

Konkurrens och Samverkan - Att använda Balanced Scorecard vid privatiseringen av ett sjukhus

Lars-Göran Aidemark, Växjö universitet¹

Abstrakt. Den 1:e november 2000 privatiserades driften av Simrishamns sjukhus. Den politiska ledningen inom Region Skåne och den private entreprenören skrev ett 5 årigt avtal som omfattade både slutenvård och öppen vård för ca trettio tusen invånare i Sydöstra Skåne. Privatiseringen var en reform med ideologisk klanbotten som genomfördes av en nyvald borgerlig majoritet med ambitionen att förnya svensk sjukvård och effektivisera resursanvändningen. Den offentliga sjukvårdsbyråkratin skulle kompletteras med en privat aktör som arbetade under marknadsmässiga villkor.

Denna samverkan mellan en offentlig uppdragsgivare och en privat utförare är en mellanform mellan hierarki och marknad, en hybrid. "The Organizational Failures Framework" (Williamson, 1975) indikerar de problem som skapar svårigheter att tillämpa en marknadslogik. Denna referensram kommer här att användas för att beskriva och analysera övergången från hierarki till en hybrid organisationsform med inslag av marknadslogik. Referensramen uppmärksammar ett svårbemästrat informationsproblem. I en osäker framtid skall den politiska ledningen styra en komplexa verksamhet, som drivs i privat regi. Teorin understryker att egenintresse och risken för opportunistisk försvara informationsproblemet. Frågan är om och i så fall hur uppdragsgivaren har lyckats hantera den informationsasymmetri som den nya organisationsformen medför och hur samhällskostnaderna för sjukvård förändras vid privatiseringen.

Den politiska ledningen i Region Skåne väljer att specificera den private entreprenörens uppdrag och att löpande utvärdera verksamheten med hjälp av ett balanserat styrkort. Denna studie bygger på primärmaterial från aktörer som haft ledande roller i utformningen, revidering och uppföljning av det kontrakt som skulle reglera den private entreprenörens handlingar.

Studien förmedlar omfattande erfarenheter när det gäller att utforma och utvärdera ett uppdrag inom sjukvården med hänsyn både till ett patientintresse, ett samhällsintresse och ett professionellt medicinskt intresse. Den politiska styrningen på distans leder till att beslutssituation för ansvariga politiker ändrar karaktär. Detaljregleringen ersätts av krav på principbeslut. Utvärderingen inom ramen för det balanserade styrkortet ger information om hur den private aktören behandlar sjukdom och befrämjar hälsa samt hur väl denne tillgodoser medborgarnas behov. Även om en prestationsfinansiering av sjukvården tenderar att leda till volymexpansion så skapade kontraktformen en kontrollerad kostnadsutveckling för sjukvårdshuvudmannen. Den aktuella anbuds konkurrens gav dessutom en betydligt lägre kostnadsutveckling för den privata sjukvården än den sjukvård som drevs i offentlig regi. Resultatet visar också att en framgångsrik reglering bygger lika mycket på att reducera målkonflikter (*goal incongruence*) mellan uppdragsgivare och uppdragstagare som på att evaluera uppdragstagarens handlande (*performance evaluation*).

Nyckelord: sjukvård, privatisering, balanserat Styrkort.

¹ Lars-Göran Aidemark, Associate Professor, Financial & Management Accounting Växjö School of Management and Economics, Växjö University SE-351 95, Växjö Sweden. Mail: Lars-Goran.Aidemark@ehv.vxu.se

Konkurrens och Samverkan - Att använda Balanced Scorecard vid privatiseringen av ett sjukhus

1. Inledning

Den 1 november 2000 tecknade Region Skåne ett femårigt avtal med en privat entreprenör om sjukvård för trettio tusen invånare. Den private entreprenören, "Närsjukvården Österlen AB", ingår i ett producentkooperativ med över 2000 verksamhetsansvariga ägare. Region Skåne har ansvaret för hälso- och sjukvård till omkring en miljon innevånare i södra Sverige. År 2000 drev Regionen 10 sjukhus med cirka 24,000 anställda och en driftbudget på 11 miljarder SEK. Regionfullmäktige valde också fem distriktsnämnder som skulle fungera som beställare av hälso- och sjukvård. Distriktsnämnden för Ystad-Österlen fick därvid ansvaret för privatiseringen av sjukvården på Österlen.

Avtalet med den private entreprenören omfattade driften av sjukhuset i Simrishamn med cirka 45 vårdplatser, akutverksamhet och öppenvård. Enligt avtalet skulle entreprenören tillhandahålla en individ- och hälsoinriktad närsjukvård, som ledde till trygghet och hälsa för befolkningen. Vårdbolagets uppdrag innefattade en nära samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården samt samarbete med övrig primärkommunal verksamhet i området.

"The Organizational Failures Framework" (Williamsson 1975) indikerar de problem och risker som det kan innebära att överföra en verksamhet som hanterats inom en organisation till mer marknadslika former. Introduktionen av en hybrid (Williamson 1991), som denna privatisering innebär, kan också leda till ett svårhanterligt informationsproblem och en risk för ökade samhällskostnader.

Distriktsnämnden för Ystad-Österlens Sjukvårdsdistrikt genomförde en upphandlingsprocess under anbudskonkurrens. De specificerade sina krav på den blivande entreprenören inom ramen för ett "**balanserat styrkort**". Det balanserade styrkortet kom dessutom att utgöra bas både för det ersättningssystem som infördes och den uppföljning av uppdraget som Distriktsnämnden genomförde regelbundet.

Denna privatisering kommer emellertid att genomföras på ett speciellt sätt. Kontraktet kommer inte att i detalj fastställa det uppdrag som skall gälla för den private entreprenören. I stället ingår det i kontraktet att parterna tillsammans efterhand skall utveckla uppdraget baserat på gjorda erfarenheter. Privatiseringen utvecklas i samverkan.

Frågan i denna studie är hur den offentlige uppdragsgivaren genomförde privatiseringen och vilka konsekvenser den använda strategin ledde till.

2. Teoretisk referensram

I föreliggande studie är det inte aktuellt att använda Williamson analys av de rationella förutsättningar som gäller för olika organisationsformer. Den offentligt organiserade sjukvården i Sverige har djupa historiska rötter. Sedan slutet på 1800-talet är den ett lagstadgat ansvar för landsting och regioner. Dessa offentliga huvudmän har ansvar både för sjukvårdens organisering och finansiering. Det är med andra ord inte så att den offentliga sjukvården har uppkommit för att det skulle leda till större "cost of using the price mechanism" (Coase 1937:390). Vidare genomfördes den här studerade privatiseringen av en borgerlig majoritet på ideologiska grunder. Däremot kommer de sammanhang som, enligt Williamson, leder till marknadsmisslyckandet att vara vägledande för studien.

Williamson (1975) hjälper oss att förstå många av de problem som finns i relationen mellan marknad och hierarki. I sin referensram presenterar han faktorer som det finns anledning att uppmärksamma i en analys av privatiseringar inom sjukvården. Visserligen innebär den här aktuella organisationsformen, som är ett samarbete mellan en offentlig uppdragsgivare och en privat uppdragstagare, en hybrid och mellanform mellan hierarki och marknad (Williamson 1991). Men de förhållanden som enligt Williamson orsakar marknadsmisslyckandet kan även indikera vilka svårigheter som en övergång från sjukvård i förvaltningsregi till privat regi kan möta.

Marknadslösningen rymmer ett svårbemästrat informationsproblem med många orsaker. Kunskapen om framtiden är ofullständig. Människors oförmåga att hantera tillvarons komplexitet och den osäkerhet som komplexa förhållanden vid en marknadslösning innebär bidrar till detta informationsproblem. Opportunism är en annan nyckelfaktor för

informationsproblemet. Den innebär att private aktören kan styras av egenintresse parat med falskhet.

En privatisering inom sjukvårdsområdet kan leda till informationsasymmetri (ibid. s. 31). Utföraren som har ansvar för verksamheten vet mycket mer om dess förutsättningar och konsekvenser än den offentlige finansiären som företräder medborgare och skattebetalare. Om kostnaderna dessutom är höga för att skaffa information ökar riskerna för opportunistiskt beteende.

Under rubriken "atmosphere" noterar Williamson noterar dock att en transformering från hierarki till marknad ingalunda är ett neutralt projekt. De inblandade aktörernas attityder kan vara avgörande till resultatet av reformen.

Vi skall i fortsättningen av denna artikel presentera de empiriska erfarenheter som privatiseringen kan förmedla under rubrikerna, "atmosphere", "information problems" and "transaction costs". Därefter diskuterar vi dessa punkter i teoretisk belysning och avslutar artikeln med några slutsatser av principiell natur.

2. Atmosfär

I regionvalet hösten 1998 övergick den politiska makten från en vänsterkoalition till en borgerlig allians i Region Skåne. I den borgerliga majoritetens måldokument för mandatperioden 1999-2002 formulerades nya tongångar. Ambitionen var att förändra den skånska hälso- och sjukvården radikalt. En beställar-utförarmodell skulle införas för sjukvården i Skåne. Detta innebar att politikerna inte längre direkt skulle styra sjukhusens verksamhet via sjukhusstyrelser.

Carl Sonesson: "Det allra viktigaste var kanske i detta dokument att vi sagt att vi ville renodla politikerns roll att vara medborgarföreträdare, inte utförare. Förvaltningscheferna skulle egentligen ha samma status som om man vore en verkställande direktör."

Andra bärande idéerna i förnyelsen var att verksamheten skulle konkurrensutsättas och till del drivas i alternativa driftformer samt att Region Skåne skulle nå ekonomisk balans.

Privatiseringen av sjukvården i Simrishamn var ett politiskt projekt. Det drevs av de borgliga partierna och artikulerades främst av Moderaterna. De borgliga partiernas sjukvårdspolitiker övergav en pågående sammanslagning av sjukhus (parsjukhus) och genomförde en privatisering av flera orsaker. Sjukhusen i Simrishamn och Ystad ligger bara några mil från varandra, men tillhörde olika landsting fram till andra halvan av 1990-talet. Det är föga troligt att en sjukvårdshuvudman hade byggt två sjukhus så nära varandra. En ökad valfrihet för patienter hade emellertid förändrat förutsättningarna för sjukhusen. 1989 rekommenderade Landstingsförbundet sjukvårdshuvudmännen i landet att de skulle ge medborgarna rätt att välja vårdcentral och sjukhus inom det egna landstinget (Landstingsförbundet 1989:41). Landstingen i södra Sverige ingick nu ett avtal som innebar att medborgarna fick möjlighet att söka vård över landstingsgränserna. De närliggande sjukhusen i Simrishamn och Ystad riskerade på detta sätt att hamna i en situation där det blev angeläget att värna om det egna sjukhusets konkurrenskraft. Den politiska styrgruppen för Landstinget Skåne (övergångsform vid regionbildningen) rekommenderade emellertid 1996 en övergripande struktur för sjukvården i Skåne som skulle reducera dessa risker. Fem sjukvårdsdistrikt organiserades baserat på principen om samverkande sjukhus. Tanken var bl.a. att Simrishamns Sjukhus och Lasarettet i Ystad skulle samverka inom Ystad-Österlens sjukvårdsdistrikt. Denna samverkan visade sig dock inte fungera. I Simrishamn ledde problemen med parsjukhuset till en oro för sjukhusets framtid och en kraftig lokal turbulens.

”Det började 1998. Simrishamns sjukhus stod under hotet av nedläggning; parsjukhusmodellen med Ystads Lasarett fungerade inte. Simrishamnarna utmanade: "rör inte vårt sjukhus". Under ett antal lördagar samlades många medborgare på torget i protest, med visselpipor, tutor, bilhorn och allt som väsnades, tillsammans med politiker, sjukvårdspersonal och andra samhällsföreträdare på tribunen.” (Ingvar Holm, Moderaterna i Simrishamn hemsida, 2002-06-04)

I Simrishamn drev olika grupper kampanjer med målet att frigöra sjukhuset från relationen med Ystad. En av dessa grupper verkade aktivt för att sjukhuset i framtiden skulle drivas av privata aktörer.

Inför valet 1998 artikulerade Moderaterna den kritik som fanns mot parsjukhuset Ystad/Simrishamn. Moderaterna tillkännagav att de ville släppa in privata entreprenörer i Simrishamn. Motiven var i retoriken att personalen på detta sätt skulle få möjlighet att i egen regi utveckla idéer och förverkliga intentioner som inte hade kunnat genomföras i den

förvaltningsdrivna verksamheten. I efterhand gör vi tolkningen att de drivande i denna process hade de privata driftsformerna i sig som en ideologisk allt överskuggande målsättning. Det fanns, enligt centralt placerade tjänstemän, inga utredningsdokument som diskuterade de eventuella konsekvenserna av alternativa driftsformer inom Region Skåne. Att det blev privatisering i just Simrishamn är dock ingen tillfällighet. Här bidrog säkert den synnerligen turbulenta situationen som hade uppkommit i och med bildandet av parsjukhus, där sjukhusen på dessa orter ingick som ”lillebror”. På båda orterna fanns en stark oro för att sjukhusens framtid var i fara. Men detta ledde också till ett starkt lokalt stöd för radikala reformer i Simrishamn när det gällde driften av sjukhuset. Det handlade för lokalbefolkningen och personalen om att rädda sjukhusen kvar på orten. De politiska ambitionerna att införa alternativa driftsformer i sjukvården hade ur detta perspektiv goda förutsättningar på dessa orter.

3. Informations problemet

3.1. En ny kontraktsform

Uppgiften att utforma det anbudsunderlag, som låg till grund för upphandling av entreprenaden i Simrishamn, genomfördes av en tjänstemannagrupp inom Region Skåne. Utredningsgruppen (UG) bestod av Jan Svanell projektledare, Ulf Swanstein medicinskt sakkunnig, Kristian Silverberg upphandlingschef, Birgitta Viklund, sjukvårdsdirektör samt Ing-Britt Gustavsson projektsekreterare. Simrishamns sjukhus var ett litet sjukhus och var knappast ensamt, enligt UG, ett eftertraktat upphandlingsalternativ. Första steget i upphandlingsprocessen handlade därför om göra anbudsunderlaget mera attraktivt.

”Vi kom ganska snart fram till att om det över huvud taget skall vara intressant för någon att lämna anbud så måste vi göra alternativet intressant. Vi föreslog att anbudet skulle integrera både sjukhuset och primärvården i ett närsjukvårdskoncept. Vi gick tillbaka till politikerna med förslaget. Vi trodde att detta med närsjukvård skulle kunna vara intressant för flera intressenter att vara med och utveckla. Vi trodde även att personalen i Simrishamn och kommunen skulle kunna vara intresserade av denna uppläggnig. Vi tyckte dessutom själva att detta var en mycket bra idé. På andra ställen hade man brutit ut primärvården och lagt den utanför sjukhusen. ” (Jan Svanell 2002-11-13)

Ett problem inför övergången till nya driftsformer vid sjukhusen i Skåne var att det saknades en beskrivning av vilka uppdrag som respektive sjukhus skulle tilldelas när parsjukhusen upplöstes. Kostnadsutvecklingen var oroande och det fanns ett uppenbart behov av att noggrant planera delningen av parsjukhusen och den framtida sjukvårdsstrukturen. I brist på andra direktiv fick UG anta att den existerande verksamheten i stort skulle fortsätta vid respektive sjukhus. Inför upphandlingen organiserade UG "idé- och visionsgrupper", bl.a. vid Simrishamns Sjukhus, med anställda som ville vara med och påverka processen. Uppdraget engagerade många anställda och intressegrupperna fick uppgiften att beskriva de resurser vid sjukhuset som en framtida entreprenör skulle kunna överta och komma med idéer om vad som skulle vara möjligt att utveckla. På detta sätt utformades en del av upphandlingsunderlaget av medarbetare vid Simrishamns Sjukhus.

Vid sjukhuset i Simrishamn initierade UG även en facklig referensgrupp, förutom de visionsgrupper som vi nämnt ovan. Dessutom pejlade tjänstemännen om det fanns intresse på marknaden för att lämna anbud. Det spreds sig snabbt att det var något på gång i Simrishamn och flera intressenter hörde av sig till UG. Sammanlagt förde gruppen informella samtal med 10 olika intressenter, varav två tyska. Denna informella dialog handlade om att intressenterna fick komma och titta på sjukhuset och lämna synpunkter på vad de skulle kunna göra vid sjukhuset, hur de tyckte att anbudet skulle vara utformat och anbudsutformningar som direkt skulle få dem att avstå från att delta i processen. På detta sätt fick UG goda kunskaper om hur ett attraktivt anbud skulle kunna formas. Tre av tio tidiga intressenter var så småningom med och lämnade anbud när processen fortskridit till anbudsgivning.

UG tog initiativ till att det tillsattes en politisk styrgrupp som representerade både Regionstyrelse och Distriktsnämnden, de båda involverade politiska beslutsnivåerna. Upphandlingen skulle både innefatta ett avtal om överlåtelse av verksamhet, tecknat med Regionstyrelsen och ett verksamhetsavtal, tecknat med Distriktsnämnden och båda måste skrivas under samtidigt. Styrgruppen hade medlemmar både från majoriteten som minoriteten, något som visade sig vara mycket värdefullt i processen. Innan den formella upphandlingsprocessen påbörjades fick också intressenterna tillfälle att träffa styrgruppen, lyssna på politikerna och presentera sina ambitioner i allmänna ordalag. Även politikerna kunde på detta sätt lära känna de aktörer som anmält sitt intresse för entreprenaden. Men när upphandlingsprocessen påbörjades lämnade politikerna arenan och tjänstemännen

genomförde själva förhandlingarna fram till det att beslutet skulle fattas av den politiska nivån.

Upphandlingsunderlaget bestod av fyra delar. Distriktsnämndens beskrivning av upphandlingen innefattade de visioner om närsvårård som denna politiska nivån hade. En nulägeskartläggning, som ledningen vid Simrishamns Sjukhus hade sammanställt, beskrev både den verksamhet som bedrevs vid sjukhuset och de resurser som skulle överlåtas. Ett tredje dokument presenterade de visioner och möjligheter som personalen såg och i ett fjärde dokument beskrev Regionstyrelsen vad som formellt gällde vid en eventuell överlåtelse. När dessa fyra dokument antogs hade det gått ungefär ett år sedan inriktningsbeslutet om att privatisera sjukhuset i Simrishamn fattades i november 1998 och det skulle dröja ytterligare ett halvt år innan hela processen var avslutad och en entreprenör kunde överta verksamheten.

”I efterhand kan jag dra slutsatser om upphandlingsunderlaget. Beskrivningen av uppdraget skall gärna vara visionärt och stimulera entreprenören att formulera sina egna lösningar. Beskrivningen av de resurser som skall överlåtas däremot måste vara mycket detaljerad. Nästan alla frågor vi fick om upphandlingsunderlaget handlade om detaljer kring de resurser som skulle överlåtas.” (Jan Svanel 2002-11-13)

Tre anbud kom in. Alla tre var väl utformade och fullt möjliga anbud. Ett av anbuden hade emellertid ett kostnadsläge i paritet med Region Skånes existerande kostnadsbild. De två andra låg klart under denna kostnadsnivå. Detta blev utslagsgivande och den fortsatta upphandlingsprocessen kom att drivas med de två kvarvarande aktörerna. Denna process blev en ganska utdragen förhandlingsprocess där UG träffade de två intressenterna parallellt fram till någon vecka innan avtalet tecknades. Förhandlingarna drevs i flera steg. Först handlade det om innehållet i uppdraget. Diskussionerna handlade härvid om att säkerställa att intressenterna till fullo förstod vad det var Region Skåne som beställare/uppdragsgivare ville ha genomfört. Det andra steget handlade om hur beställaren skulle kunna utöva en styrning där man säkerställde att verksamheten drevs och utvecklades enligt avtalets intentioner. I denna förhandlingsprocess lades grunden för det ”Balanserade Styrkort” som kom att utgöra det långsiktiga styrnings- och uppföljningsinstrumentet för beställaren. Till sist diskuterades incitament och hur uppdraget skulle ersättas. Efter denna förhandlingsprocess var utformningen av avtalet en formalitet som kunde genomföras utan svårigheter. Problemen

handlade om att konkretisera de resurser som skulle ingå i överlåtelsen och att reservera sig för oavsiktligt felaktiga uppgifter i samband med överlåtelsen.

Uppdraget att driva närsjukvård via ett femårigt avtal med möjlighet till ett års förlängning gick till Praktikertjänst. De lyckades skapa störst tilltro till sin förmåga att genomföra det beställaren önskade och lämnade dessutom något bättre ekonomiska villkor för sin entreprenad. Avtalet tecknades den 5 juni 2000 och trädde i kraft 1 november 2000.

När Praktikertjänst fick entreprenaden registrerades dotterbolaget Närsjukvården Österlen AB. Styrelsen för det nyregistrerade företaget bestod av 9 personer. Fem av dessa var valda av Praktikertjänsts bolagsstämma, däribland Vd Kenneth Grann. Ordförande var Anne-Sophie Sjöberg med långt förflutet inom marknadssidan hos Praktikertjänst och dessutom Vd för Praktikertjänst Närsjukvård AB. I styrelsen satt vidare en läkare och ortoped från Slottsstadens Läkarhus i Malmö, VD för AB Medicinsk Röntgen och Uno Levinsson, Vd för Kiviks Musteri. Vidare fanns fyra fackliga representanter, två ordinarie och två suppleanter.

Närsjukvård var ett tämligen nytt begrepp för den vård som inte krävde sjukhusens högspecialiserade insatser. Utmärkande för närsjukvården var ett nära samarbete, både medicinskt och organisatoriskt, mellan primärvård, övrig specialistvård och den kommunala hälso- och sjukvården.

I avtalet gavs dessutom Vårdbolaget rätten att bedriva annan hälso- och sjukvård utöver åtagandet om Närsjukvård om det fanns någon annan långsiktig finansiär än Region Skåne. Lokalerna fick användas även för denna verksamhet och Region Skåne förbehöll sig rätten att kunna teckna hängavtal för denna verksamhet. Tanken var att anbudstagaren skulle kunna utveckla ett eget profilmråde och på detta sätt få en bredare finansiell bas. Närsjukvården Österlen AB profilerade sig inom området elektiv kirurgi och under 2001 tecknad Region Skåne ett tilläggsavtal som omfattade elektiv kirurgi inom specialiteterna ortopedi, allmänkirurgi, urologi och gynekologi utifrån definierade operationskoder.

3.2 Samarbete och styrning

Vid distriktsnämndens kansli utvecklades under upphandlingsprocessen ett underlag för att kunna reglera relationen till den blivande entreprenören för närsjukvården i Simrishamn. Resultatet blev en i regionen unik avtalskonstruktion. I stället för en traditionell uppföljning av produktionsvolym och ekonomi så utformade UG ett balanserat styrkort för att beskriva målsättningarna för entreprenaden. Detta balanserade styrkort utgjorde sedan under avtalstiden underlag för uppföljningarna av att verksamheten utvecklades i linje med Distriktsnämndens intentioner. Målet uttrycktes varken i DRG-poäng, vårdtillfällen, vård dagar eller läkarbesök. I stället blev målet ett mer hälsoinriktat arbete parat med ambitionen att medborgarna inom upptagningsområdet skulle få en hög tillgänglighet till sjukvård och känna trygghet.

Närsjukvårdsavtalet hade redan från början en tydlig utvecklingsinriktning. Ambitionen att utveckla närsjukvården i Simrishamnsområdet, ett helt nytt begrepp, krävde nya former för styrning som gav utföraren utrymme att successivt utveckla nya arbetssätt i avtalets anda. Men som samtidigt gav beställaren möjligheter att påverka och följa upp uppdraget samt inte minst att ha kostnadskontroll. Det kom alltså att handla om att beställa ”funktionen närsjukvård”. Begrepp som systemutveckling och partnerskap blev nyckelord.

”Vi har utvecklat ett balanserat styrkort för att för reglera samarbetet mellan en uppdragsgivare och en utförare.” (Birgitta Viklund 02-11-13)

Egentligen såg inte Distriktsnämnden det balanserade styrkortet som ett styrinstrument i första hand utan mera som ett verktyg som båda parter kunde använda för att verksamheten skulle utvecklas enligt avtalets övergripande vision. Inom ramen för detta instrument skulle Distriktsnämnden bli bättre på att formulera och nyansera intentioner som den politiska nivån hade. Vårdbolaget skulle också ha handlingsutrymme och kunna utveckla verksamheten i linje med Distriktsnämndens visioner. Parterna kunde efter hand utveckla mätningar och beskrivningar av verksamheten. Dessa hade inte bara Distriktsnämnden utan också företagets ledning och medarbetare användning av för att bedöma verksamhetens kostnader i förhållande till dess resultat och kvalitet.

Från beställarens sida var det balanserade styrkortet attraktivt av flera skäl. För det första såg ledningen vid Distriktsnämnden det som passande att kunna utgå från de mål som fanns på

den politiska nivån och sedan bryta ned dem till framgångsfaktorer som operationaliserades och följdes upp. För det andra var möjligheten att ta hänsyn till flera olika perspektiv tilltalande. Dessa olika perspektiv såg man visserligen som sammanhängande, men de var inte möjliga att kondensera till något eller några övergripande mått. I stället tolkade man begreppet balans som en **balans mellan de perspektiv** på verksamheten som fanns inom ramen för det balanserade styrkortet.

I avtalet fanns ett råmanus till det styrkort som distriktsnämnden ville vidareutveckla tillsammans med entreprenören. Visionen formulerades på följande sätt: ”Att inom givna ekonomiska ramar tillhandahålla en individ- och hälsoinriktad närsjukvård som leder till trygghet och hälsa för befolkningen på Österlen”. Kortet innehöll fyra perspektiv: ett ”Hälsoperspektiv”, ett ”Riktningperspektiv”, ett ”Befolknings/patientperspektiv” och ett ”Ekonomiperspektiv”. Inom varje perspektiv fanns målsättningar, kritiska framgångsfaktorer, en strategi/handlingsplan och ett antal kritiska styrtalet eller uppföljningsparametrar.

Inom Hälsoperspektivet formulerades målet att: ”Förbättra hälsan hos befolkningen”. Riktningperspektivet var en helt unik konstruktion för detta styrkort. I detta perspektiv utvecklade beställaren begreppet närsjukvård och det speciella uppdrag som utformats för den aktuella upphandlingen. Närsjukvård handlade i den aktuella målsättningen om att: ”Bidra till hälsa för befolkningen på Österlen genom att utveckla närsjukvården i en dynamisk och gränsöverskridande samverkan mellan specialistvård, primärvård och hemsjukvård”. Befolkningsperspektivet handlade både om befolkningen i området och om patienten. Målen var här att: ”Närsjukvården åtnjuter befolkningens förtroende samt kännetecknas av god kvalitet och medicinsk ändamålsenlighet”. I Ekonomiperspektivet fick entreprenören en roll för distriktets ekonomiska utveckling genom att: ”Bidra till att sänka distriktets totala kostnader för invånarnas vårdkonsumtion”.

När det stod klart vem som fått entreprenaden tillsatte Distriktsnämnden en arbetsgrupp med representanter för både beställare och entreprenör som direkt startade med att vidareutveckla styrkortet. Många av mätningarna visade sig vara praktiskt svåra att genomföra. För uppföljningen det första verksamhetsåret enades man i stället om ett ”startkort” med de uppgifter som var viktiga och praktiska möjliga att ta fram. Samtidigt saknades i stor utsträckning underlag för att bedöma vad som var en rimlig ambitionsnivå för de olika indikatorer som ingick i perspektiven. Varken beställare eller utförare visste egentligen i

detalj vad som kunde eller borde presteras. I praktiken kom prestationerna under första året att få utgöra en utgångspunkt för fortsatta målformuleringar på indikatornivå. Det balanserade styrkortet var med andra ord inget färdigt verktyg utan det kom att utvecklas vidare under de första verksamhetsåren i samverkan mellan beställare och utförare. Detta kan vi exemplifiera med en indikator inom Riktningsspektivet. Inom detta perspektiv var målet bl.a. att bidra till en gränsöverskridande samverkan mellan specialistvård, primärvård och hemsjukvård. En kritisk framgångsfaktor var i detta sammanhang att sjukhuset samverkade med kommunens hälso- och sjukvård. En indikator på (uppföljningsparameter) att denna samverkan fungerade var ”antalet akutbesök från kommunens serviceboende”. Ju bättre samverkan fungerade desto färre akutbesök. Under första verksamhetsåret förekom 240 sådana akutbesök. För år två blev denna siffra ett mål (performance target). Under de första åren var således inte det balanserade styrkortet ett styrkort utan ett **samverkanskort** som vägde in olika intressen, ett verktyg för intressentsamverkan.

Under 2001 arbetade utvecklingsgruppen speciellt med medicinska resultat. Region Skåne hade ett visst intresse av detta arbete. Tanken var att resultaten skulle kunna användas i ett regionsammanhang i framtiden. Flertalet indikatorer följdes upp årligen. För andra indikatorer, som t.ex. attityder hos befolkningen", kom uppföljningen bara att genomföras vartannat år. För ytterligare andra delar av verksamheten genomfördes inga mätningar alls. Mätningarna ersattes med uppföljningssamtal och ”mjuka” verksamhetsbeskrivningar där olika synpunkter på utvecklingen vägdes in.

3.3. Användningen av det Balanserade Styrkortet

I avtalet mellan Region Skåne och Närsjukvården Österlen AB presenterades det balanserade styrkort som beställaren skulle använda för att styra verksamhet, kvalitet och utveckling avseende entreprenaden. Här framgick de fyra perspektiv som ingick i det balanserade styrkortet och de mål som gällde för respektive perspektiv. Men i avtalet fanns också en överenskommelse att parterna tillsammans skulle vidareutveckla det balanserade styrkortet.

”Med dessa perspektiv och gemensamma mål som grund åtar sig parterna att under avtalsperioden i samverkan utveckla uppföljning och parametrar i styrkortet.” (Avtalet 5 juni 2000, sid 6).

Den administrativa ledningen vid Distriktsnämnden såg denna formulering som en pragmatisk lösning på en svårhanterlig situation. Från Distriktsnämndens sida varken kunde eller ville man formulera en beställning i form av specificerade prestationskrav för det uppdrag om "Närsjukvård", som tilldelades entreprenören.

"Det handlade om att lämna en logik där en talar om för den andre vad den skall göra. Den tiden är passé. I stället handlar det om att samverka för att utveckla morgondagens lösningar och de ser vi inte helt tydligt idag." (Birgitta Viklund 04-12-?)

I partnerskapet som hela tiden präglats av tydliga ansvarsroller har beställaren haft huvudansvaret för att driva utvecklingsarbetet framåt, medan entreprenören haft ett huvudansvar för genomföra de mätningar som parterna kommer överens om.

De ledande administratörerna inom Distriktsnämndens kansli understryker att det balanserade styrkortet har varit ett värdefullt redskap i en samverkan mellan parterna på mer än ett sätt. Det utgjorde ett underlag i den dialog som fördes mellan parterna om hur de övergripande målsättningarna kunde nås. En dialog som omfattade mycket mer än det som konkretiserades i mätningar. Det balanserade styrkortet blev underlag för fördjupade diskussioner om förhållanden som var svåra eller omöjliga att mäta.

Styrkortet har varit förutsättningen för den dialog som vi har haft. Men även om vi börjar att tala om de parametrar som finns i styrkortet så har det samtalet lett till att vi kommer in på och kommer överens i frågor som inte kan mätas. Men styrkortet har varit förutsättningen för den dialogen." (Christina Ståhl 041126)

Den private entreprenören hade stor handlingsfrihet när det gällde att förverkliga de målsättningar som avtalats. Varken Distriktsnämndens ledande politiker eller administratörer kunde eller ville föreskriva utföraren några detaljerade anvisningar eller riktlinjer. I stället ansåg beställaren att entreprenören visste bäst hur de övergripande målen kunde nås. Det viktiga var att parterna kom fram till en gemensam tolkning av vad målen inom de fyra perspektiven innebar och att de var överens om vad framgångsfaktorerna krävde för utvecklingsinriktning för verksamheten.

"Vi ville ge handlingsutrymme till entreprenören att komma med nya lösningar som ledde till de målsättningar som vi formulerat". (Birgitta Viklund 04-11-26)

Fyra till fem gånger om året följde administratörerna vid Distriktsnämndens kansli upp utvecklingen vid Närsjukvården Österlen AB. En gång om året fick politikerna vid Distriktsnämnden en formell uppföljning av utvecklingen. Distriktsnämndens hälso- och sjukvårdsstrateg och chefläkaren hos entreprenören gick vid det senare tillfället igenom alla de mätningar som utförts inom ramen för det balanserade styrkortet och kommenterade, utifrån respektive roll som beställare och utförare, avvikelserna i förhållande till uppsatta mål. Chefläkaren hade ett speciellt ansvar för att ta upp de mätningar som genomförts inom patient/riktningsperspektivet och nämndens representant lade speciell tonvikt vid mätningar som berörde befolkningens hälsoläge samt patienternas synpunkter.

Efter fyra år konstaterade sjukvårdsdirektören att det hade skett en intresseförskjutning hos nämndens politiker. Från det att uppföljningar vanligtvis hade fokuserat på verksamhetens prestationer och ekonomi hade patientreaktioner och folkhälsoaspekter kommit i förgrunden. Det var inte längre så att antalet vårdtillfällen och antalet läkarbesök var primära uppföljningar för beställaren. Detta tillhörde utförarens spelplan. I stället kom t.ex. patientupplevt tillgänglighet och medicinska resultat att få högsta prioritet för den politiska församlingen.

Det balanserade styrkortet innehöll inget medarbetarperspektiv. Det var ganska naturligt eftersom medarbetaransvaret var ett internt ansvar för entreprenören. Det fanns dock ett undantag. När det gällde integrationen mellan den kommunala hälso- och sjukvården och närsjukvården skedde det även en uppföljning av personalens attityder till samverkan. Distriktsnämnden följde upp hur personalen hos båda parter uppfattade relationen dem emellan. Detta ledde till att Närsjukvården AB tog flera konkreta initiativ till att förbättra relationerna. Bl.a. inbjöds den kommunala personalen till gemensamma utbildningsaktiviteter. Denna utbildning ledde inte bara till bättre behandling inom den kommunala sjukvården och därmed färre akutbesök från patienter i kommunala boende utan också till ett förbättrat samarbetsklimat. Genom detta samarbete fungerade även utskrivningsrutinen för färdigbehandlade patienter som tillhörde kommunens behandlingsansvar mycket bättre. Sjuksköterskorna som lärde känna varandra från de gemensamma utbildningarna tog informella kontakter och ett ansvar för att utskrivningarna skulle fungera.

Däremot släppte man från Distriktsnämndens sida ambitionen att följa upp antalet akutbesök från patienter som kommunen hade vårdansvar för. Detta skedde som ett led i den successiva revideringen av det balanserade styrkortet och av rent tekniska skäl. Man kunde inte genomföra säkra mätningar på denna punkt. Uppgifterna samlades inte in i några andra sammanhang och försöken med manuella noteringar visade sig bristfälliga. En reflektion i sammanhanget är att i varje fall entreprenören saknade incitament att göra denna uppföljning. Akutbesöken var ett tecken på att kontakterna med den kommunala sjukvården inte fungerade perfekt. Men Distriktsnämnden släppte för den skull inte ambitionen att följa upp fenomenet. I stället för mätningar inordnades denna variabel i den muntliga uppföljning och dialog som parterna hade årligen. I denna dialog beskrev såväl entreprenören som ansvariga från den kommunala sjukvården hur de upplevde att akutbesöken vid Simrishamns sjukhus hade utvecklats när det gällde denna patientgrupp.

”Vi kan bara notera att vissa mätningar blir mycket omständliga och trots detta osäkra. Men samtidigt är vi av den åsikten att de beskrivningar som sker i dialogen med parterna ger oss en bra bild av utvecklingen.” (Christina Ståhl 1004-11-26)

Det balanserade styrkortet hade i sitt patientperspektiv krav på uppföljning av faktiska väntetider. Region Skåne introducerade en flödesmodell där dessa väntetider skulle kunna mätas och inte bara beräknade väntetider som sjukvården vanligtvis rapporterade. Här var entreprenören en aktiv part och lämnade feed-back till Regionen om svagheter och möjligheter med modellen. I denna process var kraven på uppföljning av faktiska väntetider inom ramen på BSC en drivande faktor. I flödesmodellen framgick också orsaken till väntetider och möjligheten att isolera den väntetid som berodde på sjukhusets kapacitet.

”Utvecklingen av ett balanserat styrkort inom sjukvården bygger på ett partnerskap. Vi har inte infört BSC för sjukhuset i Ystad förrän 2004. Det har helt enkelt inte funnits det intresse och den vilja från sjukhusets sida som krävs för att BSC skall bli ett användbart styrmedel. Det måste finnas en vilja från båda parter och en insikt att BSC kan ge vinster för båda. Det går inte att trycka på sjukhuset detta styrverktyg top-down.” (Birgitta Viklund 2004-11-26)

Poängen som de ledande administratörerna ville framhäva är följande. Under en upptaktsfas på några år var mätningarna inom ramen för BSC helt i fokus. Men så småningom ledde diskussionen om olika indikatorer till insikten att helheten var viktigare än de isolerade

mätningarna. En ständigt pågående dialog skapade mer av gemensamma målbilder. Parterna kom överens om vad som var viktigt

4. Samhällskostnader

Problem var nu att utforma en lämplig ersättningsmodell. Prestationsfinansiering ansågs inte kunna driva utvecklingen enligt Distriktsnämndens intentioner och en fast ersättning gav egentligen entreprenören incitament att reducera volymer.

”Vår ambition med att utveckla närsjukvården innebär att alla de gränser som inte är sunda för patientens bästa skall sprängas. Detta omöjliggör en prestationsbaserad finansiering. En sådan skulle låsa fast systemet vid den nuvarande utformningen.... Egentligen skulle vi använda det ersättningssystem som gällde för livläkaren till kejsare i det gamla Japan. Denne fick bara betalt när kejsaren var frisk.” (Birgitta Viklund 041126)

Ersättningssystemet skulle ge entreprenören ett stort handlingsutrymme att komma med lösningar i linje med de långsiktiga målsättningarna. Men samtidigt gällde det att säkerställa att befolkningen fick önskad tillgänglighet till sjukvård och att entreprenören arbeta för en ökad integration mellan olika vårdnivåer.

”Våra intentioner fanns med redan när vi sände ut anbudsunderlaget. Men under förhandlingarna med de olika anbudsgivarna kommer det balanserade styrkortet och ersättningsmodellen att ändra innehåll. Anbudsgivarna pekade på svagheter i vår modell, motsägelser och delar som inte hade den stödjande effekt i förhållande till vår idé. Partnerskapet började redan vid förhandlingsbordet.” (Birgitta Viklund 041126)

Den slutliga ersättningsmodellen utgjordes av en mix av fast och rörlig ersättning. Den slutna vården ersattes inom geriatrik/rehabilitering med en fast och en rörlig del, medan övrig slutenvård ersattes efter antalet registrerade DRG-poäng med volymtak. För öppenvården hade ersättningen också en fast och en rörlig del. Om planerade ”normalvolymer” överskreds ersattes dessa utöver den fasta avgiften, men styckpriset reducerades till ett belopp som motsvarade vårdgivarens rörliga kostnader.

”Eftersom det var lätt att identifiera upptagningsområdet kunde vi beräkna rimliga nivåer för omfattningen av vård och omsorg. För denna volym fick entreprenören en fast ersättning. Volymer

utöver detta ersattes med en rörlig ersättning som var lägre än genomsnittet och så låg att den inte skulle stimulera till volymexpansion.” (Jan Svanell 2002-11-13)

Den rörliga ersättningen varierade från 113,- per distriktssjuksköterskebesök till 302,- per läkarbesök. I avtalets anda ersattes alla läkarbesök, oavsett specialitet med samma låga ersättning. Entreprenörens upptagningsområde var väldefinierat och volymerna beräknade på ett förväntat söktryck från detta upptagningsområde. Tanken var att det skulle vara ointressant för entreprenören att expandera sina volymer och ta över patienter från andra distrikt/upptagningsområden.

I ersättningsmodellen fanns också en justeringsmöjlighet för den totala ersättningen kopplade till parametrar i styrkortet. Redovisade resultat, enligt några uppföljningsparametrar, justerade ersättningen uppåt eller nedåt. Variablerna ”patienttillfredsställelse”, ”registrerade väntetider” och medicinska resultat” var underlag för ersättningar utöver den fasta ersättningen och gav entreprenören en möjlighet att öka sina intäkter. Även ”andelen färdigbehandlade utan vidareremiss” var tänkt som en fjärde parameter för rörlig ersättning, men här kunde man inte genomföra mätningar. Detta ersättningsunderlag ersattes istället med en fast ersättning för viss dyrare diagnostik (MR-undersökningar). Justeringen av den totala ersättningen var således målrelaterad och kunde bli +/- 2 % vid avvikelse i förhållande till de förväntade målen. Patienttillfredsställelsen mättes löpande via s.k. pekskärmar och om entreprenören nådde 90 % av ett nöjdhetsindex fick de 0,5 % ökning av totalersättningen. Om denna indikator understeg 80 % av maxtalet reducerades istället den totala ersättningen med 0,5 %. De medicinska resultaten hämtades ur de nationella kvalitetsregistren. I enlighet med avtalets ”anda” har även ersättningsmodellen var föremål för revideringar efter samråd mellan parterna. Inom den ekonomiska ramen överfördes t.ex. en del av ersättningen för slutenvård till öppenvård (dagsjukvård) i takt med en förskjutning mellan vårdformerna.

5. Diskussion

5.1 Atmosfär

Under rubriken ”atmosfär” noterar Williamson (1975) att övergången mellan marknad och hierarki innehåller komponenter som inte låter sig inordnas i en ekonomisk kalkyl. Attityden till en verksamhet kan förändras när den börjar regleras med hjälp av marknadsekonomiska

principer. Williamson exemplifierar med de frivilliga blodgivarna i England som övergav sin ideella verksamhet när det infördes ekonomiska ersättningar för blodgivning. Det vore förhastat att anta att de människor som är involverade i en verksamhet är neutrala till övergången mellan marknad och hierarki (ibid. s. 37 ff.).

Privatiseringen av sjukvården i Simrishamn möter dock översvallande stöd från i närsamhället och speciellt från de anställda vid sjukhuset. Förklaringen är enkel. Sjukhuset var nedläggningshotat. Personalen riskerade att förlora sin anställning och medborgarna stod inför risken att förlora det lokala sjukhuset och den trygghet som närhet till sjukvård innebär. Sjukhuset blev en bricka i det politiska valet 1998 och Moderaterna lovade att behålla och privatisera sjukhuset. Den nya självständiga driftformen sågs som en garant för att sjukhuset åtminstone tills vidare skulle leva kvar på orten. Medarbetarna vid sjukhuset och särskilt sjukhusledningen involverades i upphandlingsprocessen. De bidrog med upphandlingsunderlag och gav intresserade anbudsgivare uppslag till utvecklings nischer som en blivande entreprenör skulle kunna satsa på. Privatiseringen i Simrishamn genomfördes i en mycket positiv atmosfär.

5.2 Informationsproblemet

5.2.1 Kontraktet

Vi kan också konstatera att upphandlingsfasen förmedlar några intressanta erfarenheter. När upphandlingsprocessen påbörjades lämnade politikerna arenan och tjänstemännen drev denna fram till det att beslutet skulle fattas av den politiska nivån. Detta var helt annorlunda än i bolagiseringsprocesserna vid Helsingborgs Lasarett AB och Ängelholms Sjukhus AB. I det senare fallet deltog politikerna och utfärdade löften till blivande styrelseledamöter. Den distriktsnämnd, som var motpart till sjukhusbolagen, fick stora svårigheter att reglera verksamheten utifrån ett befolkningsperspektiv. Vid upphandlingen av entreprenaden i Simrishamn fick Ystad-Österlens distriktsnämnd helt andra möjligheter att reglera utvecklingen hos entreprenören. I detta fall var ett ersättningssystem avtalat för femårsperioden med starkt inslag av fasta ersättningar och verksamhetsvolymerna var därmed ointressanta att diskutera i detalj. Region Skåne hänvisade i avtalet till ett balanserat styrkort, vilket var beställarens verktyg för att styra verksamhet, kvalitet och utveckling av uppdraget. I

denna modell hade de olika målsättningar som politikerna ville nå formulerats. Målen handlade både om att bevaka ett medborgar- och ett patientintresse, men även att förverkliga den integration mellan olika vårdnivåer som låg i begreppet närsjukvård. I det kontrakt som tecknades ingick vissa uppföljningsindikatorer. Men man gjorde också överenskommelsen att indikatorerna skulle kompletteras efterhand i enlighet med det gemensamma utvecklingsarbete som parterna var överens om att genomföra. I anbudsunderlaget var ingalunda den slutliga modell ett färdigt underlag. Det var först i dialogen mellan Distriktnämnden och anbudsgivare som den kommande styrmodellen började ta form. Visserligen var perspektiven, målsättningarna och framgångsfaktorer tydliga, men inte fullt ut de indikatorer som kom att ingå i startkortet. Redan den första dialogen med den blivande entreprenören avslöjade motsägelser som man kunde undvika tillsammans. Detta gällde t.ex. det ekonomiska perspektivet och ersättningsmodellen. Dialogen med den blivande entreprenören resulterade i att man reviderade ersättningsmodellen och gav en enhetlig ersättning per läkarbesök, oavsett specialitet och en mindre del av den totala ersättningen i form av rörlig komponent. Upphandlingsgruppen upprepade också en erfarenhet ifrån processen som de gärna ville förmedla. Uppdraget i en entreprenad bör formuleras vagt och lämna utrymme för anbudsgivare att utveckla idéer och visa hur de vill använda sin speciella kompetens. De resurser som ingår i överlåtelsen skall specificeras i detalj för att uppdragstagaren skall veta hur den plattform ser ut som denne kan börja bygga från.

5.2.2 Det balanserade styrkortet

I sin granskning av beställarrollen inom Region Skåne lyfter Pfeiler (2002) fram det här studerade balanserade styrkortet som ett bra exempel på hur krav/mål på processkvalitet kan tydliggöras och integreras i den löpande kommunikationen mellan beställare och producent. Även uppföljningen av medicinska resultat får en speciell kommentar i ovan nämnda granskningsrapport från Helseplan. Rapporten konstaterar med tillfredsställelse denna ambition att ställa krav på medicinska resultat och att följa upp kvaliteten på dessa.

Vi kan konstatera att Distriktnämnden som beställare har kunnat hantera den risk som ofta diskuteras i samband med privatisering av sjukvården. Motståndare till privat sjukvård hävdar att risken ökar för att ekonomiska intressen skall gå ut över sjukvårdens kvalitet. Studier av privat sjukvård har också pekat på att patienter får lämna sjukhuset ”quicker and sicker” (Preston 1992) och att sjukvårdskostnaderna förskjuts från sjukhuset till andra institutioner i

samhället (Chua & Preston, 1994). Genom uppföljningar av kvalitet inom ”Befolkningsperspektivet” i BSC får beställaren regelbundna mätningar av både medicinska kvalitetsindikatorer och patientupplevd kvalitet. Uppdraget om närsjukvård kännetecknas dessutom av en integration mellan sjukhuset och andra vårdformer i lokalsamhället. Inom ”Riktningperspektivet” i BSC sker regelbundna uppföljningar av att dessa intensjoner också förverkligas.

Det balanserade styrkortet har också erbjudit ett nytt språk för dialog mellan parterna. Anbudsgivarna har under upphandlingsfasen av entreprenaden i Simrishamn inte bara haft möjlighet utan också uppmuntrats att påverka hur uppdraget skulle utformas för att vara i linje med uppdragsgivarens utvecklingsambitioner. Relationerna mellan Region Skånes upphandlingsgrupp (UG) och den blivande entreprenören påminner mera om relationerna mellan samarbetspartners än den relation mellan anbudsgivare och anbudstagare som transaktionsteorin beskriver. Detta är en medveten strategi från Distriktsnämndens tjänstemän. De visioner om närsjukvård som utgör basen för upphandlingen kan inte konkretiseras i ett kontrakt. Regionens företrädare vill i stället utveckla ett partnerskap med den blivande entreprenören för att i samråd och under avtalstiden efter hand styra utvecklingen, baserat på vunna erfarenheter.

Baserat på det balanserade styrkortet har också styrningen av entreprenören ändrat karaktär under avtalstiden. Inledningsvis var ambitionerna att utveckla de indikatorer som kunde användas för att operationalisera målsättningarna inom respektive perspektiv. Efter hand blir emellertid mätningarna nedtonade och istället blir uppföljningen genom en dialog mellan parterna viktigare. Denna dialog utgår från mål och framgångsfaktorer i det balanserade styrkortet med kommer att omfatta beskrivningar av utvecklingen i lika hög grad som mätningar av densamma.

Egentligen är denna utveckling inte speciellt överraskande. Sjukvården är ett område där styrning genom mätning har sina uppenbara begränsningar (Ouchi 1979, 1980).

"Under conditions of ambiguity, of loose coupling, and of uncertainty, measurement with reliability and with precision is not possible. A control system based on such measurement is likely to systematically reward a narrow range of maladaptive behavior, leading ultimately to organizational decline. It may be that, under such conditions, the clan form of control, which

operates by stressing values and objectives as much as behavior, is preferable. An organization which evaluates people on their values, their motivations, can tolerate wide differences in styles of performance; that is exactly what is desirable under conditions of ambiguity, when means-ends relationships are only poorly understood; it encourages experimentation and variety." (Ouchi 1979, sid. 845)

Det balanserade styrkortet blir basen i det språk som underlättar dialogen mellan parterna. Detta gemensamma språk skulle också kunna reducera risken opportunism och informationsasymmetri. Dessutom leder diskussionerna inom styrkortets ramar till en intressenförskjutning för beslutande politiker inom Distriktsnämnden. I rollen som medborgarföreträdare får patienternas erfarenheter från sjukvården allt större betydelse. Förutom de uppföljningar som vi noterat ovan har politikerna organiserat regelbundna möten med medborgarna ute på vårdinrättningarna och infört speciella anslagsreduktioner till förvaltningssjukhus som inte kan rapportera hög patientnöjdhet.

Men vi kan också notera att det balanserade styrkortet som utvecklas inte överensstämmer med den förebild som upphovsmännen presenterar (Kapland & Norton, 1992; 1993, 1996a, 1996b). I stället sker en översättning från originalet och en anpassning till den speciella situationen (Czarniawska & Sevon, 1996; Sahlin-Andersson & Engwall, 2002). Begreppet ”balans” ändrar karaktär (cp. Kapland & Norton 1996b, p.viii) och definieras i denna kontext som en balans mellan de perspektiv som används. Detta innebär också att den hierarki mellan perspektiven som Kaplan och Norton framhäver inte längre är aktuell. Inte heller Kaplan och Nortons ovillkorliga krav att styrning förutsätter mätningar följs i den aktuella situationen (Kaplan & Norton 1996b sid. 21). I relationen mellan anbudsgivare och anbudstagare kommer mätningarna efter hand att tonas ned till förmån för utförligare beskrivningar av utvecklingen. Beställarens erfarenhet är att denna utveckling var nödvändig när mätningar visade sig omöjliga att genomföra med precision.

5.3 Ersättningsform och samhällskostnader

Vi kan konstatera att entreprenören i Simrishamn har haft betydligt tuffare ekonomiska förutsättningar än övriga sjukhus i Region Skåne. Vid entreprenaden var Region Skåne endast beställare och ägaransvaret för eventuella underskott hos entreprenören föll på ägaren, Praktikertjänst AB. I sjukhusbolagen och förvaltningssjukhusen tvingades Region Skåne att

tillskjuta medel för att täcka underskott hos bolagen. Totalt räknade Distriktsnämnden år 2000 med att ersättningen till entreprenören under avtalsperioden skulle understiga de kostnader som man skulle haft i egen regi med 12 %. Men 2004 kan vi konstatera att kostnadsökningarna för förvaltningsdrivna sjukhus blivit väsentligt större än beräknat. De ekonomiska fördelarna av drift i entreprenadform har varit väsentligt större än den beräkning som gjordes under år 2000. Närsjukvården Österlen har enbart en uppräkningsklausul som ger kompensation för inflation samt ett litet tillägg (t.ex. 3,15 % för 2002). För det närmaste förvaltningssjukhuset blev motsvarande uppräknings 15%. Men detta har också konsekvenser för entreprenören enligt en granskning av avtalet som genomförs av Öhrlings Pricewaterhouse Coopers i maj 2002.

”Det betyder att vårdproducenterna agerar under olika villkor och att Närsjukvården på sikt kan få svårt att konkurrera med den offentliga verksamheten vad gäller löneutveckling, utrustningsstandard och kompetensutveckling.” (Öhrlings 2002, sid 9).

I huvudavtalet med Region Skåne om närsjukvård ersätts entreprenören till cirka 45 % genom en fast ersättning (Grufman Reje 2004). Till detta kommer en rörlig del där ersättningen endast skall täcka företagets rörliga kostnader. Detta ersättningssystem driver inte fram volymökningar. I stället är risken den motsatta. Entreprenören skulle kunna vinna finansiella fördelar genom att reducera produktionsvolymerna. Egentligen är det ingen som har något emot en sådan utveckling, förutsatt att det inte finns behov av sjukvård som eftersätts. Distriktsnämnden gör här uppföljningar inom ramen för det balanserade styrkortet för att reducera risken för en oönskad utveckling.

5.4 Privatisering i samverkan

Vid en första anblick framstår det som ett dilemma att den entreprenör som skall styras har skyldighet att samtidigt vara med och utveckla det balanserade styrkort som denne skall utvärderas genom. Region Skåne vill styra en entreprenör och samtidigt samverka med densamme.

I en första fas av upphandlingen var detta en lösning på ett problem. Beställaren visste inte vad som kunde vara lämpliga operationaliseringar av respektive framgångsfaktor eller vilka mätningar som egentligen var genomförbara och önskvärda. Uppdragsgivaren kunde och ville helt enkelt inte formulera ett avtal som skulle kunna utgöra ett konkret styrinstrument och

som man i efterhand skulle kunna basera t.ex. skadeståndskrav på. I stället fick uppdragstagaren, entreprenören, även uppdraget att medverka till att utforma de mått som så småningom skulle komma att utgöra basen för en utvärdering av de egna prestationerna. Men resultatet av denna uppläggning betraktar vi i efterhand som synnerligen framgångsrikt. Samverkan mellan parterna inom ramen för mål och framgångsfaktorer i det balanserade styrkortet resulterar i att parterna kommer få gemensamma målsättningar under avtalsperioden. I styrningssammanhang kallas detta målkongruens (Anthony & Govindarajan, 1995).

Ouchi (1979, 1980) noterar att varje organisation borde eftersträva en kostnadseffektiv balans mellan åtgärder som främjar målkongruens och uppföljningar genom mätningar. I organisationer där det är svårt att mäta beteende och resultat återstår det således bara en effektiv väg för styrning. Det gäller att påverka utföraren av uppdraget att verka i uppdragsgivarens intresse. Genom samverkan med entreprenören har Distriktnämnden verkat för målkongruens inom ramen för ett balanserat styrkort.

6 Slutsatser

Vi kan konstatera att denna privatiseringen av ett sjukhus kunde genomföras i en positiv atmosfär som underlättade den strategiska förändringen (jmf Pettigrew 1992). Nedläggningshot samt svårigheter att samverka med angränsande sjukhus bidrog till en positiv inställning till reformen både i lokalsamhället och bland sjukhusets medarbetare. En driftsform som var fristående i förhållande till den politiskt styrda offentligt sjukvården sågs som en räddning undan nedläggning i Simrishamn.

Upphandlingsprocessen förmedlar också vissa tänkvärda erfarenheter. Enligt aktörerna i denna process bör uppdraget i en entreprenad av denna karaktär formuleras vagt och lämna utrymme för anbudsgivare att utveckla idéer och visa hur de vill använda sin speciella kompetens. Men de resurser som ingår i överlåtelsen skall specificeras i detalj för att uppdragstagaren skall veta hur den plattform ser ut som denne kan börja bygga från.

Entreprenaden gav lägre samhällskostnader än drift i förvaltningsregi. Erfarenheterna från Simrishamn visar att det går att utforma ett ersättningssystemet som inte driver volymökningar och som stimulerar entreprenören att bevaka patientnöjdhet och att

upprätthålla vårdkvalitet. En förutsättning för detta är att upptagningsområdet är väl avgränsat så att det i förväg går att uppskatta ”normala” volymer. En andra förutsättning var ett balanserat styrkort där krav/mål på processkvalitet kan tydliggöras och som kan integreras i den löpande kommunikationen mellan beställare och producent. Uppdraget om närsjukvård kännetecknas dessutom av en integration mellan sjukhuset och andra vårdformer i lokalsamhället och en spärr mot kostnadsövertalningar. Inom ”Riktningsspektivet” i BSC sker regelbundna uppföljningar av att dessa intensioner också förverkligas. I stället för det detaljerade kontrakt som transaktionskostnadsteorin föreskriver så utformar beställaren en styrstruktur som begränsar utförarens handlingsutrymme men som lämnar plats för nytänkande egna lösningar.

Informationsproblemet och risken för opportunistik hanterades med hjälp av ett balanserat styrkort. Inom det balanserade styrkortet har den i teorin tänkta top-down styrningen (Kapland & Norton, 1996b) ersatts med dialog mellan parterna och en balans mellan perspektiven (jmf Aidemark 2001). Vissa mätningar visade sig omöjliga att genomföra med precision och ersattes med beskrivningar och dialog. Det balanserade styrkortet har utgjort ett språk för denna dialog. Det finns en uttalad respekt för den kunskap som finns hos utföraren och en ambition att kanalisera den utvecklingsoptimism och idérikedom som finns hos entreprenören och dennes medarbetare. Balans mellan perspektiven innebär att BSC integrerade beställarens och utförarens olika intressen när de i samverkan utvecklar idén om närsjukvård.

Det utformade styrsystemet har också lett till en intresseförskjutning bland beslutande politiker inom Distriktsnämnden. Efter hand blir de traditionella uppföljningarna av kostnader och vårdvolymer mindre intressanta. De finansiella frågorna är lösta i kontraktet och vårdproduktionen betraktas som entreprenörens ansvarsområde. I stället fokuserar politikerna på patientnöjdhet och medborgareintresset.

På en principiell nivå framstår det som ett dilemma att samtidigt vilja styra entreprenören och samverka med denne. Under upphandlingen var samverkansambitionen en lösning på problemet att formulera ett attraktivt upphandlingsunderlag. Denna samverkan hindrade inte Region Skåne från att genomföra en upphandling under anbuds konkurrens.

Anbudskonkurrensen ledde till avsevärt längre samhällskostnader för vård och omsorg än drift i förvaltningsregi. Under entreprenaden börjar samverkansstrategi att framstå som ett framgångsrecept och resultatet betraktas av beställaren i efterhand som synnerligen

framgångsrikt. Risken för informationsasymmetri kunde reduceras genom en kontinuerlig dialog och uppföljning inom ramen för ett balanserat styrkort.

Referenser

Aidemark, L-G. (2001) "The meaning of balanced scorecards in the health care organisation", *Financial Accountability and Management*, 17(1), p.23-40.

Anthony, R. & Govindarajan, V. (1995) *Management Control System*, 8th ed., Irwin.

Chua, W.F., & Preston, A. (1994) "Worrying about accounting in health care", *Accounting Auditing & Accountability Journal*, Vol. 7, no 3, pp. 4-17.

Coase, R.H. (1937) "The nature of the firm", *Economica* (new series) 4(16), pp. 386-405.

Czarniawska, B. och Sevon, G. (1996) *Translating Organizational Change*, Berlin: de Gruyter.

Gruftman Reje (2004) "Rapport avseende utvärdering av entreprenaddriften av sjukvården i Simrishamn" (konsultrapport).

Johansson, J., Lundberg, A, och Jansson, B. (2002) "Granskning av avtalet mellan Region Skåne och Närsjukvården Österlen AB" (revisionsrapport från Öhrlings Komrev).

Kaplan, R. and D. Norton (1992), 'The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance', *Harvard Business Review*, January-February, pp. 71-79.

Kaplan, R. and D. Norton (1993), 'Putting the Balanced Scorecard to work', *Harvard Business Review*, September-October, pp. 134-142.

Kaplan, R. and D. Norton (1996a), 'Using the balanced scorecard as a strategic management system', *Harvard Business Review*, January-February, pp. 75-84.

Kaplan, R. and D. Norton (1996b), *The Balanced Scorecard - Translating strategy into action*, Harvard Business School Press.

Ouchi, W. (1979) "A conceptual framework for design of organizational control mechanisms", *Management Science* vol. 25, no 9, pp. 833-848.

Ouchi, W. (1980) "Markets, bureaucracies and clans", *Administrative Science Quarterly* vol. 25, March, pp. 129-141.

Pettigrew, A., Ferlie, E. & Mckee, L. (1992) *Shaping Strategic Change, Making Change in Large Organizations, The case of the National Health Service*. London: Sage Publications.

Pfeiler, F. (2002) "Beställarrollen för hälso- och sjukvården i Region Skåne, uppföljning av tidigare rapport" (konsultrapport från Helseplan Sverige AB).

Preston, A. (1992) "The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformation of discourses on cost and practice of accounting in US hospitals", *Accounting, Organizations and Society* vol. 17, no 1, pp. 63-100.

Sahlin-Andersson, K. & Engwall, L. (2002) "The dynamics of Management Knowledge Expansion" in Sahlin-Andersson, K. & Engwall, L. (ed), *The Expansion of Management Knowledge*. Stanford:Stanford University Press.

Williamson, O. (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. London: The Free Press

Williamson, O. (1991) "Comparative Economic Organization: the Analysis of Discrete Structural Alternatives", *Administrative Science Quarterly*, vol. 36, no. 2, pp. 269-295.