Ekonomisering av kvalitet och arbetsförhållanden inom vård, skola och omsorg

Att överföra de privata kunskapsföretagens redovisningsmetod till offentlig sektor

Ingela Målqvist

Rapport från Arbets- och miljömedicin • 2007:5

Centrum för folkhälsa

Stockholms läns landsting

Ekonomisering av kvalitet och arbetsförhållanden inom vård, skola och omsorg.
Att överföra de privata kunskapsföretagens redovisningsmetod till offentlig sektor

Ingela Målqvist

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm
tel. 08–737 37 00 • fax 08–33 43 33 • amm@sll.se
Rapporten finns även på vår webbplats www.folkhalsoguiden.se

ISSN: 1651-0321

Stockholms läns landsting

Förord

Vården är en kunskapsbransch, och kunskap är en färskvara. Bakom de kanske klichémässiga uttrycken ligger en sanning som vi måste beakta varje dag som beslutsfattare och professionella i hälso- och sjukvården. För oss borde det vara självklart att se personalen inte som en kostnad utan som en resurs – det synsätt som denna rapport anlägger och förklarar.

Resursen i form av vårdens medarbetare måste vårdas med investeringar i ny kunskap och utbildning. Det är viktigt att vårdgivarna som arbetsgivare finner en balans mellan denna investering i kunskapsutveckling och att klara de dagliga arbetsuppgifterna – som ju i längden är beroende av kloka kunskapsinvesteringar. Naturligt följer också ett skarpt fokus på hälsosamma arbetsplatser – hälso- och sjukvården måste vara frisk för att kunna förebygga och bota.

Sett ur medarbetarperspektiv behöver det också finnas en balans mellan belastning och utveckling, krav och möjligheter i arbete och vidareutbildning. Det är nyckeln i skapandet av attraktiva arbetsplatser, och attraktiva måste vårdens arbetsplatser vara för att locka nya duktiga medarbetare; ungdomar på väg in i arbetslivet eller personer som är redo att sadla om från en annan verksamhet.

Personlig utveckling och människokontakt i givande yrken är vårdens främsta konkurrensmedel gentemot branscher som kan betala betydligt bättre löner. Att se personalen som en resurs att investera i, och göra den delaktig i beslut och utformning av arbetsplatserna och vårdens utveckling, är därför en strategisk personalförsörjningsfråga. Arbetsplatserna behöver följas upp ur olika dimensioner. Denna rapport ett bra verktyg för chefer, ekonomer, personaladministratörer och medarbetare för att få en bild av hur man kan förändra arbetsplatser där balansen brister.

Birgitta Rydberg (fp)
Landstingsråd för sjukvård och folkhälsa

Innehåll

FÖRORD 3

INNEHÅLL 5

INLEDNING 7

Ordlista för hur begrepp definieras i rapporten 7

BAKGRUND 9

SYFTE 12

FRÅGESTÄLLNING 14

Går det att jämföra privata kunskapsföretag med offentlig verksamhet? 14

En demokratiaspekt 15

Immateriellt kapital 16

Individkapital 16

Intäktspersonerna 17

Förädlingsvärde 18

Strukturkapital 19

Personalen 19

Andra möjliga jämförelser 23

Problemlösningsförmågan och omhändertagandet 23

Kundkapitalet 24

Kundtillfredsställelsen 25

Tre viktiga processer för att bestämma strukturkapitalets värde 25

Produktivitet och effektivitet 26

Värdering av strukturkapitalet 28

Kvalitetsbristkostnader 28

Kunskapsföretagens stabilitet 31

Vad är skillnaden från hälsobokslut? 35

Helhetsflöde 36
Effektivitet än en gång 38
Diskussion 39

SLUTSATS 44

REFERENSER 45

Inledning

I denna rapport görs ett försök att ekonomisera två begrepp vars innebörd har stor betydelse för hur vård, skola och omsorg fungerar, nämligen verksamhetskvalitet och arbetsförhållanden. Inom vården, skolan och omsorgen har en väsentligt ökad ekonomisk styrning skett de senaste femton åren för att skapa medvetenhet om ekonomins betydelse och att den offentliga sektorn har ändliga resurser. Men för att få en vård, skola och omsorg som lever upp till de krav som ställs på en välfärdsstat och på moderna arbetsvillkor, behöver det ekonomiska tänkandet ta ett större helhetsgrepp.

Svårigheten är att begrepp som kvalitet och arbetsförhållanden inte enkelt låter sig mätas. Här görs ett försök att utifrån en övergripande definition av begreppet effektivitet hitta tillvägagångssätt för att skapa mått utifrån begreppen kvalitet och arbetsförhållanden. Här diskuteras hur sådana mått kan skapas utifrån de specifika förutsättningar och problem som finns inom vården, skolan och omsorgen.

Rapporten vänder sig främst till chefer, ekonomer, human resource-personal och fackligt förtroendevalda.

Det finns en ordlista över hur de ekonomiska begreppen som används i denna rapport definieras.

Ordlista för hur begrepp definieras i rapporten

Beställar- och utförarmodell (BUM) = Konstruerad marknadsekonomi där tjänstemän (och politiker) delas upp i en beställarenhet och en producentenhet och där verksamhetschefer och personal blir utförare i produktionsenheterna.

Effektivitet = Optimalt utfall på insatta resurser när det gäller kvantitet, kvalitet, logistik och utnyttjad kompetens.

Förädlingsvärde = Det mervärde som de anställda skapar sedan alla inköp från externa leverantörer räknats bort.

Hälsobokslut = Att följa upp hälsotillståndet i en organisation relaterat till ekonomin för att föra upp hälsofrågorna på ledningens agenda.

Immateriellt kapital = Personalens kunskap och utförande som genererar kundvärde i verksamheten och som i offentlig verksamhet ska leva upp till lagkrav och styrdokument.

Individkapital = Individens formella utbildning, förvärvade erfarenheter och färdigheter, sociala kompetens och förmåga att omsätta detta i adekvat handling.

Interntid = Den tid personalen använder till annat arbete än till direkt möte med kunden, till exempel planeringsmöten, arbetsplatsträffar, kompetensutveckling.

Intäktsperson = Individ som är verksam i företaget och är direkt verksam i kundarbetet genom att planera, producera, bearbeta eller presentera den produkt eller tjänst kunden efterfrågar.

Kund = Inom vård, skola och omsorg är kunden patient, elev, vårdtagare eller förskolebarn.

Kvalitetsbristkostnader = Ekonomiska förluster eller kundvärdesförluster som uppstår genom brister i produkter, tjänster eller processer.

Kundkapital = Det ekonomiska värde som respektive kund är beredd att betala för en tjänst eller det sammanlagda värde som hela kundstocken genererar. Inom det privata näringslivet är det genom kunderna som företagen får sina intäkter. Inom offentlig verksamhet blir intäktsfrågan mer komplex. I den konstruerade marknadsekonomin som skapats (inom vård, omsorg, skola) har man tagit fram centrala och schabloniserade prissättningar i så kallade ersättningssystem som blir ett konstruerat kundkapital, det vill säga de intäkter som kommer respektive enhet tillhanda.

Kundtillfredsställelse = Det värde kunden tillmäter produkten eller tjänsten

Nyckeltal = Mått för uppföljning av verksamhet över tid och för intern jämförelse mellan verksamheter

Personalekonomi = Beräknade personalkostnader som kan jämföras för prioritering, till exempel att förebygga sjukskrivningar än att bekosta en hög personalomsättning.

Produktivitet = Optimalt utfall på insatta resurser när det gäller kvantitet.

Specifikationskvalitet = Den kvalitet på tjänsten kunden bedömer utifrån att och hur personalen löser kundens problem eller behov.

Strukturkapital (stort) = Välfungerande system och rutiner vilket ger organisationen möjlighet att hantera stora verksamhetsvolymer effektivt och minska sårbarheten vid hög lednings- eller personalomsättning

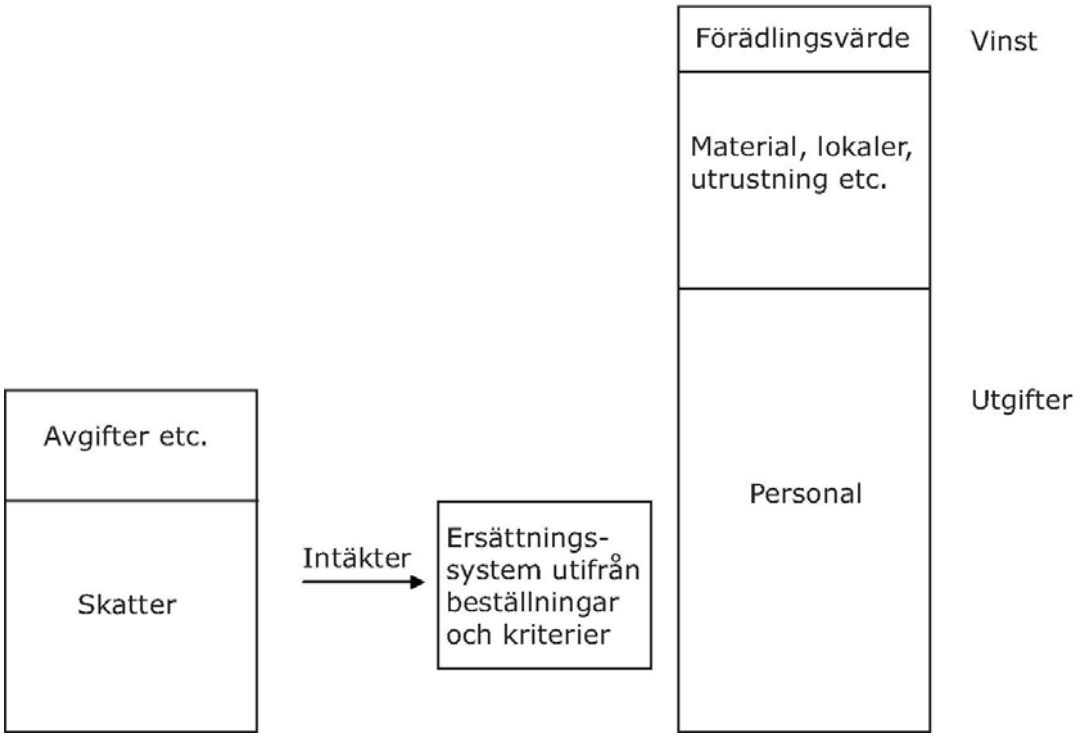
Utförandekvalitet = Den kvalitet på tjänsten kunden bedömer utifrån personalens utförande och förhållningssätt.

Bakgrund

Kraven på effektivitet och produktivitet i utnyttjandet av de offentliga resurserna har ökat från och med 1990-talet (SOU 1999:66 sid. 13). Ett sätt att möta de nya kraven blev en strävan efter att åstadkomma konkurrensliknande förhållanden, ge finansiell självständighet, skapa tydlig koppling mellan resursåtgång och prestationer samt betona effektivitet och sparsamhet i resursanvändningen (Charpentier och Samuelsson, 1999).

Konkret betydde detta att man i många kommuner valde att införa den så kallade ”beställar- och utförarmodellen” (BUM) för att skilja mellan de som beställer vård utifrån befolkningens vårdbehov och de som producerar den beställda vården. Den främsta styrningen består i de ersättningssystem som beställar- och utförarmodellen gett upphov till. BUM fungerar som en modifierad marknadsstyrning och är accepterad över i stort sett hela det politiska fältet och används i andra europeiska länder. Nedanstående modell visar det övergripande ekonomiska flödet och ersättningssystemets funktion i den så kallade beställar- och utförarmodellen:

Figur 1.



Figur 1. Övergripande modell av den konstruerade marknadsstyrningen. Skatteintäkter etc. ges ut utifrån centralt satta priser för tjänster utförda inom vård, skola och omsorg. Olika uppdrag ger olika priser. Uppdragen formuleras inom en kommunal enhet (beställarenheten) för att sedan utföras av en annan kommunal eller privat enhet (utförarenheten). Varje enhet bär sitt eget ekonomiska ansvar.

Genom att införa en BUM ger man den ekonomiska styrningen en mer central roll än vad som tidigare varit fallet. I samband med att verksamheter försöker efterlikna en köp- och säljrelation måste prestationerna som ska köpas eller säljas beskrivas i kvantitativa termer och ges ett monetärt värde, det vill säga det behövs ett ersättningssystem till producenterna.

En del i styrprocessen av vård- och omsorgsproducenterna handlar om att anpassa ersättningssystemen på ett sätt som ska bidra till att förstärka motivationen för att nå uppställda mål. Det handlar dels om hur beställarna ersätter producenterna, dels om de ersättningssystem som finns inom de olika produktionsenheterna (Enevik-Bäckstrand m.fl., 2002 sid. 107).

Trots införandet av en marknadsliknande styrning, med ersättning kopplad till tidsdebitering för utförda tjänster, ser redovisningen oftast ut som tidigare då anslagsfinansiering användes. Bokslutsmodeller och styrsystem är förankrade i den traditionella bokförningen, med en stark fokusering på värden och kostnader som kan hänföras till materiella resurser. Detta innebär i klartext att till exempel hälsa, ledarskap och kompetens inte syns på något konto (Johansson, 2005).

Ett annat problem är att uppgifter som både berör materiella värden och kostnader och personella värden och kostnader måste hämtas från olika och icke-koordinerade informationssystem som redovisnings- eller personalsystem. Ett tredje problem, enligt Johansson, är svårigheten att få företag och organisationer att investera i hälsofrämjande insatser för personalen. Anledningen är att osäkerhetsfaktorn fortfarande anses hög, även om flera studier visar att det finns stor lönsamhetspotential i sådana investeringar.

I slutet av 1980-talet lanserades idén i Sverige att tydliggöra kostnader för rekrytering, frånvaro, kompetensutveckling med mera i resultaträkningen. Syftet med den schablonmodell som föreslogs var att om kostnader för sjukfrånvaro och personalomsättning blir synliga för företagsledningar och styrelser borde incitament för åtgärder bli uppenbara. Erfarenheterna visar, enligt Johansson, att redovisningsrutinerna varit tröga att förändra. Det har varit svårt att integrera den personalekonomiska redovisningen i det befintliga systemet för ekonomisk planering och uppföljning.

Hösten 2001 lade regeringen fram ett elvapunktsprogram för bättre hälsa (Regeringskansliet, 2001). Som en del i hälsoarbetet föreslogs att organisationer borde förbereda så kallade hälsobokslut. Någon modell för hälsobokslut presenterades inte. En tolkning av den bakomliggande idén är att man genom att belysa hälso- alternativt ohälsotillståndet i en organisation med koppling till ekonomin, kan föra upp hälsofrågorna på ledningens aktionsagenda och därmed minska sjukfrånvaron. Johansson (2005) menar att ingen av de föreslagna hälsobokslutsmodeller som finns i svensk litteratur verkar tillfredsställande ur ett verksamhetsstyrningsperspektiv.

Under perioden 2002–2005 genomfördes ett forsknings- och utvecklingsprojekt i sju svenska kommuner (Johansson, 2005). Under tre år följdes kommunernas arbete med att utveckla ett för dem användbart hälsobokslut. Slutsatserna som dras utifrån projektet är att hälsobokslutet uppfattats som viktigt – i många fall direkt kritiskt avgörande – för kommunens framtid. Många uppger det antågande rekryteringsbehovet som skäl till varför hälsobokslutet är viktigt. Sjukfrånvaron har mins-

kat i de deltagande kommunerna. Detta anses delvis bero på den uppmärksamhet som hälsobokslutsprojektet skapat.

Det finns dock en ambivalens i inställningen till hälsobokslut. Detta upplevdes som en svårighet av flera som arbetade med hälsoboksluten i de sju kommunerna. Ett begreppsproblem diskuteras i Johanssons studie. Man menar att ordet ”hälsobokslut” signalerar en slutrapportering av något som varit, snarare än en ambition att påverka framtiden. Samtidigt anses begreppet hälsobokslut signalera allvar och tyngd och kunna bidra till att sätta hälsofrågorna på agendan och ge hälsan som resurs en plats i den ordinarie verksamhetsstyrningen. Trots detta är många tveksamma till om hälsobokslutet i realiteten kommer att innebära att satsningar på hälsa ses som en investering.

Enligt flertalet av de deltagande kommunerna i studien (Johansson, m.fl., 2005) ska en hälsobokslutsrapport bygga på personalstatistik och värderingar i organisationen, synliggöra attityder och värderingar i organisationen, redovisa medarbetarnas hälsa i ett brett perspektiv, synliggöra organisationens styrkor och svagheter beträffande arbetsmiljö och organisation, samt vara tydligt kopplad till övrig ekonomi- och verksamhetsstyrning.

Det finns inga studier om eventuella samband mellan personalens arbetsförhållanden och införandet av de marknadsekonomiska köp- och säljsystemen (BUM) som drogs igång under 90-talet. Ökningen av sjukfrånvaron har varit särskilt markerad från och med 1997. Framförallt inom vård, skola och omsorg som också varit i fokus för införandet av BUM. Dessa områden har under tidigare decennier haft en lägre sjukfrånvaro än övriga sektorer på arbetsmarknaden (Marklund m.fl., 2005).

Psykiska besvär orsakade av arbetet ökade också från 1997, framförallt hos kvinnor inom landstinget (Theorell, 2006). Kvinnor som rapporterade arbete med hög anspänning (höga krav och liten egenkontroll) ökade med 16 procentenheter inom den kommunala sektorn, från 1989 till 1999, och med 25 procentenheter inom landstingssektorn (staten 2 procentenheter och enskild sektor 12 procentenheter).

Hög fysisk arbetsbelastning uppgavs av 50 procent av kvinnorna i kommun- och landstingssektorn (SOU, 2000). Antalet sysselsatta inom den offentliga sektorn minskade mellan 1990 och 2000 från 1 410 000 till 1 333 000 (SOU, 2000) vilket kan räknas som en ökad produktivitet per kvarvarande anställd, men visar inte om arbetet varit effektivt. Minskningen skedde samtidigt som långtidssjukskrivningarna steg markant, särskilt bland landstingsanställda kvinnor. Improduktiva kostnader för det offentliga (sjukersättningar, arbetslöshetsersättningar, förtidspensioneringar) steg mellan 1985 och 2004 från 85 miljarder till 150 miljarder kronor (Theorell, 2006).

Syfte

Denna rapport syftar till att pröva förutsättningarna för att överföra metoder från de privata kunskapsföretagens årsredovisningar, till i första hand de kommunala verksamheterna (vård, skola, omsorg). Det kan ifrågasättas att nya personalekonomiska metoder införs innan hälsobokslutten är tillräckligt utvärderade med avseende på deras möjlighet att värdera personalen i kunskapsintensiva organisationer, den offentliga verksamheten inkluderad.

Vid en genomgång av ett 50-tal hälsobokslut (Strandberg, 2005) påpekas en svaghet i framför allt kopplingen till den övriga ekonomi- och verksamhetsstyrningen. Risken för den så kallade ”sidovagnseffekten” kan vara stor. Med det menas att arbetsmiljön aldrig ses som en integrerad del av verksamheten. Privata företag, och numera de flesta kommuner, använder enbart ekonomisk styrning som huvudsaklig styrform och uppföljning. Detta eftersom få kvalitetsstyrningssystem är framtagna.

Den teoretiska ansatsen här är att se om redan etablerade strukturer och tankesätt inom ekonomi- och verksamhetsstyrning går att använda för att inkludera personalens värde i balansräkningen. Genom att ekonomisera personalens kunskapsvärde och organisationens strukturvärde åstadkommer man ett mer breddat och långsiktigt perspektiv på personalens betydelse för verksamhetsutveckling och effektivitet. Att förvalta och utveckla anställdas kompetens och hälsa, blir ur ett sådant perspektiv automatiskt en investering och inte en kostnad. Samtidigt uppstår en etisk fråga kring att ekonomisera människors värde. I och med att personalens kunskapsvärde synliggörs måste det samtidigt subjektiveras eftersom delar av kunskapsvärdet är individuellt, till exempel social kompetens eller förbättringskompetens.

Inom det privata näringslivet består ett företags ekonomisystem i allmänhet av planeringsredskap, budget, produktkalkyler, investeringskalkyler och övriga kalkyler. Intern redovisning är uppdelad på samma sätt som budget och extern redovisning, det vill säga på samma sätt som årsredovisningen.

De ansvariga cheferna ska kunna budgetera, kalkylera och följa upp sina egna resultat och veta vilka faktorer som kan påverkas samt kunna läsa av utfallen.

Enligt Annell och Bruszt (1986) är de faktorer som måste bestämmas för att bygga upp ett ekonomiskt styrsystem följande:

- Val av mål och styrnivåer
- Förståelse av mål och krav
- Delegering av verksamhetsansvar – rörelserisk
- Decentralisering av den ekonomiska redovisningen

Annell och Bruszt menar att olika tjänsteproducerande serviceföretag har olika förutsättningar när det gäller styr- och mätnivå samt möjlighet till delegering av ansvaret för verksamheten och verksamhetens ekonomi.

Syftet med denna rapport är att undersöka möjligheten att införa samma typ av värderingar och nyckeltal i den offentliga verksamheten som idag ofta används inom de privata kunskapsföretagen.

Frågeställning

Finns det inom det privata näringslivet balansräkningssystem och redovisningsmetoder som skulle kunna användas inom den kommunala verksamheten för att ge bättre information om hur de immateriella resurserna används?

Går det att jämföra privata kunskapsföretag med offentlig verksamhet?

Finns det likheter mellan verksamheten inom privata kunskapsföretag och den kommunala verksamheten så att en jämförelse blir intressant? En likhet är att båda har en hög utbildningsnivå bland personalen. I landstingsverksamheten har till exempel 62 procent akademisk utbildning jämfört med 33 procent av befolkningen. Enligt Johansson (1999) har värderingen av sålda företag från och med 1980- talet varit avsevärt högre mellan köpare och säljare än vad revisorernas traditionella värderingar angett. Han menar att jämfört med företagens substansvärden är det de så kallade goodwillvärdena som stått för mellanskillnaderna. Detta gäller inte minst de kunskapsintensiva företagen.

Hans slutsats är att en viktig förklaring är människorna i företagen och den kunskap de representerar. Med nuvarande metoder är dessa kunskaper en osynlig substans som den traditionella redovisningstekniken inte klarar av att beskriva och värdera. Han menar också att för att 1990-talets tillväxtorienterade kunskapsföretag ska kunna uppnå en god ekonomi krävs i de flesta fall en standardisering av produktionen, eftersom den inte kan vara lika individberoende och komplext problemlösande som tidigare på grund av effektiviteten. Därigenom menar han att man även kan bredda begreppet kunskapsföretag till offentlig verksamhet.

Det finns framför allt två viktiga skillnader mellan kunskapsföretag och offentlig verksamhet. Kunskapsföretag behöver upprätthålla stadiga kundrelationer. Nya kunder är dyra kunder som behöver ”utbildas” i efterfrågan (Sveiby, 1995). I offentlig verksamhet (här menas i första hand vård, skola och omsorg) är i stället efterfrågan på tjänsterna obegränsad, låt vara att det ibland är samma och ibland är nya kunder (patienter, brukare, elever, förskolebarn). En annan viktig skillnad är att kunskapsföretag kan fokusera på mest lönsamma kundrelationerna medan den kommunala verksamheten inte kan välja bort några kunder.

I det privata näringslivet utgör årsredovisningen styrelsens rapport till sina ägare och visar hur styrelsen förvaltat ägarnas insatta kapital. I ett industriföretag är historiskt sett det finansiella riskkapitalet den viktigaste knappa resursen. Det är detta riskkapital som aktieägarna bidragit med. Anställda bidrar med sitt arbete, för vilket de får lön. Dessutom kräver industriföretaget en tredje produktionsfaktor: råvaror. Kunskapsföretaget använder inte råvaror och det finansiella kapitalet är sällan en viktig insatsresurs. Det som återstår är personalens kompetens som är den främsta produktionsfaktorn och intäktsgeneratorn.

Vård- och omsorgsarbete är en personalkrävande verksamhet eftersom människor sällan kan ersättas med teknik i någon större utsträckning. I offentlig budgetering

och redovisning ses personalen traditionellt enbart som en kostnad. Inte minst på 1990-talet sågs personalnedskärning som det enda sättet att klara den offentliga verksamhetens ekonomi. Är det möjligt att byta perspektiv och ändå minska kostnaderna inom till exempel vård, skola och omsorg?

En demokratiaspekt

Hos kunskapsföretag (och andra privata företag) är syftet med årsredovisningen i första hand att aktieägarna ska kunna kontrollera hur effektivt företaget sköts. Jämförbara intressenter för offentlig verksamhet kan vara medborgarna (skattebetalarna) som får möjlighet att se hur deras pengar används, inte enbart till vilka områden skattemedlen går eller inbördes prioritering, utan även hur deras ”kapital” (de anställda) förvaltas och kvalitetssäkras. Under de senaste decennierna har beslutsfattare inom offentlig verksamhet, genom att snegla på den privata sektorn, strukturerat om verksamheten utifrån förebilder från näringslivet. Många gånger har man överfört produktionstänkandet rakt av, till exempel ställt kraftigt ökade produktivitetskrav (med minskade resurser) och krävt kvantifiering av vård- och omsorgsinsatser, utan att reflektera över de betydande skillnader som finns mellan produktion av varor och omhändertagande av människor.

Det borde vara rimligt att medborgarna får större insyn i hur den offentliga verksamheten förvaltar sin viktigaste resurs, personalen. Personalen är skyldig att leva upp till de krav lagen ställer (Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen och Skollagen). Lagstiftningen ställer kvalitetskrav på personalens arbete och på att personalen ska ha den utbildning, erfarenhet och de rätta förutsättningarna som krävs för att leva upp till lagkraven, vilket leder till ökad trygghet för medborgarna. Enligt revisionsreglementet som styr revisorerna arbete i kommuner och landsting kan ”revisionen skänka legitimitet och förtroende åt verksamheten, men också vara förmedlare av väsentlig och nödvändig kritik. Med sina insatser kan revisionen också generera bidrag till förbättring och utveckling. En väsentlig del är att främja arbetet med styrning och kontroll av verksamheten.”

Att beskriva effektivitet, verksamhetskvalitet och arbetsförhållanden i operationellt definierade begrepp – är det möjligt? För att kunna föra in personalen i årsredovisningen och i balansräkningen krävs en objektifiering samt nyckeltal som i sin helhet ger en bild av hur väl kunskapen förvaltats och kostnaderna hanterats. Det avgörande är att hitta balansen mellan olika nyckeltal, eller den brytpunkt där effektivitetskrav går över i sin motsats, till exempel genom att en för hög arbetsbelastning leder till ökad sjukfrånvaro som ökar kostnaderna.

Ett traditionellt sätt att mäta hur effektivt företagets personal bidrar till omsättningen är att ta fram kvoten mellan arbetskraftskostnaden och omsättningen (arbetskraftskostnad/omsättningen x100 = xx procent). Kvoten ska vara så låg som möjligt. Ökar den kan det bero på ökad korttidssjukskrivning eller försämrade rutiner. Om den sjunker kan det bero på ökad automatisering eller bättre och effektivare rutiner.

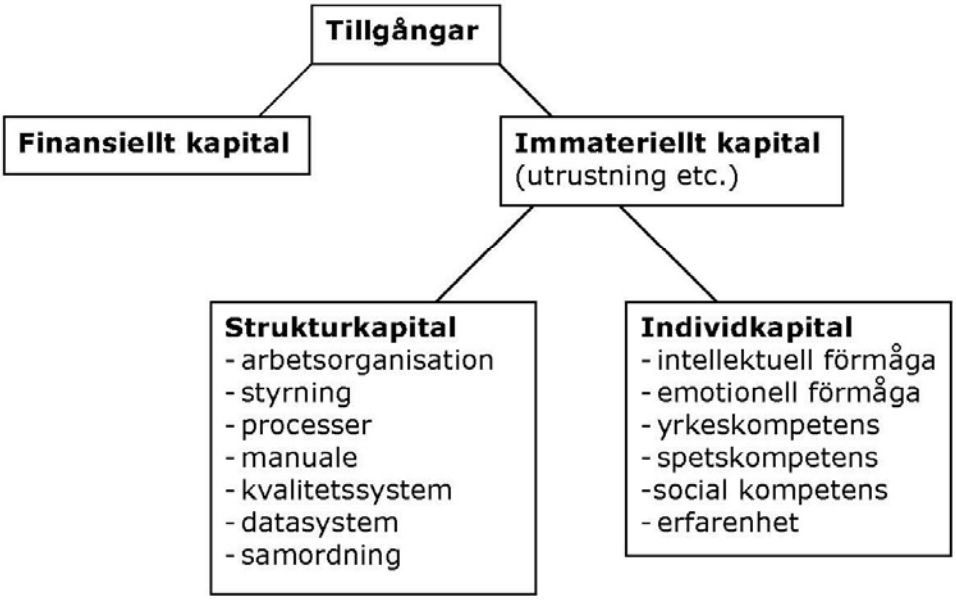
Personalen beskrivs nedan i begrepp som individkapital, kunskapskapital, intäktsperson, förädlingsvärde; allt i syfte att synliggöra deras värde i verksamheten. Effektiviteten i rutiner, system med mera kommer här betecknas som strukturkapital, sammantaget kallat det immateriella kapitalet.

Immateriellt kapital

Varje verksamhet behöver kapital för att kunna lösa sina kunders problem. Som tidigare nämnts är det huvudsakligen personalens kunskap och prestation, så kallat immateriellt kapital, som genererar värdet inom offentlig verksamhet. Inom varuproduktionen är det huvudsakligen det finansiella kapitalet som genererar värdet. Det immateriella kapitalet kan delas in två typer nämligen (se även figur 2):

- Det individbundna kunskapskapitalet = individkapital
- Det organisationsbundna kunskapskapitalet = strukturkapital

Figur 2.



Figur 2 visar hur olika typer av kapital bidrar till tillgångarna i offentlig verksamhet (Omarbetad efter Eriksson, P. 2002).

Individkapital

Individkapitalet, som människan alltid bär med sig, utgörs av hans eller hennes formella utbildning, förvärvade erfarenheter och färdigheter, sociala kompetens och förmågan att omsätta allt detta i adekvat handling. De anställda i en kunskapsorganisation utgör en mångfacetterad grupp individer men ingår samtidigt i olika yrkesgrupper utifrån sin formella utbildning eller befattning.

Verksamheterna inom vård, skola och omsorg befinner sig i olika grad mellan punkterna kunskapsorganisation (de anställda har stor handlingsfrihet) och strukturorganisation (den anställdas handlande styrs främst av lagar och föreskrifter). En myndighet ligger närmare strukturorganisation medan till exempel en utvecklingsavdelning är mer av en kunskapsorganisation.

Inom vård och omsorg sker oupphörligt en strävan efter balans mellan dessa begrepp eller en kamp från olika parter för att komma närmare den ena eller andra punkten. I vilken grad ska vården, skolan och omsorgen standardiseras och i vilken grad ska det finnas plats för den unika individen (gäller även kunderna, till exempel patienter)?

Ur en företagsekonomisk synvinkel räknas inte individkapitalet som något som kan ägas av företaget och kan därför inte heller tas med i balansräkningen. Ett argument för att det skulle kunna vara möjligt är att företaget genom anställningskontraktet äger rätten att utnyttja kunskapen och kompetensen under arbetstiden vilket är det som skapar företagets intäkter.

Intäktspersonerna

Begreppet avser de människor som är direkt verksamma i företaget, de som planerar, producerar, bearbetar eller presenterar den produkt eller tjänst kunden efterfrågar, det vill säga de som är direkt involverade i kundarbetet. Det finns en gråzon där de anställda både är involverade i kundarbetet och till exempel sköter administrativa uppgifter. Detta bör enligt Sveiby (1989) lösas genom att den tid som avsätts för kundarbete hänförs till detta, resterande tid till internt arbete.

Motsvarande begrepp inom vård, skola och omsorg skulle innefatta de personer som är direkt involverade med patienter, brukare eller elever och som ersättningssystemen är kopplade till. Det är vanligt att yrkesgrupperna inom ovanstående verksamheter både har direkt kundarbete och sköter administrativa uppgifter. För att bedöma intäktsnivån bör ersättningssystemen differentiera mellan intäktstid (kundtid) och intern tid (administrativa uppgifter, interna möten, kompetensutveckling, introduktion av nyanställda) som schabloniserats över tid.

Personer som ingår i stödfunktionerna, till exempel ekonomipersonal och reception tillhör strukturkapitalet och bör redovisas under detta.

Det totala individkapitalet är ett mått på hur kunniga (erfarna) ett företags intäktspersoner är totalt sett medan individkapitalet per intäktsperson är ett mått på kompetensen (kunskap och erfarenhet) hos varje person. Ett genomsnitt av samtliga intäktspersoner inom varje yrkeskategori och antal år i yrket ger nyckeltalet individkapital per intäktsperson. Nyckeltalet är konkret och kan åskådliggöras i ett diagram för till exempel en femårsperiod. Denna information är viktig att följa över tiden eftersom den exempelvis kan relateras till analys av kundnöjdheten .

Ett annat nyckeltal är samtliga intäktspersoner i organisationen i relation till antalet anställda. Kvoten kan ställas i relation till antalet intäktstimmar med tillägg för behov av intern tid. Man kan även analysera hur stor del av intäkterna per enhet som bär den administrativa delen och om den delen är proportionellt rimlig.

I kunskapsföretag som är beroende av medarbetarnas kunskap borde utbildning och fortutbildning ses som tunga investeringsposter. Inhämtningen av kunskap sker ofta inte via externa kurser utan en stor del av kunskapstillväxten sker inom det ordinarie arbetet, i mötet med kunden och i lärandet mellan kolleger. Problemet med en lärande organisation är att lärande inte går att särskilja i den löpande redovisningen utan noteras som en del av strukturkapitalet.

Det är av värde för den som läser årsredovisningen att få utbildningskostnaderna för det senaste året särredovisade i ett diagram, gärna i procent av omsättningen eller i antalet utbildningsdagar per intäktsperson. Därigenom uppmärksammas läsaren (medborgaren) på att en del av skattepengarna går till kompetensutveckling och att personalen har utvecklingsmöjligheter i sitt arbete som kommer till exempel patienten eller förskolebarnet till del. Många privata kunskapsföretag beskriver sin utbildningspolicy i årsredovisningen.

Man kan även göra en kategorisering utifrån personalens grundkompetens och påbyggnadskurser. Svårare är att synliggöra den interna kompetensutvecklingen, det så kallade vardagslärandet i en årsredovisning. Detta kan många gånger vara viktigare är dyra externa kurser. En möjlighet kan vara att ta utvecklings- eller lärandemöten som intern tid där patienters (brukares, elevers) problem eller behov diskuteras.

Man kan också arbeta fram effektivare rutiner eller bättre samordning på utvecklings- eller lärandemöten för att förstärka strukturkapitalet. Mötena kan redovisas som utvecklings- eller lärandemöten under intern tid. Det informella lärandet mellan anställda ter sig svårt att synliggöra som en särskild post. Om det informella lärandet är omfattande bör det visa sig i ett utbyggt strukturkapital på så sätt att arbetsorganisationen, rutinerna etcetera fungerar effektivt.

Förädlingsvärde

Förädlingsvärdet är ett uttryck för det mervärde som skapas i ett företag genom användningen av företagets produktionsfaktorer. Förädlingsvärdet skapas av de anställda sedan alla inköp från externa leverantörer räknats bort. Går det att överföra detta begrepp till offentlig verksamhet och vilken typ av mervärde skapas? Varje område måste sannolikt analyseras separat. Här följer några exempel.

Inom akutsjukvården eller primärvården pågår ett ständigt inflöde av nya patienter (kunder) vilket innebär att kraven på omsorg är mindre än till exempel inom barn- eller äldreomsorgen. Betoningen ligger mest på den objektiva kravnivån. Eftersom kunden inte betalar hela kostnaden själv utan enheten får ersättning från huvudmannen utifrån vissa schablontidsersättningar, är dessa ersättningar grunden för att personalen ska kunna skapa ett förädlingsvärde.

Inom det privata näringslivet kan varje företag sätta sin egen prisnivå vilket sällan förekommer inom vården, skolan och omsorgen. Om timersättningen stämmer med den faktiska tidsåtgången per patient är det tämligen självklart att personalens kompetens, samarbets- och kommunikationsförmåga, ledningsstöd och enhetens strukturkapital skapar möjlighet för ett större eller mindre förädlingsvärde.

Men vanligtvis finns det inga särskilda bedömningsgrunder inom ersättningssystemen till exempel för enheter med många tunga patienter, det vill säga patienter som tar lång tid, är energikrävande för personalen och ställer större krav på personalens kompetens och erfarenhet. Om specifika hänsyn inte tas i ersättningssystemet till sådana särskilda omständigheter, ges inget utrymme för förädlingsvärdet. Istället kan motsatsen uppstå, det vill säga att enheten alltid går med finansiellt underskott och måste dra ner på personal.

Inom en verksamhet med störst betoning på omsorg, till exempel barn- och äldreomsorg, blir resonemanget kring förädlingsvärdet annorlunda. Där är den subjektiva

kravnivån i fokus (förutom i hemsjukvården) om man inte från huvudmannens sida har lagt betoningen på den objektiva kravnivån, vilket är vanligt inom hemtjänsten. Där ligger kravet huvudsakligen på att uppfylla en specifikation (göra frukost, bädda, städa två rum och så vidare). Detta ställer inte samma krav på personalens kompetens, kommunikations- och samarbetsförmåga och ledningsstöd som om den subjektiva kravnivån ska uppfyllas (uppfyllande eller överträffande av kundens behov).

Om kravet är att uppfylla en specifikation borde möjligheterna att skapa förädlingsvärde vara goda om ersättningssystemet stämmer överens med insatserna och personalen är rutinerad.

Om huvudmannen uttalat att även en subjektiv kravnivå ska uppfyllas ställs det andra krav på strukturkapitalet och intäktspersonerna. Den typen av krav ställer ofta politiker på personalen, vilket blir mest kännbart inom vården eftersom den tar emot många kunder under förhållandevis kort tid. Exempel på dessa krav kan vara att patienten har rätt, valfrihet vid missnöje, vårdgaranti och liknande. Det ställer större krav på rutinerad personal som utifrån befintliga resurser på ett effektivt sätt kan tillmötesgå kundens krav på kvalitet i utförandet. Det ställer även krav på de ekonomiska styrsystemen tar med utförandedimensionen i de verksamheter där den bedöms som särskilt angelägen.

Strukturkapital

En typ av kapitalinvestering är insatser för att bygga upp organisationens struktur. Strukturkapitalet är osynligt men av stor betydelse eftersom välfungerande system och rutiner ger organisationen möjlighet att hantera stora verksamhetsvolymer på ett effektivt sätt och gör organisationen mindre sårbar för lednings- eller personalavhopp. Allt för hög grad av system och rutiner kan dock gå ut över den anställdes krav på egen frihet och den högsta ledningen bör analysera var brytpunkten ligger mellan dessa dimensioner.

Det är av betydelse att balansen mellan struktur- och individkapitalet är väl avvägd så att till exempel vård och omsorgsarbetet inte uppfattas som ett arbete på löpande band. Om å andra sidan struktur saknas blir verksamheten tungarbetad med problem för varje anställd. Inom kommunal verksamhet ställs ofta stora krav på samarbete vilket, under förutsättning att det fungerar, är en viktig del av strukturkapitalet.

Strukturkapitalets tre hörnstenar är: personalen, problemlösningsförmågan och kundkapitalet.

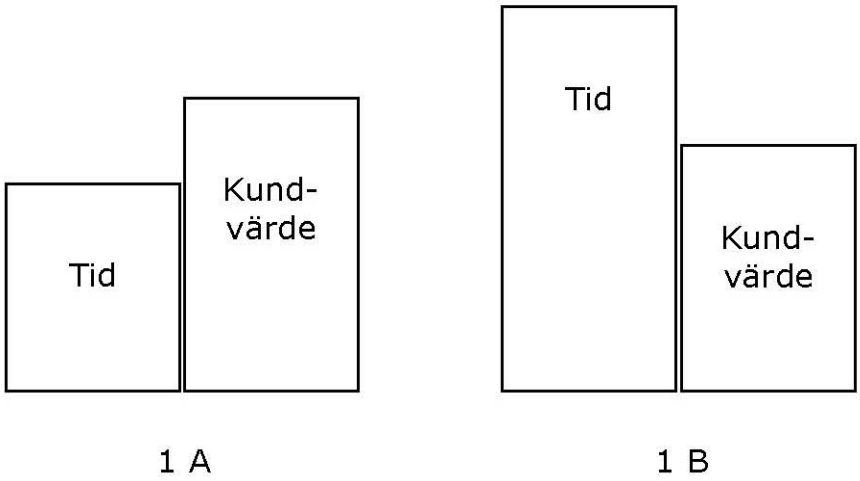
Personalen

Personalen är kunskapsorganisationens främsta produktionsfaktor och besitter det kompetenskapital (kunskap, erfarenhet, attityder, lojalitet, färdighet) som är avgörande för kvalitetsnivån och kanske även för kombinationen av kvalitets- och kvantitetsnivån. Av figur 3 framgår att det inte finns några självklara samband mellan den tid som läggs ned på kunden och kundens egen upplevelse av värde.

Figuren vill även visa att det inte alltid är enkelt att styra offentlig verksamhet utifrån ett effektivitetstänkande. Ett snabbt kirurgiskt ingrepp utan något behov av större omhändertagande kan värderas lika högt av kunden som en mer tidskrävande insats med krav på stort omhändertagande, till exempel inom barnsjukvården. En

patient på en psykiatrisk klinik kanske inte har förmågan att överhuvudtaget värdera tiden för omhändertagande från personalens sida. Ersättningssystemens utformning kan minska personalens möjlighet att betona kvaliteten om inga hänsyn har tagits till verksamheternas olika förutsättningar för att ge en bra vård, omsorg eller skola.

Figur 3.



Figur 3. Personal som kan skapa högt kundvärde på kort tid (till exempel oproblematiska kirurgiska ingrepp) kan värderas i termer av effektivitet eller professionalitet (1A). Dock finns det patientgrupper där det kan vara svårt att diskutera effektivitet, till exempel vid barnsjukvård eller vid svår psykisk sjukdom, trots att professionaliteten är hög (1B).

Ett annat inte oväsentligt strukturkapital är de individuella medarbetarnas lojalitet och attityd till organisationen och dess företagskultur. Är medarbetarna positiva bidrar de medvetet eller omedvetet till att stärka organisationens image bland kunderna, vilket kan belysas genom undersökningar om arbetsklimat. Ett bra arbetsklimat skapat av en stark vi-känsla, samarbete, ömsesidigt förtroende och respekt, är också hälsofrämjande för personalen och stärker strukturkapitalet.

Genom framgångsrik rekrytering kan verksamheten hålla god kvalitet och personalens effektivitet kan snabbt utvecklas. Rekryteringspotentialen är därför central när det gäller beskrivning av strukturkapitalet (Sveiby, 1995). Potentialen är beroende av löneläge, arbetsförhållanden och de anställdas attityder. Men även av de befintliga intäktspersonernas tid och deras förmåga att överföra sin kunskap till nyanställda. En annan aspekt är att vid enheter med hög personalomsättning måste den rutinerade personalen använda mer av sin arbetstid till interntid (introduktion av nyanställda) istället för till intäktstid (kundtid) eller övrig interntid.

Om för lite introduktion görs försämras verksamhetens kvalitet och strukturkapitalet (kunskap om viktiga rutiner, effektiva arbetssätt och liknande) minskar. Om strukturkapitalet riskerar att minska måste tiden tas antingen från intäktstiden (eller från övrig interntid). Då minskar utrymmet för kunden eller så stressas den rutinerade

personalen (om viljan finns att räcka till för båda). Hög personalomsättning försämrar därför arbetsförhållandena för den rutinerade personalen

Löneläget kan beskrivas utifrån den genomsnittliga lönen för yrket till exempel 102 procent relativt löneläge eller 98 procent relativt löneläge.

Arbetsförhållanden kan analyseras utifrån:

- Förläggning av arbetstid (dagtid, tvåskift, nattskift, helgarbete) eller grad av inflytande över den egna arbetstiden.
- ”Kundmängd” (till exempel genomströmning av patienter per år, antal förskolebarn per grupp).
- ”Kundtyngd” (till exempel dementa i äldreomsorgen, barn med särskilda behov i förskolan, många patienter med psykisk ohälsa vid vårdcentralen (se figur 3).
- Värde i strukturkapital.
- Relationen mellan intäktstid och intern tid.
- Tid och möjlighet till kompetensutveckling.

Arbetsklimatet kan analyseras utifrån enkäter som tar upp medarbetarnas upplevelse av till exempel:

- Organisationen.
- Ledarskapet.
- Arbetets innehåll.
- Arbetsgruppens klimat och stöd.
- Meningsfullheten.
- Arbetsbelastning.
- Arbetstider.
- Informationen och kommunikationen.
- Förtroende, respekt, lojalitet.
- Hot, våld, mobbning, diskriminering.
- Kompetens för uppgifterna.

De nyckeltal som tas fram om arbetsförhållandena på enheten blir jämförelsetal år från år och samma typ av verksamheter kan jämföras om andra förutsättningar (till exempel storstad, landsbygd) är konstanta. Personalavdelningen kan komplettera med en verbal beskrivning av hur man bedömer arbetsförhållandena på enheten utifrån nyckeltalen.

Det finns möjlighet att i kontinuerliga undersökningar av arbetsklimatet föra in frågor till personalen kring deras upplevelse av kvaliteten, effektiviteten och användningen av materiella och personella resurser. Det är viktigt att även bedöma om de objektiva förutsättningarna på en arbetsplats försvårar god verksamhetskvalitet, effektivitet och personaltillfredsställelse. Det kan göras i dialog med den loka enheten och genom vissa generella bedömningar, exempelvis utifrån mycket socialt belastade områden eller hög andel äldre inom sitt upptagningsområde.

Nedan följer exempel på frågeställningar som kopplar samman effektivitet och arbetsförhållanden:

Individkapital

1. Anser du att du har viktig kompetens som inte används på din arbetsplats?
2. Upplever du i stort sett rimliga arbetskrav i ditt arbete?
3. Upplever du ofta kontakterna med ”kunderna” för psykiskt påfrestande?
4. Kan du för det mesta utföra ditt arbete så att du är nöjd med resultatet?

Strukturkapital

5. Anser du att planering och rutiner fungerar smidigt på din arbetsplats?
6. Anser du att samarbetet fungerar mellan medarbetarna på arbetsplatsen?
7. Anser du att personalen som resurs används på ett bra och effektivt sätt?
8. Anser du att samarbetet fungerar mellan ledning och medarbetare på arbetsplatsen?
9. Anser du att samarbetet fungerar med andra enheter på arbetsplatsen?
10. Anser du att samarbetet fungerar med andra enheter utanför arbetsplatsen?
11. Anser du att det finns utrymme för ett långsiktigt tänkande på din arbetsplats?
12. Anser du att det genomförs ett lämpligt antal möten för att få verksamheten att fungera bra?
13. Anser du att det i stort sätt är bra och effektiva möten som genomförs?
14. Är informationsflödet på din arbetsplats tillräckligt för att du ska kunna genomföra dina arbetsuppgifter på ett bra sätt?

Samlade personella resurser

15. Anser du att det finns tillräcklig med personella resurser för att utföra ett effektivt arbete på din arbetsplats?
16. Anser du att det finns tillräckligt med personella resurser för en god verksamhetskvalitet på din arbetsplats?
17. Anser du att det finns behov av mer handledning eller personligt stöd på din arbetsplats?

Materiella resurser – god ekonomisk hushållning

18. Anser du att arbetsplatsens materiella resurser används på ett bra sätt?
19. Anser du att begränsade materiella resurser leder till brister i effektiviteten på din arbetsplats?

Om en hel arbetsplats får dåliga värden i undersökningen kring dessa frågor kan det vara betydelsefullt att göra en extern bedömning av vad som brister på en faktisk

nivå och stödja chefen i förändringsarbetet, antingen utifrån problem på enheten eller utifrån problem i ledningskompetensen.

Att bygga upp individ- och strukturkapital innebär att intern tid måste tas från intäktstiden, vilket innebär en balansgång eller en så kallad brytpunkt, då risken finns att det kan gå ut över kunderna. Men även motsatsen, det vill säga att intäktstiden går ut över interntiden, innebär på sikt att både kunder och personal drabbas, till exempel genom för få möten eller för lite kompetensutveckling. Den interna tiden behöver i sin tur fördelas rätt. Den bör används så effektivt som möjligt (till exempel storlek, struktur och representation på möten samt effektiv IT-användning) men även tillgodose krav från organisationen eller efterfrågan från personalen om till exempel handledningsstöd eller kunskapsöverföring mellan personalen.

Andra möjliga jämförelser

Svarsresultaten på dessa typer av frågor och personalomsättningen eller korttidssjukskrivningarna på samma enhet kan jämföras för att kunna prioritera dialog och åtgärder på de enheter som har mest kostsamma problem. Vidare kan samband mellan till exempel svarsresultaten på verksamhetskvalitet och samarbetsproblem eller verksamhetskvalitet och för höga arbetskrav analyseras. En annan möjlighet är att jämföra svarsresultaten på fråga 3 om psykiskt påfrestande krav och möjlighet till handledning och stöd.

Problemlösningsförmågan och omhändertagandet

Standardiseringen av tjänsterna inom den kommunala sektorn har expanderat sedan 1960-talet. Kravet på ett komplext problemlösande har trots detta inte minskat utan snarare ökat, bland annat i takt med ökad folkmängd, fler etniska grupper och äldre befolkning.

I en kunskapsorganisation syns produkten i form av ett bättre resultat hos kunden. Inom vård, skola, omsorg skulle motsvarande produkt vara snabbare tillfrisknande, högre välbefinnande, högre kunskapsnivå hos patienten, brukaren respektive eleven. Produkten är en kreativ process av problemlösning och omhändertagande där bara en del av problemlösningsprocessen är synliggjord (till exempel läkarundersökning, hemtjänsttimmar eller kunskapsprov) medan kostnaden för ett bra omhändertagande inte redovisas .

I beställar- utförarmodellen strävar man efter att kvantifiera alla tjänster genom timpriser eller pris per tjänst. En snabb och enkel process för problemlösning genererar därigenom ett bättre kvantitativt resultat, medan tjänster som kräver ett omfattande omhändertagande och en mer komplex problemlösningsprocess genererar ett kvantitativt lägre resultat. Detta ställer stora krav på helhet och flexibilitet i ersättningssystemen. I verksamheter med möjlighet till förenklingar såsom drift i större skala fungerar kvantifieringen lättare medan i verksamheter med bristande strukturer eller stora krav på individuellt omhändertagande kan en kvantitativ beräkningsgrund skapa stora problem.

Kundkapitalet

Med kundkapital menas det ekonomiska värde som respektive kund är beredd att betala för en tjänst eller det sammanlagda värde som hela kundstocken generar. Inom det privata näringslivet får alltid företagen sina intäkter direkt från kunderna.

Inom offentlig verksamhet blir intäktsfrågan mer komplex. I den artificiella marknadsekonomin som skapats (inom vård, omsorg och skola) har man tagit fram centrala och schabloniserade prissättningar i så kallade ersättningssystem. Eftersom varje kund inte bär sina egna kostnader blir även prissättningen artificiell. Vissa enheter har möjligheten att bestämma sitt timpris utifrån reella kostnader, andra inte.

Inom vård, skola och omsorg finns det inte lönsamma kunder, eftersom alla svenska medborgare har rätt till vård och skolgång på lika villkor . Hur kan man då värdera kundkapitalet inom vård, skola och omsorg?

En möjlig väg kan vara en mer framåtriktad redovisning där redovisningen kompletteras med kundkapital. Med det menas att kundkapitalets utveckling föregår resultatutvecklingen. Genom att analysera förändringar i kundkapitalet (i detta fall ersättningsnivåerna för olika patienter eller elever) kan resultatutvecklingen förutsägas.

Eftersom producenter av vård och omsorg inte kan påverka vilka kundgrupper de får, kan de heller inte påverka ersättningsnivåerna. Eftersom nivåer för ersättning inte nödvändigtvis har med verklig tidsåtgång eller värderad patienttyngd att göra, kan överskott eller underskott i budgeten påverka verksamheten i en icke-önskvärd riktning om inte sambanden analyseras. Med det menas att en enhet med tunga patienter kan tvingas dra ned på personalen trots att situationen kan beskrivas som i figur 1 (1B), vilket i sin tur ytterligare försvårar för bärande strukturer att fungera.

Kundkapitalet i ett privat kunskapsföretag kan beskrivas utifrån frågor som:

- Har vi rätt kunder (det vill säga lönsamma)?
- Har vi stabila och trogna kunder?
- Har vi nöjda kunder?

Frågeställningar kring kundkapitalet i offentlig verksamhet kan vara:

- Vilka patienter eller brukare har vi (kundstrukturen)?
- Lever vi upp till verksamhetskraven (lagar och styrdokument)?
- Har vi nöjda patienter och vårdtagare i förhållande till den tid vi lägger ned (kundtillfredsställelsen)?

Mått på kundkapitalet som en vårdcentral kan använda utan att bryta mot Sekretesslagen eller PUL (personuppgiftslagen):

- Antal akutbesök delat med ersättningsnivåerna
- Antal återbesök delat med ersättningsnivåerna
- Antal möten med exempelvis försäkringskassan
- Ersättning av den administrativa tiden, provtagning och liknande.

Nyckeltal utifrån denna typ av data kan visa hur stor andel av intäkterna som kommer från de största patientgrupperna, eller hur många patienter som står för 50 procent av intäkterna. Är ersättningarna rimliga i förhållande till den tid som läggs ner, eller kommer vårdcentralen att gå med underskott på grund av fel patientgrupper eller för många möten med försäkringskassan?

Enligt Sandberg m fl. (sid. 48) är det utförarna som måste föreslå vilka mått som ska användas för uppföljning. Detta eftersom det är utförarna som har den fulla insikten om sin verksamhet. I samverkan med ekonomisk controller borde förutsättningarna att hitta rätt mått och nyckeltal vara goda.

Kundtillfredsställelsen

Kundtillfredsställelsen kan mätas på olika sätt beroende på enhetens eller organisationens ambitionsnivå. Naturligtvis krävs det tid och resurser för sådan datainsamling. Många kunder kan inte tala för sig själva utan anhöriga måste tillfrågas, till exempel när det gäller svårt sjuka patienter, handikappade, barn eller gamla. Det har betydelse att kunna skilja mellan specifikation och utförandekvalitet. Det finns situationer där specifikationskvaliteten får ett mycket dåligt utfall, till exempel om en patient dör medan utförandekvaliteten ändå är hög eller vice versa.

Specifikationskvaliteten och utförandekvaliteten kan redovisas som en del av effektiviteten.

Tre viktiga processer för att bestämma strukturkapitalets värde

Det finns tre viktiga begrepp som inte är statiska utan snarare kan beskrivas som processer. Det gäller ledningsförmåga, kommunikation och marknadsföring. Dessa processer påverkar ett företags värde (i offentlig verksamhet ur medborgar-, kund- och arbetstagarperspektiv).

Ledningsförmåga

Ledningsförmågan är en av de viktigaste processerna. Den påverkar alla delar av organisationen, såväl inom privat som inom offentlig verksamhet. Ett bra ledarskap är en hörnsten i all verksamhet. Ett bra ledarskap har flera infallsvinklar och är svårt att mäta. Men undersökningar om arbetsklimat, budgetens balans och utvärderingar av kundnöjdheten visar sammantaget om det finns problem på en enhet. Däremot ger det ingen säker sanning om vad som är problemet. Det kan vara dåliga förutsättningar eller dåligt stöd från högre chefer som ger utslag som budgetunderskott eller

missnöje bland personal och kunder, lika gärna som att ledarskapet faktiskt fungerar dåligt utifrån chefens kompetens eller personliga egenskaper. Därför bör varje situation bedömas enskilt, vilken typ av stödåtgärder som behövs eller till och med om det kan vara aktuellt med omplaceringar.

Idag är förändringstakten mycket hög i hela samhället och det ställs stora krav på ledarskapet. Till detta kommer nya teorier om företagsledning som avbyter varandra och ger sken av att kunna fungera oberoende av sitt sammanhang (Furusten, 1996).

En av de stora utmaningarna för dagens högre ledarskap inom de kommunala verksamheterna är att skapa system och strukturer som är tillräckligt flexibla för att klara förändringar och att hitta balansen mellan centralisering och decentralisering. En utmaning för ledarskapet på lägre nivåer är att integrera centrala system, budskap och strukturer med lokal anpassning.

Kommunikation

Många offentliga verksamheter behöver ha kontakter med andra avdelningar eller andra offentliga instanser för att ge patienten eller eleven den vård eller omsorg som de behöver. En fungerande vårdkedja bör ses som en del av strukturkapitalet.

Marknadsföring

Marknadsföringen av verksamheterna inom den offentliga verksamheten har ökat i betydelse det senaste decenniet. Avsikten är att hjälpa målgrupperna att orientera sig i utbudet och visa på en högre grad av service och insatser.

Produktivitet och effektivitet

Effektivitet och produktivitet är två begrepp som ofta används synonymt men som egentligen mäter olika saker (Ahlman, 1986). Produktivitet kan vara hur mycket vård som produceras för en given mängd resurser (Grufman m.fl., 2004). Det vill säga att produktivitet är ett kvantitativt mått. Inom landstingen använder man sig av de fyra faktorerna medelvårdtid, tombäddstid, patientomsättning och genomsnittlig beläggning.

Effektivitet är ett mer övergripande begrepp. En verksamhet kan i princip kännetecknas av hög produktivitet och kvalitet men ändå vara ineffektivt, till exempel om man producerar fel saker men på ett bra sätt (produktionen styrs inte av efterfrågan). Enligt arbetsgivareförbundet Sveriges Kommuner och Landsting (2006) är hälso- och sjukvårdens mål inte att prestera så mycket som möjligt, utan att prestationerna i största möjliga utsträckning bidrar till en god hälsa för hela befolkningen.

Det innebär dock inte att det saknar betydelse hur mycket som åstadkoms. Om effektiviteten visar sig vara lägre i ett landsting jämfört med övriga är det av vikt att veta om det förklaras av att vården gör fel prioriteringar, att kvaliteten är låg eller om det görs för lite. Effektivitet kan definieras på olika sätt, men förutsätter alltid hög produktivitet och hög kvalitet (Mooney m.fl., 1991).

Laius (1996) definierar effektivitet som:

- Hög vårdkvalitet
- Hög produktivitet
- Ekonomisk medvetenhet
- God arbetsmiljö
- Arbetstillfredsställelse för personalen
- Kompetens och inflytande över det dagliga arbetet

Effektivitet är ett mått på relationen mellan uppnådda vårdresultat och använda resurser (Spri-rapport, 1994). Denna definition pekar på betydelsen av en välfungerande arbetsorganisation och funktionella stödsystem, med andra ord betydelsen av ett välutvecklat strukturkapital och betydelsen av korrekta mått och ett nyanserat ersättningssystem.

Enligt Ahlman (1986) bör man skilja på specifik effektivitet och total effektivitet. Specifik effektivitet innebär ett systems förmåga att nå ett uppsatt mål, definierat i tekniska termer. Total effektivitet däremot, innebär ett systems förmåga att nå mål som också innehåller ekonomiska och sociala värden.

De sociala värdena (Ahlman, 1986) antas inbegripa både ”kunderna” och personalen. Man kan mäta kvalitet utifrån tre aspekter, nämligen struktur, process och resultat (Spri, 1987). Kundernas rättigheter är fastslagna i lag (Socialtjänstlagen, HSL, LSS, Skollagen). Politikerna bedömer budget utifrån de lagstadgade kraven. Sociala värden är svårare att lagstadga om, då de är mer subjektiva och därigenom ligger närmare en bedömning av verksamhetskvaliteten. Bedömning av de sociala värdena har inte slagit igenom i den ekonomiska redovisningen. Mätproblem liksom svårigheter att upptäcka samband mellan ekonomiska, sociala värden och effektivitet kan vara orsaker till detta.

Produktivitetsmåtten mäter hur väl en organisation utnyttjar sina resurser oavsett vad den producerar. Exempel på produktivitetsmått som ofta används i kunskapsföretag är debiteringsgrad, det vill säga fakturerad tid i relation till maximalt tillgänglig tid.

Produktivitetsmått är vanligare än effektivitetsmått både inom den privata sektorn och inom vård, skola och omsorg. Effektivitet är svårare att mäta än produktivitet. Per definition ökade Stockholms läns landsting sannolikt sin produktivitet under 90-talet då antalet anställda minskade med 30 000. Men då behovet av vård och omsorg och antalet sjukskriven personal ökade vet vi inget om effektiviteten i termer av vårdkvalitet eller arbetsförhållandena eller vilka kostnader eventuella brister gav upphov till.

Hur kan man hitta fungerande effektivitetsmått som säkrar kvaliteten, tillgängligheten och arbetshälsan? Är det enda sättet att fråga efter den subjektiva kundnöjdheten (se till exempel Edström m fl. 2005)? Här kommer det fram en ny komplexitet i vården, skolan och omsorgen, nämligen att det finns två dimensioner som personalen ska leva upp till. Det ena är det objektiva målet som kan vara att lära ett barn läsa

eller medicinera en hjärtinfarkt. Den andra, lika viktiga dimensionen, utgörs av hur målgruppen faktiskt upplever åtgärderna eller hur personalen mår eller hanterar sin stress, det vill säga trivsel- eller välbefinnandefaktorer (socialt värde).

Värdering av strukturkapitalet

Hur kan man bedöma värdet på strukturkapitalet? Inom det privata näringslivet och vid vissa offentliga enheter finns möjligheten att själv sätta timpriset för tjänsterna och därigenom även ta betalt för väl uppbyggda strukturer. Verksamheter inom den offentliga sektorn kan vanligen inte sätta sitt eget timpris och därigenom finns det inget ekonomiskt utrymme för intäktspersonerna att arbeta fram välfungerande system och strukturer (arbetsorganisation). Inom många verksamheter är det vanligt att man enbart har kapaciteten att hantera en dag i taget och få den att gå runt, då intäktskraven konstant är höga.

Ett sätt att värdera strukturkapitalet är den ”goodwill” som en enhet har. Den kan ta sig uttryck i en god rekryteringspotential, väl fungerande personal med rätt kompetens, lång genomsnittlig anställningstid, låg sjukfrånvaro (se vidare under rubriken individkapitalet). En nyanställd och oerfaren person blir mer effektiv om arbetsgivaren lagt ned möda på att bygga upp strukturer tillsammans med personalen.

Enligt Sveiby m.fl. (1995) är strukturkapitalet svårast att värdera, samtidigt som det har minst lika stor betydelse för organisationens långsiktiga utveckling och effektivitet. Det är inte något som kan köpas utan vidare eller erövras. Uppbyggnaden är i stället en långsiktig process som kräver tålamod, lyhördhet och förmåga att välja rätt i de många vägvalen. Inom offentlig sektor är balansen mellan centralisering och decentralisering av betydelse. Vilka strukturer behöver vara centraliserade? När är det effektivare att låta de lokala enheterna bygga upp sin egen struktur?

Kvalitetsbristkostnader

Kvalitet är ett oklart begrepp. De flesta kvalitetsdefinitioner pekar i mer eller mindre utsträckning på att det är kundens upplevda kvalitet som avgör (Sörqvist, 1998). Tidigare definierades kvalitet som överensstämmelse med krav. En sådan definition är huvudsakligen producentorienterad eftersom den främst inriktar sig på att göra saker rätt enbart efter organisationens specifikation. Uppfyllande av specifikation kan ses som att producenten lever upp till den egna organisationens krav, den objektiva kravnivån. Det kan innebära gipsning av en bruten arm eller att alla elever ska lära sig multiplikationstabellen.

Uppfyllandet av kundens behov definieras som tillfredsställande av kundens medvetna behov och kundens omedvetna behov. På ett sjukhus får patienten ofta en blandning av tjänster och produkter, till exempel undersökning, provtagning, rådgivning och medicin. Idag ställs det krav på att både tjänsteinnehållet och varuinnehållet ska hålla en godtagbar kvalitet.

Inom annan varu- eller tjänsteproduktion kan producenten idag vara helt kundorienterad eftersom kundens subjektiva upplevelse (kundnöjdheten) är helt tillräcklig. Som tidigare nämnts har många verksamheter inom vård, skola och omsorg både ett objektivt och ett subjektivt krav att uppfylla. Det objektiva kravet är den tjänst som ska göras medan det subjektiva kravet är hur kunden upplever att tjänsten ges.

Sörqvist menar även att fastställandet av kundens subjektiva behov är komplicerat. Kunden är vanligen endast medveten om vissa behov, medan andra tas för givna eller är okända tills de uppfylls. Ett alternativt sätt är, enligt Sörqvist, att inkludera samtliga av kundens medvetna eller omedvetna behov enligt följande modell:

Kvalitet kan delas in i specifikationskvalitet och utförandekvalitet. Specifikationskvalitet kan jämställas med de objektiva kraven medan utförandekvalitet jämställs med de subjektiva kraven. Till detta kommer de krav som finns från den egna verksamheten, det vill säga vilken nivå som varje specifikation ska uppnå. En läkare får inte ge penicillin utan undersökning och en lärare får inte ge en elev som inte varit närvarande i skolan godkänt betyg.

När det gäller utförandekvaliteten finns det några typiska kvalitetsparametrar (Gummesson, 1991): pålitlighet, lyhördhet, kompetens, tillgänglighet, trevligt uppträdande, kommunikation, trovärdighet, trygghet och rättelse. Här kan vi se att det är kundens subjektiva upplevelse av producenten (läkaren, sköterskan, läraren) som synliggörs.

Inom området kvalitetsbristkostnader, det vill säga de förluster som uppstår genom att produkter och processer är ofullkomliga, finns kunskap om hur man på ett systematiskt sätt kan identifiera problemområden. Ett effektivt förbättringsarbete kan då bedrivas, där de problem som är mest kostsamma kan angripas först. Inom detta område finns behov av indikatorer för att stödja och synliggöra effektiviteten inom offentliga verksamhetsområden genom att följa upp både kvantiteten och kvaliteten.

Reducering av kvalitetsbristkostnader

Kvalitetsarbete avser att eliminera tillfälliga respektive kroniska avvikelser (Sörqvist, 1998). Tillfälliga avvikelser är lättast att eliminera. Kroniska avvikelser är ofta dolda, men ger vid eliminering de största ekonomiska vinsterna. Vissa kostnader är lätta att mäta medan andra är svårare att mäta. I många fall går kostnader överhuvudtaget inte att mäta i praktiken (Sörqvist, 1998).

Kvalitetsbristskostnaderna kan uppstå på fem nivåer enligt Sörqvist:

1. Traditionella kvalitetsbristkostnader.
2. Dolda kvalitetsbristkostnader.
3. Förlorade intäkter.
4. Kundernas kostnader.
5. Samhällsekonomiska kostnader.

Det finns behov av att undersöka vilka av dessa nivåer som kan vara relevanta för den kommunala sektorn.

1. Traditionella kvalitetsbristkostnader

Med detta menas huvudsakligen kassationer, omarbeten, garantikostnader, reklamationer, viten eller kostnader för kontrollpersonal. Denna typ av kostnader är vanligast inom tillverkningssektorn.

Möjliga kvalitetsbristkostnader inom vård, skola och omsorg kan vara kassationer det vill säga onödigt eller felaktigt användande av material och omarbeten det vill säga bristande effektivitet eller kompetens vid problemlösningen eller omhändertagandet. Vid bristande kvalitet återkommer kunden med sitt problem eller skickas vidare till en annan offentlig instans. Garantikostnader, reklamationer och viten går snarast in under omarbeten när det gäller tjänsteproduktion. Kostnader för kontrollpersonal kan definieras som administrativ personal som följer upp medborgarnas rättigheter.

2. Dolda kvalitetsbristkostnader

Denna nivå utgörs av resterande kostnader som direkt drabbar verksamheten, men som inte är synliga i det ekonomiska redovisningssystemet. I dessa kostnader ingår nästan alla kvalitetsbristkostnader som uppstår inom tjänstemannasidan, som brister i en tjänst som leder till att tjänsten måste göras om, med minskad produktivitet som följd.

Dolda kvalitetsbristkostnader och traditionella kvalitetsbristkostnader är sannolikt samma sak i den offentliga sektorn eftersom kassationer och omarbeten vanligtvis inte registreras. Detta gäller även kontrollpersonal och administrativ personal som inte betraktas som en kvalitetsbristkostnad utan som medborgerliga rättigheter.

3. Förlorade intäkter

Med förlorade intäkter menas de intäkter som man går miste om genom att man släpper ut varor och tjänster på marknaden som inte tillfredsställer kundernas samtliga behov. Härigenom förlorar företaget goodwill, vilket leder till förluster.

Eftersom syftet med offentlig sektor inte är att skapa lönsamhet går det inte att analysera förlorade intäkter på samma sätt som för den privata sektorn. Man får snarare vända på perspektivet och bedöma problemet som ökade kostnader, till exempel felbehandling av patienter eller för få sökande elever till en skola. Härigenom förloras goodwill, vilket i sin tur blir en politisk fråga.

4. Kundernas kostnader

Med kundernas kostnader menas att en produkt har bristande kvalitet i något led vilket orsakar stora kostnader för kunden. Detta försämrar det levererande företagets goodwill.

Inom vård, skola och omsorg blir detta samma sak som förlorade intäkter eftersom kostnaderna uppstår på två plan för kunden (utom i skolan) dels via fler avgifter som tillkommer vid återkommande läkarbesök eller uttagna månadsavgifter utan att någon tjänst utförs för detta, till exempel uteblivna hemtjänstbesök, dels via skattsedeln. Återigen förloras goodwill som i sin tur blir en politisk fråga.

5. Samhällsekonomiska kostnader

Med samhällsekonomiska kostnader menas de förluster som drabbar samhället på grund av bristande kvalitet i företagets processer och produkter. Ett exempel är de socioekonomiska kostnader som uppstår om företagets lönsamhet blir låg på grund av bristande kvalitet. Detta resulterar ofta i arbetslöshet och minskade skatteintäkter. Det kan även gälla bristande ansvar för miljöutsläpp vid företaget som samhället senare får betala saneringen för.

Inom vård, skola och omsorg blir analysen av förluster som drabbar samhället på grund av bristande kvalitet i den kommunala sektorns processer och produkter tämligen komplex. Kunderna har inte samma valfrihet eller ekonomiska makt att låta bli att använda sig av den kommunala sektorns tjänster om man upplever kvalitetsbrist. En stor del av den privata marknadens utbud är inte livsnödvändig eller så finns det alternativa utbud att vända sig till.

Den kommunala sektorn däremot uppfyller ofta livsnödvändiga behov och det finns förhållandevis få alternativa utbud. Den kommunala sektorn har lagkrav som ska uppfyllas både kvantitativt och kvalitativt (alla medborgare har samma rättigheter). Utöver detta tillkommer den specifikationskvalitet respektive utförandekvalitet som kunden anser sig ha rätt till som medborgare och skattebetalare. Samhälleliga kvalitetsbristkostnader kan uppstå genom dålig samverkan mellan sjukvården, försäkringskassan och företagshälsovården vid rehabilitering av sjuka, vilket blir en ökad kostnad för samhället genom längre sjukskrivningsperioder.

Ett annat exempel där samhällskostnaderna kan öka på grund av kvalitetsbrister är att de anställdas arbetsförhållanden inom vård, skola och omsorg blir dåliga om de känner att de inte kan leva upp till en rimlig kvalitetsnivå på utförda tjänster. Detta kan i sin tur öka sjukskrivningstiden hos kunderna, likväl som sjukfrånvaron hos de anställda.

Att synliggöra kvalitetsbristkostnader

Inom den kommunala sektorn, som i dagsläget ofta inte har resurser att uppfylla kundens förväntade eller omedvetna behov utan kanske enbart specifikationskraven, borde kvalitetsbristkostnaderna värderas både ur ett kortsiktigt och ur ett långsiktigt perspektiv så att de kostnaderna sätts i relation med personalnedskärningar.

Vad kommer det att kosta på sikt om förskolebarn med särskilda behov inte får stöd tidigt? Vad kommer det att bespara sjukvården på sikt om äldre får hjälp med gardinuppsättning eller skottning för att minska antalet lårbensbrott? Kan ett dolt fel inom den kommunala sektorn vara att varje resultatenhet ska ha en budget i balans vid varje årsslut, en budget där en viktig utgiftspost saknas – kvalitetsbristkostnaden.

Kunskapsföretagens stabilitet

I den privata sektorn finns det flera faktorer som avgör företagens stabilitet. Det kan vara vilken verksamhet som bedrivs eller hur kundstrukturen ser ut, om företaget bara är beroende av en eller ett fåtal kunder. Den finansiella risken och kraven på finansiell stabilitet betyder normalt mindre än risken för personalavhopp när man bedömer stabiliteten i icke kapitalberoende verksamheter (Sveiby,1995).

VM-data, ett av Sveriges främsta datatjänstföretag, har ett mycket medvetet strategiskt förhållningssätt när det gäller det immateriella kapitalet. VM-data menar att det interna strukturkapitalet består av medarbetaranda och det externa strukturkapitalet av medarbetarnas förmåga att skapa och vidmakthålla goda relationer med omvärlden. De menar att stabilitet hos medarbetarna skapar stabilitet i kundrelationerna. De privata kunskapsföretagen saknar varuflöde. De är dock beroende av kundernas och leverantörernas stabilitet. Detta gäller inte för den offentliga sektorn eftersom deras kunder är en hel befolkning och har andra möjligheter att hålla lager än vad de flesta privata kunskapsföretag har.

Annell (1989) rekommenderar privata kunskapsföretag att redovisa ett antal personalstabilitetsmått. Här prövas att göra samma sak för den kommunala sektorn.

Nedanstående mått skiljer sig från de personalrelaterade måtten beskrivna under avsnittet ”Individkapitalet” genom att de beskriver de anställdas relation till organisationen och inte till yrket. Samtliga mått bör, enligt Annell, anges för de senaste fem åren.

Genomsnittsålder

Personalens genomsnittsålder är en faktor i bedömningen av personalens stabilitet. Äldre personer är generellt mer stabila och mindre rörliga än yngre. En hög medelålder på enheten indikerar därför ett mer stabilt personalläge och en motsvarande lägre risk. Å andra sidan är en hög eller ökande medelålder inte bra för dynamiken.

Äldre personer har ofta högre lön inom sin yrkeskategori och detta behöver beaktas vid kostnadsöversyn. Samtidigt behöver andra parametrar beaktas i sammanhanget till exempel att äldre generellt har högre individ- och strukturkapital.

Möjligheten till förädlingsvärde har att göra med vilka krav på fysisk och psykisk belastning som finns i verksamheten. Vissa verksamheter är fysiskt eller psykiskt så krävande att få orkar arbeta där fram till pensionen. Personalen lägger ned mycket tid på verksamheter med lågt kundvärde (figur 1). Högt strukturkapital, korrekt ersättningssystem, handledning och tekniska hjälpmedel kan underlätta.

Antal anställningsår

Enheten eller organisationen är inte särskilt stabil om de flesta anställda bara har några få anställningsår. Sannolikt innebär det även att strukturvärdet är lågt eftersom det kräver långsiktigt arbete och ständig utveckling. Risken i en sådan organisation är att varje individ får lösa de dagliga uppgifterna efter bästa förmåga eller med stöd från någon mer erfaren kollega.

Andel långvägare

Långvägare är intäktspersoner med minst tre års anställningstid i procent av totalt antal intäktspersoner. Detta nyckeltal indikerar grad av stabilitet men även risk för stelhet och nyutveckling om kompetensutvecklingen varit låg under året.

Personalomsättning

Personalomsättningen beräknas som andelen som slutat under ett år i procent av totalt antal anställda vid årets början. Personalomsättningen bör studeras per enhet

men även för hela den organisation som är kopplad till samma administration. Den bör studeras för gruppen intäktspersoner och för hela personalen. Personalomsättningen bland intäktspersoner bör visas dels för de med mindre än tre års anställning, dels för de med mer än eller lika med tre års anställning.

Personalomsättningen är ett viktigt mått på personrisken. En mycket hög personalomsättning tyder på missnöje och en mycket låg på viss stelhet. Ett mellanläge indikerar en dynamisk situation. Det är viktigt att över tiden följa detta mått för att se om det utvecklas något mönster.

Enligt Sveiby (1989) är en personalomsättning på 5 procent i lägsta laget. Det betyder att de anställda stannar i genomsnitt i tjugo år. Ett sådant kunskapsföretag riskerar att stagnera om den låga personalomsättningen inte samtidigt motverkas av hög tillväxt eller en hög grad av kompetensutveckling. En mycket hög personalomsättning, till exempel 20 procent, är å andra sidan ett tecken på att organisationen dräneras på kunskapskapital eftersom de anställda bara stannar i fem år i genomsnitt. Sveiby menar att det är ett orostecken av mycket allvarlig art.

Det har betydelse att skilja på den externa respektive den interna personalomsättningen. En organisation kan ha 0 procent i extern personalomsättning men 100 procent i intern omsättning om alla anställda byter jobb med varandra. Vid intern personalomsättning dräneras inte organisationen på kunskapskapital i samma utsträckning, utan en annan enhet får i bästa fall tillförsel av ny kunskap och upplärningstiden minskar troligen för den som rekryteras internt.

Personalavdelningen kan föra statistik på skälen till att personalen slutar. Det kan till exempel bero på frivillig avgång, korttidsanställningar, missnöje, omorganisation eller nedskärningar.

Kunskapsvärde

I kunskapsföretag är inte substansvärdet (eget kapital justerat för dolda reserver) användbart som kontrollvärde, vilket är fallet i kapitalintensiva företag. Det är människorna och inte kapitalet som genererar vinsten. Ett intressantare kontrollvärde enligt Sveiby (1989) får man därför genom att värdera och bedöma de intäktsskapande personerna. Alltså att räkna ut förväntat förädlingsvärde per intäktsperson med hänsyn taget till alla kostnader som en intäktsperson drar med sig. Värdet på en intäktsperson blir då den diskonterade förväntade vinsten över en tidsperiod.

Går detta resonemang att överföra till den kommunala sektorn? Några faktorer gör det svårt att skapa kontrollvärde i den kommunala sektorn har tidigare beskrivits:

1. Enheter får oftast inte själv bestämma timpriset utan det görs centralt. Detta drar ofta ner priset eftersom strukturvärdet eller den interna tiden inte får räknas med.
2. Syftet i den kommunala sektorn får inte vara att skapa vinst vilket kräver ett annat sätt att beräkna av förädlingsvärdet för varje intäktsperson.
3. Alla medborgare inom en befolkningsgrupp har rätten att utnyttja kommunala tjänster. Därför kan man inte fokusera på de mest lönsamma kunderna (högt kundvärde och liten nedlagd tid). Detta gör att det är av stor betydelse att analysera och beskriva de krav som ställs på respektive verksamhet utifrån lagar, upptagningsområde, kundtyngd och vilken sorts arbetssituation

kraven medför. Först därefter skulle det vara möjligt att analysera effektiviteten i förhållande till kostnaderna.

Vad är skillnaden från hälsobokslut?

Sedan en 15-årsperiod finns ett nyvaknat intresse för sambandet mellan å ena sidan hälsa och hälsofrämjande insatser och å andra sidan organisationens ekonomi (Johansson, 2005). 2001 gick regeringen ut med begreppet hälsobokslut. Begreppet var en nykonstruktion. Någon modell för hälsobokslut presenterades inte. En tolkning av syftet var att man, genom att belysa hälso- alternativt ohälsotalet i en organisation med en koppling till ekonomin, borde få upp hälsofrågorna på ledningens aktionsagenda och därmed minska sjukfrånvaron.

En genomgång av föreslagna hälsobokslutsmodeller i svensk litteratur visar att ingen modell i dagsläget verkar vara tillfredsställande ur ett verksamhetsperspektiv (a.a). Sandberg (2005) har utvärderat 50 hälsobokslut som bygger på Liukkonens hälsobokslutsmodell (Liukkonen, 2002). Man har där kommit fram till att frågan om ägarskapet, ledningsstödet och integreringen i verksamhetsstyrningen är kritiska faktorer för hälsobokslutsarbetets fortlevnad. I utvärderingen framkom att deltagare från ekonomienheten drog sig ur, eller ansåg att de mätområden som ingick i modellen inte var relevanta eller intressanta ur företagsekonomisk synvinkel. Flertalet aktörer från ekonomi- och ledningshåll fanns inte längre kvar när hälsobokslutsarbetet avslutats och det verksamhetsuppföljande arbetet skulle ta vid.

Nedan visas ett hälsobokslut från Umeå kommun (2005) med tillägg av de faktorer som diskuterats i denna text.

- Under *Prestationer* läggs en uppföljning av till exempel avvikelserapporter, antal vårdplaneringar, Lex Sara och andra kvalitetsbrister som kan bli underlag för kalkyler för kvalitetsbristkostnader.
- Under *Yttre kvalitet* delas brukarnas upplevelse av kvalitet in i frågor kring problemlösningen och omhändertagandet för att underlätta var eventuella förbättringar behövs.
- *Resurser* delas in i materiella och immateriella resurser, såsom intäkter för personal och vilka resurser som finns hos personalen (formell utbildning, kurser, spetskompetens). Även frisknärvaro kan läggas in här som en personalresurs (frånvaro av sjukskrivningsskostnader). I strukturkapitalet läggs stödsystem som köpts in, planeringsdagar och förbättringsmöten av arbetsorganisationen.
- I *Inre kvalitet* läggs god ekonomisk hushållning in utifrån personalens synpunkt på så sätt att det kan göras en enhetlig bedömning av om personalen anser att resurserna används på rätt sätt. Det är också ett sätt att skapa en ekonomisk medvetenhet hos personalen. Kompetensanvändning och fungerande strukturkapital innefattar en utvärdering av att befintliga resurser faktiskt används och att strukturkapitalet stödjer effektiviteten.

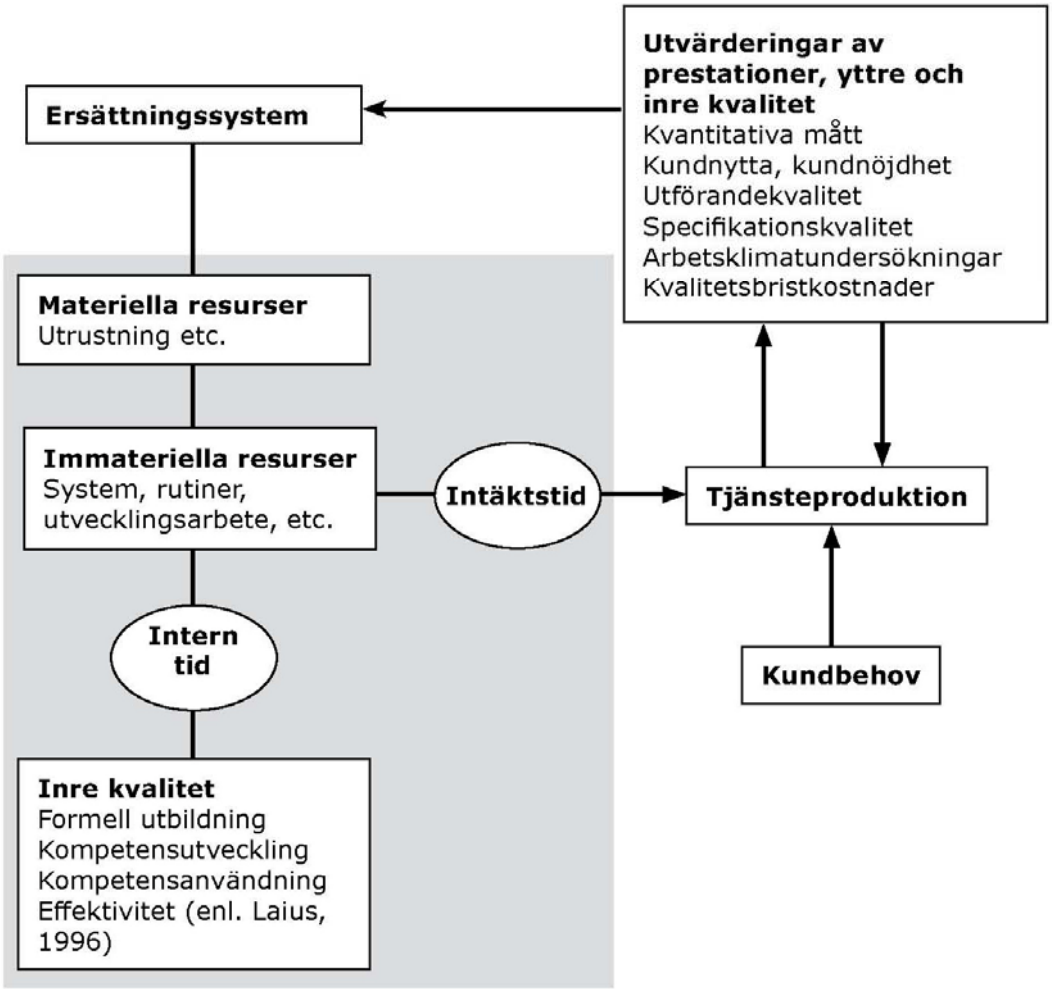
PRESTATIONER • Mäts i kvantitet, till exempel antal utförda tjänster. **Tillägg**: • Kvalitetsbrister. • Kvalitetsbristkostnader.	**YTTRE KVALITET** • Medborgarnas och brukarnas upplevelse av kvalitet. **Tillägg (uppdelning av)**: • Problemlösning • Omhändertagande
RESURSER • Mäts i kvantitet och kronor. **Tillägg (immateriella resurser):** • Intäkter för personal. • Individkapital. • Strukturkapital.	**INRE KVALITET** • Medarbetarnas upplevelse av kvalitet i arbetsmiljön och god ekonomisk hushållning. **Tillägg:** • Kompetensanvändning. • Fungerande strukturkapital.

Figur 4. Exempel på tillägg utifrån de privata kunskapsföretagens modell, i ett verkligt hälsobokslut (Umeå kommun, 2005) .

Helhetsflöde

Ovanstående modell sätts in i ett helhetsperspektiv i figur 5 (nästa sida), vilket innebär att även begreppen i rapporten finns med. Modellen ska ses som ett flöde där resurser, tid och kvalitet samverkar, utvärderas och ersätts utifrån samtliga parametrar (inklusive till exempel tungt upptagningsområde). Alla tre aspekterna (resurser, tid och kvalitet) ser olika ut beroende på verksamhetens innehåll. Förhoppningen är att det går att ta fram ersättningssystem som utgår från helheten och är mer lokalt anpassade.

Figur 5.



Figur 5. Resurser, tid och kvalitet är gråmarkerat och visar den inre verksamheten som föregår tjänsteproduktionen (mötet med kunderna). Utvärdering av prestationerna, den yttre och inre kvaliteten görs centralt och föregår utformningen av ersättningssystemen. Ersättningssystemet möjliggör i sin tur en verksamhet som inte enbart grundas på kvantitet, utan även på kvalitet, behov av intern tid och typ av verksamhet (till exempel dagkirurgi, medicin, psykiatri)

Effektivitet än en gång

Som tidigare nämnts är hälso- och sjukvårdens mål inte att prestera så mycket som möjligt, utan att prestationerna i största möjliga utsträckning bidrar till en god hälsa för hela befolkningen. Stockholms läns landsting definierar effektiv hälso- och sjukvård som följer:

”Att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdaktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.”

Nedan följer en modell som har brutit ned Laius´ (1996) definition på effektivitet till olika områden, som ett försök att konkretisera begreppet och bryta ned det till mätbara mål. Alla målen behöver sättas upp lokalt förutom ”Rätt ersättningssystem”, vilket är en central uppgift. Målet ”Möjlighet till kompetensutveckling och kompetensanvändning” är oftast den lokala chefens ansvar (om utrymme finns i budgeten för kompetensutveckling).

Det går heller inte att bortse ifrån att det kan uppstå dilemman (målkonflikter) mellan de olika begreppen, till exempel mellan hög produktivitet och tillräcklig interntid. Effektivitet behöver därför ses och prioriteras som helhet och ur ett kortsiktigt och ett långsiktigt perspektiv. Den är möjligt att ta fram balanserade styrkort utifrån nedanstående modell.

EFFEKTIVITET	
Hög verksamhetskvalitet	• Hög kundnöjdhet (%) • Rätt ersättningssystem • Uppfyllande av styrdokument
Hög produktivitet	• Hög prestation per tidsenhet och hög kvantitet
Ekonomisk medvetenhet	• God ekonomisk hushållning • Budget i balans
God arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse	• Hög grad av nöjdhet i arbetsklimatundersökningar (%) • Skyddsronder (en gång per år) • Få arbetsskador (%)
Kompetens och inflytande	• Tillräcklig interntid för utveckling av strukturkapitalet (%) • Möjlighet till medarbetarsamtal och kompetensanvändning

Figur 6. Modell för konkretisering av effektivitetsbegreppet till mätbara mål.

Diskussion

Den klassiska managementskolan kommer från den varuproducerande sektorn och innebär bland annat att finanskapitalet är det enda kapitalet, att de materiella resurserna är de av värde och att arbetskraften enbart räknas som en kostnad. Detta tänkande är fortfarande det som huvudsakligen lärs ut idag, trots att två tredjedelar av alla arbetande i västvärlden var anställda inom tjänstesektorn år 1995 (Sveiby, 1995). Detta managementtänkande har till stora delar tagits över av den offentliga sektorn de senaste decennierna.

Som nämndes i inledningen har ökad produktivitet inom den offentliga sektorn diskuterats i Sverige de senaste decennierna. Förespråkarna för genomförande av beställar- och utförarmodellen bedömde att den var en förutsättning för att öka produktiviteten. Cheferna längst ut i linjen fick ansvaret för att budgetera, kalkylera och följa upp sina egna resultat. De centrala ekonomiska styrsystemen, med prissättningar, ersättningsnivåer och kvantitetsbedömningar genomfördes i ett tidigt skede. Personalfaktorerna togs ibland med i separata hälsobokslut i en del kommuner och landsting. Få kvalitetssäkringssystem har skapats. Analyser kring likheter och skillnader i varu- och tjänsteproduktion inom privata näringslivet, och tjänsteproduktion inom vård, skola och omsorg är inte så ofta förekommande i debatten.

Socialstyrelsen kom 2005 ut med en föreskrift (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. De menar att kvaliteten kan utvecklas genom professionell kunskap och förbättringskunskap. Med professionell kunskap (ämneskunskap, personliga färdigheter, värderingar och etik) sker en förbättring av diagnos, behandling och omvårdnad och med förbättringskunskap (system, variation, förändringspsykologi, lärandestyrt förändringsarbete) sker en förbättring av processer och system i hälso- och sjukvården. I ekonomiska termer skulle det betyda ökad investering i individ- och strukturkapital. Förutsättningarna är enligt föreskriften ett ledningssystem som leder till:

- Organisatorisk struktur
- Uttalat och tydligt ansvar
- Dokumenterade rutiner
- Identifierade processer
- Rutiner för uppföljning

Föreskriften pekar ut vårdgivaren (till exempel landstinget) som ansvarig för att efterfråga och följa upp mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer, även verksamhetsöverskridande. Ansvaret för att samordna budget, kvalitet och arbetsförhållanden ligger på respektive verksamhetschef. På den chefsnivån blir därför eventuella målkonflikter tydligast. Föreskriften ställer även krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen kontinuerligt ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Det går att se många gemensamma nämnare mellan kvalitetsarbete och personalens arbetsförhållanden.

De ekonomiska kraven däremot går ofta stick i stäv mot dessa. En utväg kan vara det som idag kallas god ekonomisk hushållning, vilket ställer krav på ekonomisk medvetenhet. Åtminstone initialt ställer det stora krav på att chefer och personal på den lokala nivån får tid att genom utvecklingsarbete få alla tre aspekterna att samverka.

Produktivitet inom den offentliga sektorn har debatterats av parterna. Långtidsutredningen menade år 2004 att det inte skulle gå att öka produktiviteten för offentlig verksamhet. I LO-ekonomernas (2005) kommentar till utredningen ansåg man att en relativt måttlig produktivitetsökning skulle minska ökningen av finansieringsbehoven och att produktiviteten kan ökas genom:

- Att med befintliga resurser skapa en bättre arbetsorganisation som ger ökad kvantitet och kvalitet.
- Teknisk utveckling, till exempel genom IT-teknik. Inom sjukvården beräknas kostnaden för att hantera informationen längs hela vårdkedjan uppgå till minst 30 procent av totalkostnaden.
- Ökad andel yrkesutbildad personal och satsningar på fortlöpande kompetensutveckling.
- Ökad konkurrens (hittills har man dock inte kunnat visa några säkerställda effekter av förändrat ägarskap).

Enligt LO-ekonomerna råder förvånansvärt stora skillnader i produktivitet mellan olika enheter som utför samma sorts välfärdsarbete, trots att personalens arbetssituation är likartad. De menar därför att den genomsnittliga produktiviteten kan ökas genom att de mindre produktiva enheterna lär sig av de mer produktiva enheterna.

Lärande mellan arbetsplatser och avdelningar har definitivt betydelse men alla produktivitetsproblemen löser man inte på det sättet. Olika regioner och enheter har olika förutsättningar för att skapa hög produktivitet, till exempel opåverkbara prisnivåer, demografiska olikheter, typ av styrsystem och ledningskompetens. Betydelsen av väl underbyggda kvalitetssäkringssystem, både ur ett verksamhets- och ur ett personalperspektiv, får inte underskattas. En annan aspekt är bredden i offentlig verksamhet som är avsevärt större än inom någon privat sektor.

Under senare år har kraven på kundanpassning och ökad användning av IT-teknik gjort att offentlig sektor kunnat bredda sina tjänster. Tidigare var standardisering av verksamheten, som till exempel inom mödra- eller barnavården, i stort sett det enda förekommande. Större institutioner som skolor eller sjukhus hade strukturer som i princip var gemensamma för hela landet. Idag finns det allt från mycket låg kundanpassning som distansutbildningar, distansröntgen eller terapeutiska behandlingar via dator, till mycket hög kundanpassning som religiösa friskolor eller specialanpassade behandlingshem.

Detta breda spann ställer mycket höga krav på rätt styrning och fungerande organisation både på central nivå och på varje enhet, inte minst om ett optimalt och effektivt resursutnyttjande ska uppnås. Lärande kopplat till stödjande strukturer och arbetstagare som ges utrymme till att utveckla verksamheten är nyckelfaktorer för högre effektivitet.

Arbetsorganisationens betydelse för effektivitet och produktivitet kan anses vara underskattad, precis som LO-ekonomerna påpekar. I arbetsorganisationen möts behovet av effektivitet och personalens intresse av minskade hinder och bra kvalitet i arbetet. Att skapa en fungerande arbetsorganisation är främst en ledningsfråga, precis som uppbyggnaden av ett väl fungerande samarbete inom enheten och mellan olika enheter.

Under senare år har det satsats mycket på utbyggnad av IT-systemen inom vården, något som ofta underlättat arbetet men ibland försvårat effektiviteten och på så sätt gett ökade kostnader. Anpassningen av systemen till varje verksamhets behov har ofta varit otillräcklig och därför inneburit minskad tid för patienterna och med ökad frustration för personalen som följd.

Yrkesutbildning och kompetensutveckling är viktig men ställer även krav på att verksamheterna faktiskt använder sig av personalens kompetens. Bland undersköterskor i sex kommuner uppgav 36 procent att de inte ges möjlighet att använda sin befintliga kompetens (Vingård, 2004).

Att konkurrensutsättning av offentlig verksamhet per automatik skulle få effekter på effektiviteten är kanske en förenklad syn på ett så komplext verksamhetsområde. Fördelar kan vara mindre hierarki, kortare beslutsvägar och därmed större möjligheter till inflytande för enhetschefer och personal. Men konkurrens leder till lönsamhetskrav och ökar lätt motsättningen mellan kvantitet och kvalitet hos det som produceras.

Även ledningskompetens och val av intäktsgrupper påverkar produktiviteten. Vissa intäktsgrupper ger mindre ersättning än andra genom att de innebär högre kostnader, det vill säga är mer vårdkrävande än prissättningen medger. Ju fler patienter eller elever utan extra kostnader, desto större chans att verksamheten går runt. Om man klarar av att skaffa patienter eller elever med ett högt kundvärde ökar förutsättningarna för att leva upp till de lagstyrda krav som finns inom vård, skola och omsorg. Personalens arbetsförhållanden finns alltid med som en kostnadshöjande eller kostnadsdämpande faktor, framför allt om ersättningarna inte stämmer med verksamhetens krav. Sammanfattningsvis går det knappast att generellt påstå att konkurrensen i sig höjer produktiviteten.

1991 beslutade Stockholms läns landsting om en beställare- och utföraremodell som kallades Stockholmsmodellen. Målet var att skapa förutsättningar för god hälso- och sjukvård: incitament för förebyggande insatser, bättre samarbete kring patienterna, mer och bättre sjukvård för pengarna och ett mer stimulerande klimat för vårdens medarbetare (Stockholms läns landsting, 1991). Man menade också att kraven på ökad effektivitet, höjd produktivitet och ett kundorienterat arbetssätt endast kunde uppfyllas om de anställda fick ett ökat handlingsutrymme.

Ersättning ges efter prestation, så sjukhusens kliniker och vårdens interna serviceavdelningar – laboratorier, röntgen, teknisk service – får inte några egentliga anslag utan finansieras helt av sina intäkter, så kallad interndebitering. Också primärvården måste redovisa vad man presterar. Syftet är bland annat att skapa konkurrens för att stimulera vårdgivare att göra rätt saker på rätt sätt, alltså utnyttja sina resurser maximalt och åstadkomma den vård som är mest efterfrågad.

Hur detta skulle ske och i vilken mån man inte tidigare åstadkommit den vård folk efterfrågade, framkommer inte. En tolkning av att utnyttja sina resurser maximalt är krav på 100 procents intäktstid, vilket ger dåliga förutsättningar för att skapa förädlingsvärde och lite tid för återhämtning för personalen. Om enheten har turen att få ett högt kundvärde, det vill säga lite tidsåtgång i förhållande till de centralt satta priserna, finns dock en sådan möjlighet. Om man i detta sammanhang tar in begrepp som behovet av intern tid för att öka individkapitalet, till exempel genom kunskapsöverföring, eller för att öka värdet av strukturkapitalet, till exempel genom att personalen hinner planera arbetet och därigenom skapa fungerande rutiner, så anas orimliga produktivitetskrav som kan leda till höga sjukskrivningstal och onödig personalomsättning.

I den privata sektorn är kundnöjdheten av central betydelse eftersom missnöjda kunder kan välja att låta bli att köpa varan eller tjänsten. När det gäller den offentliga sektorn är konkurrensutsättningen ännu inte särskilt stor. Det artificiella marknadsföringssystem som införts i de flesta kommuner och landsting (”köp- och sälj”) kan inte använda sig av denna mekanism eftersom kundnöjdheten eller motsatsen, inte visar sig i ökat eller minskat inflöde av direktintäkter utan merparten av kostnaderna betalas av tredje part, det vill säga via skatten.

Detta gör att det är ännu viktigare att på andra sätt ta reda på kundnöjdheten utifrån dimensionerna problemlösning och omhändertagande. Detta kan göras med lokala eller regionala undersökningar. Men det är även viktigt att det aldrig enbart är kundens subjektiva upplevelse som är måttstocken på bra vård. Det finns nödvändiga insatser som både kan upplevas som obehagliga och jobbiga och personalen kan inte leva efter marknadens devis att kunden alltid har rätt. Personalen behöver även ta ställning till nödvändiga livräddande insatser för en suicidbenägen, till sängliggande eller rörelsetvång för en nyopererad, eller till tvångsduschning av en senildement eller extraundersvisning till skolelever.

Ökad produktivitet genom nedskärningar och ökningen av de improduktiva kostnaderna genom fler bidrag borde analyseras ur perspektivet vad som är effektivt utnyttjande av skattemedel. Är nedskärningar rätt sätt att öka produktiviteten eller finns det bättre och mer långsiktiga sätt? Det är stor fokusering på sjukvårdskostnadernas andel av BNP. Detta varnar flera författare för (SOU, 1999). Anell och Persson (1998) menar att en ensidig användning av sjukvårdsutgifternas andel av BNP som mått på hälso- och sjukvårdens resurser över tiden och vid jämförelser mellan olika länder kan leda till felaktiga slutsatser.

Att ge personalens kompetens och lokala verksamhetskännedom värde i ekonomiska termer kan vara ett sätt att synliggöra kvalitativa värden, kompetens och god hushållning, som annars inte syns i uppföljningssystemen. Att ta fram nyckeltal för personalens arbetsförhållanden (arbetsmiljö, arbetsorganisation, arbetstider och ledarskap) är samma sak som att synliggöra vilka yttre förutsättningar som finns för personalen att använda sin kompetens (de inre förutsättningarna). Att ha möjlighet och kunna göra rätt från början är kostnadseffektivt.

Därför behöver arbetsförhållandena kopplas till ekonomin och verksamhetskvaliteten så att en helhetsanalys görs av vilka materiella respektive immateriella värden som finns inom vård, skola och omsorg och hur de kan öka. Det är också ett sätt att värdera långsiktiga satsningar som förbättringar av arbetsorganisationen och på så sätt skapa effektivitet utan att öka arbetsbelastningen för personalen. Jönköpings

landsting har som mål att sänka nettokostnaden med 2 procent per år genom att utveckla den inre effektiviteten genom ständiga förbättringar.

Enligt Holmberg och Henning (2003) är det föreställningar om det strategiska och framåtblickande ledarskapet som inspirerat förespråkarna för företagisering av offentlig sektor istället för som tidigare enbart styrning via regler och riktlinjer. I managementlitteraturen har det värderingsbaserade ledarskapet ofta framställts som ett relativt enkelt målstyrningsarbete där visioner och värderingar översätts i enkla budord och slagkraftiga slogans (Stockholms läns landsting, 1991).

Att synliggöra sambanden mellan ekonomi, verksamhetskvalitet och arbetsförhållanden ställer krav på utvecklingsarbete där även personalen är delaktig och har inflytande. Hållbart utvecklingsarbete grundar sig på lärande mellan anställda, mellan chefer på olika nivåer och även mellan avdelningar och olika enheter. Därför krävs intern tid till möten som uppmuntrar förbättringsförslag och idéer till vidare kunskapsöverföring.

Alla välfärdsarbetare inom den offentliga sektorn borde ha möjligheten att höra positiva budskap om att de skapar värde och livskvalitet för medborgarna efter år med negativa budskap om den tärande sektorn.

I slutordet för Stockholms läns landstings utvärdering om implementering av två politiska styrdokument inom sjukvården (Sandlund m.fl., 2000) menar man att det saknas tid för reflektion och återhämtning på olika nivåer i organisationen. För att organisationen ska kunna utvecklas på sikt och skapa ökad effektivitet (utan att bränna ut personal) krävs tid för eftertanke, vilket enligt författarna är en viktig förutsättning för att frigöra den utvecklingspotential som finns inom organisationen (Ekberg m.fl., 2006). De såg i sitt arbete med utvärderingen att de flesta aktörer försökte skydda sjukvården mot en ensidig ekonomism och att politiker och tjänstemän inte alltid upplevde att de ekonomiska styrsystemen stödde en önskad utveckling av vården.

I sin utvärdering drar Sandberg m fl. slutsatsen att om man kan utveckla de ekonomiska styrsystemen så att de stödjer grundläggande etiska värderingar för vården, så kan själva styrkan i de ekonomiska incitamenten vara en positiv kraft i sjukvården.

Slutsats

Teoretiskt fungerar de privata kunskapsföretagens redovisningsmodell inom vård, skola och omsorg där beställar- och utförarmodellen används. Men modellen måste prövas direkt i olika verksamheter och i samverkan med chefer, personal och fackliga företrädare. Även politiker och kommunekonomer behöver bedöma värdet och genomförbarheten av tankegångarna i denna rapport.

Referenser

Ahlman H. *Arbetsmiljö och produktivitet – kan de trivas tillsammans*? Industriell organisation, Tekniska högskolan i Lund, 1986.

Annell E och Bruszt G. *Det kapitallösa företaget: en beskrivning av ekonomin i serviceföretag*. Svenska Arbetsgivareföreningen, Stockholm, 1986.

Annell E. *Den osynliga balansräkningen – nyckeltal för redovisning, styrning och värdering av kunskapsföretag*. Affärsvärlden: Ledarskap, 1989.

Cederqvist S och Johansson U. *Utveckling av modeller för hälsobokslut i kommuner – en lägesrapport*. Institutet för personal och företagsutveckling, Uppsala, 2003.

Charpentier, C och Samuelson L. *Effekter av en sjukvårdsreform: analys av Stockholmsmodellen*. Nerenius och Santérus, Stockholm, 1999.

Eckerlund I, Håkansson S, Svensson H. *Mått och steg för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*. Spri (Spri-rapport nr 374), Stockholm, 1994.

Ekberg K, Eklund J, Ellström P-E, Johansson S (red). *Tid för utveckling?* Studentlitteratur, Lund, 2006.

Edström A, Svensson C, Olsson J. *Att mäta för att veta*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.

Enevik-Bäckstrand K. *Att styra utifrån en beställarroll: en sammanfattande rapport från projektet Styrning som genomförts av Beställarnätverket för landsting i Sverige*. Centrum för hälso- och sjukvårdsananlys, 1651-8047, Göteborg, 2002.

Eriksson P. *Planerad kommunikation – strategiskt ledningsstöd i företag och organisationer*. Liber-Ekonomi, Malmö, 2002.

Furusten S. *Den populära managementkulturen: om produktion och stridning av populär kunskap om företagsledning*. Nerenius och Santérus, Stockholm, 1996.

Grufman C, Morin A, Fölster S. *Personal- och produktivitetsutvecklingen i den svenska sjukvården*. Svenskt Näringsliv, 2004.

Holmberg I och Henning R (red.) *Offentligt ledarskap – om förändring, förnyelse och nya ledarideal*. Studentlitteratur, 2003.

Hansson, Arvidsson, Lindqvist. *Företags- och räkenskapsanalys*. Studentlitteratur, Lund, 2001.

Johanson U & Cederqvist S. *Hälsobokslut: försöksprojekt i sju svenska kommuner*. Mälardalens högskola, Västerås, 2005.

Johanson U. *Why the Concept of Human Resource Costing and Accounting does not work. Personnel Review, vol 28 issue 1,2,pp 91-107, 1999.*

Kinnander A, Almström K. *Att mäta produktionspotentialen*. NUTEK- ” 2006:04, Stockholm, 2006.

Kvalitetssäkring: att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. Stockholm, Spri, 1987 (Spri rapport 230).

Laius G, Leijon C. *Arbetsliv: organisation, ledarskap, utveckling, förändring*. Stockholm, Hagman, 1996.

Liukkonen P. *Hälsobokslut – förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor*. OskarMedia, Stockholm, 2002.

LO. *Yttrande angående Långtidsutredningen.* FI 2004/1070.

Mooney G, Ryan M. *Rethinking Medical audit: The goal is Effiency*. HERU, University of Aberdeen. Discussion paper 06/91.

Regeringskansliet. *Regeringens 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet. Budget 2002*.
2001.

Sandlund D, Forsberg E, Wager K. *Politiska beslut – och sen då?* Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling, Stockholms läns landsting, 2000.

SOU 1999:66. *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Slutbetänkande från kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, Stockholm, 1999.

SOU 2000:121. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*. Socialdepartementet.

SOU 2004:19 *Långtidsutredningen* 2003/04

Stockholms läns landsting. *Stockholmsmodellen*. Informationsavdelningen, HSN-staben, 1991.

Sveiby K-E. *Kunskapsflödet – organisationens immateriella tillgångar*. Schibsted Förlagen, Stockholm, 1995.

Sveiby K-E. *Kunskapsflödet.* Svenska Dagbladet, Stockholm, 1995.

Sveriges kommuner och landsting. *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården*, 2006

Sörqvist L. *Kvalitetsbristkostnader – ett hjälpmedel för verksamhetsutveckling*. Studentlitteratur, Lund, 1998.

Theorell T. *I spåren av 90-talet.* University Press, Karolinska Institutet, 2006.

Vingård E. *Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting (HAKuL).* Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk Neurovetenskap, Karolinska Institutet, 2004.

Umeå kommun. *Hälsobokslut 2005 – resultat av personalpolitiska mål och hälsofrämjande insatser.* Personalenheten, Stadsledningskontoret, Umeå, 2005.