäms av landstinget. Detta styrks även av Sharma & Gadenne (2011) som beskrev flera av de meningslösa mätetalen som inte kan användas inom offentlig verksamhet.

Även om sjukhusen inte kan påverka sin budget arbetar de istället med att kontrollera sina kostnader och att göra sjukvården kostnadseffektiv. Vår empiri visade att bland annat kostnader för läkemedel har ett stort fokus eftersom det är en stor utgift för sjukvården. Detta har även tidigare forskning visat (Yuen & Ng, 2012). Metoderna styrks även av Van Peurse et al. (1995) som diskuterade användningen av det ekonomiska perspektivet inom den offentliga sjukvården där fokus finns på att effektivisera verksamheten. För att skapa en kostnadseffektiv vård har landstinget också fokuserat mål inom ekonomiperspektivet där sjukhusen ska redovisa ett nollresultat, som innebär att intäkterna är lika stora som utgifterna. Detta anses som vanligt inom offentliga organisationer och är därför en självklarhet (Aidemark, 2001).

Ett annat sätt att effektivisera vården var att använda sig av DRG-mätning som skulle underlätta effektiviteten inom vården, då systemet kopplade olika patientgrupper med olika kostnader. Metoden leder till en bättre resursfördelning. Detta är inget som tidigare forskning har beskrivit, men det stöds av forskning som visar på att sjukvården ska effektivisera vården (Sharma & Gadenne, 2011)

6. Bidrag

Studiens bidrag ska skapa förståelse för hur sjukvården har anpassat BSc med avseende på kund- och ekonomiperspektivet. Vårt bidrag baseras på det vi kommit fram till i den teoretiska referensramen, empirin och analysen. Sist kommer vi presentera förslag på vidare forskning.

6.1 Slutsats

Studiens syfte var att “*skapa förståelse för hur offentliga sjukvårdsorganisationer har anpassat BSc med avseende på kund- och ekonomiperspektivet*”. Vi tycker att vi har fått mer förståelse för vad BSc innebär i en offentlig sjukvårdsorganisation efter vår studie. Vi har också fått en förståelse för hur det går till att använda BSc i praktiken, hur de har anpassat styrkortet, vad för betydelse perspektiven har i en sjukvårdsorganisation och hur måtten valts ut. Studien har visat att sjukvården inom Landstinget i Jönköping har ett unikt BSc.

Studien visar att det är flera faktorer som är unika för sjukvården och som påverkar sjukhusens anpassning av Balanced Scorecard. BSc inom sjukvården måste ta hänsyn till flera olika aspekter för att kunna implementeras (Zelman et al., 2003; Funck, 2009; Elg et al., 2013). Vår studie stärker den tidigare forskningen som visar på att politikerna har en betydande roll för sjukvårdens anpassning av styrkortet eftersom beslut som påverkar sjukvårdens verksamhetsstyrning tas på en politisk nivå (Funck, 2009; Funck, 2007; Aidemark, 2001).

Vår studie har också visat att sjukvårdens sätt att implementera BSc skiljer sig ifrån Kaplan och Nortons modell då sjukvården har implementerat BSc på flera olika nivåer istället för endast på ledningsnivå, som Kollberg & Elg (2006) visade i sin forskning. Vår empiri visade att det finns oenigheter om sjukvårdens har flera BSc eller om det är ett BSc som bryts ner för varje nivå. Däremot visade vår empiri att meningen med sjukvårdens BSc är att politikerna endast ska utforma sjukhusens övergripande BSc (i budgetprocessen) som sedan ska brytas ner i flera olika nivåer inom sjukhuset. Vår slutsats är att oenigheten kan bero på att alla nivåer är mer engagerade eftersom de olika nivåerna kan vara med och påverka utformningen av sitt BSc, som i sin tur kan ha skapat förvirringen om sjukvården drivs med ett BSc eller flera BSc.

Förutom sjukvårdens sätt att arbeta med olika nivåer måste sjukvårdens BSc anpassas efter den professionalism som råder inom sjukvården. Det har resulterat i att sjukvården använder sig av ett femte perspektiv; medarbetarperspektivet. Detta beror på att sjukvården saknar ett perspektiv som tar hänsyn till de som arbetar inom sjukvården då de har en avgörande roll inom vården (Funck, 2009; Kollberg och Elg, 2006). Vår studie visar att det femte perspektivet har varit mycket uppskattat bland alla inblandade. Både tidigare forskning och vår studie har visat att personalmåttan har tidigare fått ta plats i andra perspektiv (Funck, 2009; Kollberg och Elg, 2011). Gurd och Gao (2008) skrev i sin artikel att personalmåttan hörde hemma i kundperspektivet vilket inte vår studie stödjer, då vi har fått veta av våra respondenter att det endast var förvirrande när personalmåttan inte hade ett eget perspektiv.

Vi har sett från tidigare forskning att sjukvården styrs utifrån ett så kallat nerifrån-upp perspektiv, där sjukvårdspersonalen som har den största insikten i verksamheten har en avgörande roll i BSc (Funck 2007). Dock har vår empiri visat att sjukhusen inte har kommit överens om vilket det är som råder, antingen ett nerifrån- upp eller uppifrån- ner perspektiv. Tidigare forskning visar på att det är vanligast med ett uppifrån-ner-perspektiv i en vinstdrivande organisation, medan ett nerifrån-upp är unikt för sjukvården (Aidemark, 2001; Funck, 2007; Kaplan & Norton, 1996). Vi tolkar denna oenighet som att klinikerna har stor frihet vad gäller styrkortets användning och utformning, vilket kan vara anledningen till att denna oenighet råder.

Vår studie visar att ett orsak- verkan-samband inte råder i det Landsting som vi har hämtat vår empiri från. Vi kan utläsa att detta är på grund av att sambandet inte har någon betydelse i en sjukvårdsorganisation, alla perspektiv ska vara av lika vikt (Cobbold & Lawrie, 2004; Kalagnanam, 2003; Funck, 2009). Detta är också något som våra respondenter har kommenterat. Men däremot har det ekonomiska perspektivet en påverkan på de andra perspektiven eftersom resurserna begränsar de andra perspektiven i form av hur stora utgifter som de andra perspektiven kan utrymma.

Vår studie har också påvisat att offentliga sjukhus organisationer har anammat både första och andra generationen, men inte den tredje då denna antagligen kom så sent att BSc redan var implementerat inom verksamheterna (Perkins et al., 2014).

Vad det gäller perspektiven har studien visat att sjukvården använder fem perspektiv istället för fyra perspektiv, det tillsatta perspektivet är medarbetarperspektivet. Vad gäller de andra perspektiven (process- och produktionperspektivet samt lärande- och förnyelseperspektivet), har vår studie visat att dessa perspektiv är rätt snarlika perspektiven i originalmodellen. Perspektiven har då inte behövts anpassas särskilt mycket (Kaplan & Norton, 1999).

Forskning visade att kunderna var svår definierade i en offentlig sjukvårdsorganisation (Aidemark och Funck, 2008), men vår empiri visade att sjukvårdens kunder är medborgarna. Detta var alla sjukhusen eniga om. Mätningen inom perspektivet är dock mer komplicerad i sjukvården i jämfört med en vinstdrivande organisation (Zelman et al., 2003). Vår slutsats är att sjukvårdens kundperspektiv skiljer sig från andra Kaplan och Nortons modell eftersom sjukvårdens syn på kundtillfredsställelse skiljer sig från vinstdrivande organisationer. Vår studie visar att innebörden av mätetalet kundtillfredsställelse och kundlojalitet har en annan innebörd i sjukvården eftersom sjukvården inte gynnas av återkommande patienter (Olive et al., 1999; Ericsson, 2006). Istället mäter sjukvården kundtillfredsställelse där bland annat mätetal mäter väntetider och att kunderna får ett bra bemötande. Vi tolkar att mätetalen lojalitet och nöjdhet kan mätas i sjukvården men med en helt annan innebörd än i en vinstdrivande organisation.

Vår studie visar att sjukvårdens ekonomiperspektiv är av lika vikt som de andra perspektiven och perspektivet har samma förutsättningar som andra offentliga organisationer eftersom det är politikernas budget som skapar förutsättningarna för verksamhetens intäkter (Mendes et al., 2012). Sjukvården har valt att fokusera på andra frågor inom perspektivet eftersom många av de traditionella mätetalen inte är relevanta. Då budget bestäms av landstinget får sjukvården i uppdrag att effektivt använda de tilldelade resurserna. Men forskning enligt Chan (2009) samt Bisbe & Barrubés (2012) säger att ekonomiperspektivet är sist prioriterat, något som inte stämmer överens med vår studie. Sjukvården har valt att inrikta sig på andra mätetal än vad originalmodellen innehåller, då dessa enligt Sharma och Gadenne (2011) endast fokuserade på exempelvis avkastning, kapital och tillväxt som inte är relevant inom sjukvården då de inte är vinstdrivande.

Förutom att ekonomin ska vara i balans är DRG-mätning och läkemedelskostnader viktigt för

sjukvården. Detta diskuteras även av Yuen och Ng (2012) som påpekade att kostnader är relevanta inom sjukvårdens ekonomiperspektiv. Van Peurse et al. (1995) skrev att det ekonomiska perspektivet fokuserar på att effektivisera i sjukvården, detta har vår studie också påvisats då sjukhusen försöker få en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

6.2 Begränsningar och vidare forskning

Resultatet av vår studie kan ha påverkats av antalet intervjuer vi genomfört. Studien har även begränsats till ett av Sveriges landsting vilket också kan påverka resultatet av studien. Därför kan vår studie inte generalisera för all sjukvård inom Sverige. Vidare är studien också begränsad till enbart sjukhus som begränsar generaliseringen till sjukvården då vi inte inkluderat andra verksamheter inom sjukvården.

Då vår studie endast studerat sjukvården inom ett landsting föreslår vi att vidare forskning studerar fler sjukhus inom andra landsting för att få en större bild av anpassningen av Balanced Scorecard. Vi tror att andra landsting och sjukhus har en annan syn på vårt ämne som skulle kunna ge en bredare bild av sjukvårdens anpassning av styrkortet. Vidare forskning kan även studera andra verksamheter inom sjukvården för att få större förståelse för hur andra organisationer inom sjukvården förutom sjukhus använder Balanced Scorecard. Vi har i vår studie inte lagt stort fokus på sjukvårdens mätetal annat än ytligt. Vidare förslag är att fördjupa sig i inom sjukvårdens mätetal.

7. Källförteckning

Ahn, H. (2005). How to individualise your balanced scorecard. *Measuring business excellence*. 9 (1), pp. 5-12.

Aidemark, L. G. (2001). The meaning of balanced scorecards in the Health Care Organization. *Financial Accountability & Management*, 17 (1), pp. 23-40.

Aidemark L. G. & Funck, E. (2008) Ledarskap och Mätning i sjukvården. *Kommunal ekonomi och politik*. 12 (1), pp. 7-33.

Aidemark, L-G. (2010). Cooperation and competition: balanced scorecard and hospital privatization. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 23 (8), pp. 730-748.

Andersen, H., Cobbold, L. and Lawrie, G. (2001). Balanced scorecard implementation in SMEs: reflections on literature and practice. *2GC Active Management*. Hämtad från: <http://2gc.eu/files/resources/2GC-CP-SMESME-090311.pdf>

Andersen, H. (1994). *Vetenskapsteori och metodlära*. Lund: Studentlitteratur.

Assiri, A., Zairi, M & Eid, R. (2006). How to profit from the balanced scorecard: An implementation roadmap, *Industrial Management & Data Systems*. 106 (7), pp. 937 - 95

Ax, C. & Bjørnenak, T. (2005). Bundling and diffusion of management accounting innovations – the case of the balanced scorecard in Sweden, *Management Accounting Research*. 16 (1), pp. 1-20.

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

Barbosa da Silva, A. & Andersson M. (1993). *Vetenskap och människosyn i sjukvården- en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. Upplaga 1. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund.

Barney, W., Radnor, Z., Johnston, R. and Mahon, W. (2004), The design of a strategic management

system in a public sector organization, Edinburgh, July.

Bisbe J. & Barrubés J. (2012). The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 65 (10), pp. 919-927.

Bryman, A. och Bell, E. (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Upplaga 2. Stockholm: Liber AB.

Carmona S. Grönlund A., (2003) Measures vs actions: the balanced scorecard in Swedish Law Enforcement. *International Journal of Operations & Production Management*. 23 (12), pp. 1475 - 1496

Chavan, M. (2009). The balanced scorecard: a new challenge. *Journal of management development*. 28(5), pp. 393-406.

Chan Y-C. L. (2009) How strategy map works for Ontario's health system. *International Journal of Public Sector Management*. 22 (4), pp. 349-363.

Chia, A., Goh M. & Hum, S-H. (2009). Performance measurement in supply chain entities: balanced scorecard perspective. *Benchmarking: An International Journal*. 16 (5), pp. 605 - 620.

Chow, C., Ganulin, D., Haddad, K. & Williamson, J. (1998). The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management. *Journal of Healthcare Management*. 43 (3), pp. 263-280.

Chow, C. W., Haddad, K. M., & Williamson, J. E. (1997). Applying the balanced scorecard to small companies. *Management Accounting New York*, 79, pp. 21-27.

Christensson, I., Sundbrandt, M., Holm, S., Wache, L., Nikolaidis, A-S. & Kullbergh, S. (2000). Införande av Balanced Scorecard på de tre medicinska klinikerna inom Landstinget i Jönköpings län.

Eriksson, C. (2006). *Balanserat styrkort i statsförvaltningen*. Ekonomistyrverket. E-bok.

Eriksson L.T & Wiedersheim-Paul F. (2014). *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber AB.

Ericsson, B. & Gripne A. (2002). *Balanced Scorecard i kommunal verksamhet*. Köpenhamn: Kommentus Förlag.

Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Elg, M., Broryd, K.P. & Kollberg, B. (2013). Performance measurement to drive improvements in healthcare practice. *International Journal of Operations & Production Management*. 33 (11/12), pp. 1623 - 1651.

Elg M. & Kollberg B. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60 (5), pp. 427-445.

Elg M. & Kollberg B. (2006). Exploring the Use of Balanced Scorecards in Swedish Health Care Organizations. *Asian Journal on Quality*, 7 (2), pp. 1-18.

Forsberg, C., & Wengström Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Upplaga 3. Stockholm: Natur och kultur.

Funck, E. (2009). Ordination Balanced Scorecard - översättning av ett styrinstrument inom hälso- och sjukvården. Diss., Växjö universitet.

Funck, E. (2009). Balanced Scorecard – En integrator av skilda intressen i sjukvården. Hämtad från: <http://www.polis.no/Paper/Aarhus05/PFUNCK.PDF> (Hämtad 2014-10-23).

Funck, E. (2007). The balanced scorecard equates interests in healthcare organizations. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 3 (2), pp. 88-103.

Gao T. & Gurd B. (2008). Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57 (1), pp. 6-21.

Glaser B-G & Strauss A. (1967). *Discovery of Grounded Theory*. Strategies for Qualitative Research. Sociology Press.

Greiling, D. (2010). Balanced scorecard implementation in German non profit organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 59 (6), pp. 534 - 554.

Gummesson, E. (2003). All research is interpretive. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18(6/7), pp. 482–492.

Helms, M. M. & Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis—where are we now?: A review of

academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, 3(3), pp. 215-251.

Hudson, M., Smart, A. & Bourne, M. (2001). Theory and practice in SME performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*. 21 (8), pp. 1096-1115.

Höglandssjukhuset. (2014). BSC 2015 – Medicinklinikens verksamhetsplan.

Höglandssjukhuset. (2013). Budget 2014 – Höglandets sjukvårdsområde.

Johanson U., Skoog M., Backlund A., & Almqvist R. (2006). Balancing dilemmas of the Balanced Scorecard. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 19 (6), pp. 842-857.

Kalagnanam, S. (2003). The implementation and use of the balanced scorecard in government – owned corporations, paper presented at the second Workshop on Performance Measurement and Management Control, Nice.

Kaplan R. (2002). The Balanced Scorecard and nonprofit organisations. *Harvard business school publishing corporation*, pp. 231-234.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). Measuring the strategic readiness of intangible assets. *Harvard business review*, 82(2), pp. 52-63.

Kaplan R., & Norton, D. (1999). *Från strategi till handling - the Balanced Scorecard*. Oskarshamn: ISL Förlag AB.

Kaplan, R & Norton, D. (1996). Linking the Balanced Scorecard to strategy. *California Management Review*. 39 (1), pp. 53-79.

Kaplan, R. & Norton, D. (1993). Putting the balanced scorecard to work, *Harvard Business Review*, September-October, pp. 134-42.

Kaplan, R & Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance. *Harvard Business review*. January-February, pp. 71-79.

Kippenberger, T, (1996). The balanced scorecard. *The Antidote*. 1 (1), pp. 8 - 9

Koumpouros, Y. (2013). Balanced scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of

- Tripolis, Greece. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 26 (4), pp. 286-307.
- Landstingets Kansli. (2014). Budget verksamhetsplan 2014 - flerårsplan 2015-2016. Upplaga 1800. Erlanders/NRS Tryckeri AB. Huskvarna.
- Landstinget i Jönköping. (2013-08-19). Verksamhetsberättelse. Hämtad från: <http://www.rjl.se/Om-oss/landstingets-resultat/Rapporter-och-studier/>, den 18-11-2014.
- Lawrie G., Cobbold I. (2004). Third generation balanced scorecard: evolution of an effective strategic control tool, *International Journal of Productivity and Performance Management*. 53 (7), pp. 611 - 623.
- Manville, G. (2007). Implementing a balanced scorecard framework in a not for profit SME, *International Journal of Productivity and Performance Management*. 56 (2), pp. 162 - 169
- Martinsons, M., Davison, R. & Tse, D. (1999). The balanced scorecard: a foundation for the strategic management of information systems. *Decision Support Systems*. 25 (1), pp. 71–88
- Mendes, P., Santos, A.C., Perna, F. & Teixeira, M.R. (2012). The balanced scorecard as an integrated model applied to the Portuguese public service: a case study in the waste sector. *Journal of Cleaner Production* 24, pp. 20-29.
- Mälardalens högskola Eskilstuna Västerås. (2014-03-24). Primär- och sekundärkällor. Hämtad från: <http://www.mdh.se/student/minastudier/examensarbete/omraden/metoddoktorn/soka-information/primar-och-sekundarkallor-primar-och-sekundardata-1.27203>, den 24-03-2014.
- Olsson, H & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen : kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Tredje utgåvan. Stockholm: Liber AB.
- Olve, N. G., Roy J., & Wetter, M. (1999). *Balanced Scorecard I Svensk Praktik*. Malmö: Liber AB.
- O'Neil, H. F., Bensimon, E. M., Diamond, M. A. & Moore, M. R. (1999). Designing and implementing an academic scorecard. *Change: the magazine of higher learning*. 31 (6), pp. 32-40.
- Otley, D. (1999), Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*. 10 (4), pp. 363-382.

- Ouchi, W.G. (1979), A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms, *Management Science*, 25, pp. 833-48.
- Papenhausen, C & Einstein, W. (2006). Implementing the Balanced Scorecard at a college of business. *Measuring Business Excellence*. 10 (3), pp. 15 - 22.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Perkins, M., Grey, A., & Remmers, H. (2014). What do we really mean by Balanced Scorecard? *International Journal of Productivity And Performance Management*. 63 (2), pp. 148-169.
- Philbin, S. (2011). Design and implementation of the Balanced Scorecard at a university institute, *Measuring Business Excellence*. 15 (3), pp. 34-45.
- Punniyamoorthy M. & Murali R. (2008). Balanced score for the balanced scorecard: a benchmarking tool. *Benchmarking: An International Journal*. 15 (4), pp. 420 - 443
- Sainaghi, R., Phillips, P., & Corti, V. (2013). Measuring hotel performance: Using a balanced scorecard perspectives' approach. *International Journal of Hospitality Management*. 34, pp. 150-159.
- Schobel, K., & Scholey, C. (2012). Balanced Scorecards in education: focusing on financial strategies. *Measuring Business Excellence*. 16 (3). pp. 17-28.
- ENY T, Y-B. (2009). The Balanced Scorecard in the Healthcare Industry: A Case Study. *International Symposium on Sustainable Development*, June 9-10, pp. 139-143.
- Self, J. (2004). Metrics and management: applying the results of the balanced scorecard. *Performance Measurement and Metrics*. 5 (3), pp. 101-105.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.
- Sharma B. & Gadenne D. (2011). Balanced Scorecard Implementation in a Local Government Authority: Issues and Challenges. *The Australian Journal of Public Administration*. 70 (2), pp. 167-184.

Shulver, M., Lawrie, G., & Andersen, H. (2000, July). A process for developing strategically relevant measures of intellectual capital. In Proceedings, 2nd International Conference on Performance Measurement, Cambridge, UK.

Shulver, M. and Antarkar, N. (2001), The Balanced Scorecard as a communication protocol for managing across intra-organisational boundaries, Paper presented at the 12th Annual Conference of the Production and Operations Management Society, Orlando.

Socialstyrelsen. (2014-06-16). DRG. Hämtad från:

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg>, den 20-12-2014.

Speckbacher, G., Bischof, J., & Pfeiffer, T. (2003). A descriptive analysis on the implementation of Balanced Scorecards in German-speaking countries. *Management Accounting Research*. 14 (4), pp. 361-387.

Tennant, C. and Tanoren, M. (2005), Performance management in SMEs: a balanced scorecard perspective, *International Journal of Business Performance Management*. 7 (2), pp. 123-43.

Urrutia, I & Eriksen, S. (2005). Insights from research Application of the Balanced Scorecard in Spanish private health-care management. *Measuring Business Excellence*. 9 (4), pp. 16-26.

Van Peurse K., Prat M. & Lawrence S. (1995). Health management performance: A review of measures and indicators. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. 8 (5), pp. 34 - 70

Voelker, K., Rakich, J & French, R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital topics*. 79 (3), pp. 13-24.

Vårdförbundet. (2013-07-04). Regelverket i vården. Hämtad från: <https://vardforbundet.se/Min-profession/Yrken-och-Vard-A-O/Regelverket-i-varden/>, den 2014-11-14.

Wikipedia. (2014-03-22). Balanserat styrkort. Hämtad från:

http://sv.wikipedia.org/wiki/Balanserat_Styrkort, den 16-02-2014.

Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care?: Perspectives of key stakeholders. *Social science & medicine*, 58(1),

pp. 177-192.

Yin, R. K. (2007). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber.

Yuen, P. & Ng, A. (2012). Towards a balanced performance measurement system in a public health care organization. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25 (5), pp. 421 - 430.

Zelman W, Pink G. & Matthias C. (2003). Use of the balanced scorecard in healthcare. *Journal of Health Care Finance*. 29 (4), pp. 1-16.

8. Intervjuguide

Inledande frågor:

Varför använder ni Balanced Scorecard?

Vad är syftet med verktyget?

Har ni infört BSc på olika nivåer? om ja, hur skiljer sig de olika BSc mellan nivåerna?

Anpassningen:

Vilka perspektiv använder ni er av?

Vilka funktioner fyller de olika perspektiven? Vad har ni för fokus inom varje perspektiv?

Finns det någon hierarki mellan perspektiven?

Vad anser du är specifikt för just sjukvårdens Balanced Scorecard?

Hur arbetar sjukhusen/sjukhuset med det ekonomiska perspektivet?

Hur skulle du beskriva styrkortets uppbyggnad? Nerifrån-upp eller uppifrån-ner?

Vilka mått använder ni er av och varför?

Hur har ni tagit fram måtten?

9. Intervjuer

Respondent 1: Controller vid Höglandssjukhuset. 2014. Intervju den 7 november.

Respondent 2: Vårdenhetschef vid Höglandssjukhuset. 2014. Intervju den 24 november

Respondent 3: Utvecklingschef vid Höglandssjukhuset. 2014. Intervju den 21 november.

Respondent 4: Ekonomichef vid Värnamo sjukhuset. 2014. Intervju den 7 november.

Respondent 5: Chef för Serviceenheten vid Värnamo sjukhuset. 2014. Intervju den 17 november.

Respondent 6: Utvecklingschef vid Värnamo sjukhuset. 2014. Intervju den 17 november.

Respondent 7: Ekonomichef på Ryhov sjukhus. 2014. Intervju den 4 november.

Respondent 8: Controller på Ryhov sjukhus. 2014. Intervju den 18 november.

Respondent 9: Controller på Landstinget i Jönköpings läns kansli. 2014. Intervju den 7 november.

Respondent 10: Budgetchef på Landstinget i Jönköpings läns kansli. 2014. Intervju den 18 november.

Respondent 11: Biträdande sjukvårdsdirektör på Ryhov sjukhus. 2014. Intervju den 12 november.

Respondent 12: Ekonomichef vid Höglandssjukhuset. 2014. Intervju 24 november.