

Företagsekonomiska institutionen

Akademien för ekonomistyrning i staten

Rapport 2020:1

Vad och vem styr styrningen i Region Stockholm?

– en studie av mål- och ekonomistyrning i hälso- och sjukvården

Pia Nylinder



AKADEMIN FÖR EKONOMISTYRNING I STATEN 2020:1

Vad och vem styr styrningen i Region Stockholm?

– en studie av mål- och ekonomistyrning i hälso- och sjukvården

Pia Nylinder

Vad och vem styr styrningen i Region Stockholm?

En studie av mål- och ekonomistyrning i hälso- och sjukvården

Pia Nylinder

©Pia Nylinder, Linnéuniversitetet

ISBN 978-91-984607-1-1

Tryck: Universitetservice US-AB, Stockholm, 2020

Distributör: Akademin för ekonomistyrning i staten,
Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet

Förord

Akademien för ekonomistyrning i staten (AES) är en mötesplats för forskning, studier och dialog om styrning i offentlig sektor. AES övergripande syfte handlar om att undersöka hur verksamhetsstyrning utformas så att både effektivitet och medborgarintresse tillgodoses. Inom AES utvecklas teorier, modeller och begrepp så att de kan användas där politiskt ställda mål ska uppnås och de tre grundläggande värdena demokrati, rättssäkerhet och effektivitet får genomslag i hela förvaltningen.

AES riktar ett stort tack till Region Stockholm som genom ekonomiskt stöd gjort denna studie möjlig. Vi tackar alla de personer som medverkat i studien och riktar ett speciellt tack till våra kontaktpersoner.

Studien har genomförts av Pia Nylinder, ekon.dr, inom ramen för ett treårigt forskningsprojekt där denna rapport utgör en delrapport baserad på en i huvudsak empirisk analys.

Stockholm i september 2020

God läsning önskar Akademien för ekonomistyrning i staten

Maria Mårtensson, professor

Eva Wittbom, föreståndare

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
DEL 1 RAPPORTENS INNEHÅLL, GENOMFÖRANDE OCH LITTERÄRA RAMVERK	
1 Inledning.....	7
2 Genomförande.....	10
3 Referensram	12
3.1 Målstyrning i offentlig sektor	12
3.1.1 Mål och mått – hur ska de utformas	15
3.1.2 Kritik mot målstyrning	17
3.1.3 Olika definitioner av målstyrning.....	18
3.2 Budgetens roll i offentlig sektor	19
DEL 2 STYRNING AV REGION STOCKHOLM	
4 Region Stockholms organisation och styrning.....	23
4.1 En koncern med egna bolag.....	23
4.2 Den politiska organisationen och tjänstemannaorganisationen	24
4.2.1 Vem gör vad i den politiska organisationen?	24
4.2.2 Vem gör vad i tjänstemannaorganisationen?.....	27
4.3 Målstyrning och ekonomistyrning	28
DEL 3 DOKUMENTSTUDIEN	
5 Budgeten – Regionen Stockholms viktigaste styrdokument.....	33
5.1 Budgetens struktur och innehåll.....	33
5.2 Målstyrning	35
5.2.1 Koncerngemensamma visioner och mål.....	36
5.2.2 Hälso- och sjukvårdens verksamhetsspecifika mål	48
5.2.3 De regionägda bolagens visioner och mål	54
6 Budgeten i relation till övriga styrande dokument.....	58
6.1 Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUFS 2050	58
6.1.1 Den regionala utvecklingsplanens koppling till budget 2019	61
6.2 Framtidsplanen för hälso- och sjukvården.....	64
6.2.1 Framtidsplanen för hälso- och sjukvårdens koppling till budget 2019	67
6.3 Hur budgeten förändrats åren 2016–2019.....	69
6.3.1 Förstärkt målstyrning med ökat antal mål och mått	69

DEL 4 INTERVJUERNA

7	Styrning i Region Stockholm enligt intervjuerna.....	75
7.1	Politikers avsikt med målstyrningen och ekonomistyrningen	76
7.2	Hur målstyrningen tolkas och manifesteras i verksamheterna	77
7.2.1	Kritik mot mål, indikatorer och målvärden	78
7.2.2	Målstyrningens roll i verksamheterna	80
7.3	Målstyrning i relation till annan styrning.....	81
7.3.1	Målstyrning i relation till koncernstyrning	82
7.3.2	Målstyrning i relation till uppdragsstyrning	83
7.3.3	Målstyrning i relation till avtalsstyrning	85
7.3.4	Målstyrning i relation till övriga styrdokument.....	86

DEL 5 ANALYS OCH SLUTSATS

8	Analys.....	91
8.1	Målstyrning i Region Stockholm	91
8.1.1	Omfattande politiska visioner försvårar nedbrytningen av mål	92
8.1.2	Koncerngemensamma mål riktar sig inte till alla verksamheter	94
8.1.3	Oklar relation mellan politiska visioner och verksamhets-specifika mål	96
8.1.4	Oklar relation mellan mål i målstyrning i relation till andra styrdokument ...	97
8.2	Karaktär på mål, delmål, indikatorer och målvärden.....	98
8.2.1	Målens karaktär är oklar	98
8.2.2	Många indikatorer och målvärden saknas och de är generella	101
8.3	Målstyrning som planeringsverktyg kan ifrågasättas	101
8.3.1	Målen är inte förankrade i hälso- och sjukvårdsorganisationen	103
8.3.2	Styrningen uppfattas som detaljstyrning	106
8.4	Målstyrning och ekonomistyrning är bara två av många styrmodeller.....	107
8.4.1	Målstyrningens och ekonomistyrningens väg ut i organisationen.....	108
8.4.2	Tre styrmodeller som krockar.....	110
8.5	Målstyrning leder till fragmentisering snarare än helhet	113
9	Slutsatser – vad och vem styr styrningen i Region Stockholm?	115
	Bilaga 1: Förteckning över styrande dokument i Region Stockholm.....	119
	Referenslista	121

Figurförteckning

Figur 4.1. Region Stockholms politiska organisation åren 2019–2022.....	24
Figur 4.2. Region Stockholms beredningar och utskott 2019–2022.....	27
Figur 4.3. Region Stockholms tjänstemannaorganisation 2019–2022.....	27
Figur 6.1. Strategier och planer på olika nivåer samt hur de länkas.....	59
Figur 6.2. Målbilden för hälso- och sjukvården.....	64
Figur 6.3. Nätverkssjukvården.....	65
Figur 8.1. Den väg målstyrning respektive finansiella resurser tar genom Region Stockholm.....	109

Tabellförteckning

Tabell 5.1. Koncernövergripande huvudmål, delmål och indikatorer med målvärden, som gäller för Region Stockholm.....	40
Tabell 5.2. Koncerngemensamma mål för tre nämnder.....	43
Tabell 5.3. Region Stockholms samtliga koncerngemensamma mål som riktar sig till tre regionägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård på sjukhus.....	46
Tabell 5.4. Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden för hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska universitetssjukhuset för perioden 2018–2020.....	53
Tabell 5.5. Mål och indikatorer för tre regionägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård för perioden 2018–2020.....	55
Tabell 6.1. Region Stockholms mål och indikatorer för hälso- och sjukvårdsnämnden.....	62
Tabell 6.2. Urval av Region Stockholms koncerngemensamma mål och indikatorer.....	63
Tabell 6.3. Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden för de nämnderna hälso- och sjukvårdsnämnden 2018–2020.....	68
Tabell 6.4. Mål och indikatorer för hälso- och sjukvården 2016–2019.....	70
Tabell 8.1. Sammanställning av politiska visioner på koncernnivå, nämndnivå och i regionägda bolag med fokus på hälso- och sjukvården.....	92

Sammanfattning

I denna rapport redovisas resultatet från ett forskningsprojekt i Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting) som genomförts under åren 2016 till 2019. Uppdraget har varit att granska hur Region Stockholm styrs med hjälp av målstyrning och ekonomistyrning, med särskilt fokus på hälso- och sjukvården. Övergripande frågor i studien har handlat om hur man inom Region Stockholms hälso- och sjukvårdsverksamhet styr utifrån de intentioner regionledningen har och hur man i de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppfattar och hanterar den styrning man får från regionledningen och hur dessa signaler tolkas och omvandlas till praktisk tillämpning. Syftet med rapporten har varit att presentera en sammanfattande översikt över hur Region Stockholms hälso- och sjukvårdsorganisation styr och organiserar sig. Framställningen här fokuserar på de viktigaste slutsatserna i studien.

Två huvudsakliga källor har använts – dokument och intervjuer. Dokumentstudien har företrädesvis omfattat Region Stockholms budget, det dokument som kallas Mål och budget för åren 2016, 2017 och 2018 och Budget för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a, 2017, 2015, 2016). Fokus har legat på att granska budgetens innehåll som ett strategiskt styrande dokument och hur andra strategiska styrdokument förhåller sig till målstyrningen i budgeten. Det empiriska underlaget bygger, förutom på dokumentstudier, på intervjuer med totalt 33 medarbetare i Region Stockholm. Intervjuer har gjorts med såväl politiker, tjänstemän som hälso- och sjukvårdspersonal inom olika delar av Region Stockholm. Intervjuerna är genomförda under perioden 2017–2019.

Den teoretiska utgångspunkten i rapporten har varit målstyrning. Målstyrning handlar om att styra en organisation mot framtida mål och med tydliga och uttalade mål, att rikta fokus mot dessa mål. Genom att mäta utfallet av målen kan prestationer bedömas och ansvar utkrävas. Grundtanken är då att styrningen ska styra mot mål, i linje med organisationens strategi (Becker m.fl., 2011; Sherwood och Page, 1976).

Som bakgrund till resultaten av studien ges en kortfattad beskrivning av hur styrningen ser ut i Region Stockholm. Grunden i styrningen utgår från målstyrning och ekonomistyrning (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3 s. 226). Målet med målstyrningen är att skapa en tydlig linje som går från regionfullmäktige ut till de enskilda verksamheterna i regionen, vilket man kan läsa i budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3 s. 227). Ekonomistyrningen handlar, i Region Stockholm, om att ”att varje skattekrone ska användas så effektivt som möjligt samt till att säkra en budget i balans” (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 229). Med detta avses att det handlar om att se till att underlag till en budgetuppföljning tas fram och att åtgärder vidtas när det finns risk för budgetavvikelser.

Det är regionfullmäktige, regionens högsta beslutande organ, som beslutar om målen för regionens hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det görs i både koncernövergripande mål och specifika mål. Regionstyrelsen ansvarar sedan för att följa upp målen och budgeten för de olika verksamheterna, nämnderna och bolagen och vidta åtgärder om målen inte uppfylls. Det är upp till verksamheten att besluta om egna mål som konkretiserar de mål som tagits i regionfullmäktige. Samtliga mål för verksamheterna är angivna i regionens budget (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3).

Målen är konkretiserade i huvudmål med underliggande delmål. Indikatorer har tagits fram för att mäta varje delmål samt ett målvärde för att mäta i vilken utsträckning indikatorn är uppfylld. Huvudmål, delmål och indikatorer finns dels på en koncerngemensam nivå och som alla nämnder och egna bolag ska arbeta mot, dels som specifika huvudmål, delmål och indikatorer vilka är riktade och anpassade till respektive verksamhet. Måluppfyllelsen ska mätas och följas upp med hjälp av indikatorer och tidsangivna målvärden. Ett mål anses vara uppfyllt om ”minst hälften av underliggande indikatorer uppfylls” (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 226). På samma sätt anses ett övergripande mål vara uppfyllt om ”minst hälften av målen uppfylls” (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 226). I Region Stockholm har man kommit fram till fyra koncerngemensamma huvudmål:

- en långsiktigt hållbar ekonomi
- en hållbar Region Stockholm
- att Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregion och
- att Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare.

Förutom de fyra koncerngemensamma huvudmålen finns 12 delmål som mäts med totalt 34 indikatorer. När de gäller de verksamhetsspecifika målen för hälso- och sjukvården återfinns följande huvudmål:

- hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare.

För att uppnå huvudmålet finns sex delmål som mäts med totalt 21 indikatorer.

Efter granskningen av målen i regionen har en del oklarheter belysts. Dessa har rört sig om att målen inte gäller för alla verksamheter, det saknas indikatorer för mål och att det många gånger saknas prioritering mellan målen. Vad gäller både de koncerngemensamma målen och de verksamhetsspecifika målen framstår det som tydligt att alla mål inte gäller för alla verksamheter. Det innebär att endast ett urval av de koncerngemensamma målen, delmålen, indikatorerna och målvärden gäller för hälso- och sjukvården. På liknande sätt gäller endast ett urval av målen, delmålen, indikatorerna och målvärden för olika grenar av hälso- och sjukvården. Det innebär att vissa verksamheter inte har indikatorer att förhålla sig till. Indikatorer och målvärden saknas i stor utsträckning för flera av målen. Såväl de koncerngemensamma målen och måtten (indikatorerna) som de verksamhetsspecifika målen och måtten (indikatorerna)

för hälso- och sjukvården, är många gånger tydliga och möjliga att mäta i fastställda mått. Men för många av indikatorerna och målvärdena saknas det både mål och mått. Framförallt saknas indikationer och målvärden som har med produktivitet och effektivitet att göra. Om tanken är att målen är något som man på politisk nivå vill att verksamheterna ska styra mot, gör just avsaknaden av målvärden att det blir svårt att styra organisationen, då verksamheterna omöjligt kan veta vad de ska sträva efter. Avsaknaden av indikatorer och målvärden gör också att det är svårt att utkräva ansvar för till exempel bristande måluppfyllelse.

Indikatorerna och målnivåerna anges på en koncerngemensam nivå och inte för varje verksamhet, det är därmed svårt att veta om målen är något varje verksamhet ska sträva efter att uppnå, eller om det räcker att verksamheterna arbetar efter vetskapen om att någon eller några andra verksamheter uppfyller målen. Detta torde även innebära att en verksamhet kan ha stora brister i sin måluppfyllelse, medan andra verksamheter kan ha hög måluppfyllelse och ändå kan målnivåerna i regionen som helhet anses ha uppnåtts.

När det gäller prioritering mellan målen och långsiktigheten i målstyrningen saknas det. Målen har inte prioriterats sinsemellan och någon tidsangivelse då målen förväntas vara uppfyllda har heller inte formulerats. I budgeten anges att målen gäller för mandatperioden. Om det är realistiskt eller inte är inte möjligt att svara på. Det beror förstås på hur långt man har kvar till att uppnå målen och hur mycket av verksamheten som behöver förändras för att målen ska uppnås.

När det gäller långsiktigheten i styrningen är det således svårt att se hur den uttrycks. I budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a) står det skrivet att målen endast gäller för mandatperioden. Det innebär att om målen sätts i början av en mandatperiod gäller de i fyra år. Men i slutet av en mandatperiod blir målhorisonten kortare och det sista året endast ett år. Det måste anses vara mycket kort sikt i en så stor organisation. Om mål ska fungera långsiktigt och för jämförelse borde de vara konstanta, eller åtminstone användas under flera år, så att det är möjligt att följa en mer långsiktig utveckling. Om mål och mått byts ut regelbundet (när de är uppnådda, eller när ett ny politiskt styre tar vid) torde det vara svårt för organisationen att veta om måluppfyllelsen enbart är tillfällig. Det gör också att det är svårt (omöjligt) att följa verksamheten långsiktigt. Det finns därmed flera syften med målstyrningen, syften som ibland krockar med varandra.

I intervjuer med politiker, tjänstemän och hälso- och sjukvårdspersonal inom olika organisatoriska delar av Region Stockholm visar att målstyrningen uppfattas som en av flera styrmodeller man har att förhålla sig till. Det är koncernstyrning, lagar och regler, strategiska dokument, handlingsplaner och avtal som man även ska förhålla sig till. Här framkommer det att man i de olika verksamheterna har svårt med prioriteringen mellan flera strategiska styrdokument och styrmodeller. Själva

användningen av målstyrningen tycks inte ha fått något större genomslag i organisationen. Man följer målen och indikatorerna men de tycks inte utgöra någon riktig drivkraft i styrningsarbetet. Ett problem är här att målen och måtten inte följs av extra resurser till hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Det gör att det upplevs svårt för hälso- och sjukvårdsverksamheterna att fokusera särskilt på de mål som anges i budgeten. Resurserna går istället via avtal mellan hälso- och sjukvårdsverksamheterna och hälso- och sjukvårdsnämnden genom den så kallade beställar-utförarstyrningen. En del av målen som finns i budgeten följer avtalen som ingåtts men inte alla. Så, fokus i styrningen ligger i praktiken framförallt på att fullfölja de avtal som ingåtts med beställarnämnden. Dessa avtal gör också att det är svårt att se ekonomistyrningens plats som nämns i budgeten, vid sidan av målstyrningen.

Avslutningsvis är några generella slutsatser att målen i Region Stockholm är många till antalet, olika styrmodeller och styrdokument inte går i linje med varandra, att målen blir detaljerade och inte är anpassade till de olika verksamheterna, vilket har med detta att göra. Men också, med målstyrning, där stort fokus läggs på målen, finns också en risk att viktiga mål trängs undan. Det verkar också ha hänt i Region Stockholm, där viktiga samhällsvärden kommer i skymundan för politiskt viktiga frågor, som har konkretiserats i detaljerade indikatorer som är förhållandevis lätta att mäta. I praktiken har det också visat sig att målstyrning lämpar sig bäst för verksamheter som har tydliga mål, mål som är lätta att mäta och kvantifiera och där det är lätt att förutse utfallen av olika mål.

Målstyrning och ekonomistyrning verkar vara ytterligare styrmodeller som verksamheterna ska anpassa sig till utan att något annat egentligen har tagits bort. Det har gjorts att styrmodellerna inte är fungerar tillsammans, utan snarare att det uppstår krockar mellan dem, som gör att målstyrningen inte får genomslag i verksamheterna. Det har blivit tydligt att man ser en konflikt mellan framförallt beställar-utförarstyrning och målstyrning samt mellan beställar-utförarstyrning och ekonomistyrning.

Ur en mer teoretisk synvinkel har studien kunnat ansluta sig till teorier inom målstyrning och prestationsmätning inom offentlig sektor. Studien visar på svårigheterna med att definiera och använda lämpliga mål inom den offentliga sektorn som bedriver en komplex verksamhet med många mål som ofta står i konflikt med varandra. Studien visar också hur styrningen brister vid användning av flera olika styrsystem (här det formella beslutsstyrsystemet, det strategiska styrsystem samt det finansiella styrsystemet) som driver verksamheterna åt olika håll. För en effektiv styrning måste olika styrsystem haka i varandra och samexistera i en gemensam linje. Slutligen har studien visat att det fortfarande finns svårigheterna med att få genomslag för målstyrning från den politiska nivån ut till operativa verksamheter, där många olika styrlogiker gäller. Styrlögikerna skiljer sig många gånger åt avseende värderingar, normer och regler.

DEL 1

Rapportens innehåll, genomförande och litterära ramverk

1 Inledning

I denna rapport redovisas resultatet från ett forskningsprojekt i Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting) som genomförts under åren 2016 till 2019. Uppdraget, som redovisas i denna rapport har varit att granska hur Region Stockholm styrs med hjälp av målstyrning och ekonomistyrning med särskilt fokus på hälso- och sjukvården.

Jag vill inleda med att sätta målstyrning och ekonomistyrning i en kontext. Styrning i en vidare bemärkelse handlar om att styra en organisation mot framtida mål. Med tydliga och uttalade mål, riktas fokus mot dessa och verksamheten kan styras i önskad riktning.

Inom styrningsfältet har prestationsmätning traditionellt haft en stark roll. Genom att mäta historiska resultat kan prestationer bedömas och ansvar utkrävas. Grundtanken är då att styrningen ska styra mot mål, i linje med organisationens strategi (Becker m.fl., 2011). Mätningar i offentlig sektor kan dock fylla flera syften än att enbart styra mot organisatoriska mål. Prestationsmätningar, som sammanställs i mått, används också i medicinska sammanhang. Inom hälso- och sjukvården är man exempelvis van vid att arbeta med kvalitetsförbättringar och säkerheten för patienter. I de nationella kvalitetsregister som utvecklats i Sverige sedan 1970-talet, är det möjligt att ta del av data som innehåller information om diagnoser, behandlingsresultat och upplevd vårdkvalitet som kan kopplas till individuella patienter (Garpenby, 1999; Sveriges kommuner och landsting, 2010). Genom att jämföra resultat från patienters behandlingar är det möjligt att förbättra förutsättningarna för kvalitetsarbetet, förbättringsarbetet och forskning inom vården. Mätningar och framtagande av nyckeltal i organisatoriska sammanhang kan exempelvis i den offentliga sektorn handla om att förbättra planeringen av den hälso- och sjukvård som ska utföras, eller på det sätt vården ska bedrivas. Genom mätningar är det möjligt att belysa om och hur rättvist fördelad hälso- och sjukvården är och utifrån det rikta om hälso- och sjukvårdsresurserna till de områden där de gör bäst nytta för invånarna. Mätningar har också använts till att ställa ansvariga i hälso- och sjukvårdens organisation till svars för frågor som rör alltifrån kvalitet till effektivitet i verksamheterna och för den vård som utförts. Även om det är rimligt att ansvariga ställs till svars för den verksamhet de bedriver och att mätningar därmed har många fördelar, finns det också många utmaningar som förknippas med mätningar och framtagande av nyckeltal (Lapsley, 2009).

Intresset för prestationer och prestationsmätningar har ökat i den offentliga sektorn de senaste decennierna (Hood m.fl., 2009) och har blivit viktiga ledord i hur den offentliga sektorn ska bedrivas (Van Dooren m.fl., 2010). En av utgångspunkterna har varit att "What gets measured gets done", vilket innebär att för att genomföra

förändringar behöver man mäta. En bakgrund till det ökade fokuset på mätningar var att den offentliga sektorn växte under 1970-talet och som en följd ökade kostnaderna. En lösning blev att fokus flyttades från ett traditionellt byråkratiskt ideal där rutiner och regler, krav på rättvisa och likabehandling och väl utvecklad samordning mellan organisatoriska enheter stod i fokus (Brorström m.fl., 2014) till ett starkare fokus på resultat och effektivitet och där tydliga resultatmål skulle formuleras för att på så sätt kunna leda och styra verksamheten på ett bättre och mer effektivt sätt (Van Dooren m.fl., 2010). Intresset för prestationsmätningar kan således ses som ett steg mot målstyrning (eng. management by objectives, jämför även resultatbaserad styrning, eng. performance measurement/management).

Men, i spåren av decennier av New Public Management-orienterad styrning har målstyrningen i offentlig sektor blivit hårt kritiserad (se till exempel Diefenbach 2009, för en översikt). Kritiken är många gånger kopplad till svårigheterna att definiera och utveckla lämpliga mål och mått i den offentliga sektorn samt att hitta styrmodeller som säkerställer att det önskade resultatet nås (Heinrich, 2002; Smith, 1993, 1995b).

Trots den starka kritiken mot målstyrning har man i en av Sveriges största offentliga organisationer, Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting), beslutat att man ska förstärka målstyrningen inom regionen. Detta gör att just Region Stockholm är intressant att studera. Övergripande frågor, som har varit utgångspunkt i studien har handlat om hur man inom de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppfattar och hanterar den styrning man får från regionledningen samt hur signaler tolkas och omvandlas till praktisk tillämpning. Syftet med denna rapport är att presentera en sammanfattande översikt över hur Region Stockholms hälso- och sjukvårdsorganisation styrs och organiseras. I framställningen ligger fokus på hur man styr i den formella organisationen, vilka strategiska styrdokument som finns och deras betydelse och användning i styrningen samt hur man, på olika nivåer inom organisationen, uppfattar, tolkar och tillämpar styrningen. På det sättet är det möjligt att få en närmare bild av styrprocesserna (så kallade organisatoriska mikroprocesser) vilket visats sig vara viktiga för att upptäcka problematiska konsekvenser av stora reformer (Wadmann m.fl., 2019; Llewellyn och Northcott, 2005; Wallenburg m.fl., 2019).

Att det är styrning i hälso- och sjukvården som är i fokus är intressant i sig, då det inom offentlig sektor handlar om att styra många gånger motstridiga styrlogiker inom en och samma organisation, så som professioner, marknadskontroll och politik (Östergren och Sahlin-Andersson, 1998; Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). Dessa logiker skiljer sig många gånger åt avseende exempelvis värderingar, normer och regler. Det innebär att när ett beslut fattas om mål i en organisation, finns en risk, att målet, om målen inte är förankrade i organisationen och rimmar illa med den professionella gruppens värderingar, inte får någon eller en ytterst marginell effekt.

Rapporten består av tre delar och baseras på analys av insamlade dokument och på intervjuer med representanter på olika nivåer i Region Stockholm. Den första delen i rapporten handlar om hur Region Stockholm organiseras och styrs i mer formella termer samt vilka modeller som används för styrning i Region Stockholm. I den andra delen ligger fokus på strategiska dokument och hur dokumenten relateras till regionens formella styrning. Den tredje delen fokuserar på hur man inom hälso- och sjukvårdens verksamheter uppfattar, tolkar, tillämpar och genomför styrningen. I den sista delen ligger fokus på analys och slutsatser, där avsikten är att lyfta målstyrningen, som den bedrivs i Region Stockholm och diskutera den i relation till litteratur om just målstyrning. Där lyfts också delar som kommit fram i intervjuerna och som man uppfattat som problematiskt med styrningen.

2 Genomförande

Denna studie är en del av ett större forskningsprojekt där hela Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting) studerats och som pågått under perioden 2016–2019. För att förstå hur organisationen styrs, vilka strategiska styrdokument som finns och deras användning i styrningen samt hur man, på olika nivåer inom organisationen uppfattar, tolkar och tillämpar styrningen, har två huvudsakliga empiriska källor använts – dokumentstudier och intervjuer med representanter på olika nivåer i verksamheten. Dokumentstudien har företrädesvis omfattat Region Stockholms budget, det dokument som kallas mål och budget för åren 2016, 2017 och 2018 och budget för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a, 2017, 2015, 2016). I Region Stockholm är det tydligt uttalat att det är budgeten som är regionens viktigaste styrdokument (se till exempel www.rs.se). Det har inneburit att budgeten, tillsammans med andra styrande dokument har samlats in och sedan granskats. Utgångspunkten för granskningen har varit budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a) där fokus har legat på att granska budgetens innehåll, som ett strategiskt styrande dokument och hur andra strategiska styrdokument förhåller sig till budgeten. De regionövergripande strategiska styrdokument som har tilldelats störst tyngd i granskningen, förutom budgeten, är den regionala utvecklingsplanen, den så kallade RUF:s:en (Stockholms läns landsting, 2018c) och strategiska dokument som mer specifikt är inriktade mot hälso- och sjukvården till exempel Framtidsplan för hälso- och sjukvården (steg 1–3) (Stockholms läns landsting, 2011, 2013, 2014).

Budgeten har även granskats över tid för åren 2016–2019. Målstyrningen har stått i fokus för granskningen och relevant information har sammanställts och sorterats i Exceldokument för att analysera hur målen förändrats under perioden 2016–2019.

Det empiriska underlaget bygger, förutom på dokumentstudier, även på intervjuer med totalt 33 medarbetare i Region Stockholm. Intervjuerna är genomförda under perioden 2017–2019. Intervjuerna har genomförts som ett samtal där de intervjuade har fått beskriva hur de arbetar med strategier, mål och styrning av dels den egna verksamheten, dels vilka styrsignaler de uppfattar att man får från övriga delar av regionen. Intervjuerna har pågått mellan 60 till 120 minuter. I anslutning till intervjuerna har varje respondent ombetts att ge förslag på ytterligare personer att intervjua. Intervjuer har exempelvis gjorts med politiker och tjänstemän inom den centrala regionorganisationen (regionfullmäktige och regionstyrelse och regionledningskontoret). 24 av de intervjuade personerna arbetar inom hälso- och sjukvårdsorganisationen vilket inkluderar nämnder, förvaltningar och regionens utförarorganisationer med inriktning mot hälso- och sjukvården, här innefattas även medarbetare inom de egna sjukhusen drivna i bolagsform. Respondenterna representerar medarbetare på ledningsnivå, på administrativa stödfunktioner till

exempel ekonomifunktioner och på operativ nivå. Det har bedömts vara väsentligt att intervjua representanter för flera olika verksamheter, nivåer och organisationsformer. Ibland har bilden av regionens styrning av hälso- och sjukvården varit samstämmig och ibland betydligt mindre samstämmig och till och med konfliktfylld. När vi förstod detta beslutades att fler intervjuer skulle genomföras, fler intervjuer än vad vi från början planterat för. Intervjuerna gjordes för att få vissa utsagor bekräftade, förklarade och öka förståelsen för styrningen i Region Stockholm. Inom ramen för det större projektet (Höglund m.fl., 2020), har fler intervjuer genomförts också av kollegor inom projektet. Material och intervjuer från projektet som helhet har lästs och analyserats. Bland respondenterna finns politiker och tjänstemän inom regionens alla kärnverksamheter.

Alla intervjuer har spelats in och renskrivits ordagrant. De citat som används i denna rapport har varsamt ”tvättats” i syfte att öka läsbarheten och kodats för att bevara den intervjuades anonymitet så långt det är möjligt.

Tidigare utkast av denna rapport har granskats och diskuterats såväl inom forskargruppen som på seminarier vid både Stockholms universitet och Linnéuniversitet med utgångspunkt i att förstå hur den formella organisationen styrs, vilka strategiska styrdokument som finns och deras användning i styrningen samt hur man, på olika nivåer inom organisationen uppfattar, tolkar och tillämpar styrningen.

3 Referensram

Krav på målstyrning och ekonomistyrning går att finna i svenska lagar som riktar sig till offentlig sektor. I kommunallagen (SFS 2017:725) finns exempelvis krav på god ekonomisk hushållning samt att det ska finnas mål och riktlinjer om hur denna ska uppnås. Det innebär att såväl mål(styrning) som ekonomistyrning (det vill säga styrning via budget) utgör utgångspunkter i kommunallagen (SFS 2017:725) och målstyrning och ekonomistyrning är således relaterade till varandra. I offentlig sektor har ekonomistyrning via budgeten en central betydelse då det i kommunallagen (SFS 2017:725) anges vad en budget ska innehålla.

Då Region Stockholm i sin styrning utgår från dels målstyrning, dels ekonomistyrning kommer jag i detta kapitel diskutera dessa begrepp. I kapitlet ligger fokus på hur målstyrning kan förstås och hur den kan användas, men jag kommer även presentera kritik som kommit fram från tidigare erfarenheter av målstyrning, framförallt i offentligt styrda organisationer, samt vad som skrivits under de senaste åren om målstyrning i forskningsbaserad litteratur. I och med att budgeten har en central betydelse i offentliga organisationer och således också i Region Stockholm, kommer även målstyrningen relateras till budgeten och en diskussion om vad en budget är i offentlig sektor kommer att föras.

3.1 Målstyrning i offentlig sektor

Målstyrning har funnits, använts, diskuterats och skrivits om under många decennier. Det finns således en myriad av litteratur om målstyrning och man inser snabbt att målstyrning kan betyda många olika saker. Efter en genomgång av målstyrningslitteraturen kan jag konstatera att målstyrning varken haft eller har en enhetlig definition. Målstyrning beskrevs redan 1973 som att "ice-cream, comes in twenty-nine flavors" (Hodgson 1973, s. 423). I litteratur om målstyrning återkommer dock en generell beskrivning som innebär att verksamheten ska styras mot uppsatta mål. Begreppet målstyrning (*eng. management by objectives*) kan härledas till Peter Drucker som konceptualiserade och först publicerade begreppet baserat på sina erfarenheter från privata företag (Greenwood, 1981). Begreppet har dock använts tidigare och i följande citat återfinns en definition av målstyrning från 1965. Målstyrning är:

a process whereby the superior and subordinate managers of an organization jointly identify its common goals, define each individual's major areas of responsibility in terms of the results expected of him, and use these measures as guides for operating the unit and assessing the contribution of each of its members (Odiome 1965, s. 55–56).

Till en början sågs målstyrning framförallt som ett verktyg för att fördela ansvar till mellanchefer (Greenwood, 1981). Genom att decentralisera ansvar ut i organisationen och genom att delegera ansvar till mellanchefer, kunde man minimera såväl kontroll som övervakning. Men målstyrning har därefter också föreslagits som ett planeringsverktyg för att utarbeta strategier, fördela resurser och som en modell för att förbättra och öka effektiviteten i styrningen av en organisation (Covaleski och Dirsmith, 1981; Verbeeten och Speklé, 2015; Sherwood och Page, 1976).

Målstyrning har beskrivits kunna fylla följande fyra funktioner (Covaleski och Dirsmith, 1981; Jun, 1976):

1. som ett planeringsverktyg för att förse organisationens medlemmar med en gemensam förståelse för organisationens mål
2. som ett kontrollverktyg för att mäta och bedöma prestationer och återkoppla till organisationens medlemmar om i vilken grad målen nås
3. som del i ett större ramverk som handlar om att förena organisationens planering och uppföljningssystem (vertikal samordning) och förena olika styrmodeller (budgetprocessen, personalplanering, planering, forskning)
4. som ett medel för att utveckla organisationens förmåga att förändra sig.

Målstyrning brukar vanligen inte ses som en fullt utvecklad styrmodell utan snarare som ett verktyg med grundläggande element av planering, koordinering och bedömning av prestationer (Sherwood och Page, 1976). Målstyrning beskrevs tidigt som ett relativt enkelt verktyg som på ett taktiskt och instrumentellt sätt kan hantera vissa ledningsbehov (Sherwood och Page, 1976).

Centrala delar i målstyrning är att (Sherwood och Page, 1976)

- målen ska vara tydliga och möjliga att mäta i fastställda mått
- det ska finnas en plan för hur målen ska genomföras
- målen ska vara tidsatta (vanligtvis inte mer än ett år)
- framsteg och resultat ska följas och mätas regelbundet
- finansiella resurser ska fördelas och tydliggöras i en driftsplan
- målen och måtten ska följas, utvärderas, ifrågasättas/omprövas och omarbetas vid behov.

Vad gäller definitioner av målstyrning handlar den enklaste definitionen om att det en målsättningsprocedur där varje anställd vet vad denna förväntas åstadkomma under en viss period. Målsättningen fungerar som underlag för att binda ihop flera ledningssystem, såsom planering, budgetering, prestationsmätning, ledningsinformationssystem och personalplanering. Denna, förenklade syn på målstyrning har kritiserats på grund av att det inte är målsättningen i sig som kan förbättra effektiviteten i styrningen av en organisation, då den utesluter till exempel de beteendevetenskapliga aspekterna i styrningsprocessen. Målstyrning har efter hand

utvecklats till att även inkludera hela ledningsprocessen och inte bara själva tekniken (Hodgson, 1973; McConkie, 1979).

Målstyrningsbegreppet utvecklades, som tidigare nämnts, först i privat sektor och kom först ett par decennier senare att introduceras i offentlig sektor (Ao, 2018; McLaughlin m.fl., 2002). Målstyrning kom att bli populärt i den svenska offentliga sektorn under slutet av 1980-talet och sågs om ett svar på den kritik som handlade om brister i ledning och styrning av offentlig sektor (Brunsson, 2002). Förhoppningen var att man med målstyrning skulle kunna förbättra effektiviteten i den offentliga sektorn. Det innebar att en större tonvikt lades på det resultat och de prestationer som kom ut ifrån den offentliga sektorn och som sedan skulle användas som input för att styra verksamheterna (Hoque, 2008; Modell, 2005).

Målstyrning bygger egentligen på två motsatta styrprinciper. Den första kan härledas till den så kallade public choice-teorin (men även till principal agent-teorin) och den andra kan härledas till mer managementorienterade teorier. Då den första främjar centralisering, samordning och kontroll främjar den senare decentralisering, avreglering och delegering (Kristiansen, 2015; Aucoin, 1990; Pollitt och Dan, 2013). Decentralisering innebär att ansvar och befogenheter förflyttas till lägre nivåer i organisationen. Motiv som vanligen anges för decentralisering i detta sammanhang är att man vill ta tillvara lokal kompetens, att beslut fattas närmare den operativa verksamheten och att man skapar förutsättningar för en mer förändringsbenägen organisation. Men priset för denna ökade frihet på lokal nivå kan vara att en mer rigid styrmodell utvecklas där politiker och tjänstemän i ledningsfunktioner sätter tydliga och konkreta mål och där resultatet kontrolleras med ökad frekvens (Czarniawska, 1988; Læg Reid m.fl., 2006; Brorström m.fl., 2014).

Under slutet av och 1980-talet och i början av 1990-talet var det många landsting (nu regioner) i Sverige som såg över sina styrmodeller och hur de skulle organiseras. Som ett resultat av dessa översyner infördes beställar-utförarmodellen i flera landsting (nu regioner) (Almqvist, 2006; Berlin, 2006; Forssell, 1999). Beställar-utförarmodellen bygger på en decentraliseringsfilosofi, där beställarfunktioner inrättas, vilka är tänkta att skapa ett tydligt fokus på vad verksamheterna ska göra. I en beställar-utförarmodell överlämnas ansvaret för beställningen av till exempel hälso- och sjukvård till en beställarnämnd. Beställarnämndens uppdrag är att beställa och skriva avtal med utförare av hälso- och sjukvård. Därmed överlämnas själva utförandet av hälso- och sjukvården till professionen och när beställda prestationer utförts får utföraren betalt i form av intäkter till den egna verksamheten. Detta innebär att när beställda prestationer inte utförts dras ersättningen tillbaka. I modellen ingår att beställaren kan välja vem/vilka som ska utföra hälso- och sjukvården i en region, det vill säga att de kan välja att ingå avtal med såväl privata som offentligt ägda vårdgivare. På det sättet skapas konkurrens mellan olika vårdgivare varför beställar-utförarmodellen har antagits främja såväl effektiviteten som kvaliteten i verksamheten.

Under senare år har forskningen om målstyrning inom offentlig sektor i stor utsträckning försvunnit från agendan. Det har konstaterats att det knappast inte publicerats några studier om just målstyrning under senare år (Holliman och Bouchard, 2015). Målstyrning har ibland beskrivits som en tillfällig ”hype” i samhället (Gibson och Tesone, 2001). Men frågan har ställts om målstyrningens frånvaro från forskningsagendan också speglar en minskad användning av målstyrning i offentlig sektor. Så verkar inte vara fallet. I praktiken verkar målstyrning fortfarande ha en central plats i offentlig sektor, även om den minskat de senaste decennierna. I en studie av amerikanska kommuner i början av 1990-talet angav 47 procent av kommunerna att de använde målstyrning i någon form, medan 7 procent angav att de hade avvecklat modellen under de senaste fem åren (Poister och Streib, 1995). I en senare studie, gjord under 2010-talet, också i amerikanska kommuner framkom att 3 procent av dem (av knappt 900 svarande respondenter) använde målstyrning som enda styrmodell och att 14 procent använde målstyrning i kombination med andra styrmodeller (så som budgetering och balanserat styrkort), vilket innebär att totalt 17 procent använde någon form av målstyrning (Holliman och Bouchard, 2015). Liknande resultat har setts i offentliga verksamheter i Europa. Målstyrning tillsammans med till exempel strategisk planering utgjorde de vanligaste styrmodellerna i den statliga sektorn (Holliman och Bouchard, 2015). Länder som var tidiga med att införa större marknadsreformer, inom ramen för New Public Management, till exempel de nordiska länderna tillsammans med Storbritannien och Nederländerna, är länder som fortfarande i hög grad använder styrmodeller som har mer marknadsorienterad karaktär (Jeannot och Bezes, 2016).

3.1.1 Mål och mått – hur ska de utformas

Ett av de viktigaste instrumenten för att förverkliga målstyrningen är att ta fram och mäta indikatorer för att operationalisera målstyrningen. Införandet av mer systematiska prestationsmätningar i offentlig sektor har setts som en av de mest utbredda internationella trenderna i styrning av offentlig sektor sedan slutet av 1980-talet (Pollitt, 2006; Kristiansen, 2015). Varken idén eller förekomsten av indikatorer för att mäta prestationer är längre nya utan har snarare blivit en naturlig del av en organisatorisk diskurs (Pollitt, 2006). Genom tydliga och mätbara mål är tanken att medarbetare ska arbeta för att uppnå organisationens mål. Det har beskrivits som ett homeostatiskt kontrollsystem (Bevan och Hood, 2006) där

- 1) önskade mål specificeras i förväg och i mätbar form
- 2) det finns ett system för övervakning som mäter utfallet mot det önskade målet
- 3) feedbackmekanismer är kopplade till de uppmätta målen.

I litteraturen om prestationsmål och prestationsmätningar nämns ofta att dessa fungerar bäst då organisationens mål är distinkta och otvetydiga och när prestationerna kan mätas på ett sätt som är i linje med de organisatoriska målen och aktörerna (de

ansvariga) har möjlighet att kontrollera den process som leder fram till målet samt när de kan förutsäga de troliga resultaten av olika alternativa handlingssätt (Spekle och Verbeeten, 2014). Ett problem i offentlig sektor är att målen i praktiken sällan är distinkta och otvetydiga, utan snarare det motsatta (Burgess och Ratto, 2003; Dixit, 2002). Det gör att det kan vara svårt att utveckla lämpliga prestationsmål och prestationsmått inom offentlig sektor (Hyndman och Eden, 2001). Om man istället använder sig av bristfälliga mål och mått, blir förstås risken att man inom organisationen arbetar för att uppnå måtten, istället för organisationens övergripande mål (Kelman och Friedman, 2009).

I forskningslitteratur (se exempelvis Covaleski och Dirsmith, 1981) har fem kriterier beskrivits som centrala vid införande av målstyrning. Dessa kan kopplas till både organisationen och till processen.

Det *första* kriteriet handlar om att chefer centralt i organisationen ska stödja målen som tagits fram. Det ska här poängteras att utgångspunkten i målstyrningen är att fastställandet av mål ska göras gemensamt av över- och underordnad part. Det är just den deltagande processen som är viktig i sig. I de ömsesidiga diskussionerna kan man utveckla betydelsefulla verksamhetsmål, tydliggöra ansvaret, underlätta samverkan på olika nivåer och förbättra återkopplingen. Det innebär att målen som tagits fram lokalt också ska användas i beslutsprocesser centralt i organisationen (Jun, 1976; Covaleski och Dirsmith, 1981).

Det *andra* kriteriet handlar om tydlighet och rangordning av målen. Målen ska vara tydligt avgränsade, de ska ha rangordnas utifrån deras vikt och de ska ha relaterats till andra beslutsområden inom organisationen. Dessutom ska strategier, tidsplaner samt vilka resurser som krävs för att uppnå mål ha tydliggjorts (Covaleski och Dirsmith, 1981).

Det *tredje* kriteriet handlar om kopplingen mellan mål och finansiella medel, det vill säga att det måste finnas en nära koppling mellan resursutnyttjandet och uppnåendet av mål (Covaleski och Dirsmith, 1981).

Det *fjärde* kriteriet handlar om vikten av interaktion mellan olika hierarkiska nivåer under själva upprättandet av målen, det vill säga att ansvariga på olika hierarkiska nivåer ska medverka i utarbetandet av målen.

Det *femte* kriteriet handlar slutligen om återkopplingen, som bör vara nära förknippad med och uttryckt i tydliga och kvantitativa mål. Resultatet ska värderas utifrån dess effektivitet, produktivitet och ekonomi. Återkopplingen bör kommuniceras regelbundet och i rätt tid (Covaleski och Dirsmith, 1981).

En central fråga i målstyrningssammanhang gäller frågan om hur man sätter mål och mått. Det finns fler sätt att kategorisera mål och mått. När det gäller utformningen av olika mål skiljer man inom litteraturen på exempelvis strukturmål och strukturmått, processmål och processmått och resultatmål och resultatmått (Olsson, 2014).

Struktur mål/struktur mått är en beskrivning av vad man har tillgång till i organisationen. Exempel på ett struktur mått relaterat till hälso- och sjukvården är andel specialistutbildade sjuksköterskor. *Process mål/process mått* handlar om vad man gör. Exempel på ett process mål/process mått kan vara att man följer basala hygienrutiner. *Resultat mål/resultat mått* kan beskrivas som mål/mått på de effekter man vill uppnå. Exempel på resultat mål/resultat mått är att patienter ska få tid för behandling inom ett visst antal dagar.

Ett annat sätt att diskutera målen inom offentliga organisationer har inneburit att man skilt på inriktningsmål, effektmål och produktionsmål (Svensson, 1997; Pihlgren och Svensson, 1989). *Inriktningsmålen* beskriver den riktning man vill att organisationen ska ta utifrån en viss grundsyn på verksamheten. *Effektmålen* konkretiserar inriktningsmålen och ska utgöra ett mått på det man förväntas uppnå under en viss tid. *Produktionsmålen* innebär att målen konkretiserats och specificerats för varje verksamhet och vad de ska uppnå, när det ska vara uppnått och hur (Svensson 1997; Pihlgren och Svensson, 1989).

3.1.2 Kritik mot målstyrning

I praktiken finns många problem med just målstyrning och kritiken har stundom varit massiv (Van Thiel och Leeuw, 2002). Svårigheterna har till exempel handlat om hur man ska definiera och mäta mål och mått och hitta en styrningspraxis som säkerställer att det önskade resultatet nås (Heinrich, 2002; Smith, 1993, 1995b; Bouckaert och Balk, 1991). Annan kritik har handlat om att målen inte får den verkan man önskar, bland annat på grund av svårigheter med att ledningen visat sig ha svårt att meddela de mål och mått som de önskar att verksamheten ska uppnå och följaktligen också haft svårt att skapa en gemensam överenskommen handlingsplan (Dahlsten m.fl., 2005). En del i kritiken mot målstyrning handlar vidare om svårigheterna att sätta upp relevanta mål och mått. Det gäller i synnerhet i komplexa verksamheter som hälso- och sjukvården (Bouckaert och Balk, 1991). Målen tenderar då att bli många (för många) till antalet och alltför detaljerade och fokusera på enkla mätbara resultat som inte speglar komplexiteten i den offentliga sektorn (Modell och Grönlund, 2007; Lonti och Gregory, 2007).

Risken att målen får icke avsedda effekter har också uppmärksamats (se till exempel Diefenbach, 2009). En av riskerna handlar om att ett alltför starkt fokus finns på de mål som satts upp, vilket riskerar att andra, viktigare mål, trängs undan (Smith, 1993; Bouckaert och Balk, 1991; Smith, 1995a). Det innebär också att det finns en risk att man förbättrar dokumentation av måluppfyllelse snarare än att det representerar en verklig förbättring. Ett exempel inom hälso- och sjukvården kan handla om att man registrerar diagnoser på patienter (i diagnosrelaterade grupper, DRG) i syfte att öka prestationen (Smith, 1993), eller genom att fokusera på "lättare" patienter där man kan

vårda många patienter på bekostnad av de mer vårdkrävande patienterna som till antalet är en liten grupp. På liknande sätt finns en risk att fokus hamnar på att arbeta kortsiktigt för att uppnå årets uppsatta mål på bekostnad av långsiktighet (Smith, 1993). Andra risker handlar om att ansvariga på olika nivåer i verksamheten fokuserar alltför mycket på sina egna mål, vilket riskerar att man inte ser organisationen som helhet och vad som är bäst för den (Smith 1993, 1995a).

3.1.3 Olika definitioner av målstyrning

Forskningen om målstyrning har tagit sig olika uttrycksformer. Det innebär att en del av forskningen om målstyrning går under andra begrepp och har flera olika teoretiska utgångspunkter. Målstyrning kan ses som en av flera modeller för att följa prestationer. Just prestationer och prestationsmätning har det gjorts en hel del studier om och finns till exempel under begreppen *performance measurement* (Cuganesan m.fl., 2014; Propper och Wilson, 2003) och *performance measurement system* (Verbeeten och Speklé, 2015; Budding och Groot, 2009). Andra har lagt större fokus på själva processen under begreppen *performance management* (Pollitt, 2006; Gerrish, 2016), *outcome-based performance management* (Heinrich, 2002) medan en del kombinerar begreppen *performance measurement and management* (läs till exempel Brignall och Modell, 2000; Modell, 2003; Arnaboldi m.fl., 2015; Kristiansen, 2015). Ytterligare närliggande begrepp och möjligen ett alternativt begrepp till målstyrning, är resultatstyrning (eng. *management by results*) (Sundström, 2006; Try och Radnor, 2007).

Under senare år har flera forskningsstudier fokuserat på att studera effektivitet och att hitta mål och mått för att mäta effektivitet i offentlig sektor (Andersen m.fl., 2016; Walker och Andrews, 2015). Exempelvis har effektivitet diskuterats utifrån två modeller, den så kallade 3E-modellen (*economy, efficiency and effectiveness*) (Boyne, 2002, 2003a, 2003b) samt den så kallade IOO-modellen (*input-output-outcome*) (Behn, 2014, 2003; Lynn och Robichau, 2013; Walker och Andrews, 2015). Studier inom 3E-modellen fokuserar på ekonomi, effektivitet och produktivitet¹ av offentliga tjänster. Ekonomi handlar om kostnader för att få fram de konkreta insatser som krävs för att bedriva kvalitativ hälso- och sjukvård (det handlar exempelvis om kostnader för faciliteter, personal och utrustning). Produktivitet handlar om förhållandet mellan tillförda resurser och det som produceras (exempelvis kostnad per enhet). Effektivitet (eller måluppfyllelse) handlar om att producera det avsedda, eller förväntade, resultaten man önskar uppnå med verksamheten (Walker och Andrews, 2015). IOO-modellen kommer från engelskans input-output-outcome. Modellen har likheter med

¹ De tre E:na refererar till de engelska begreppen *economy, efficiency and effectiveness*. Någon riktigt bra översättning till svenska finns inte, men har här för enkelhetens skull översatts till de någon mer begränsade svenska begreppen ekonomi, produktivitet och effektivitet.

3E-modellen där input motsvaras av ekonomin och de ekonomiska insatser man sätter in i verksamheten. Output kan liknas vid produktivitet som mäts i kvantitet och kvalitet. Förhållandet mellan output och input är produktiviteten. Outcome kan liknas vid effektiviteten, det vill säga om verksamheten uppnår de mål man satt upp. Här inkluderas även värde för pengarna, det vill säga det utfall man uppnått i förhållande till insatta pengar.

3.2 Budgetens roll i offentlig sektor

I offentlig sektor, till exempel i hälso- och sjukvården, har budgeten en central roll för fördelningen av resurser och för att säkerställa att de faktiska utgifterna hålls i linje med budgetmål (Anell, 1990; Anthony och Young, 2003). Budgeten har vidare en stor betydelse inom svensk hälso- och sjukvård då budgeten utgör ett lagkrav. I 11 kap. 5§ av kommunallagen (SFS 2017:725) framgår att regionerna enligt lag är skyldiga att förbereda en budget för varje år och att intäkterna måste överstiga kostnaderna. Budgeten ska även innehålla en plan för ekonomin för en period av tre år, där budgetåret alltid ska vara periodens första år. I budgeten ska även framgå hur verksamheten ska finansieras (SFS 2017:725, 11 kap. 6§). Även om en budget ofta förknippas med planering och fördelning av resurser finns fler krav på en budget. I såväl kommuner som regioner finns krav på att man i budgeten ska sätta upp mål. I kommunallagen 11 kap. §6 (SFS 2017:725) kan man läsa att:

Budgeten ska även innehålla en plan för verksamheten under budgetåret. I planen ska det anges mål och riktlinjer som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning.

Utöver de krav som ställs på de svenska regionerna och vad budgeten ska innehålla finns också en mer teoretisk diskussion om vad en budget är. Enligt den amerikanske forskaren Aaron Wildavsky (1975, s. 3) vars forskning bland annat handlade om offentlig politik och budgetering inom staten handlar budgetering om ”translating financial resources into human purpose” och kan därmed ses som en process där budgeten fastställs och används. Budgeten har definierats som:

[A] document, containing words and figures, which proposes expenditures for certain items and purposes. The words describe items of expenditures (salaries, equipment, travel) or purpose (preventing war, improving mental health, providing low-income housing), and the figures are attached to each item or purpose (Wildavsky 1984, s. 1).

Traditionellt brukar budgeten beskrivas som en (av flera) styrmodeller som används för att kontrollera intäkter och kostnader samt en planering för det kommande året, eller för en annan angiven tidsram (Anthony och Govindarajan, 2001). Budgeten kan också utgöra en grund för att styra och utvärdera prestationer av både individer och enheter i en organisation. Genom budgetstyrning kan organisatoriska aktiviteter hanteras och samordnas (Bruns och Waterhouse, 1975). Budgeten spelar en central roll

i nästan all styrning på grund av dess förmåga att aggregera en organisations verksamhet i en sammanhängande finansiell sammanfattning (Otley, 1999; Hansen m.fl., 2003). Budgetstyrningssystemet är tänkt att bistå beslutsfattandet och ska kontrollera aktiviteterna i en organisation (Emmanuel m.fl., 1990). Utformningen av budgetstyrningssystemet är sålunda menat att leda verksamheten så att den kan fokusera på att uppnå organisatoriska mål (Banbury och Nahapiet, 1979).

Budgetstyrning i den offentliga sektorn brukar beskrivas som komplex, bland annat på grund av de många och ofta motstridiga målen, en politiserad miljö och en dominans av professioner som har sin grund i professionella verksamheter (Boland och Fowler, 2000; Abernethy m.fl., 2007). I hälso- och sjukvården är förhållandet mellan politiker, administration och professionella inte reglerat kommunallagen, utan utgår i princip från den politiska nivån (Sveriges kommuner och landsting, 2012). Politiker ansvarar för att välja och besluta över aktiviteter och budgeten fastställer de ekonomiska gränserna för dessa aktiviteter (Wildavsky, 1984). Med budgeten som en finansiell gräns finns det möjlighet att ge en väsentlig frihet för verksamheterna att bestämma hur de ska genomföra sina aktiviteter. Det skulle innebära att yrkesverksamma inom organisationen har möjlighet att bestämma lämpliga metoder för till exempel behandlingar av patienter och adekvat teknik i enlighet med deras yrkesstandarder (Agevall och Jonnergård, 2007).

DEL 2

Styrning av Region Stockholm

4 Region Stockholms organisation och styrning

Regioner är självstyrande lokala enheter och är en av Sveriges viktigaste administrativa underavdelningar. Det lokala självstyret är specificerat i regeringsformen som är en av de svenska grundlagarna. Det lokala självstyret innebär att regionerna har rätt till både självständighet och självbestämmande. Regionerna har till exempel rätt att bestämma hur de ska hantera sina uppgifter och fördela sina resurser, de har också rätt att ta ut proportionella inkomstskatter av befolkningen inom regionen.

Regionernas verksamhet styrs av kommunallagen tillsammans med andra speciallagar, såsom hälso- och sjukvårdslagen. Regionerna ansvarar för hälso- och sjukvård, tandvård, den regionala utvecklingen samt kollektivtrafiken. Utöver det finns uppgifter och ansvar som regionerna frivilligt kan åta sig, såsom kultur, utbildning och turism. Regionernas ansvar och uppgifter går ut på att organisera, leda, planera, utveckla, kvalitetssäkra och finansiera sin egen verksamhet.

Region Stockholm ansvarar, precis som Sveriges övriga 21 regioner, för hälso- och sjukvård, tandvård (för barn och unga upp till 22 år), den regionala utvecklingen samt för kollektivtrafiken. Region Stockholm har även åtagit sig att bidra till kulturen i Stockholms län.

Den 1 januari 2019, blev Stockholms läns landsting en region, Region Stockholm. Det innebar att dåvarande landstinget tog över det regionala utvecklingsansvaret från Länsstyrelsen. Regionens kärnkärnverksamheter är: hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, kultur och regional utveckling.

4.1 En koncern med egna bolag

Region Stockholm är organiserad i en koncern och bedriver delar av verksamheten i bolagsform. Bolagen leds av en styrelse, som består av förtroendevalda ledamöter och personalrepresentanter, vilka ansvarar för den långsiktiga inriktningen för bolaget. I regionfullmäktige beslutas om ägardirektiv, vilket beskriver hur regionfullmäktige, det vill säga hur ägarna vill att bolagen ska drivas samt de mål och ambitioner ägarna har med bolagen. Bolagen leds av en styrelse där medlemmar i styrelsen är förtroendevalda ledamöter. År 2019 drevs 14 bolag i egen regi varav tre akutsjukhus (Södersjukhuset AB, Södertälje sjukhus AB och Danderyds sjukhus AB). Storstockholms lokaltrafik (med dotterbolagen SL finans AB och SL Älvsjö AB) ansvarar för lokaltrafiken i regionen, men har ingen egen trafikverksamhet utan trafiken drivs av upphandlade utförare av trafik (trafikentreprenader).

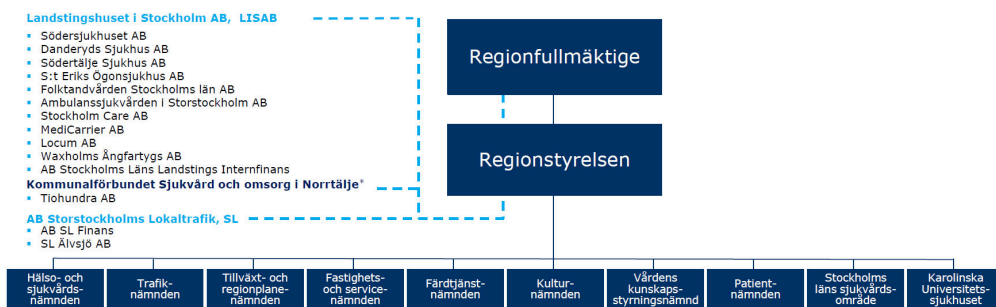
4.2 Den politiska organisationen och tjänstemannaorganisationen

Region Stockholm styrs av två parallella organisationer, den politiska organisationen och tjänstemannaorganisationen. Den politiska organisationen innefattar regionfullmäktige, regionstyrelse, nämnder, utskott och beredningar och beslutar om den inriktning som ska gälla i Region Stockholm. Det innebär att det här fattas beslut om vad som ska göras under den politiska mandatperioden. Själva besluten om hur regionen ska styras, fattas av politiker vid möten i politiska organ under året (även kallat ärendehantering). Medan regionens inriktning beslutas av politiker, är tjänstemannaorganisationen utförarna av de politiska besluten, det vill säga att det är de som genomför det praktiska arbetet. Nedan följer en genomgång av såväl den politiska organisationen som tjänstemannaorganisationen och vad de ansvarar för.

4.2.1 Vem gör vad i den politiska organisationen?

Den politiska organisationen omfattar regionfullmäktige, regionstyrelse, nämnder, utskott och beredningar. De beslutar om den inriktning som ska gälla i regionen, det vill säga vad som ska göras under mandatperioden. Den politiska organisationen har en klassisk hierarkisk uppbyggnad där regionfullmäktige är det högsta beslutande organet. Nedan illustreras den politiska organisationen i Region Stockholm, se figur 4.1.

Region Stockholms organisation 2019-2022



Figur 4.1. Region Stockholms politiska organisation åren 2019–2022 (Region Stockholm, 2019).

Regionfullmäktige – är regionens högsta beslutande organ. Regionfullmäktige fattar beslut om regionens inriktning, vilken verksamhet som ska bedrivas och om ekonomin i regionen. De fattar därmed beslut om såväl regionens budget som dess skattesats. Utöver det beslutar de om hur regionens förvaltning ska organiseras och under vilka verksamhetsformer man ska bedriva regionens verksamhet (för verksamhetsformer i

Region Stockholm, se nedan). Det är också regionfullmäktige som beslutar om vilka ledamöter och ersättare som ska sitta i regionstyrelsen och i nämnderna. De väljer också de revisorer som ska granska regionens verksamhet.

I regionfullmäktige sitter 149 ledamöter som väljs vid allmänna val vart fjärde år. För den löpande verksamheten väljer regionfullmäktige en ”regering”, regionstyrelsen.

Regionstyrelsen – är de som leder och samordnar arbetet i regionen. Det innebär att de ansvarar för att nämndernas verksamhet utövas i enlighet med det regionfullmäktige beslutat. I regionstyrelsen sitter 20 ledamöter. Under regionstyrelsen finns det nämnder, utskott och beredningar.

Nämnderna – har till uppgift att genomföra de uppdrag som beslutats i regionfullmäktige. Varje nämnd ansvarar för ett visst ansvarsområde. Exempel på nämnder som finns i regioner är hälso- och sjukvårdsnämnden, byggnadsnämnden, tekniska nämnden och kulturnämnden. Nämnderna ansvarar för den löpande verksamheten inom sina respektive ansvarsområden att genomföra de beslut som fattas i regionfullmäktige och att de frågor som avser regionfullmäktige har förberetts i någon av regionens nämnder.

I Region Stockholm finns tio nämnder. Dessa är, hälso- och sjukvårdsnämnden, trafiknämnden, tillväxt- och regionplaneringsnämnden, fastighets- och servicenämnden, färdtjänstnämnden, kulturnämnden, vårdens kunskapsstyrningsnämnd, patientnämnden, Karolinska universitetssjukhuset samt Stockholms läns sjukvårdsområde, (se figur 4.2 nedan) (Stockholms läns landsting, 2020b).

Majoriteten av nämnderna representerar en av Region Stockholms fyra kärnverksamheter: regional utveckling, hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och kultur. Det är en nämnd som arbetar med kärnverksamheten regional utveckling: tillväxt- och regionplaneringsnämnden. Det är fem nämnder som arbetar inom kärnverksamheten hälso- och sjukvård: hälso- och sjukvårdsnämnden, vårdens kunskapsstyrningsnämnd, patientnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska sjukhuset. Två nämnder arbetar med kärnverksamheten kollektivtrafik: trafiknämnden och färdtjänstnämnden. En nämnd arbetar med kärnverksamheten kultur: kulturnämnden. Slutligen är det en nämnd som har ett bredare och mer regionövergripande ansvarsområde: fastighets- och servicenämnden, som ansvarar för en del av Region Stockholms fastighetsinnehav och regiongemensamma serviceområden.

Varje nämnd har således ett eget ansvarsområde. Exempelvis ansvarar hälso- och sjukvårdsnämnden för att utbudet av hälso- och sjukvård, tandvård och en del insatser till vissa funktionshindrade är anpassat efter behovet i befolkningen. Trafiknämnden ansvarar för regionens kollektivtrafik, det gäller trafiken som bedrivs såväl till land som till sjöss samt färdtjänsten. Kulturnämnden har ansvar för länets kultur- och föreningsliv. Trots att varje nämnd har ett eget ansvarsområde är det många nämnder

som arbetar med samma eller liknande verksamheter. Exempelvis bedrivs frågor om hälso- och sjukvård av fem nämnder (se ovan). Utöver det kommer hälso- och sjukvårdsfrågor in i ytterligare nämnder, exempelvis i kulturnämnden. På samma sätt diskuteras trafikfrågor i flera nämnder.

I Region Stockholm tillämpas en så kallad beställar- och utförarstyrning², för styrningen av hälso- och sjukvården och kollektivtrafiken. Det gör bland annat att nämnderna inte bara har skilda ansvarsområden utan de är också organiserade och styrda på olika sätt.

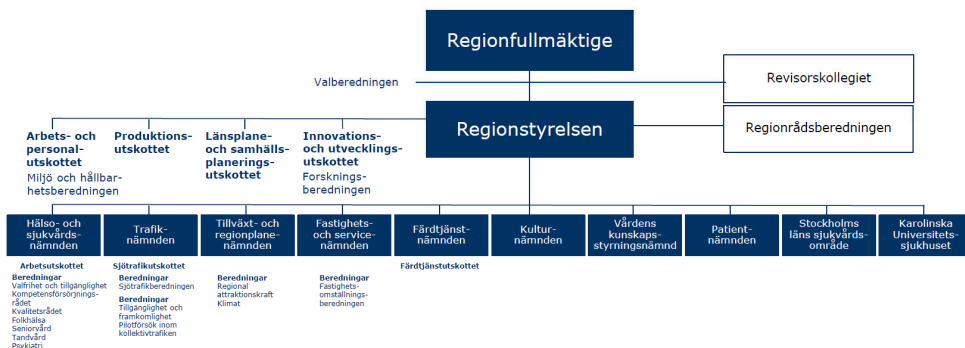
För de nämnder som ligger under kärnverksamheten hälso- och sjukvård, är hälso- och sjukvårdsnämnden³ en beställarnämnd med tillhörande förvaltning som ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård av olika utförare av hälso- och sjukvården. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) är en nämnd, men är organiserad som en utförarorganisation och bedriver bland annat primärvård och psykiatri i regionen. I de intervjuer som gjorts beskrivs Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) som en nämnd som bedrivs som ett bolag, eller ett ”företag i företaget”. Karolinska universitetssjukhuset är även den organiserad som en utförarorganisation och bedriver högspecialiserad hälso- och sjukvård. För kollektivtrafiken i regionen är trafiknämnden en beställarorganisation som ansvarar för planering och upphandling av trafiktjänster. Regionen bedriver dock ingen egen kollektivtrafik utan allt upphandlas genom trafiknämnden.

Till regionstyrelsen och nämnder finns utskott och beredningar, enligt organisationskartan nedan, där olika frågor förbereds (Stockholms läns landsting, 2018d).

² Beställar-utförarstyrning bygger på en decentraliseringsfilosofi, där beställarfunktioner inrättas, som är tänkta att skapa ett tydligt fokus på vad verksamheterna ska göra. I en beställar-utförarstyrning överlämnas ansvaret för beställningen av hälso- och sjukvården till en beställarnämnd. Beställarnämndens uppdrag är att beställa och skriva avtal med utförare av hälso- och sjukvård. Därmed överlämnas utförandet av hälso- och sjukvården till professionen och när beställda prestationer utförts får utföraren betalt i form av intäkter till den egna verksamheten (det vill säga om inte beställda prestationer utförs dras ersättningen tillbaka). I modellen ingår att beställaren kan välja vem som ska utföra hälso- och sjukvården, det vill säga att de kan välja att ingå avtal med såväl privata som offentligt ägda vårdgivare och på det sättet skapas en konkurrens mellan olika vårdgivare, vilket har antagits främja effektivitet och kvalitet.

³ För invånarna i Norrtälje är det Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje som beställer och upphandlar såväl hälso- och sjukvård som omsorg.

Beredningar och utskott under nämnder 2019-2022

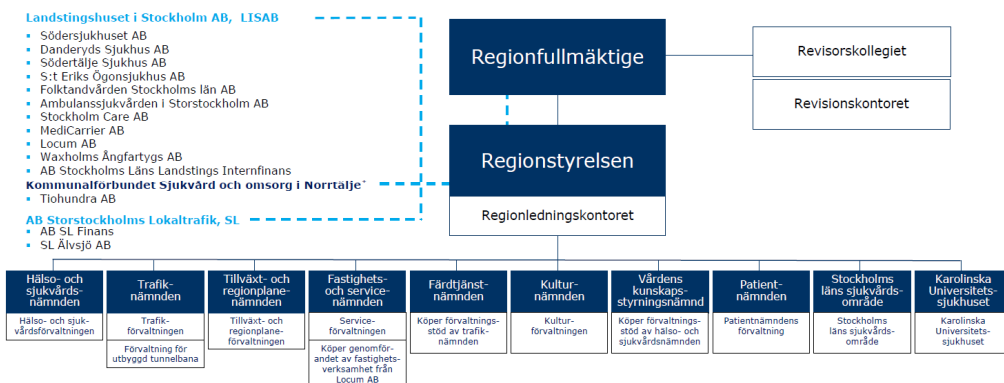


Figur 4.2. Region Stockholms beredningar och utskott 2019–2022 (Region Stockholm, 2019).

4.2.2 Vem gör vad i tjänstemannaorganisationen?

Det praktiska arbetet i en region sköts av tjänstemännen. Tjänstemannaorganisationen löper vid sidan av den politiska styrningen. Nedan illustreras hur tjänstemannaorganisationen organiserats i Region Stockholm (se figur 4.3).

Tjänstemannaorganisation 2019-2022



*Gemensamt kommunalförbund tillsammans med Norrtälje kommun

Figur 4.3. Region Stockholms tjänstemannaorganisation 2019–2022 (Region Stockholm, 2019).

Regionledningskontoret – har till uppgift att stödja regionstyrelsen med att styra, samordna och följa upp Region Stockholms verksamheter. Det innebär att de är stöd och tar fram underlag till regionstyrelsen och den politiska organisationen, i övergripande styrnings-, lednings- och samordningsfrågor (Stockholms läns landsting, 2020c).

Revisionskontoret – har till uppgift att stödja revisorskollegiet, det vill säga de förtroendevalda revisorerna, i deras revisionsarbete. Det kan innebära att planera, styra och följa upp revisionsinsatserna samt rapportera de revisionsinsatser som gjorts.

Förvaltningarna – har till uppgift att ta fram underlag till de politiska nämnderna och att genomföra politiska beslut. Varje nämnd har en förvaltning, med medarbetare (tjänstemän) och leds av en förvaltningschef. I Region Stockholm är det regiondirektören, vid regionledningskontoret, som är högsta ansvariga tjänstemannen som leder och samordnar förvaltningschefernas arbete.

4.3 Målstyrning och ekonomistyrning

Enligt budgetdokumentet för 2019 är grunden i Region Stockholms styrning målstyrning och ekonomistyrning (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3 s. 226). I nämnda budgetdokument kan man läsa om hur målstyrningen är tänkt att fungera. Bland annat beskrivs hur ansvaret för målstyrningen fördelas och hur man ska gå tillväga i arbetet. Målet är att skapa en tydlig linje i målstyrningen som går från regionfullmäktige ut till de enskilda verksamheterna i regionen.

Målstyrningen ska skapa en röd tråd från regionfullmäktiges vision till aktiviteter på enhetsnivå. Förvaltningschefer och verkställande direktörer ansvarar för att varje verksamhet, till enhetsnivå, planerar, genomför och följer upp och analyserar aktiviteter i sin verksamhetsplan för att uppfylla mål och genomföra uppdrag inom beslutade ekonomiska ramar. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3 s. 227)

Regionfullmäktige, regionens högsta beslutande organ, beslutar om målen för verksamheterna (nämnder och bolag), både koncernövergripande mål och specifika mål för de olika verksamheterna. Regionstyrelsen ansvarar sedan för att följa upp målen och budgeten för verksamheterna och vidta åtgärder om de inte uppfylls. Det är därefter upp till verksamheterna och bolagen att besluta om egna mål som konkretiserar de mål som beslutats i regionfullmäktige. I budgetdokumentet poängteras att dessa mål inte får bli för många till antalet. Det anges dock inte vad för många mål är. Målen framställs i budgeten och anger de mål och förväntningar som verksamheterna ska uppnå inom sin tilldelade budget och vilka resultatkrav som finns på dem. Målen ska vara formulerade på övergripande nivå och ska gälla för mandatperioden (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3).

Målen är konkretiserade i huvudmål med underliggande delmål och dessa återfinns i budgeten. Indikatorer har tagits fram för att mäta varje mål samt ett målvärde för att

mäta i vilken utsträckning en indikator är uppfylld. Huvudmål, delmål och indikatorer finns dels på en koncerngemensam nivå vilka verksamheterna, alla nämnder och egna bolag, ska arbeta i riktning mot, dels som specifika huvudmål, delmål och indikatorer riktade och anpassade till respektive nämnd och egna bolag. Måluppfyllelsen ska mätas och följas upp med hjälp av indikatorer och tidsangivna målvärden. Ett mål anses vara uppfyllt om ”minst hälften av underliggande indikatorer uppfylls” (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 226). På samma sätt anses ett övergripande mål vara uppfyllt om ”minst hälften av målen uppfylls” (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 226). Värt att poängtera är att det står i budgettexten att målen ska vara tidsangivna.

Med ekonomistyrning avses i Region Stockholm att ”att varje skattekrona ska användas så effektivt som möjligt samt till att säkra en budget i balans” (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 229). Med detta avses att det handlar om att se till att underlag till en budgetuppföljning tas fram och att åtgärder vidtas när det finns risk för budgetavvikelse. Det gäller samtliga nivåer i regionen. Man påtalar också vikten av att förutse ekonomiska konsekvenser vid de beslut som fattas i regionen och att alla beslut ska hållas inom givna budgetramar.

DEL 3

Dokumentstudien

5 Budgeten – Regionen Stockholms viktigaste styrdokument

I detta kapitel granskas Region Stockholms viktigaste styrdokument – budgeten – med utgångspunkt i dess generella struktur, hur målstyrningen beskrivs och uttrycks i budgeten samt hur den bryts ned i organisationen och förs ut i regionens verksamheter. I Region Stockholm är, som just nämnts, budgeten upphöjd till regionens viktigaste styrdokument:

Region Stockholms viktigaste styrdokument är budgeten som beslutas av regionfullmäktige. Den beskriver mål, satsningar, ekonomiska ramar och anger inriktning för vad landstingets [regionens] verksamheter ska uppnå. (Stockholms läns landsting, 2020a)

5.1 Budgetens struktur och innehåll

Inledningsvis görs en generell genomgång av budgetdokumentet, detta följs av mer detaljerade beskrivningar. Därefter ligger fokus på just styrningen och hur de politiska visionerna konkretiseras i mål och mått samt hur antalet mål och mått utvecklats under tidsperioden 2016–2019.

I Region Stockholm innehåller budgeten regionens finansiella ramar och mål för verksamheten. Men den innehåller också mycket mer. I denna rapport har budgetarna för åren 2016–2019 granskats. Viktigt att komma ihåg är att det skett ett skifte i den politiska ledningen under denna period. 2018 tog Alliansen tillsammans med Miljöpartiet över styret av regionen. Under denna tid har det hänt en del med budgeten. Budgetarna under de studerade åren skiljer sig framförallt åt avseende upplägg och struktur. Men gemensamt för budgeterna är att budgeten anger:

- De politiska visionerna för verksamheten och beskrivs i löpande text
 - o De politiska visionerna beskriver vad man vill att regionen ska fokusera på. Dessa beskrivningar är av olika karaktär. Ibland är de övergripande och generella, ibland är de mycket konkreta och fokuserar på hur avgränsade frågor ska lösas.
- Ekonomisk plan och finansiering av verksamheten
 - o Här går man igenom de ekonomiska förutsättningarna och en ekonomisk plan för kommande år presenteras samt att en prognos görs för två år framåt.
- Hur verksamheten ska styras
 - o Här är man olika utförlig olika år. I slutet av perioden (2018–2019) har man förtydligat ansvaret för de olika verksamheterna (nämnder och egna bolag) i regionen i vad de ansvarar för och vad de ska uppnå formulerat i huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden.

I avsnittet nedan fokuseras Region Stockholms budget för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a). För att få en förståelse för budgetens innehåll diskuteras budgeten för detta år mer i detalj.

Budgeten 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a) är indelad i sex delar. I budgetens första del, inledningen (s. 4–22) beskrivs regionens mål, satsningar och ekonomiska ramar. Budgeten riktar sig till Region Stockholms fyra kärnverksamheter: regional utveckling, hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och kultur. Utöver dessa lägger man också stort fokus vid områden som attraktiv arbetsgivare, ekonomi, innovation samt forskning och utveckling. I budgetens inledning diskuteras regionens inriktning och vad man vill åstadkomma inom de fyra ansvarsområdena och inom övriga målområden. Här ger texten uttryck för visioner och mål som regionen ska styra mot.

Den andra delen (kapitel 2) innehåller budgetens förutsättningar. Här går man igenom det ekonomiska utgångsläget och makroekonomiska förändringar som påverkar ekonomin i regionen. Här går man också igenom mer konkret, de ekonomiska förutsättningarna för budgetåret, hur anslag till nämnderna i regionen fördelas samt krav som ställs på verksamheten, avseende exempelvis resultat.

I den tredje delen (kapitel 3) ligger fokus på regionens nämnder och mål diskuteras mer övergripande. Målen konkretiseras i huvudmål, delmål och indikatorer. Här går man igenom organisationen, nämnd för nämnd, vem som ansvarar för vad och deras uppgifter och inriktning, ekonomiska förutsättningar samt huvudmål, delmål, indikatorer och uppdrag för respektive nämnd.

I budgetens fjärde del (kapitel 4) återfinns krav på Region Stockholms 16 egna bolag. Här går man igenom de egna bolagens syften och inriktningar, resultatkrav från fullmäktige, investeringar, ägardirektiv samt mål och indikatorer. Mål och indikatorer anges för respektive bolag. Senare i texten granskas dessa huvudmål, delmål och indikatorer och hur väl de stämmer överens med och går i linje med regionens visioner och mål, som tagits upp i budgetens första del.

Den femte delen (kapitel 5) i budgeten går igenom Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje, som planerar och beställer hälso- och sjukvård och omsorg för invånarna i Norrtälje kommun. Detta görs på en sida.

Den sista och sjätte delen (kapitel 6) går igenom räkenskaperna, med regionens resultat- och balansbudget, kassaflödesanalys, finansieringsbudget, anslagsfördelning till nämnder med mera.

Det finns även bilagor i budgeten. I den första bilagan upprepas regionens mål och indikatorer. I den andra bilagan redovisas bland annat en sammanställning av regionens taxor och avgifter i hälso- och sjukvården och kollektivtrafiken. I den tredje bilagan går man igenom hur regionens verksamheter styrs, leds och följs upp. I bilaga fem summeras alla styrande dokument vilka fastställts i regionfullmäktige och i

regionstyrelsen. I bilaga sex går man igenom regionens investeringsplan för hälso- och sjukvården, kollektivtrafiken, fastigheter och service samt övrig verksamhet. I sista bilagan går man igenom budgetspecifikationer för nämnderna.

Det uttrycks tydligt att budgeten och budgetens mål är överordnade alla andra mål i regionen:

Budgetens mål är överordnade andra mål. För att mål i andra styrande dokument ska bli styrande och inte vägledande krävs att de prioriteras, finansieras och tydliggörs i budgeten. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 226)

Men, budgeten är bara ett av flera styrande dokument. I bilaga 4 i budgeten för 2019 återfinns en förteckning över styrande dokument fastställda av regionfullmäktige och regionstyrelsen. Förteckningen omfattar 64 styrande dokument uppdelade i områdena styrning, antikorruption, ekonomi, forskning- och utbildning, informationshantering, inköp, investeringar- och anläggningar, IT, kommunikation, miljö, personal, social hållbarhet, säkerhet- och krisberedskap, hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regionplanering samt kultur. En förteckning över samtliga styrande dokument i Region Stockholm (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 231–234) återfinns i bilaga 1. När det gäller rangordning och prioritering av styrande dokument finns i nuläget ingen sådan. Men arbete pågår för att införa en rangordning, prioritering och samordning av policyer och styrande dokument i regionen (Stockholms läns landsting, 2018b).

5.2 Målstyrning

Det är i regionens budget målstyrningen beskrivs. Inledningsvis kommer målen för regionens verksamhet att diskuteras och hur de politiska visionerna uttrycks. På den regionövergripande nivån, inkluderas alla regionens verksamheter (kollektivtrafiken, hälso- och sjukvården, regional utveckling och kultur). Men när politiska visioner diskuteras i relation till nämnder och verksamheter kommer fokus att läggas på hälso- och sjukvården.

Ute i regionens hälso- och sjukvårdsverksamheter skriver varje enskild verksamhetsutövare avtal med regionens beställarnämnd (hälso- och sjukvårdsnämnden), som ett led i beställar-utförarstyrningen. Det gäller såväl privatägda som regionägda verksamheter. Här har den politiska text som finns i budgeten en roll. Det är med utgångspunkt i den politiska texten som avtalen med utförarna av hälso- och sjukvård formuleras. Mer om detta kommer att diskuteras nedan. Genom att inkludera den politiska texten blir det möjligt att senare granska hur de politiska visionerna hänger ihop med de mål som uttrycks genom målstyrningen. De politiska visionerna kommer att diskuteras utifrån hur de framförs, hur konkreta de är och om det finns någon tydlig linje i vartåt man strävar. Därefter kommer målstyrningen, så som den uttrycks i budgeten 2019 att undersökas och diskuteras.

Strukturen utgår från regionens organisationskarta där målen diskuteras från koncernnivån (regional nivå), till nämndnivå och slutligen de egna bolagen.

5.2.1 Koncerngemensamma visioner och mål

De politiska visionerna och målområdena som regionen förväntas styra mot, framkommer i budgetens första del, sidorna 4–22 (Stockholms läns landsting, 2018a). De politiska visionerna omfattar flera områden inom regionens fyra kärnverksamheter, men också andra områden som uppfattas som viktiga, som till exempel attraktiv arbetsgivare, ekonomi samt innovation, forskning och utveckling.

Nedan framställs de underrubriker som finns i beskrivningen av de politiska visionerna. Dessa områden tolkas därmed som mer viktiga än andra och återkommer flera gånger senare, i budgetens övriga delar (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 4–22):

- Budget för en starkare Stockholmsregion
- Landstinget blir Region Stockholm
- Det regionala utvecklingsansvaret
- Ansvar för länsplan förpliktigar
- En attraktiv arbetsgivare
- Ansvarsfull ekonomi avgörande
- En tillgänglig hälso- och sjukvård av hög kvalitet
- En stärkt primärvård
- Stärkt arbete mot psykisk ohälsa
- Vårdens kunskapsstyrning
- Ge vård i tid och öka mångfalden
- Trygg förlossning och en bra start i livet
- Garantera äldre en värdig sammanhållen vård och omsorg
- Främja folkhälsan
- Modernisera vården
- Hälso- och sjukvården i framtiden
- Mot världens bästa kollektivtrafik
- En kollektivtrafik att lita på
- En trygg kollektivtrafik
- En hållbar kollektivtrafik för framtiden
- En kollektivtrafik för alla resenärer
- Ett stärkt arbete för hållbar region
- En fri kultur i hela Stockholmsregionen.

Om man tittar på omfånget av text är det mest fokus på hälso- och sjukvård som sträcker sig under drygt sex sidor (s. 9–15), tätt följt av kollektivtrafiken som diskuteras på knappt fem sidor (s. 15–19). Regional utveckling diskuteras på knappt tre sidor (s. 4–7). Kulturen diskuteras på drygt en av de 22 sidorna (s. 21–22). Övriga delar har mindre utrymme där attraktiv arbetsgivare diskuteras på drygt en sida (s. 7–

8), ekonomi på drygt en halv sida (s. 8–9) och innovation, forskning och utveckling på närmare två sidor (s. 20–21).

Under respektive rubrik, se listan ovan, diskuteras något som uppfattas som politiska riktlinjer och visioner för vad man vill uppnå inom regionen. Detta görs på lite olika sätt, allt från rent visionära mål till mycket konkreta mål som berör endast enskilda verksamheter i regionen. Nedan ges några exempel från regionens olika kärnverksamheter, där skillnaderna illustreras i hur de politiska visionerna kan uttryckas. Till en början illustreras hur de politiska visionerna kan vara mycket konkreta och där det egentligen inte råder så stor tveksamhet om vad politiken vill uppnå och hur verksamheterna ska arbeta för att förverkliga målen. Slutligen illustreras det motsatta, där de politiska visionerna är mycket allmänt hållna och det man önskar genomföra snarare uttrycks som en känsla eller upplevelse hos medborgaren. Däremellan finns förstås många olika varianter. Exempelen illustrerar att man har en del konkreta mål, men inte lösningen på hur dessa ska nås. Nedan ges exempel på när politikerna är mycket konkreta i vad man vill uppnå och hur visionerna ska förverkligas. Det gäller till exempel när man vill garantera äldre en värdig sammanhållen vård och omsorg:

För att äldre patienter ska få en vård med specialistkunskap om äldres sjukdomar behövs det fler geriatriska vårdplatser i Stockholmsregionen. Utökad geriatrik kan med fördel ske genom att privata vårdgivare erbjuder ökad kapacitet i nuvarande eller nya lokaler samt att privata entreprenörer etablerar verksamhet genom vårdval geriatrik. [...] På akutsjukhusen och i den palliativa vården ska en handlingsplan tas fram som syftar till att garantera mänsklig närvaro i livets allra sista skede, så att ingen ska behöva dö ensam. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 13).

Eller som när man diskuterar kollektivtrafik:

Färdtjänstresenärerna ska bemötas med god service och respekt. Region Stockholm vill att förarna ska ha kännedom om olika funktionsvariationer och därtill bra lokalkännedom då resenären inte alltid kan förväntas vara behjälplig med vägledning. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 17)

Ibland är texten konkret och initierar åtgärder för vad man vill uppnå, men inte hur. Då initieras vanligen en utredning. Fler exempel på detta går att finna i budgeten. Här visas ett exempel som handlar om arbetet för en hållbar region:

Ekonomiska incitament för att gynna klimatvänligare alternativ ska införas för Region Stockholms verksamheter. Detta kan exempelvis handla om att se över förutsättningarna för att införa interna klimatväxlingsfonder. Detta kombineras med ytterligare ambitionshöjningar för utsläppsminskningar från Region Stockholms verksamheter. Andelen av Region Stockholms egna fordon som är nollutsläppsfordon ska öka under 2019. Resepolicyn ska ses över och förtydligas så att den tydligt beaktar klimatpåverkan vid val av tjänsteresa. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 18–19)

Ytterligare ett exempel från när man diskuterar kollektivtrafiken:

Trängseln är en av Stockholmsregionens växande utmaningar. Region Stockholm ska i samarbete med kommunerna via Framkomlighetskommissionen söka lösningar på dagens trängselproblem i busstrafiken och säkerställa ett samlat och kraftfullt genomförande av stommötesplanen. Framkomlighetskommissionen ska utreda och föreslå ett paket av åtgärder som ska öka framkomligheten och korta restiderna med buss samt redovisa konsekvenser av och kostnader för dessa. Region Stockholm ska utreda påstigning genom bussens alla dörrar på stombusslinjerna för att korta hållplatstiderna och minska trängseln. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 16)

Nästa exempel är hämtat från en diskussion inom hälso- och sjukvården:

En översyn av vad som ingår i primärvård behöver genomföras och gränsdragningar mellan olika vårdval ses över. Bland annat behöver uppdraget för psykisk hälsa och förebyggande vård stärkas. [...] Primärvården ska finnas nära och vara tillgänglig för länets alla invånare. Under våren [2019] ska en övergripande primärvårdsstrategi presenteras, med mål för en stärkt primärvård. Strategin ska tas fram i dialog med vårdens aktörer och ta tillvara patientens perspektiv och behov av sammanhållning. [...] Arbetet med att minska antibiotikaanvändningen ska prioriteras och mål ska tas fram för när en hållbar användning av antibiotika kan uppnås. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 10–11)

Eller slutligen när man diskuterar kulturen:

Region Stockholm ska stödja aktörer inom kultur- och föreningslivet i att erbjuda länets invånare ett rikt utbud av kvalitativ kultur- och föreningsverksamhet. Noggranna granskningar ska göras för att säkerställa att skattemedel inte går till odemokratiskt eller olagligt arbete. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 21–22)

Ibland anges visionerna i känslor och upplevelser. De känsloladdade orden har kursiverats, de är alltså inte kursiverade i originaltexten. Exempel på just politiska visioner där känslouttryck eller mer subjektiva uppfattningar av målen ges i diskussionen om kollektivtrafik och att den ska finnas för alla resenärer:

Kollektivtrafiken ska vara i *världsklass* och hjälpa invånarna att *lösa vardagspusslet* och Stockholmsregionen att nå högt uppsatta klimatmål. [...] (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 4)

Barn, äldre och personer med funktionsnedsättning ska *uppleva* att kollektivtrafiken präglas av *trygghet och tillgänglighet*. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 18)

Nästa exempel kommer från hälso- och sjukvården:

Region Stockholm ska erbjuda sina invånare en trygg, tillgänglig och modern vård som organiseras utifrån patienternas behov och präglas av stor valfrihet. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 4)

Eller när man diskuterar det regionala utvecklingsansvaret:

Framtidens Stockholmsregion är *tät, attraktiv, urban* och *klimatsmart*, med hållbar tillväxt och *goda livsmöjligheter* i alla regionens delar. Det är viktigt att Stockholms urbana delar, glesbygd och skärgård får möjligheter att utvecklas. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 5)

Eller slutligen när man diskuterar kulturen:

Region Stockholm ska främja ett *fritt och inkluderande kulturliv* med hög kvalitet. Stockholmsregionens invånare ska erbjudas en bredd av kultur och alla ska ha möjlighet att förkovra sig i både kulturupplevelser, folkbildning och kulturskapande. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 21)

Det finns därmed olika sätt att beskriva de politiska visionerna, allt från rent visionära mål till mycket konkreta mål som berör endast enskilda verksamheter i regionen.

I nästa avsnitt granskas och diskuteras de huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden som fastställts av regionfullmäktige.

5.2.1.1 Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden på koncernnivå

I följande avsnitt granskas dels koncernmålen och hur de är utformade i de politiska nämnderna och de egna bolagen, dels de specifika huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden som fastställts för varje enskild nämnd och bolag. Målen kommer också diskuteras i relation till de politiska visionerna som anges i budgeten och hur huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden speglar dessa. Här kommer endast regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet att inkluderas.

Som ett led i målstyrningen har politiska mål med konkretiserade huvudmål, delmål och indikatorer satts upp, som verksamheterna i regionen ska arbeta mot. Huvudmål, delmål och indikatorer finns på en koncerngemensam nivå. Dessa ska alla nämnder och egna bolag arbeta i riktning mot. Utöver det finns specifika huvudmål, delmål och indikatorer vilka anpassats till de olika nämnderna och till regionens egna bolag. Både de koncerngemensamma målen och de specifika målen för nämnderna och de egna bolagen återfinns i budgetens tredje del (för de olika nämnderna) och dess fjärde del (för regionens egna bolag). Som nämnts tidigare finns det i kommunallagen ett krav på att mål ska formuleras. Ett motsvarande krav på att mål ska formuleras upprepas i regionens budget:

Av lag följer att Region Stockholm ska anta vissa typer av långsiktiga planer som innehåller mål och strategier. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 227)

De koncerngemensamma målen, återfinns i budgeten för 2019 i bilaga 1, se tabell 5.1 nedan. De koncerngemensamma målen riktar sig till alla nämnder i hela koncernen:

Fullmäktige fastställer i budget även övergripande mål för kärnverksamhet samt koncerngemensamma övergripande mål som på en övergripande nivå anger inriktningen för Region Stockholm under mandatperioden. De övergripande målen är uppdelade i mål som fokuserar på olika områden. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 227)

Tabell 5.1. Koncernövergripande huvudmål, delmål och indikatorer med målvärden, som gäller för Region Stockholm (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 1).

Koncerngemensamma mål	Målvärde 2019	Målvärde 2020
LÅNGSIKTIGT HÅLLBAR EKONOMI		
Ett resultat i balans		
Ett positivt resultat enligt balanskravet	450 mkr	500 mkr
Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar		
Finansiering av regionens driftskostnader och ersättningsinvesteringar ska ske inom koncernens kassaflöde	100 %	Fastställs 2019
Hållbar investeringsutveckling		
Kapitalkostnadernas andel av regionens totala intäkter	≤ 9,5 %	Fastställs 2019
Räntebärande skulders andel av de totala intäkterna	<70 %	Fastställs 2019
EN HÅLLBAR REGION STOCKHOLM		
Social hållbarhet		
Indikator för social hållbarhet	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa		
Andelen av Region Stockholms nämnder och styrelser som har infört metoder och verktyg för arbete med innovationer på ett systematiskt sätt	≥ 25 %	Fastställs 2019
Digitaliseringsgrad, antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad	≥ 29	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life-science-bolag om att delta i kliniska studier	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Antalet kliniska prövningar ska öka	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska		
Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp)		Fastställs 2019
Andelen ägda och leaseade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom Region Stockholms nämnder och bolag	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidekvivalenter	≥-48 %	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från patientmåltider, ton koldioxidekvivalenter	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Miljöpåverkan från användning av läkemedel	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andelen ekologiska livsmedel i regionens egna verksamheter, i procent	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andelen lokalproducerade livsmedel, i procent	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar		
Indikator att utveckla: Säkra processer	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Krisberedskap	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet		
Indikator att utveckla: Administrationens andel av de totala kostnaderna	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Region Stockholms inköp och upphandlingar är effektiva och utvecklar regionen i hållbar riktning	Fastställs 2019	Fastställs 2019
STOCKHOLMSREGIONEN SKA VARA EUROPAS MEST ATTRAKTIVA TILLVÄXTREGION		
Skapa goda förutsättningar för en väl fungerande samhällsplanering		
Indikator att utveckla	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen		
Indikator att utveckla	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer i Stockholmsregionen		
Indikator att utveckla	Fastställs 2019	Fastställs 2019
REGION STOCKHOLM SKA VARA EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE		
Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare		
Personalomsättning	≤ 10 %	Fastställs 2019

Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef	100 %	Fastställs 2019
Kompetensstegen för sjuksköterskor implementerad	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Medarbetarindex	≥ 76	Fastställs 2019
Chefsindex	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andel av medarbetare som utsätts för hot och våld på arbetet		Minska
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Systematisk kompetensförsörjning		
Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Antalet anställda AT-läkare	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Antalet anställda ST-läkare	Fastställs 2019	Fastställs 2019

I kolumnen längst till vänster i anges alla koncerngemensamma huvudmål, delmål och indikatorer. Det finns fyra koncerngemensamma huvudmål:

- långsiktigt hållbar ekonomi
- en hållbar Region Stockholm
- Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregion
- Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare

Varje koncerngemensamt huvudmål har delmål för att uppnå huvudmålet. Exempelvis har huvudmålet långsiktigt hållbar ekonomi tre delmål: ett resultat i balans, självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar och hållbar investeringsutveckling. Respektive delmål har därtill en till flera indikatorer för att mäta i vilken grad målen har uppfyllts. Ett målvärde sätts upp för varje indikator. Målvärdena för respektive indikator framställs i tabellen ovan i kolumn två för år 2019 och kolumn tre för år 2020.

5.2.1.2 Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden i tre nämnder

I detta avsnitt granskas de koncerngemensamma målen för hälso- och sjukvården (hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde och Karolinska universitetssjukhuset). Det kan vara på sin plats att påminna läsaren om att hälso- och sjukvårdsnämnden är regionens beställarnämnd av hälso- och sjukvård medan Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska universitetssjukhuset är utförarnämnder som ansvarar för olika delar av utförandet av hälso- och sjukvården i regionen.

I budgettexten skrivs uttryckligen att alla nämner ska följa de koncerngemensamma målen. Trots det, har man, för respektive nämnd, valt ut mål och delmål. Det framstår alltså som något otydligt huruvida nämnderna ska följa samtliga koncerngemensamma mål eller om de enbart ska följa de utvalda koncerngemensamma målen. I budgettexten kan man för hälso- och sjukvårdsnämnden se att de ska följa de specifika målen som de tilldelats, men att de utöver dessa ska följa de koncerngemensamma

målen som återfinns i budgetens bilaga 1 (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 1), där samtliga koncerngemensamma mål anges.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar på systemnivå för uppföljningen av det övergripande målet. Hälso- och sjukvården i Stockholmsregionen ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare. Nämnden ska styra mot målen, samt följa upp dem och vidta åtgärder om målen riskerar att inte uppnås. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska också bidra till att Region Stockholm uppnår de koncerngemensamma målen enligt bilaga 1. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 86)

Senare i texten, där man skriver om de koncerngemensamma mål som specifikt riktar sig till hälso- och sjukvårdsnämnden, kan man läsa att:

Följande koncerngemensamma mål gäller för hälso- och sjukvårdsnämnden. Indikatorernas målvärden gäller regionkoncernen som helhet. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska också bidra till att Region Stockholm uppnår de koncerngemensamma målen enligt bilaga 1. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 88)

I och med att alla nämnder ska bidra till att nå de koncerngemensamma målen, men att varje nämnd också fått särskilt utvalda koncerngemensamma mål är det något svårt att tolka vilka av de koncerngemensamma målen som nämnderna faktisk ska uppfylla.

I tabell 5.2 har de koncerngemensamma huvudmålen, delmålen och indikatorerna med målvärden sammanställts för de tre nämnderna, i syfte att jämföra hur koncernmålen skiljer sig åt mellan dem. I kolumnen längs till vänster anges Region Stockholms samtliga koncerngemensamma mål och målvärden anges i kolumn två (för år 2019) och tre (för år 2020). I kolumn fyra–sex visas de koncerngemensamma huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden som pekas ut för hälso- och sjukvårdsnämnden (kolumn fyra), Stockholms läns sjukvårdsområde (kolumn fem) och Karolinska universitetssjukhuset (kolumn sex). Nivån på målvärdena gäller koncernen som helhet. Ett ”X” anger att målet, delmålet eller indikatorn finns angivet för nämnden, medan tomma rutor, innebär att målet inte alls finns med. Där ett målvärde har uppgivits har det också angetts i tabellen. Målvärdena har här endast angetts för år 2019.

Tabell 5.2. Koncerngemensamma mål för tre nämnder (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 88–89, 137–138, 144–145, bilaga 1).

Koncerngemensamma mål	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Koncerngemensamma mål – Hälso- och sjukvårdsnämnden (målvärde, 2019)	Koncerngemensamma mål – Stockholms läns sjukvårdsområde (målvärde, 2019)	Koncerngemensamma mål – Karolinska universitetssjukhuset (målvärde, 2019)
LÅNGSIKTIG HÅLLBAR EKONOMI					
Ett resultat i balans					
Ett positivt resultat enligt balanskravet	450 mkr	500 mkr			
Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar					
Finansiering av regionens driftskostnader och ersättningsinvesteringar ska ske inom koncernens kassaflöde	100 %	Fastställs 2019			
Hållbar investeringsutveckling					
Kapitalkostnadernas andel av regionens totala intäkter	≤ 9,5 %	Fastställs 2019			
Räntebärande skulders andel av de totala intäkterna	<70 %	Fastställs 2019			
EN HÅLLBAR REGION STOCKHOLM			x	x	x
Social hållbarhet			x	x	x
Indikator för social hållbarhet	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa				x	x
Andelen av Region Stockholms nämnder och styrelser som har infört metoder och verktyg för arbete med innovationer på ett systematiskt sätt	≥ 25 %	Fastställs 2019			
Digitaliseringsgrad, antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad	≥ 29	Fastställs 2019			
Indikator att utveckla: Andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Antalet kliniska prövningar ska öka	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska			x	x	x
Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp)		Fastställs 2019	≥ -16	≥ -16	≥ -16
Andelen ägda och leaseade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom Region Stockholms nämnder och bolag	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidkvalenter	≥ -48 %	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från patientmåttider, ton koldioxidkvalenter	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Miljöpåverkan från användning av läkemedel	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor, ton koldioxidkvalenter	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019

Andelen ekologiska livsmedel i regionens egna verksamheter, i procent	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andelen lokalproducerade livsmedel, i procent	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar				x	x
Indikator att utveckla: Säkra processer	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Krisberedskap	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet			x	x	x
Indikator att utveckla: Administrationens andel av de totala kostnaderna	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Region Stockholms inköp och upphandlingar är effektiva och utvecklar regionen i hållbar riktning	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019		
STOCKHOLMSREGIONEN SKA VARA EUROPAS MEST ATTRAKTIVA TILLVÄXTREGION					
Skapa goda förutsättningar för en väl fungerande samhällsplanering					
Indikator att utveckla	Fastställs 2019	Fastställs 2019			
Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen					
Indikator att utveckla	Fastställs 2019	Fastställs 2019			
Stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer i Stockholmsregionen					
Indikator att utveckla	Fastställs 2019	Fastställs 2019			
REGION STOCKHOLM SKA VARA EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE			x	x	x
Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare			x	x	x
Personalomsättning	≤ 10 %	Fastställs 2019	Fastställs 2019	≤ 10 %	≤ 10 %
Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef	100 %	Fastställs 2019	Fastställs 2019	100 %	100 %
Kompetensstegen för sjuksköterskor implementerad	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Medarbetarindex	≥ 76	Fastställs 2019	≥ 76	≥ 76	≥ 76
Chefsindex	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andel av medarbetare som utsätts för hot och våld på arbetet		Minska		Minska	Minska
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	X

Systematisk kompetensförsörjning				x	x
Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Antalet anställda AT-läkare	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Antalet anställda ST-läkare	Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019

I tabellen ovan, syns att alla koncerngemensamma huvudmål och delmål inte gäller för samtliga nämnder. Exempelvis har målet långsiktig hållbar ekonomi inte tagits upp för någon av de tre nämnderna. Det skiljer sig även mellan nämnderna, vilka mål och indikatorer de omfattas av. Exempelvis omfattas inte hälso- och sjukvårdsnämnden av något av de koncerngemensamma delmålen systematisk kompetensförsörjning med indikatorerna antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterskor eller barnmorskor med bibehållen lön, antalet anställda AT-läkare samt antalet anställda ST-läkare. Även indikatorn andel av medarbetare som utsätts för hot och våld på arbetet som är en indikator under delmålet Region Stockholm – en attraktiv arbetsgivare finns inte med bland de koncerngemensamma målen som riktar sig till hälso- och sjukvårdsnämnden. Det framkommer inte i budgeten varför dessa koncerngemensamma mål inte gäller för samtliga nämnder, men möjligen kan en förklaring vara att hälso- och sjukvårdsnämnden är en beställarnämnd och de övriga två utförarnämnder.

Det är inte möjligt att se målvärdet för indikatorn, vad det är nämnderna ska nå upp till, då det saknas målvärden för de flesta indikatorerna.

5.2.1.3 Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden i tre bolag

De koncerngemensamma målen riktar sig också till de egna bolagen. Precis som för nämnderna har ett urval av samtliga koncernmål valts ut för de egna bolagen. I tabell 5.3 ges exempel på koncerngemensamma mål i tre av koncernens egna bolag, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB och Södertälje sjukhus AB. I den vänstra kolumnen anges regionens samtliga koncerngemensamma huvudmål, delmål och indikatorer. I de sex kolumnerna till höger anges de mål som finns för respektive sjukhus samt målvärden, där det finns för åren 2019 och 2020. Ett "X" anger att målet, delmålet eller indikatorn finns angivet för bolagen, medan tomma rutor, innebär att målet inte alls finns med. Där ett målvärde har uppgivits har det också angetts i tabellen.

Tabell 5.3. Region Stockholms samtliga koncerngemensamma mål som riktar sig till tre regionägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård på sjukhus (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 158–159, 164–165, 171–172).

Koncerngemensamma mål	Koncerngemensamma mål – Södersjukhuset AB		Koncerngemensamma mål – Danderyds sjukhus AB		Koncerngemensamma mål – Södertälje sjukhus AB	
	Målvärde år 2019	Målvärde år 2020	Målvärde år 2019	Målvärde år 2020	Målvärde år 2019	Målvärde år 2020
LÅNGSIKTIGT HÅLLBAR EKONOMI						
Ett resultat i balans						
Ett positivt resultat enligt balanskravet						
Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar						
Finansiering av regionens driftskostnader och ersättningsinvesteringar ska ske inom koncernens kassaflöde						
Hållbar investeringsutveckling						
Kapitalkostnadernas andel av regionens totala intäkter						
Räntebärande skulders andel av de totala intäkterna						
EN HÅLLBAR REGION STOCKHOLM	X	X	X	X	X	X
Social hållbarhet	X	X	X	X	X	X
Indikator för social hållbarhet	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa	X	X	X	X	X	X
Andelen av Region Stockholms nämnder och styrelser som har infört metoder och verktyg för arbete med innovationer på ett systematiskt sätt						
Digitaliseringsgrad, antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad						
Indikator att utveckla: Andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Antalet kliniska prövningar ska öka	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska	X	X	X	X	X	X
Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp)	≥ -16	Fastställs 2019	≥ -16	Fastställs 2019	≥ -16	Fastställs 2019
Andelen ägda och leaseade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom Region Stockholms nämnder och bolag	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidkvalenter	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från patientmåltider, ton koldioxidkvalenter	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Miljöpåverkan från användning av läkemedel	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor, ton koldioxidkvalenter	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andelen ekologiska livsmedel i regionens egna verksamheter, i procent	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andelen lokalproducerade livsmedel, i procent	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019

Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar						
Indikator att utveckla: Säkra processer						
Indikator att utveckla: Krisberedskap						
Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet	X	X	X	X	X	X
Indikator att utveckla: Administrationens andel av de totala kostnaderna	Fastställs 2019	Fastställs 2019	X	X	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Region Stockholms inköp och upphandlingar är effektiva och utvecklar regionen i hållbar riktning						
STOCKHOLMSREGIONEN SKA VARA EUROPAS MEST ATTRAKTIVA TILLVÄXTREGION						
Skapa goda förutsättningar för en väl fungerande samhällsplanering						
Indikator att utveckla						
Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen						
Indikator att utveckla						
Stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer i Stockholmsregionen						
Indikator att utveckla						
REGION STOCKHOLM SKA VARA EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE	X	X	X	X	X	X
Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare	X	X	X	X	X	X
Personalomsättning	≤ 10 %	Fastställs 2019	≤ 10 %	Fastställs 2019	≤ 10 %	Fastställs 2019
Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Kompetensstegen för sjuksköterskor implementerad	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Medarbetarindex	≥ 76	Fastställs 2019	≥ 76	Fastställs 2019	≥ 76	Fastställs 2019
Chefsindex	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andel av medarbetare som utsätts för hot och våld på arbetet	Minska	Minska	Minska	Minska	Minska	Minska
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Systematisk kompetensförsörjning	X	X	X	X	X	X
Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barmorska med bibehållen lön	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Antalet anställda AT-läkare	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Antalet anställda ST-läkare	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019	Fastställs 2019

Som kan utläsas av tabellen ovan, överensstämmer samtliga koncerngemensammamål och indikatorer i samtliga tre sjukhus. De är också samma som de koncerngemensamma mål och indikatorer som fanns för de två utförarnämnderna –

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska universitetssjukhuset (tabell 5.2).

I nästa avsnitt illustreras hur de verksamhetsspecifika målen ser ut för tre av nämnderna i regionen.

5.2.2 Hälso- och sjukvårdens verksamhetsspecifika mål

Varje nämnd får, som nämnts ovan, direktiv av regionfullmäktige. Dessa framställs i budgeten. Direktiven är både uttryckta i koncernperspektiv, som diskuterats ovan och i egna inriktningar för varje nämnd. I den tredje delen i budgeten (kapitel 3) har respektive nämnd ett eget avsnitt. Precis som i inledningen av budgeten för 2019, där man diskuterar regionens inriktning och de politiska visionerna, görs detsamma för respektive nämnd. I inledningen av budgettexten för respektive nämnd diskuteras nämndens inriktning, ofta på ett visionärt sätt. Därefter konkretiseras mål i huvudmål, delmål med tillhörande indikatorer och målvärden som riktar sig till just den nämnden. Utöver dessa mål ska nämnder och egna bolag ta fram egna mål för sina verksamheter som fastställs i verksamhetsplaner inom nämnden:

Nämnder och bolag ska i sina verksamhetsplaner besluta om egna mål som konkretiserar fullmäktiges mål och beskriver vilket resultat som ska uppnås under året [2019]. Målen ska vara tydliga och enkla och formuleras inom ramen för nämndens eller bolagets uppdrag, alltså det som nämnden eller bolaget har möjlighet att påverka och ansvar för att verkställa och planera för. De ska också omsättas i avtal med egna verksamheter och externa leverantörer. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 227)

Nämnderna har olika funktioner. Så, utöver dessa mål, som anges i budgeten skriver hälso- och sjukvårdens beställarnämnd avtal med såväl de egna bolagen som med andra uppdragsgivare, för att de ska utföra viss verksamhet i regionen enligt beställarutförarstyrningen. I dessa avtal kan beställarnämnden specificera mål och direktiv som de vill att de utförande verksamheterna ska uppnå.

I budgeten för 2019 går man igenom organisationen, nämnd för nämnd, vem som ansvarar för vad och deras uppgifter och inriktning, ekonomiska förutsättningar samt konkreta huvudmål, delmål och indikatorer och uppdrag för respektive nämnd. De politiska visionerna beskrivs på liknande sätt som nämnts tidigare, men med ett fokus på hälso- och sjukvård (primärvård och sjukhus) samt tandvård. Nedan granskas tre nämnder: hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska sjukhuset.

5.2.2.1 Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden är en beställarnämnd och ansvarar för hälso- och sjukvården som helhet vad gäller utbud (att det motsvarar befolkningens behov) styrning, samordning och utveckling.

I regionens budget för 2019 görs en inledande beskrivning om inriktningen för just hälso- och sjukvårdsnämndens övergripande uppgifter, ekonomiska förutsättningar, investeringsutrymme samt den inriktning regionfullmäktige ser för hälso- och sjukvårdsnämnden (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 68–86). Fullmäktiges inriktning för hälso- och sjukvårdsnämnden är mer beskrivande till sin karaktär och behandlas under rubrikerna:

- Primärvården utvecklas och husläkarverksamheten stärks
 - Mer resurser till husläkarverksamheterna
 - En övergripande primärvårdsstrategi
 - Fast husläkare för alla som vill
 - Stärkt samordning och samverkan
 - Hög tillgänglighet
 - Stärkt första linjens psykiatri
 - Säkrad kompetensförsörjning
 - Forskning, utbildning och utveckling
- Mödravård
- Barn och unga
- Stora folksjukdomar
- En akutsjukvård för olika behov
- Akutsjukhusen
- Förlossningen
- Avtal med akutsjukhusen
- Prehospital vård
- Närakuter
- Seniorvård
- Folkhälsa
- Psykiatri
- Tandvård
- En trygg vård håller hög kvalitet
- En hållbar vård förutsätter en hållbar kompetensförsörjning
- Hälso- och sjukvården i framtiden.

Här är de politiska målen beskrivande och mycket varierande. I huvudsak visar rubrikerna ovan på de problem och utmaningar man ser i regionen och ger förslag på hur de styrande politikerna vill lösa dem. Nedan följer ett exempel på när man visar på problem som finns i regionen:

Resurserna i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska alltid utgå från patienternas behov, där den med störst behov ska ges företräde. En jämlik och jämställd vård innebär att möjligheterna till en god hälsa är likvärdiga. Hälsan i Stockholmsregionen har under flera år förbättrats, men bostadsort och socioekonomi speglas i invånarnas hälsa. Det förebyggande arbetet inom vårdens alla verksamheter behöver därför stärkas. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 69)

I budgeten för 2019 ges också en del mycket övergripande och visionära målsättningar:

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska styra mot förbättrad kvalitet, ökad tillgänglighet och kontinuitet och åtgärder som stärker prevention, kompetensutveckling, hälsoekonomi och som tar hänsyn till utfallet av vården för den enskilda patienten. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 69)

Precis som man gjorde på den regionövergripande nivån, beskrivs även här mål som upplevelser och känslor, till exempel när man skriver om mödravården. Ord som beskriver en känsla har kursiverats.

Blivande föräldrar ska uppleva vården under och efter en graviditet som *trygg* och de ska få stöd och kunskap för att ta ansvar för sin egen vård. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 72)

Men ger också tydliga direktiv om vad som ska göras framöver:

För en stärkt patientdelaktighet, ett utvecklat sjukdomspreventivt arbete och för en sjukvård som tar tillvara den tekniska utvecklingen behöver egenvården utvecklas i vårdens alla delar och för kroniker såväl för som dem som sällan har behov av sjukvård. Under 2019 ska därför hälso- och sjukvårdsnämnden ta fram en övergripande strategi för egenvården. [...] Under 2019 ska hälso- och sjukvårdsnämnden genomföra en översyn och lägga fram förslag till en långsiktig utveckling av hemsjukvården, med särskilt fokus på väl fungerande samverkan, god tillgång till avancerad vård i hemmet samt husläkarverksamheternas uppsökande uppdrag. I översynen ska man särskilt se över behoven hos barn och ungas möjligheter att vårdas i hemmet. Under våren 2019 ska nämnden presentera en utredning över länets barnsjukvård. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 69)

I och med att vården är mycket omfattande blir dessa beskrivningar också omfattande. Man kan dock notera att trots omfattningen är målen och direktiven emellanåt mycket detaljerade, det gäller exempelvis folkhälsan:

De nationella screeningprogram som erbjuds ska vara tillgängliga och hälso- och sjukvårdsnämndens mål ska vara ett högt deltagande i hela länet. För att nå de kvinnor som inte deltar i screeningprogrammet om livmoderhalscancer ska självtester användas. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 73)

Eller när man diskuterar planering av arbetsberedskap och semesterplanering på akutsjukhusen:

Flödet från akuten till hemmet eller lämplig vårdplats behöver fungera med korta ledtider för att medarbetarna på akutmottagningarna ska kunna utföra sina uppgifter på ett patientsäkert sätt. Beredskapen inför långhelger och semestertider behöver förbättras och planering inledas i god tid. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 74)

Det uttrycks mycket tydligt att man vill ha en förstärkning av primärvården. Förstärkningen av primärvården i regionen ska göras dels genom en ökning av primärvårdens kapacitet med fler husläkare och ökade resurser, dels genom ökad tillgänglighet (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 69). Därefter anges de huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden för hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessa har sammanställts i tabell 5.4, se nedan, för de tre nämnderna.

5.2.2.2 Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) är en egen nämnd som ansvarar för den hälso- och sjukvård som bedrivs i Region Stockholms egen regi. Stockholms läns sjukvårdsområde bedriver hälso- och sjukvård inom fem områden: primärvård, psykiatri, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), somatisk specialistvård samt habilitering och hjälpmedel. Beskrivningen är avsevärt kortare för Stockholms läns sjukvårdsområde än för hälso- och sjukvårdsnämnden.

I budgeten för 2019 kan man läsa om regionfullmäktiges inriktning för nämnden. Följande rubriker beskriver inriktningen:

- Omställning till framtidens hälso- och sjukvård
- Medarbetarna
- Omställning till fossilfria drivmedel
- Framtidens vårdinformationsmiljö.

Dessa fyra områden tas upp när man diskuterar nämndens inriktning och i texten är man genomgående kort, fokuserad, men emellanåt mycket detaljerad.

Under rubriken omställning till framtidens hälso- och sjukvård visar man på både ett utvecklings- och ett samverkansansvar:

Stockholms läns sjukvårdsområde ska i samverkan med regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, den regionfinansierade privata vården samt kommunerna aktivt utveckla närsjukvården inom sitt område. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 134)

Man ger här också detaljerade direktiv, utan att ange omfattningen:

Nämnden ska bedriva klinisk utbildning och ta emot studenter från de lärosäten som Region Stockholm har tecknat avtal med. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 134)

Det gör man även under mål för medarbetare:

Varje chef ska ha ett rimligt antal medarbetare. Den implementerade kompetensstegen ska tillämpas av nämnden. Lönen till vårdens medarbetare ska sättas individuellt och lönespridningen ska spegla att det lönar sig att anstränga sig och ta ansvar, precis som erfarenhet och engagemang på arbetsplatsen ska spela större roll. Nämndens samtliga medarbetare ska ha rätt till såväl individuellt löne- samt utvecklingssamtal. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 134–135)

5.2.2.3 Karolinska universitetssjukhuset

Karolinska universitetssjukhuset är en egen nämnd som bedriver vård, utbildning och forskning. Det är ett av Europas största universitetssjukhus. Karolinska universitetssjukhuset är en förvaltning och styrs av en nämnd med samma namn.

Inriktningen för nämnden Karolinska universitetssjukhuset stämmer till stor del överens med den som angetts för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), se ovan. Regionfullmäktiges inriktning för nämnden har delats in i områdena:

- Organisation
- Medarbetare på akutsjukhusen
- Omställning till framtidens hälso- och sjukvård
- Framtidens vårdinformationsmiljö.

Precis som för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) är man relativt kortfattad i beskrivningen av verksamhetens inriktning. Även här är man dock emellanåt mycket detaljerad avseende hur dessa delar ska bedrivas och hur man ska gå till väga. Det gäller exempelvis när man diskuterar medarbetarnas löner:

Lönen till vårdens medarbetare ska sättas individuellt och lönespridningen ska spegla att det lönar sig att anstränga sig och ta ansvar, precis som erfarenhet och engagemang på arbetsplatsen ska spela större roll. Nämndens samtliga medarbetare ska ha rätt till såväl individuellt löne- samt utvecklingssamtal. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 142)

Eller då man betonar kraven på att följa politikens riktlinjer under framtidens hälso- och sjukvård:

Inom Region Stockholm pågår omställningen till framtidens hälso- och sjukvård, det vill säga att vården ska ges på rätt nivå i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är av största vikt att detta arbete fortgår. Karolinska universitetssjukhuset ska skyndsamt fullfölja den poliklinisering som är nödvändig. (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 142–143)

5.2.2.4 Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden i tre nämnder

Precis som för de koncerngemensamma målen finns huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden som mäter i vilken grad målen är uppfyllda. Delmålen i dokumentet tolkas som mål som tillsammans ska uppnå huvudmålet, då de är av olika karaktär och inte uppbyggda som en stege där målen bygger på varandra. Här granskas mål, delmål, indikatorer och målvärden för tre nämnder. Det är hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska universitetssjukhuset. I tabell 5.4 har mål, delmål, indikatorer och målvärden för perioden 2018–2020 sammanställts.

Tabell 5.4. Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden för hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska universitetssjukhuset för perioden 2018–2020 (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 86–87, 136–137, 143–144).

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STOCKHOLMSKA PRÄGLAS AV KORTA VÅRDKÖER, HÖG TILLGÅNGLIGHET, GOD KVALITET OCH INVÅNARENS MÖJLIGHET ATT SJÄLV VÄLJA VÄRDGIVARE	Hälso- och sjukvårdsnämnden			Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)			Karolinska universitetssjukhuset		
	Målvärde 2018	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2018	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2018	Målvärde 2019	Målvärde 2020
Vård på rätt plats									
Andel speciallistläkarbesök utanför akutsjukhus	≥ 55,0 %	≥ 57,0 %	Fastställs 2019	≥ 55,0 %	≥ 57,0 %	Fastställs 2019			
Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar	≥ 40,0 %	≥ 45,0 %	Fastställs 2019	≥ 40,0 %	≥ 45,0 %	Fastställs 2019			
Vård i rätt tid									
Andel patienter som vistas längre än 4 timmar på akutmottagning		Fastställs 2019	Fastställs 2019					Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel patienter som får kontakt med sin vårdcentral samma dag		Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019			
Indikator att utveckla: Andel patienter som får svar inom den digitala vårdgarantin		Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019*	Fastställs 2019			
Andel patienter som får vård inom 3 dagar hos primärvård		Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019*	Fastställs 2019			
Andel patienter som får tid för första besök hos speciallistläkare inom 30 dagar	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 60 dagar		Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Säker vård									
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	≤ 8,1 %	≤ 7,9 %	Fastställs 2019	≤ 8,1 %	≤ 7,9 %	Fastställs 2019	≤ 8,1 %	≤ 7,9 %	Fastställs 2019
Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+)	≤ 7,5 %	≤ 7,5 %	Fastställs 2019	≤ 7,5 %	≤ 7,5 %	Fastställs 2019	≤ 7,5 %	≤ 7,5 %	Fastställs 2019
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)	≤ 325	≤ 314	Fastställs 2019	≤ 325	≤ 314	Fastställs 2019	≤ 325	≤ 314	Fastställs 2019
Effektiv vård									
Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad	≥ 22,5	≥ 29	Fastställs 2019	≥ 22,5	≥ 29	Fastställs 2019			
Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus		Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019			Fastställs 2019

Indikator att utveckla: Hög produktivitet i vården		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019			Fast-ställs 2019
Indikator att utveckla: Hög effektivitet i vården		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019			Fast-ställs 2019
God folkhälsa									
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	≥ 70,0 %	≥ 75,0 %	Fast-ställs 2019	≥ 70,0 %	≥ 75,0 %	Fast-ställs 2019			
Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor	≥ 68,0 %	≥ 71,0 %	Fast-ställs 2019						
Högt förtroende för vården									
Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården	≥ 65,0 %	≥ 65,0 %	Fast-ställs 2019						
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	≥ 82,0 %	≥ 82,0 %	Fast-ställs 2019	≥ 82,0 %	≥ 82,0 %	Fast-ställs 2019			
Indikator på valfrihet		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019						

*Här anges: indikator att utveckla

När det gäller mål och indikatorer för hälso- och sjukvården är huvudmålet att vården ska präglas av korta värdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 86). Det finns sex delmål som uppfylls med olika antal indikatorer. Delmålen och indikatorerna mäts med målvärden inom områdena vård på rätt plats (mäts med två indikatorer), vård i rätt tid (mäts med sju indikatorer), säker vård (mäts med tre indikatorer), effektiv vård (mäts med fyra indikatorer), god folkhälsa (mäts med två indikatorer) och högt förtroende för vården (mäts med tre indikatorer). Målvärdena anger nivån på indikatorerna, vilken nivå nämnderna förväntas uppnå. Det finns färdiga målvärden på några indikatorer för åren 2018 och 2019, men inga för 2020. Även för 2019 saknas många målvärden.

I budgeten för 2019 har, utöver de koncerngemensamma målen som diskuterats ovan, varje nämnd tilldelats huvudmål, delmål med tillhörande indikatorer som riktar sig till just den nämnden. Målen, som riktar sig till nämnderna, är av skilda karaktär och varierar från allmänna (till exempel säkra processer och chef- och ledarskap) till mer avgränsade och konkreta som kan mätas (vård i rätt tid, högt förtroende för vården och hög effektivitet).

5.2.3 De regionägda bolagens visioner och mål

I budgetens fjärde del återfinns krav på Region Stockholms 16 egna bolag. Här går man igenom bolagens syften och inriktningar, resultatkrav från fullmäktige, investeringar, ägardirektiv och mål och indikatorer. Målen och indikatorerna anges för respektive bolag. Senare i texten granskas dessa huvudmål, delmål och indikatorer och

hur väl de stämmer överens med och går i linje med regionens visioner och mål, som tagits upp i budgetens första del. I denna rapport läggs fokus på tre av de egna bolagen, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB och Södertälje sjukhus AB. På samma sätt som tidigare ligger fokus på hur bolagen styrs och hur målen är utformade för sjukhusen.

Bolagen styrs på flera sätt och har avtal, mål och direktiv de ska förhålla sig till. De tre bolagen ägs helt av Region Stockholm. Varje bolag har en egen bolagsstyrelse som utses av regionfullmäktige. Bolagens, det vill säga sjukhusens, uppdrag fastställs i avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden och genom ägardirektiv (se Stockholms läns landsting, 2018a, kap. 4).

I regionens budget för 2019, kapitel 4 har varje bolag ett eget avsnitt där bolagens syfte, det resultatkrav regionfullmäktige ställer på respektive bolag, regionfullmäktiges planerade investeringar, inriktningen för bolaget, regionfullmäktiges ägardirektiv samt mål och indikatorer (såväl koncerngemensamma som egna mål och indikatorer).

Internt i bolagen, tar verksamheterna fram verksamhetsplaner för den egna verksamheten.

I budgeten för 2019 uttrycks den politiska inriktningen för respektive bolag. Inriktningen har delats upp i följande teman:

- Medarbetare på akutsjukhusen
- Omställning till framtidens hälso- och sjukvård
- Framtidens vårdinformationsmiljö.

Beskrivningarna är här samma för de tre studerade regionägda bolagen och inte särskilt omfattande. Inriktningen för medarbetarna på akutsjukhusen handlar exempelvis om vikten att attrahera medarbetare, att patientbehov ska styra schemaläggning och bemanning samt införande av kompetenssteg och hur lönesättning och lönespridning ska spegla engagemang, ansträngning, ansvar och erfarenhet.

I omställningen till framtidens hälso- och sjukvård betonas att vården ska ges på rätt vårdnivå i organisationen.

Slutligen handlar framtidens vårdinformationsmiljö om krav på medverkan, utveckling och anpassning till en nätverkssjukvård där nya arbetssätt krävs.

Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB och Södertälje sjukhus AB är alla akutsjukhus, vilket innebär att de ska fokusera på specialiserad akut- och planerad somatisk specialistvård i Region Stockholm. Respektive sjukhus har lite olika inriktningar. Exempelvis bedriver Södersjukhuset AB högspecialiserad kärll- och handkirurgisk vård, Danderyds sjukhus AB högspecialiserad rehabiliteringsmedicin medan Södertälje sjukhus AB inte ska bedriva någon högspecialiserad vård.

5.2.3.1 Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden i tre bolag

Mål, delmål, indikatorer och målvärden finns, precis som för nämnderna även för de egna bolagen. Här granskas tre av de egna bolagen, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB och Södertälje sjukhus AB. I tabell 5.5 visas huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden för de tre bolagen. Huvudmålen, delmålen, indikatorerna och målvärdena är samma som för nämnderna, som skrivits om ovan. Skillnaden mellan målen för sjukhusen och målen för nämnderna är att endast ett urval av alla mål som riktar sig till hälso- och sjukvården också riktar sig till sjukhusen. Alla mål är inte relevanta, exempelvis har inget av bolagen något mått som mäter vård på rätt plats.

Tabell 5.5. Mål och indikatorer för tre regionägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård för perioden 2018–2020 (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 157–158, 164, 170–171).

	Södersjukhuset AB			Danderyds sjukhus AB			Södertälje sjukhus AB		
	Målvärde 2018	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2018	Målvärde 2019	Målvärde 2020	Målvärde 2018	Målvärde 2019	Målvärde 2020
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STOCKHOLM SKA PRÄGLAS AV KORTA VÅRDKÖER, HÖG TILLGÅNGLIGHET, GOD KVALITET OCH INVÅNARENS MÖJLIGHET ATT SJÄLV VÄLJA VÅRDGIVARE									
Vård på rätt plats									
Andel specialistläkarbesök utanför akutsjukhus									
Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar									
Vård i rätt tid									
Andel patienter som vistas längre än 4 timmar på akutmottagning			Fastställs 2019			Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel patienter som får kontakt med sin vårdcentral samma dag									
Indikator att utveckla: Andel patienter som får svar inom den digitala vårdgarantin									
Andel patienter som får vård inom 3 dagar hos primärvård									
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 60 dagar			Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019		Fastställs 2019	Fastställs 2019

Säker vård									
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	≤ 8,1 %	≤ 7,9 %	Fast-ställs 2019	≤ 8,1 %	≤ 7,9 %	Fast-ställs 2019	≤ 8,1 %	≤ 7,9 %	Fast-ställs 2019
Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+)	≤ 7,5 %	≤ 7,5 %	Fast-ställs 2019	≤ 7,5 %	≤ 7,5 %	Fast-ställs 2019	≤ 7,5 %	≤ 7,5 %	Fast-ställs 2019
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)	≤ 325	≤ 314	Fast-ställs 2019	≤ 325	≤ 314	Fast-ställs 2019	≤ 325	≤ 314	Fast-ställs 2019
Effektiv vård									
Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad									
Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus			Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019
Indikator att utveckla: Hög produktivitet i vården			Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019
Indikator att utveckla: Hög effektivitet i vården			Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019		Fast-ställs 2019	Fast-ställs 2019
God folkhälsa									
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete									
Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor									
Högt förtroende för vården									
Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården									
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra									
Indikator på valfrihet									

*Här anges: indikator att utveckla

I och med att målen och indikatorerna överensstämmer med de i nämnden, är diskussionen om typen av mått densamma som för nämnderna.

6 Budgeteten i relation till övriga styrande dokument

Det finns som nämnts tidigare i rapporten många strategiska dokument i Region Stockholm. I detta kapitel är syftet att granska två av dessa dokument och hur de relaterar till regionens budgetdokument. Det två dokument som kommer att granskas är:

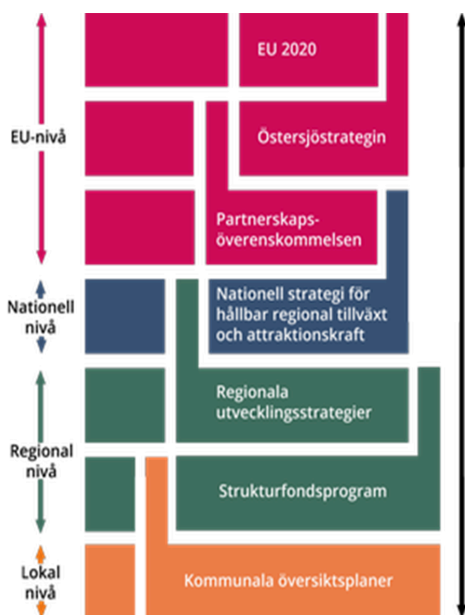
- Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUF 2050⁴ (Stockholms läns landsting, 2018c)
- Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (Stockholms läns landsting, 2011, 2013, 2014)

Fokus för granskningen är enbart de delar som berör hälso- och sjukvården.

6.1 Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUF 2050

Alla Sveriges regioner måste, enligt förordningen (SFS 2017:583) om regionalt tillväxtarbete, ta fram en regional utvecklingsstrategi (RUF) för länets utveckling och hur insatser och samordning i linje med utvecklingsstrategin ska genomföras. Den regionala utvecklingsstrategin ligger till grund för regionala struktur- och investeringsprogram, som är en del av EU:s sammanhållningspolitik. Den syftar till att minska ojämlikheter och skillnader inom EU och är ett verktyg för att skapa förutsättningar för regional sysselsättning (Sveriges kommuner och regioner, 2020).

⁴ Den regionala utvecklingsplanen, RUF 2050, som tagits fram i samverkan med kommunerna och andra regionala aktörer, utgör den färdplan som Region Stockholms arbete ska följa (Stockholms läns landsting 2018a, s. 5).



Figur 6.1. Strategier och planer på olika nivåer samt hur de länkas samman (Sveriges kommuner och regioner, 2020).

Den regionala utvecklingsplanen ställer krav på samverkan, analyser av förutsättningarna för utveckling av en hållbar regional tillväxt och utveckling samt regelbunden uppföljning. Uppföljningen och utvärderingen ska göras utifrån ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Statistik ska redovisas med kön som övergripande indelningsgrund, om det inte finns särskilda skäl mot detta (SFS 2017:583).

Den regionala utvecklingsplanen för Stockholmsregionen, RUF5 2050, trädde i kraft 2018 och ersatte då den tidigare regionala utvecklingsplanen, RUF5 2010 (Stockholms läns landsting, 2010). Den nya regionala utvecklingsplanen gäller fram till 2050.

[Den regionala utvecklingsplanen] RUF5 2050 är den gemensamma regionala utvecklingsplanen för Stockholmsregionen. Den är en sammanvägning av rumsliga och icke-rumsliga utvecklingsfrågor på regional nivå. Planen visar på regionens långsiktiga utmaningar och uttrycker regionens samlade vilja. Den fungerar som en gemensam plattform för regionens aktörer och för samverkan inom Stockholms län och med länen i östra Mellansverige. (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 7)

I den regionala utvecklingsplanen (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 30–31) har man försökt ta ett regionalt helhetsgrepp och kommit fram till följande sex utmaningar:

1. Att möjliggöra befolkningstillväxt och samtidigt förbättra regionens miljö och invånarnas hälsa
2. Att åtgärda kapacitetsbrister samtidigt som behoven fortsätter att växa

3. Att vara en internationellt ledande storstadsregion i en växande global konkurrens
4. Att minska klimatpåverkan och samtidigt möjliggöra ökad tillgänglighet och ekonomisk tillväxt
5. Att ha en fortsatt öppen region och samtidigt stärka inkluderingen
6. Att öka trygghet i regionen samtligt som världen upplevs som osäker.

Utifrån dessa utmaningar har man tagit fram fyra mål för utvecklingen (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 36–37):

1. En tillgänglig region med god livsmiljö
2. En öppen, jämställd, jämlik och inkluderande region
3. En ledande tillväxt- och kunskapsregion
4. En resurseffektiv och resilient region utan klimat-påverkande utsläpp.

Av de ovanstående fyra målen, är det enbart det andra målet som beaktar hälso- och sjukvården.

De delmål som specificeras under mål nummer två är:

1. Skillnaderna i förväntad medellivslängd mellan olika socioekonomiska grupper och kommuner i länet ska minska och medellivslängden ska öka för samtliga.
2. Förvärvsfrekvensen hos befolkningen mellan 20–64 år ska vara väl över 80 procent för både kvinnor och män och gapet mellan inrikes- och utrikesfödda ska minska.
3. Andelen gymnasieelever som inom tre år fullföljer utbildningen och får en gymnasieexamen ska vara högre än 80 procent och skillnaderna mellan gymnasieskolorna och länets olika kommuner ska minska.
4. Andelen som känner tillit till sina grannar ska öka samt otrygghetens påverkan på livskvaliteten och invånarens utsatthet för våldsbrott ska minska.

De regionala prioriteringarna är att:

- ta tillvara kompetensen och underlätta matchningen på arbetsmarknaden
- nå en jämlik och förbättrad folkhälsa och bidra till att sluta hälsogapet
- stärka förutsättningarna för alla barn och unga att gå vidare till studier och arbete.

Utifrån delmålen och de regionala prioriteringarna kan man konstatera att det handlar framförallt om hur man ska uppnå en jämlik och förbättrad folkhälsa, det innebär att frågor som rör sjukvård inte återfinns. Nedan granskas hälso- och sjukvårdens del i den regionala utvecklingsplanen och hur målen i den är förenliga med de mål som anges i budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a).

Frågor som rör hälso- och sjukvården syns, som nämnt tidigare, framförallt i det andra målet i den regionala utvecklingsplanen. I detta mål betonas (folk)hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Just folkhälsa och jämlikhet är återkommande i den regionala utvecklingsplanen. I ett avsnitt om mål och genomförande vill man ”Nå en

jämlik och förbättrad folkhälsa och bidra till att sluta hälsogapet” (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 45). Det betonas dock att flera aktörer måste samverka för att uppnå målet däribland Region Stockholm, kommunerna i regionen, Länsstyrelsen, arbetsmarknadens parter och civilsamhället. Man pekar dock ut regionen som extra betydelsefull i folkhälsoarbetet, framförallt vad gäller ”hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård” (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 45).

Fokus i detta arbete bör ligga på att (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 45):

- främja och förebygga med sikte på att utjämna skillnader i hälsa
- integrera folkhälsa i styrning och ledningssystem
- utveckla samverkan och delaktighet
- säkerställa en jämlik, god tillgänglighet till hälso- och sjukvård
- stärka folkhälsooperspektivet i samhällsplanering och gestaltning av den byggda miljön.

Vikten av det förebyggande folkhälsoarbetet är återkommande i dokumentet. Det uttrycks även som:

Ojämlighet i hälsa utgörs av systematiska skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället och uppkommer generellt som ett resultat av en ojämlig tillgång till resurser, villkor och möjligheter mellan olika grupper. Det är viktigt att påverka de bakomliggande faktorerna, exempelvis skillnader i livsvillkor, diskriminering, psykosocial stress, buller och partiklar, levnadsvanor och tillgång till hälso- och sjukvård. Insatser för en god hälsa i länet behöver inkludera hela befolkningen men särskilda insatser behövs för dem med störst behov. Därför behöver samhällets bärande funktioner och olika aktörer i regionen samverka för att kompensera för det sämre utgångsläge för hälsa som enskilda individer och grupper har. Särskilda insatser för individer och grupper med sämre hälsa eller med sämre socioekonomiska förutsättningar kan utvecklas. (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 157)

6.1.1 Den regionala utvecklingsplanens koppling till budget 2019

I den regionala utvecklingsplanen poängteras en jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård samt vikten av ett förebyggande folkhälsoarbete. Frågan är hur dessa mål beaktas i Region Stockholms budget. I och med att budgeten ses som det överordnade strategiska dokumentet i regionen torde den regionala utvecklingsplanen också beaktats och återspeglas i budgeten, för att få genomslag. I budgeten 2019 finns en koppling till förebyggande folkhälsoarbete. Det ingår dock inte bland de koncerngemensamma målen som samtliga nämnder ska arbeta och sträva mot, utan återfinns endast bland de nämndspecifika målen. Av de tre granskade nämnderna är det två av dessa, hälso- och sjukvårdsnämnden och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), som har ett delmål som heter god folkhälsa och som mäts med två mycket specifika indikatorer – andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt

sjukdomsförebyggande arbete och andelen nittonåringar med kariesfria sidoytor. Även om andel nittonåringar med kariesfria sidoytor säkert återspeglar jämlikheten, finns inget som visar hur detta mått fördelar sig över till exempel olika stadsdelar eller åldersgrupper, som skulle behövas för att kunna spegla jämlikheten. Måttet andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete, skulle också kunna vara ett mått som speglar just det förebyggande folkhälsoarbetet men inget sådant mål finns fastställt. Det är således svårt att se hur ett mått skulle se ut, för att spegla just jämlikhet i befolkningsgrupperna.

När folkhälsa diskuteras i den regionala utvecklingsplanen nämns även tillgänglighet till hälso- och sjukvården. I regionens budget, bland de hälso- och sjukvårdsspecifika målen som riktar sig till de tre granskade nämnderna och de regionägda sjukhusen, finns tillgänglighet med som ett delmål – vård i rätt tid. Tillgänglighet mäts med sju indikatorer, se tabell 6.1 i budgeten, men här saknas målvärden. Det finns inte heller något i måtten som speglar socioekonomiska faktorer, det vill säga hur tillgängligheten är fördelad mellan olika socioekonomiska grupper, eller utifrån de som är i störst behov av hälso- och sjukvård.

Tabell 6.1. Region Stockholms mål och indikatorer för hälso- och sjukvårdsnämnden (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 86–87).

Vård i rätt tid	2018	2019	2020
Andel patienter som vistas längre än 4 timmar på akutmottagning		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel patienter som får kontakt med sin vårdcentral samma dag		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel patienter som får svar inom den digitala vårdgarantin		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andel patienter som får vård inom 3 dagar hos primärvård		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för första besök hos specialläkare inom 30 dagar	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 60 dagar		Fastställs 2019	Fastställs 2019

Utöver jämlikhet och god folkhälsa diskuteras också digitalisering i den regionala utvecklingsplanen. Man är då tydlig med att man vill öka digitaliseringen av hälso- och sjukvården:

En viktig utgångspunkt är att den geografiska spridningen av landstingets [regionens] vårdverksamheter möter den regionala strukturen. Den framtida vården ska utformas utifrån begreppet nätverkssjukvård som innebär att individen med stöd av e-Hälsojänster erhåller vård av vårdgivare som arbetar i en nätverksstruktur. (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 186)

I budgeten 2019 finns mål och mått avseende digitalisering och tillgänglighet till Vårdguiden 1177 bland de koncerngemensamma huvudmålen, delmålen, indikatorerna och målvärden. Under delmålet Stockholmsregionen ska det inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa, se tabell nedan.

Tabell 6.2. Urval av Region Stockholms koncerngemensamma mål och indikatorer (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 214).

EN HÅLLBAR REGION STOCKHOLM		
Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa	2019	2020
Andelen av Region Stockholms nämnder och styrelser som har infört metoder och verktyg för arbete med innovationer på ett systematiskt sätt	≥ 25 %	Fastställs 2019
Digitaliseringsgrad, antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad	≥ 29	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier	Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Antalet kliniska prövningar ska öka	Fastställs 2019	Fastställs 2019
STOCKHOLMSREGIONEN SKA VARA EUROPAS MEST ATTRAKTIVA TILLVÄXTREGION		
Stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer i Stockholmsregionen		
Indikator att utveckla		

Hälso- och sjukvården knyts även till vikten av forskning och innovation, som ägnas stort utrymme i den regionala utvecklingsplanen, RUF5 2050. Men då gäller det inte hälso- och sjukvården specifikt utan snarare offentlig sektor mer generellt. Här skriver man:

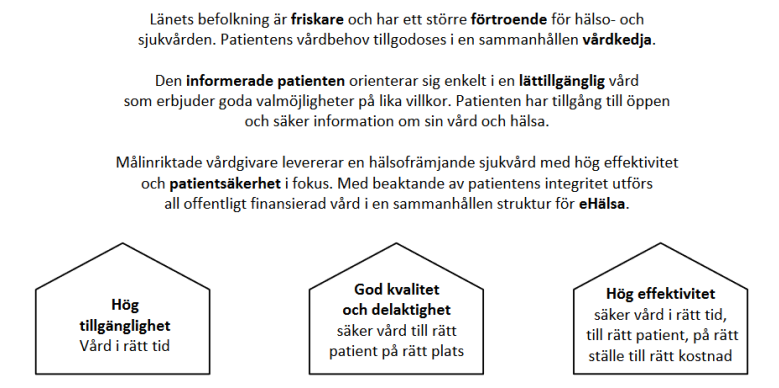
Stärk kopplingen mellan akademi, näringsliv, offentlig sektor och civilsamhället [...] Genom mer praktisk forskning och utveckling kan avkastningen på de forskningsinvesteringar som görs öka. Därför är det viktigt att stärka kopplingen mellan akademi, näringsliv, offentlig sektor och civilsamhället. Det finns flera exempel på samverkansplattformar som växer i betydelse, såsom Flemingsberg Science, Kista Science City, Stiftelsen Vetenskapsstaden och Södertälje Science Park. Offentligt finansierade verksamheter kan stimulera innovation genom fler och bättre testmiljöer, utveckling av inköps- och beställarroller, verksamhetsdrivna innovationsprojekt och ett systematiskt innovationsarbete. Offentliga aktörer har ett särskilt ansvar för att driva på för ökad jämställdhet inom forskning och innovation. (Stockholms läns landsting, 2018c, s. 177)

I tabellen ovan, bland de koncerngemensamma målen i budgeten för 2019 finns mål, indikatorer och målvärden som fokuserar just forskning och utveckling: Indikator att utveckla: andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier och indikator att utveckla: antalet kliniska prövningar ska öka. Dessa koncerngemensamma mål riktar sig dock varken till sjukhusen eller till nämnden Karolinska universitetssjukhuset.

Ytterligare huvudmål, delmål och indikatorer går att hitta bland budgetens koncerngemensamma mål: att stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer i Stockholmsregionen, se tabell 6.2. Här finns dock ingen indikator utvecklad. Detta delmål har inte heller pekats ut som något de studerade nämnderna eller bolagen/sjukhusen ska arbeta med.

6.2 Framtidsplanen för hälso- och sjukvården

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (Stockholms läns landsting, 2011, 2013, 2014) är Region Stockholms strategiska plan för utvecklingen av hälso- och sjukvården i regionen. I framtidsplanen för hälso- och sjukvården har regionen strävat efter att ta ett samlat grepp om hela hälso- och sjukvården och hur den ska utvecklas. Framtidsplanen för hälso- och sjukvården ska ligga som grund för de satsningar som görs inom hälso- och sjukvården i regionen. Nedan illustreras målbilden för år 2025 såsom den framställts i dokumentet:



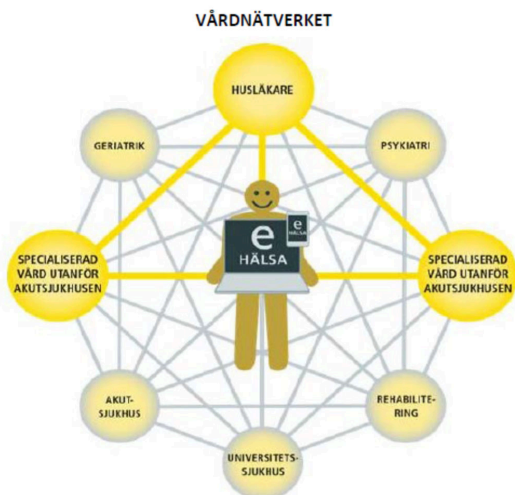
Figur 6.2. Målbilden för hälso- och sjukvården (Stockholms läns landsting, 2014, s. 8).

I dokumentet framtidens hälso- och sjukvård betonas nätverkssjukvården, som innebär att ett stort fokus läggs på samverkan mellan olika vårdformer. I framtidsplanen för hälso- och sjukvården strävar regionen efter att ta ett samlat grepp om hela hälso- och sjukvården och hur den ska utvecklas. Framtidsplanen för hälso- och sjukvården ska ligga till grund för satsningar som görs inom hälso- och sjukvården i regionen.

Den bärande idén i framtidsplanen [för hälso- och sjukvården] är etablerandet av nätverkssjukvård, en hälso- och sjukvårdsstruktur där olika vårdgivare samarbetar i en sammanhållen vårdprocess runt patienten och där patientens delaktighet och vårdbehov står i fokus. Patienten ska kunna uppleva hälso- och sjukvårdens insatser som en helhet. [...] Väl fungerande arbetsflöden och vårdprocesser ska prägla nätverkssjukvården och organisationen kring patienten ska vara god. (Stockholms läns landsting, 2015, s. 50)

Framtidsplanens [för hälso- och sjukvården] målbild bygger på att hälso- och sjukvården i varje möte med patienten fokuserar på patienten och dess situation. Begreppet nätverkssjukvård har en stor betydelse i visionen om en ny och bättre hälso- och sjukvård. 30 punkter redovisas med åtgärder för att utveckla en

nätverkssjukvård. Utveckling av den del av nätverkssjukvården som stödjer utbyggnad av vård utanför akutsjukhus och samverkan mellan akutsjukhus och andra vårdgivare är prioriterad. (Stockholms läns landsting, 2014, s. 43)



Figur 6.3. Nätverkssjukvården (Stockholms läns landsting, 2014, s. 44).

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården har tagits fram i tre steg där fullmäktige fastställde visionen 2011 och där landstingsstyrelsen (nu regionstyrelsen) sedan fick ansvar för att arbeta fram en tioårig investeringsplan (Stockholms läns landsting, 2011). Det första steget, inklusive en medföljande rapport, kom 2012 och visade på hur hälso- och sjukvården bör förändras under de kommande åren. Fokus i rapporten låg på hälso- och sjukvårdsstrukturen, investeringsbehov, kompetensförsörjning samt forskning.

Hälso- och sjukvårdsstrukturen handlade om hur patientflödena skulle förändras, där vården utanför de stora akutsjukhusen skulle förstärkas och byggas ut. Det gällde både primärvården som skulle få ett utökat uppdrag och de mindre sjukhusen som skulle rustas upp för att kunna ta emot fler patienter, samtidigt som akutsjukhusen skulle byggas ut och renodlas till att fokusera på de patienter som behöver akutsjukhusens resurser. Därmed kom det också att handla om investeringsbehov, men också kompetensförsörjning och forskning. Som ett led i att balansera mellan det stora investeringsbehovet och de begränsade resurserna i regionen, ville man öka fokus på utveckling av produktivitets- och effektivitetsmätningar i hälso- och sjukvården.

Det andra steget, inklusive en medföljande rapport, togs fram 2013 och fokuserade mer på hur den utlagda planen skulle uppnås mer konkret, men utan att vara en detaljplanering (Stockholms läns landsting, 2013). Här pekade man specifikt ut elva strategier för att uppnå målet.

För att nå uppsatta mål och visionen om nätverkssjukvård lyfts ett antal strategier fram:

- Ökad tillgänglighet utifrån behov med individen som utgångspunkt
- Ett hälsofrämjande förhållningssätt
- Förbättrat omhändertagande nära patienten
- Nära samverkan mellan husläkarmottagningar och övrig specialistvård
- Förstärkning av vårdutbudet utanför akutsjukhusen
- Renodling av akutsjukhusens verksamhet
- Integrering av psykiatrisk vård och somatisk vård
- Särskilt uppdrag till universitetssjukhuset
- Utveckling av e-Hälsotjänster och informationshantering
- Stärkt styrning och uppföljning
- Värdskapande forskning och utveckling utifrån patientperspektiv.

(Stockholms läns landsting, 2013, s. 8)

Rapporten till det tredje steget i framtidsplanen för hälso- och sjukvården togs fram till 2014 och här lades ännu större fokus på innehållet i den nya organisationen (Stockholms läns landsting, 2014). Vid denna tidpunkt var framtidsplanen för hälso- och sjukvården i ett genomförandeskede och en initial lägesrapport gjordes med en bedömning och analys av kostnader och vården som gavs. Vårdkostnaderna hade då ökat mer än tidigare bedömningar kalkylerat och vårdplatser utnyttjades inte som planerat. Fokus låg nu på vad som krävdes för att hälso- och sjukvården skulle effektiviseras ytterligare. Även patientsäkerhet, patienttillgänglighet och ersättningsystem diskuterades.

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården kan ses som en övergripande strategi och det är upp till nämnder och verksamheter att fördjupa och realisera arbetet i den:

Akutsjukhusen, Stockholms läns sjukvårdsområde och de centrala förvaltningarna har arbetat fram egna planer för att realisera sina delar i genomförandet av Framtidsplanen [för hälso- och sjukvården]. Dessa planer samordnas med de planerade investeringarna och sammanställs därefter i en övergripande genomförandeplan. Inriktningen i den övergripande genomförandeplanen justeras successivt till följd av till exempel vårdens förbättringar och omvärldsfaktorer som förskjutningar av byggnationer. (Stockholms läns landsting, 2015, s. 49)

I samband med omställningen av hälso- och sjukvården har sjukhusen fått investerings- och omställningsmedel under en fem/sexårsperiod, mellan 2016–2019/2020:

Från och med 2016 avsätts såväl investerings- som omställningsmedel i syfte att utveckla, upphandla och införa en ny vårdinformationsmiljö, samt avveckla, arkivera och konsolidera äldre system och applikationer. Investeringar inom ramen för de avsatta medlen ska genomföras i enlighet med landstingets [regionens] ordinarie riktlinjer för investeringar. Omställningsmedel avsätts också för de

kostnader för verksamhetsförändringar och fortbildning som de nya tekniska stödsystemen medför. (Stockholms läns landsting, 2015, s. 97)

De behovsanalyser som tagits fram i framtidsplanen för hälso- och sjukvårdens rapporter, såsom förändring av förväntat vårdutbud över tid, sträcker sig fram till 2018, men själva målbilden om när framtidsplanen för hälso- och sjukvården ska vara genomförd sträcker sig fram till 2025 (Stockholms läns landsting, 2014, s. 24).

6.2.1 Framtidsplanen för hälso- och sjukvårdens koppling till budget 2019

I det följande har utgångspunkten varit de mål som finns i framtidsplanen för hälso- och sjukvården och hur de återspeglas i budgeten för 2019. Målen som använts är de som anges i framtidsplanen för hälso- och sjukvården:

- Hög tillgänglighet (vård i rätt tid)
- God kvalitet och delaktighet
- Hög effektivitet.

I tabellen nedan visas de mål, indikatorer och målvärden som tagits fram för hälso- och sjukvårdsnämnden i budget 2019.

Till en början kan man säga att själva omorganisationen av sjukvårdens struktur som diskuteras i framtidsplanen för hälso- och sjukvården (Stockholms läns landsting, 2011, 2013, 2014) inte alls är representerad i målen för hälso- och sjukvården i budgeten. Fokus ligger framförallt på mål för prestationerna inom hälso- och sjukvården, det vill säga den hälso- och sjukvård som ges till medborgarna i regionen. Här finns en tydlig koppling mellan de mål som diskuteras i framtidsplanen för hälso- och sjukvården och de mål som finns i budgeten för hälso- och sjukvården. Målen om hög tillgänglighet (vård i rätt tid) finns representerade i de mål regionfullmäktige riktat till hälso- och sjukvården i delmålen vård på rätt plats och vård i rätt tid. Respektive mål mäts med flera indikatorer. Framtidsplanen för hälso- och sjukvårdens mål god kvalitet och delaktighet samt hög effektivitet finns också, åtminstone delvis, representerade i regionens mål för hälso- och sjukvården. Målet om god kvalitet skulle kunna vara en del av säker vård, vilket förstås är god kvalitet men representerar då enbart en del av god kvalitet. Delaktighet finns inte representerat som vare sig delmål eller indikator, om man avser patienters delaktighet i den egna vården. Hög effektivitet finns som ett eget delmål, dock finns varken någon indikator eller något målvärde kopplade till den, varför det är oklart hur det ska mätas.

Inte heller diskuteras lämpligheten i målen och indikatorerna varken i budgeten eller i framtidsplanen för hälso- och sjukvården. Någon diskussion förs inte om varför just dessa mål gäller och varför inte andra. Det gäller även målet säker och effektiv vård. Sammanfattningsvis kan man konstatera att huvudrubrikerna i budgeten för 2019 följer de mål som man försöker uppnå i framtidsplanen för hälso- och sjukvården, men

frågan är hur man på bästa sätt mäter dessa mål för att de ska representera en måluppfyllelse.

I framtidsplanen för hälso- och sjukvården (Stockholms läns landsting, 2013, s. 14) skriver man om hur hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen, vilket också tas upp i budgeten för 2019. I framtidsplanen för hälso- och sjukvården skriver man att jämlikhetsperspektivet ska vara integrerat i det dagliga arbetet samt att det ska vara en integrerad del i alla avtal. Så, det torde vara ett väsentligt mål. Men detta återspeglas inte i budget 2019 där inga mål för just jämlikhet återfinns. Det finns ett mål om god folkhälsa, vilket skulle kunna återspegla ohälsan i befolkningen. Men måtten är där man mäter hälsan är på aggregerad nivå och det blir därmed svårt att hitta just ojämligheter i befolkningen.

Tabell 6.3. Huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden för de nämnderna hälso- och sjukvårdsnämnden 2018–2020 (Stockholms läns landsting, 2018a).

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STOCKHOLM SKA PRÄGLAS AV KORTA VÅRDKÖER, HÖG TILLGÅNGLIGHET, GOD KVALITET OCH INVÅNARENS MÖJLIGHET ATT SJÄLV VÄLJA VÅRDGIVARE	Hälso- och sjukvårdsnämnden		
	Målvärde 2018	Målvärde 2019	Målvärde 2020
Vård på rätt plats			
Andel specialistläkarbesök utanför akutsjukhus	≥ 55,0 %	≥ 57,0 %	Fastställs 2019
Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar	≥ 40,0 %	≥ 45,0 %	Fastställs 2019
Vård i rätt tid			
Andel patienter som vistas längre än 4 timmar på akutmottagning		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel patienter som får kontakt med sin vårdcentral samma dag		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Andel patienter som får svar inom den digitala vårdgarantin		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andel patienter som får vård inom 3 dagar hos primärvård		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	≥ 73,0 %	≥ 73,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	≥ 90,0 %	≥ 90,0 %	Fastställs 2019
Andel patienter som får tid för behandling inom 60 dagar		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Säker vård			
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	≤ 8,1 %	≤ 7,9 %	Fastställs 2019
Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+)	≤ 7,5 %	≤ 7,5 %	Fastställs 2019
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)	≤ 325	≤ 314	Fastställs 2019
Effektiv vård			
Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad	≥ 22,5	≥ 29	Fastställs 2019
Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Hög produktivitet i vården		Fastställs 2019	Fastställs 2019
Indikator att utveckla: Hög effektivitet i vården		Fastställs 2019	Fastställs 2019
God folkhälsa			
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	≥ 70,0 %	≥ 75,0 %	Fastställs 2019
Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor	≥ 68,0 %	≥ 71,0 %	Fastställs 2019

Högt förtroende för vården			
Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården	≥ 65,0 %	≥ 65,0 %	Fastställs 2019
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	≥ 82,0 %	≥ 82,0 %	Fastställs 2019
Indikator på valfrihet		Fastställs 2019	Fastställs 2019

*Här anges: indikator att utveckla

Analysen av budgeten i relation till RUF5 och framtidsplanen visar att det i stor utsträckning saknas en röd tråd och att de framstår som ganska fri kopplade till budgeten. Exempelvis berörs inte det fokus som finns i framtidsplanen för hälso- och sjukvårdens på samverkan mellan olika vårdformer i mål, delmål och indikatorer. Just denna del, om att samverka och att få till en väl fungerande process för patienter mellan vårdnivåer, verkar helt saknas i målformuleringarna, se tabell 6.3.

6.3 Hur budgeten förändrats åren 2016–2019

I detta avsnitt granskas hur budgeten förändrats under tiden mellan åren 2016 och 2019. Fokus ligger på hur mål och nyckeltal utvecklats efter hand.

6.3.1 Förstärkt målstyrning med ökat antal mål och mått

I dokumentet mål och budget 2016 (Stockholms läns landsting, 2015) beskrivs att det finns stora behov av utveckling och förändring av styrningen. Framförallt vill man uppnå en ökad samordning inom regionen, i syfte effektivisera resursanvändningen:

Framöver ligger fokus på ett effektivt resursutnyttjande, nya arbetssätt och stärkt styrning. (Stockholms läns landsting, 2015, s. 50)

Stockholms läns landsting [Region Stockholm] är en av landets största organisationer. Av nödvändighet måste styrningen och utvecklingen av organisationen därför bygga på ett decentraliserat ansvar och många lokala initiativ, men samtidigt måste styrningen ske på ett tydligt och effektivt sätt så att inte suboptimeringar och andra oönskade effekter uppstår. Landstinget [Region Stockholm] är en koncern och ska beakta koncerneffekterna vid beslutsfattandet. (Stockholms läns landsting, 2015, s. 22)

I dokumentet mål och budget 2018 (Stockholms läns landsting, 2017) beskrivs målstyrningen och ansvarsfördelningen mer utförligt, jämfört med hur strukturen varit tidigare år. I budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a) konkretiseras såväl koncerngemensamma som verksamhetsspecifika huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden. Denna förändring kan tolkas som att man försöker förstärka målstyrningen och därmed tydligare än tidigare, peka ut vad de olika verksamheterna inom regionen ska sträva mot.

Efter hand har målen och indikatorerna blivit fler jämfört med tidigare budgetar. För exempelvis hälso- och sjukvården har antalet delmål utökats och det har även kommit till fler indikatorer som mått på varje delmål. I 6.4 har en sammanställning gjorts över

de mål, delmål och indikatorer för åren 2016–2019. Informationen har hämtats från Region Stockholms mål och budgetdokument för respektive år. Från 2019 började man också dela in målen, indikatorerna och målvärdena för respektive nämnd, vilket gjorde att exempelvis hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska sjukhuset fick något olika mål då de har skilda ansvarsområden och uppdrag.

Tabell 6.4. Mål och indikatorer för hälso- och sjukvården 2016–2019 (Stockholms läns landsting, 2018a, 2017, 2016, 2015).

Mål och indikatorer 2016 för hälso- och sjukvården	Mål och indikatorer 2017 för hälso- och sjukvården	Mål och indikatorer 2018 för hälso- och sjukvården	Mål och indikatorer 2019 för hälso- och sjukvårdsnämnden
Förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården	Förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården	Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården	Hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta värdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare
Vård i rätt tid	Vård i rätt tid	Vård i rätt tid och på rätt plats	Vård på rätt plats
Andel slutenvårdstillfällen utanför akutsjukhus	Andel slutenvårdstillfällen utanför akutsjukhus	Andel specialistläkarbesök utanför akutsjukhus	Andel specialistläkarbesök utanför akutsjukhus
Andel besök på närakuter i förhållande till besök på akutsjukhusens akutmottagningar	Andel besök på närakuter i förhållande till besök på akutsjukhusens akutmottagningar	Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar	Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar
Uppfyllelsegrad för vårdgarantin	Uppfyllelsegrad för vårdgarantin		
			Vård i rätt tid
			Andel patienter som vistas längre än 4 timmar på akutmottagning
		Andel patienter som får vård inom 5 dagar hos husläkare	Andel patienter som får vård inom 5 dagar hos husläkare
			Indikator att utveckla: Andel patienter som får kontakt med sin vårdcentral samma dag
			Indikator att utveckla: Andel patienter som får svar inom den digitala vårdgarantin
			Andel patienter som får vård inom 3 dagar hos primärvård
		Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar
		Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar
			Andel patienter som får tid för behandling inom 60 dagar
			Andel slutenvårdstillfällen utanför akutsjukhusen
			Uppfyllelsegrad av vårdgarantin

Säker vård	Säker vård	Säker vård	Säker vård
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner
30 dagars återläggningsfrekvens inom slutenvården	30 dagars återläggningsfrekvens inom slutenvården för personer 65 år och äldre	Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+)	Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+)
Antibiotikaföreskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)	Antibiotikaföreskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)	Antibiotikaföreskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)	Antibiotikaföreskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare)
Hög effektivitet	Hög effektivitet	Hög effektivitet	Effektiv vård
Andel invånare i befolkningen som har ett invånarkonto på Mina vårdkontakter	Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare		Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete		Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus
			Indikator att utveckla: Hög produktivitet i vården
			Indikator att utveckla: Hög effektivitet i vården
	Följsamhet till Kloka Listan	Följsamhet till Kloka Listan	Följsamhet till Kloka Listan
		Beställarens köpkraft	Beställarens köpkraft
			God folkhälsa
		Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete
			Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor
Högt förtroende för vården	Högt förtroende för vården	Högt förtroende för vården	Högt förtroende för vården
Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården	Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården	Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården	Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården
	Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra
			Indikator på valfrihet

I tabellen ovan kan man utläsa hur målen som riktar sig till hälso- och sjukvården i regionen har utvecklats under en fyraårsperiod. Områden med grönt indikerar samma målindikator som året före, gul färg indikerar att målet har omformulerats något jämfört med året före. Blå färg indikerar att målet är nytt och tillkommit efter 2016. Utgångspunkten för granskningen är de mål som fanns 2016. I den vänstra kolumnen återfinns målen för 2016, vilka är utgångspunkten för granskningen. År 2016 var huvudmålet förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården. Huvudmålet hade fyra delmål: vård i rätt tid, säker vård, hög effektivitet och högt förtroende för vården. Totalt fanns nio indikatorer för att mäta de fyra delmålen. Under 2017 tillkom två indikatorer och under 2018 tillkom ytterligare fem indikatorer. I budgeten för 2019 förändrades huvudmålet till: hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare. Ytterliga två delmål tillkom: vård på rätt plats och god folkhälsa och totalt ytterligare 13 indikatorer för att mäta delmålen.

Utifrån tabellen ovan kan man konstatera att både antalet delmål och indikatorer som ska mäta delmålen har ökat under tidsperioden. Från att ha varit fyra delmål har de utökats med två delmål 2019, vård på rätt plats och god folkhälsa. Även indikatorerna som ska mäta respektive delmål har ökat. Den största ökningen av indikatorer har gjorts 2019. Totalt har 13 indikatorer tillkommit.

Det är inte möjligt att följa hur eller varför målen ändrats eller varför nya tillkommit. I mål och budgetdokumentet för 2018 (Stockholms läns landsting, 2017) förklaras delmålen och vad de ska syfta till, till exempel skriver man under högt förtroende för vården att:

Genom en förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården ökar invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården. (Stockholms läns landsting, 2017, s. 103)

Motsvarande formuleringar eller förklaringar finns inte i budgeten för 2019.

DEL 4
Intervjuerna

7 Styrning i Region Stockholm enligt intervjuerna

Fokus i detta avsnitt ligger inledningsvis i att beskriva hur Region Stockholm styr hälso- och sjukvården, med fokus på målstyrning och ekonomistyrning. Beskrivningen bygger framförallt på intervjuer som gjorts med medarbetare inom organisationen. Medarbetarna finns i olika delar av hälso- och sjukvården. Inledningsvis görs en beskrivning av Region Stockholms styrmodell och hur tanken är att regionen ska styra med målstyrning och ekonomistyrning. Därefter kommer en kompletterande beskrivning av hur systemet uppfattas fungera i praktiken.

Region Stockholm är organiserad som en koncern och bedriver delar av verksamheten i bolagsform. I regionledningen försöker man dra nytta av att vara en koncern och att kunna samlas kring medborgarna, vilket uttryckts av en politiker på ledningsnivå:

Ett styr- och ledningssystem med mål, man vet vad man mäts på. Vi har kunnat lyfta fram vikten av att man samarbetar, att det är kunden som är det viktigaste, alltså patienterna i sjukvården, resenärerna i kollektivtrafiken. Stockholms läns invånare ska stå i centrum, det har varit tydligt. Att man ska ha koncerntänkandet. Det är tydligt i budgeten. Tidigare landstingsdirektör och nuvarande regiondirektör har de mötena på tjänstemannasidan för samordning, som en del i ledningen och styrningen. Det har haft en effekt av att man är inte bara Södersjukhuset AB eller trafikförvaltningen, utan man är en del i en helhet och det är det vi har velat åstadkomma. Att man ska känna att man är en del i en helhet, där den egna verksamheten man ska utföra finns, men man har också ett ansvar att bidra till helheten. (Regionledning-politiker)

Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen kan man identifiera såväl fördelar som problem vad gäller att använda begreppet koncern. I intervjuer är det flera som pekar på möjliga fördelar med att vara en koncern. Dessa resonemang har då haft karaktären av att vara konceptuella resonemang och betonar att gemensamma aktiviteter och processer med fördel kan drivas inom ramen för en koncern, men inte som något man använder idag. Exempel på sådana aktiviteter och processer är gemensam rekrytering, lönesättning och upphandling. På många ställen inom hälso- och sjukvården beskrivs det vara ett reellt problem att hitta kompetent arbetskraft och flera påtalar problemet med konkurrens om personalen mellan olika verksamheter inom den egna koncernen. Det innebär följaktligen att man ser fördelar med ett gemensamt rekryteringsarbete vilket skulle underlätta just rekrytering och minska konkurrensen om personal. Nedan citeras två av respondenterna som intervjuats och som lyfter fram exempel på möjliga gemensamma aktiviteter som skulle kunna vara koncerngemensamma. Det första citatet kommer från en respondent inom en förvaltning medan det andra kommer från en respondent inom hälso- och sjukvårdens operativa verksamheter:

Om man till exempel tar HR-processer, rekrytering, det behöver inte vara olika. Lönesättning, det behöver inte vara olika. Väldigt mycket inom till exempel HR,

skulle kunna vara lika. [...] När det gäller till exempel kommunikation, det kan vara lika [...] Vad gäller upphandling finns det inte olika regler, vare sig det är trafik, bussar eller om det är sjukhus. Alltså det finns områden där vi ändå har likheter, där vi skulle kunna samnyttja resurser, eller där vi skulle kunna dra nytta av vår storlek. (Förvaltning)

Det borde kunna finnas förutsättningar för det på HR-sidan. För just nu är det ett race vad gäller löner i vissa yrkesgrupper. Men det är väldigt, väldigt svårt att få de här landstingsgemensamma [regiongemensamma] riktlinjerna [...] Sedan har vi en extremt låg bemanning på våra vårdavdelningar och det går inte att bedriva en högkvalitetsverksamhet. Här skulle jag vilja se en koncernstyrning. Jag skulle vilja se en benchmarking där man bedömer resursen i förhållande till uppdraget. Men här ser vi inga spår av koncernstyrning. Det är här jag skulle vilja ha den. (Regionägd hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Det finns dock de som är mer kritiska till nyttan med att vara en koncern och föredrar att ha en tydlig uppdelning i de fyra kärnverksamheterna (hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regional utveckling och kultur). Kritiken handlar framförallt om svårigheterna att hitta gemensamma aktiviteter i det konkreta arbetet. Nedan illustreras ett exempel på hur det uttryckts:

[K]oncernstyrningen är jätterörig ... jag förespråkar att vi har trafikbenet och hälso-sjukvårdsbenet och sedan har vi regionala utvecklingsbenet som är mycket mindre. Jag tror att man måste, att de här olika huvudbenen måste vara ganska autonoma, man kan inte gyttja ihop det för mycket. (Förvaltning)

7.1 Politikens avsikt med målstyrningen och ekonomistyrningen

I arbetet med utvecklingen av målstyrningen (och ekonomistyrningen) har man, inom den politiska regionledningen strävat efter flera saker. Här nämns faktorer som att sträva efter en långsiktighet i styrningen och att alla inom organisationen vet vad man ska styra emot. Region Stockholm är en stor organisation och därför ser man, från den politiska ledningen, att man behöver vara tydlig i vartåt man strävar, inom givna ekonomiska budgetramar. Nedan återges ett citat från den politiska regionledningen där man påtalar vikten av tydlighet i den politiska riktningen av verksamheterna:

Det är viktigt att man har en tydlig målbild för vad man vill med sin styrning och ledning [...] att man vill säkerställa en måluppfyllnad, att man ska hålla sina ekonomiska ramar. Det kräver också en tydlighet i beställningen och ju större organisationen är, desto större måste också tydligheten vara, det vill säga att man har en långsiktig vision. Att man har mål som är satta på lite längre sikt och som inte är lika långa som visionen, men som är ganska långsiktiga och som är styrande, så att oavsett vilken nämnd eller vilket bolag som är berörda ska de veta att det här vår "take" på detta. Då ska de också kunna se att det här kanske vi inte klarar själva, vi måste samarbeta med några andra nämnder eller några andra bolag. Och redan när man ger målen och uppdragen i budgeten ska man ha uppföljningen klar. Vilka indikatorer är mått på att man uppnår målen. [...] Man måste ha mål ... Alltså förtroende är bra, tillit är bra men om vi har 45 000 anställda måste de veta, vad är

uppgiften. Vad är politikens mål för Region Stockholm? Varför finns vi till?
(Regionledning-politiker)

Utöver att använda målen som en riktning för handling, framkommer många andra syften med målstyrningen och hur målen ska kunna användas av verksamheter inom Region Stockholm. Det uttrycks bland annat en förhoppning om att målen (och indikatorerna som ger uttryck för graden av måluppfyllelse) ska användas till att jämföra verksamheterna med varandra, till exempel så att sjukhusen ska kunna jämföra utfallen av målen med varandra och utifrån jämförelserna kunna arbeta och förbättra de områden där man är svagare. Nedanstående citat illustrerar beskrivningen av vad den politiska ledningen ser som målstyrningen och ekonomistyrningens syfte:

Man ska också kunna ha en jämförbarhet så att man ska kunna gå in och se varandras ... om man jobbar på Södersjukhuset med någonting så vet man att det finns fler sjukhus som jobbar med samma saker. Vad har de satt för mål? Vad har de för måluppfyllelse? Och kanske kan ta en kontakt. Hur kommer det sig att de lyckas inom den ekonomiska ramen, någonting vi inte klarar. Så att vi också med hjälp utav styr- och ledningssystemet kan bygga en lärande organisation internt.
(Regionledning-politiker).

När det gäller själva användningen av de konkreta målen och indikatorerna ser man också att när ett mål nåtts och verkar ligga på en stabil och önskad nivå, bör indikatorerna kunna bytas ut till något annat man vill lägga fokus på, vilket illustreras nedan med ett citat från en politiker i den centrala regionorganisationen:

[D]e [målen och indikatorerna] däremot skulle kunna vara lite mera rörliga över tid därför att om man väl har uppnått någonting då kan man stryka det, då behöver man inte hålla på med det. Om vi ser att det är stabilt över lång tid då kanske man ska lyfta upp någonting annat som var längre ner. (Regionledning-politiker)

Sammanfattningsvis syftar målen och indikatorerna till att ge verksamheterna i regionen en långsiktig riktning. De ska kunna användas till att styra verksamheterna i en viss riktning och de ska kunna användas för att jämföra verksamheter med varandra samt att verksamheterna själva ska kunna se hur de ligger till i förhållande till övriga verksamheter. Inom ramen för koncernen vill man, från den politiska regionledningens sida, att de olika verksamheterna ska kunna samverka med varandra och på det sättet dra nytta av gemensamma aktiviteter, inom ramen för koncernen.

7.2 Hur målstyrningen tolkas och manifesteras i verksamheterna

Ovan har den politiska regionledningens syn på målstyrningen tagits upp och hur de ser att alla regionens verksamheter ska, i högre grad än tidigare, arbeta i riktning mot samma mål. Ute i verksamheterna, det vill säga i de politiska nämnderna, förvaltningarna och de egna verksamheterna och de regionägda bolagen, ska dessa beslutade mål användas och vara vägledande i arbetet. Frågan är hur man uppfattar målen? Hur hanteras de i organisationen? Och hur arbetar man utifrån målen? Just

dessa frågor kommer att vidareutvecklas nedan. Diskussionen utgår från några teman som återkommande har kommit upp i intervjuerna.

7.2.1 Kritik mot mål, indikatorer och målvärden

I intervjuer med representanter för regionens hälso- och sjukvårdsverksamheter har målstyrningen diskuterats och hur man uppfattar målen, indikatorerna och målvärdena. I diskussioner som handlar om urvalet av mål, delmål, indikatorer och målvärden som finns i budgeten menar några av respondenterna att det i princip inte går att ha några synpunkter på målen i sig, eftersom det är viktiga mål, exempelvis tillgänglighet. Men just valet av mål och därmed att andra mål väljs bort och varför man fastställt en viss målnivå, har varit mycket svårt att få fram och intervjupersonerna har inte kunnat motivera varför och hur detta går till. I diskussioner om målen har intervjupersonerna bland annat reflekterat över att de egna bolagen fått mål i budgeten, vilket skiljer sig från tidigare då de endast fick mål via avtal med beställarnämnden. Ytterligare diskussioner som intervjuerna har lett till är mängden mål och att de ökat i antal de senaste åren samt nivåerna på målvärdena. Nedan citeras några synpunkter som kommit fram i de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna, just med avsikt att illustrera uppfattningen att målen är många till antalet och svårigheten att arbeta efter så många mål:

Vi har bestämt att egna mål det gör vi inte, för det blir för många. I och med att de säger att vi inte får bryta ner fullmäktiges övergripande mål, alltså det här ”tjocka” målet får vi inte bryta ner, utan det är de här ”halvtjocka” som vi får bryta ner. Men om man tänker sig det här, här finns det redan en, två, tre, sex [indikatorer] under det här [delmålet]. Om vi ska börja bryta ned målen, det blir för många mål. [...] nu har fullmäktige satt 19 mål som vi ska bryta ner. Men därför har styrelsen bestämt att vi inte bryter ned dem ytterligare. Det som fullmäktige har bestämt som indikatorer, det måste vi ha och så lägger vi till några som vi anser vara viktiga. Men vi kan inte, för vi kan inte trycka ut en miljard saker till våra verksamheter. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Kritiken mot målen, delmålen, indikatorerna och målvärdena handlar också om att det inte görs någon skillnad på var i hälso- och sjukvården målen och framförallt indikatorerna ska användas. För de mål som riktar sig till alla verksamheter inom hälso- och sjukvården är delmål, indikatorer och målvärden desamma. Inom till exempel primärvården ger intervjupersonerna exempel på problemet med att ha en och samma nivå för indikatorerna, oavsett vilken typ av hälso- och sjukvård som bedrivs. Här diskuteras indikatorn förekomst (prevalens) av vårdrelaterade infektioner, med ett målvärde på $\leq 7,9$ procent:

Då hade man sagt att det ska vara mindre än 10 procent, jag kommer inte ihåg siffran exakt. För vår del, är 10 procent skyhögt, enormt högt. Däremot om man tänker sig ett sjukhus där man har en intensivvårdsavdelning och massor med infektionsproblematik etcetera, så är det tämligen rimligt [...] Vi tycker det ska vara mindre än 3 [procent]. För skulle vi gå ut och säga mindre än 10 procent tänker de,

jaha de tycker det ska bli skitigare här [...] Det blir heltokigt helt enkelt. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Fler respondenter är inne på samma spår, att målnivåerna som satts på indikatorerna är så låga att alla når dem. Istället hade man kunnat förvänta sig att målnivåerna var lite mer eftersträvansvärda. Målnivåerna på indikatorerna uppfattas därmed som lågt ställda och att man hade kunnat förvänta sig att man satte mål som verksamheterna skulle behöva anstränga sig för att uppnå, vilket nedanstående citat visar:

[N]ågonstans i den politiska agendan vill man sätta någon typ av mål, man vill sätta mål som man når, men är det i en ganska expansiv plan, som vi har med framtidsplanen [för hälso- och sjukvården], kanske det också är så att man behöver ha lite strävansmål och att man tar lite höjd. (Förvaltning)

Med utgångspunkt i att det under intervjuerna diskuterats att målen är många till antalet och att man uppfattar att målnivåerna skulle behöva anpassas till den verksamhet de ska finnas i, kommer frågan om hur hälso- och sjukvårdsverksamheterna hanterar och arbetar med målen.

Utöver den stora mängden mål har det också kommit fram att målen är väldigt detaljerade, vilket följande citat visar:

Vi såg de där utkasterna och framförde synpunkter på att de var detaljerade, men det kördes igenom. Det är politikens rättighet att göra det, de måste få – rätt eller fel – så måste de få sätta sin ton och det är det, man vill styra mycket mer. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Det är dock inte enbart målstyrningen genom budgeten som uppfattas som detaljerad. Även de avtal hälso- och sjukvårdsverksamheterna skriver med regionens beställarnämnd uppfattas ofta som mycket detaljerade. Här ges, i intervjuer, flera exempel på hur man ”tvingats” bedriva verksamheter som inte uppfattas som välfungerande, av olika anledningar – ineffektiva, improduktiva och verksamheter med brister i kvaliteten – och hur man uppfattar avtalen som väldigt detaljerade:

Det där går inte för oss att lägga ner, den är helt onödig tycker vi, i alla fall för att sjukhuset ska bedriva det. Vi kan ge [här ges exempel på patientgrupp] lika bra eller bättre vård här, men det har blivit en stor symbolfråga att det ska finnas där [...] där måste man ta hänsyn till den politiska viljan så att säga [...] det står i avtalet, det står att den där mottagningen, att den ska finnas där... och den är odiskutabel. Vi har försökt diskutera den flera gånger men den är odiskutabel. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Ja, och det är väl det vi ser, och det är väl därför jag säger det också. För vi ser det att de politiska dokumenten, budgetdokumenten, blir väldigt styrande i detalj, det är inte vi vana vid [...] Det är bara att titta på budgetdokumenten, det är väldigt tydligt att man vill tala om för oss vad vi ska göra, vad vi ska mäta, vad vi ska leverera, det är väl där det syns framförallt. [...] alltså någon säger så här: nu ska vi satsa på förlossningsvården, vi ska satsa på förlossningsrädda kvinnor eller vi ska satsa på den här gruppen patienter, och så får vi X antal miljoner under tre år. Då bygger man upp en verksamhet med massa människor som gör ett bra arbete och man utvärderar att ja det här är jättebra, och sedan drar man bara in pengarna och så ska det in i det

vanliga sjukvårdsuppdraget [...] Vi är lite luttrade av det här, tycker inte att det är helt kul att styras av sådana här snabba kast och trender, ”nu ska vi satsa på det här”. Man skulle gärna vilja att det var genomtänkt att man gjorde en pilot någonstans, utvärderade, ska det vara kvar?, ska det inte vara kvar? Kommer man fram till att det ska vara kvar, då måste man fundera på hur det ska finansieras. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

[J]ag tänker att det handlar om en väldig rädsla för de krav som röststarka medborgare ställer [...] och ibland är det så att de som mest påtalar det som inte fungerar, det är inte de som är de mest behövande. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Det framstår intressant nog som oklart var detaljstyrning kommer ifrån. En del av intervjupersonerna menar att politikerna är inne och detaljstyr, andra menar att det är tjänstemännen på centralnivå som är inne och detaljstyr och ytterligare andra menar att det är avtalen som är alltför detaljerade. Men i och med att politiken ger uppdrag till beställarnämnden, som ska skriva in det i avtalen med hälso- och sjukvårdsverksamheterna och att politikerna i budgeten skriver in mål och mått som riktar sig direkt till de regionägda verksamheterna, ökar kraven på verksamheterna. De får därmed fler riktlinjer att förhålla sig till och deras utrymme att själva besluta om hur verksamheterna ska styras minskar.

7.2.2 Målstyrningens roll i verksamheterna

Frågan hur man prioriterar målstyrningen i verksamheterna och vilken ställning målstyrningen faktiskt har inom hälso- och sjukvården diskuteras här. Inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna anger samtliga intervjupersoner att man läser budgeten, att målen diskuteras på interna möten i verksamheterna och att de är uppe till diskussion på ledningsmöten. Men målen verkar snarare fått formen av att man följer och kontrollerar dem, men arbetar inte efter dem, vilket nedanstående citat visar:

Jag erkänner jag har inte läst dem jättenoga [...] men vi har möte på [en nämnd en dag i veckan] och det är en punkt där ... (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

[D]et är en politisk produkt, det är ideologin som styr den delen, som jag ser det. Sedan är det relevanta mål, men det är det som är viktigt för politiken, majoriteten så att säga, och måste så vara. Sedan, när vi kommer till beställaren känner vi igen mycket av det där men då är det mer professionsbaserat och där vi är mer delaktiga i att ta fram kvalitetsmål. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Där finns det ett antal mål som bara är att redovisa och det finns mål som är kopplade till pengar [...] Vi försöker väl följa upp de där men jag vet inte. Vi har svårt med det, för att vara ärlig... vissa av målen är väldigt svåra att hantera. En del av målen är väldigt dåligt definierade. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Som en följd av att målen som framställs i budgeten är väldigt många till antalet, försöker en del verksamheter att välja vilka mål som är relevanta på olika nivåer i verksamheten, vilket nedanstående citat illustrerar:

Då är det väl så att vissa grejer trycker vi inte ner i organisationen utan vi säger att det får vi hantera på verksamhetsområdesnivå eller det kanske vi bara kan hantera på ledningsnivå. Så allting går inte hela vägen ut, vi gör en avvägning så att det inte blir en administrativ börda som ... ledningen bestämmer vad som går ut och inte går ut. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet).

Just mängden mål beskrivs återkommande som ett problem och man verkar ha svårt att riktigt veta vad man ska göra av alla mål och hur de ska användas. Man har försökt lösa det på lite olika sätt. Som nämnts ovan försöker en del sälla bland målen och förmedla endast ett urval av målen vidare i organisationen och att dessa mål då bör följas. Nedanstående citat från två olika hälso- och sjukvårdsverksamheter illustrerar just detta dilemma med många mål:

Ja, det blir för mycket indikatorer, det är jättesvårt att kommunicera [...] när vi tittar på det i vår ledningsgrupp måste vi välja ut det som är viktigt och jag tänker att det finns ett ansvar att titta på det som har en stor betydelse för patienterna och det bästa är när man kan hitta måtten som inte bara är surrogatmått. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Sedan är målen väldigt många och i de flesta verksamheter går det inte att jobba med stora övergripande aktiviteter på 14 områden. Då blir det, då skriver man saker på papper som man inte kommer att fixa, finns inga personalgrupper som löser det. Sedan kan det vara smågrejer på god folkhälsa eller inte vet jag högt förtroende, det är stora frågor det är inga smågrejer heller. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

7.3 Målstyrning i relation till annan styrning

Med utgångspunkt i det som kommit fram i intervjuerna finns en bred uppfattning om att det finns många olika styrmodeller i Region Stockholm, vilka påverkar den egna verksamheten på olika sätt. De styrmodeller som nämnts under intervjuerna och som diskuterats är bland annat koncernstyrning, beställar- och utförarstyrning, uppdragsstyrning, målstyrning och ekonomistyrning samt övriga styrande dokument. Det stora antalet styrmodeller uppfattas som problematiskt av flera skäl. Ett problem är att styrmodellerna tillsammans med alla styrdokument är så många till antalet, vilket gör det svårt att hålla koll på allt och veta vad som egentligen ska prioriteras. Följden blir att det uppfattas som svårt att riktigt veta hur man ska förhålla sig till alla styrmodeller.

Ett annat problem är att ibland blir effekten av styrmodellerna att verksamheterna arbetar i motsatt riktning vad till exempel regionledningen uttalat att de ska. En del av styrmodellerna går i linje med varandra, då uppstår förstås inga problem, men ibland verkar styrmodellerna gå emot varandra och man tvingas välja bort något.

Ytterligare problem som är återkommande i intervjuerna i regionens hälso- och sjukvårdsverksamheter, är att man efter införandet av målstyrningen började lyda under dubbla styrmodeller, där målen kommer från två håll, men de finansiella resurserna kommer endast från ett håll. Målen kommer dels direkt från

regionfullmäktige, dels genom hälso- och sjukvårdsavtalen via beställarnämnden. Många gånger uppfattas målen från regionfullmäktige överensstämna med de i avtalen, men inte alltid. Utöver detta finns en bred uppfattning av att man är mycket detaljstyrd, då främst genom avtalen via beställarnämnden.

Nedan ska några av dessa styrmodeller diskuteras och hur utformningen av styrmodellerna riskerar att motverka varandra. Slutligen diskuteras hur verksamheterna väljer att hantera dessa svårigheter. I och med att den politiska regionledningen är tydlig med att det är målstyrning och ekonomistyrning som är de viktigaste styrmodellerna i regionen och att regionens budget är regionens viktigaste styrdokument, är utgångspunkten i texten målstyrning och ekonomistyrning och diskussionen fokuserar på hur andra styrmodeller fungerar i relation till dessa.

7.3.1 Målstyrning i relation till koncernstyrning

Inom ramen för målstyrningen är den politiska ledningens förhoppning att de regionägda verksamheterna, i högre grad än tidigare, ska arbeta mot samma mål och därmed agera mer som en koncern, vilket gör att målstyrningen uppfattas skilja sig från tidigare styrning. Inom den politiska regionledningen pratar man om att man arbetar för att de regionägda verksamheterna ska samverka och lära av varandra. Nedanstående citat kommer från en representant på den centrala regionledningen och illustrerar skillnaden i vad man förväntar sig inom ramen för den nuvarande målstyrningen och hur det skiljer sig från tidigare, då vården, i högre grad, bedrevs enbart utifrån beställar-utförarstyrningen:

Våra akutsjukhus i Stockholms län har nästan haft som uppgift att konkurrera med varandra. Modellen varit en decentraliserad modell, där de har haft [som uppgift] att ni ska konkurrera med varandra under tron att det ger maximal, total effektivitet. (Regionledning-tjänsteman)

Styrmodellen innan var mycket konkurrens om patienterna, starka bolag som skulle verka inom ramen för sitt uppdrag, men egentligen inte samarbeta med någon annan. Men om du gör ett jäkligt bra jobb på Danderyds sjukhus, då kommer du dra till dig patienterna och när du tar hand om patienterna får du mer betalt. Ungefär så, det var den grundläggande tanken. (Regionledning-tjänsteman)

I de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna har frågan om konkurrens mellan verksamheterna varit uppe i intervjuerna. Det som kommit upp är framförallt personalsituationen och problem med att rekrytera personal. Här ser man att de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna konkurrerar om personal med lön som konkurrensmedel. Diskussioner och överenskommelser har gjorts om detta, för att just förhindra sådan konkurrens. Nedan lyfts ett par citat fram, som pekar på dessa svårigheter med att rekrytera kompetent personal och att det i nuläget finns konkurrens mellan de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna:

Jag tror att det är oundvikligt, det finns en helt annan rörlighet när det gäller arbetsmarknaden, helt andra möjligheter att rekrytera, helt andra möjligheter som arbetstagare att söka sig någon annanstans. Det blir en konkurrenssituation mellan sjukhus och vårdgivare som gör att det blir mycket svårare att samarbeta. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Vi diskuterar oändligt mycket, och vi svär in gång på gång att vi ska göra det [följa riktlinjerna], och vi gör det aldrig. Det är klart vi har delegerade förfaranden när det gäller att anställa folk, det görs inte av sjukhusdirektören utan det görs någonstans ute i verksamheten och är man hårt pressad är det frestande att köpa över någon och betala lite mer och inte följa de riktlinjer som finns. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Den politiska regionledningens förväntan och önskan om att arbeta mer som en enhet, en koncern, ifrågasätts inte från verksamheterna inom hälso- och sjukvården. Men här verkar diskussionen om att arbeta i en koncern framförallt handla om samarbetet mellan olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Dock finns det delar i styrmodellerna, som gör att samverkan och systemtänket blir svårt att få till mellan olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Dessa svårigheter handlar till exempel om att drivkrafterna i de styrmodeller som används ibland gör att målstyrningen inte får den effekt som den politiska regionledningen önskar. Detta diskuteras vidare nedan.

7.3.2 Målstyrning i relation till uppdragsstyrning

Målstyrningen manifesteras, som tidigare nämnts i budgeten och uttrycks såväl regionövergripande som för varje nämnd och bolag. I Region Stockholms beställarnämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden, ligger i uppdraget att beställa hälso- och sjukvården för regionens invånare. Det innebär att deras uppdrag, om vad som är befolkningens rätt till hälso- och sjukvård, formuleras av de folkvalda politikerna i regionens budget. I tidigare budgetar har detta uppdrag uttryckts i form av att-satser. Det har i budgettexten inneburit att man har en politisk text, där det skrivs att det åligger en viss nämnd ”att ...”. På det sättet har man tydligt sagt vad nämnden ska göra. Men detta system frångås till viss del, just för att den politiska texten hade en mycket oklar position och att det uppfattades som att det endast var det som formulerades i dessa att-satser som var det som skulle genomföras. Sedan den nya politiska majoriteten tillträdde 2018 går man ifrån detta alltmer, just på grund av den politiska textens oklara ställning. Istället är man av uppfattningen att allt som skrivs i den politiska texten är det som ska genomföras. Citatet från regionledningen illustrerar en önskan om att hela budgeten ska genomföras och inte enstaka att-satser:

Där vi tillslut skriker i en att-sats, inte bara skriver i en budget. Jag kommer från en kultur där vi skrev extremt få att-satser. Där tjänstemännen hade som kultur att man läste budgeten så fort den kom ut [...] Sedan visste man att det här är det vi ska jobba med. Alla högre tjänstemän kunde tenteras på budgeten i sömnen. Här var det inte någon som ens läste den. Alltså står det i budgeten, jaha liksom. (Regionledning-politiker)

Att ta bort de så kallade att-satserna har följaktligen inneburit att man i hälso- och sjukvårdsförvaltningen tolkar den politiska texten för att försöka förstå vad det är politiken vill att nämnden ska fokusera på. Uppdragen är många gånger formulerade som politiska visioner och det är upp till tjänstemännen i förvaltningarna att tolka dessa texter till konkreta mål, som sedan ska komma in i avtal med utförarna av hälso- och sjukvård. Dessa tolkningar kräver en hel del arbete och diskussioner inom verksamheten och med politikerna för att få fram vad de egentligen avser. Tolkningssvårigheterna handlar om såväl svårigheter att veta vad som ska prioriteras, då en del inte konkretiserats i indikatorer och målvärden som vad målen faktiskt betyder. Här uppfattar intervjupersonerna det som svårt att följa vad det är regionfullmäktige avser. Det gäller framförallt den delen i budgeten som inte konkretiserats i tydliga indikatorer och målvärden. Man har uppfattningen att det är mycket man ska göra. Får man särskilda uppdrag från regionfullmäktige kan de efterföljas av medel, det vill säga pengar för detta, men inte alltid. En del uppdrag har man också uppfattningen om att de krockar med andra uppdrag. En del av uppdragen beskrivs faktiskt som omöjliga, eller till och med otillåtna. Återkommande, i intervjuerna beskrivs just svårigheten i att tolka uppdragen som ges av politikerna:

Sedan har vi en väldigt otydlig modell därför att själva styrdokumentet, budgeten, som är regionens viktigaste årliga styrdokument ... där vissa saker ligger i att-satser, tydliga uppdrag. Vissa saker ligger som någon löst hängande formulering någonstans i någon budgettext. Då tycker den politiska sidan att man har givit förvaltningen i uppdrag, men det kanske inte är alltid tydligt går att plocka ut vad som bara är allmänna visioner och medskick, och vad som är konkreta uppdrag som ska levereras. (Förvaltning)

Det kan komma på ett nämndsammanträde också, sådana uppdrag. Men ofta ska de komma i budgeten. Ibland är de väldigt flummiga, eller tolkningsbara uppdrag. Ett exempel, det är att ingen ska dö ofrivilligt ensam på våra sjukhus. OFrivilligt är ganska lätt att förstå, men vad är vad. Menar man med att ingen ska behöva dö, är det själva dödsögonblicket, som vi följer i kvalitetsregister, eller är det processen fram till döden. Och skulle vi garantera att ingen ska dra sista sucken själv, ja då måste man ha otroligt stora vak-organisationer som sitter dygnet runt på alla våra geriatriska kliniker och i den palliativa vården. Då måste man tillbaka till landstingsråden [regionråden] och fråga, vad menar ni egentligen [...] (Förvaltning)

Om man gör så, då tror jag att det blir ... då kan vi få det här resultatet. Gör vi så där istället får vi det här resultatet och sedan är det politiken som bestämmer. Här kommer det bara som fakta, nu har politiken bestämt "tjoff", i vissa delar, förstår du, så? [...] Och så får vi försöka, men hade de pratat med oss och man hade skruvat lite på beslutet hade det säkert blivit lite bättre, de hade ett fått den riktning de ville ha i alla fall (Förvaltning)

[J]ag skulle önska att man hade en dialog med oss innan, därför att en del uppdrag kanske inte går att göra på ett år, en del uppdrag är inte lämpliga, de kanske är olagliga att genomföra. Alltså ... jag tror att det hade funnits ett värde i att ha en tjänstemannaavstämning innan man ger uppdragen. (Förvaltning)

7.3.3 Målstyrning i relation till avtalsstyrning

I hälso- och sjukvårdens verksamheter pratar man, med några få undantag, om hur avtalen med beställarnämnden, vilka ingås med hälso- och sjukvårdsförvaltningen, styr den egna verksamheten. Nedanstående citat visar ett urval av de diskussioner som handlar om vikten av att hålla avtalen:

För vi ska producera mer och till mindre pengar, och jag brukar säga så här att när vi sitter hos ägaren, politiken och regionledningskontoret, då pratar vi ekonomi, att de ser så illa ut och det blir bara 1 procent uppräknig i år och vi får jättestora gap i våra budgetar som vi inte vet hur vi ska hantera. Så går vi till beställaren och pratar om hur vi ska fixa det här. Det struntar de i, de måste täcka upp och göra sitt uppdrag, känna sig trygga med att det finns sjukhus och vårdcentraler som levererar och att vi inte får köer och så vidare. Så de försöker trycka upp produktionen, mätt med pinnarna. Detta är en ekvation som vi kan uppleva att den inte går ihop riktigt. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

[M]ånga av de stora specialiteterna med stora patientflöden där borde patienterna skiftats ut till andra vårdgivare, men eftersom vi förlorar pengar om [...] från början skulle vi få skifta ut patienter, men sedan smög man in, i elfte timmen då för 2016 inför det avtalet, att vi måste också leverera upp till 95 procent, går vi under 95 procent tappar vi ersättning, de här 5 procenten tappar vi, och ... då förlorar vi pengar på det och då blir det kontraproduktivt. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Ja, det är de [avtalen som styr], det är så och det är den modellen som organisationen har valt [...] det metodstyrandet som kallas ”företaget i företaget”, det vill säga att vi vill ha väldigt självstyrande enheter med en verksamhetschef som har en mer vd-liktande roll och som tecknar ett eget avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Det gäller inte enbart i hälso- och sjukvårdsverksamheterna att det är stort fokus just på avtalen inom beställar-utförarstyrningen, utan också bland politiker inom hälso- och sjukvården (nämnden), där beställar-utförarstyrningen framstår som det viktigaste.

[Beställar-utförarstyrningen] är det som den mesta av min tid upptar egentligen. Men jag tycker att den centrala styrningen och fullmäktiges uppdrag, som vi har att hålla oss till, det ligger till grund för den ägarstyrning som vi ägnar oss åt i hälso- och sjukvårdsnämnden [...] när fullmäktige fastställer mål, budget, olika policydokument som vi också har väldigt många av, då är de överordnade. Det ska vi förhålla oss till i våra avtalsdiskussioner, i vår beställarroll, med utförande [...] vi har inte jobbat så mycket med våra indikatorer tidigare. Jag tycker att det är lite nytt, jag har efterfrågat det tidigare men det är först egentligen under det här året [2019] som jag tycker att det har blivit en riktig diskussion om det. (Nämnd-politiker)

I och med att verksamheternas uppdrag styrs av avtal, uppfattas det som svårt att hantera målen som kommer inom ramen för målstyrningen. Målen från regionfullmäktige och det som ska uppfyllas enligt avtal med beställarnämnden uppfattas överensstämman många gånger, men inte alltid. Det är framförallt i dessa konflikter som de dubbla styrinjerna uppstår. Det har framkommit en hel del kritik mot detta i intervjuerna. Dels det avtal som tecknas med beställarnämnden, dels att man får direkta mål från regionfullmäktige. Nedanstående citat, som kommer från

flera delar av hälso- och sjukvårdsorganisationen, illustrerar bilden av dubbla styrlinjer:

Sedan tar hälso- sjukvårdsnämnden sin egen budget och de kan addera uppdrag. Så det är både från fullmäktige och från hälso- sjukvårdsnämnden [som styrningen kommer]. (Förvaltning)

Ja, så det kan jag säga att vi riktar näsan åt två håll, både mot beställarhållet och ägarhållet [...] Landstinget [regionen] har för 2019 utvecklat en massiv idé kring målstyrning. Parallellt med den får jag säga en väldigt, väldigt, väldigt detaljerad styrning som går genom hälso- och sjukvårdsnämnden. Så, det är två stycken väldigt kraftiga styrningar som går mot sjukhuset just nu, så att sjukhuset självt har inte någon möjlighet att välja något eget där. [...] Sedan har det alltid varit svårt för landstinget [regionen] att knyta ihop beställarsidan med ägarsidan, det finns lite olika syn på saker där. Nu har ägarsidan utökat sin kravlista på hur de vill leda och styra, som gör att det blir mer dubbelkommandon än tidigare. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Många av de målen som vi får, de överlappar. En del är samma, en del är nästan samma, en del är olika, så det blir väldigt spretigt. [...] Budgetdokumentet innehåller otroligt mycket styrande faktorer och det hade vi mycket synpunkter på. Vi har inget emot att ha de där, men ge oss antingen det ena eller andra, man kan inte styra. Jag tycker att det hade varit mer renodlat att ägaren, det vill säga att i budgetdokumentet styrde beställarna, hur de vill att de ska styra oss. Så de inte går in och styr oss direkt, samtidigt som beställarna styr oss, det blir lite konstigt, för spretigt. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

7.3.4 Målstyrning i relation till övriga styrdokument

Utifrån intervjuerna med representanter för verksamheten är det ibland otydligt om det är målstyrning som praktiseras i regionen och huruvida regionens budget verkligen är regionens viktigaste styrdokument, men för den politiska regionledningen är det glasklart:

[D]et är glasklart att budgeten är det mest överordnade styrdokumentet i hela vår organisation. (Regionledning-politiker)

I såväl budgeten som i den politiska ledningen är man tydlig med att det är budgeten som är regionens viktigaste styrdokument. Det är också tydligt när man kommer ut i organisationen, att budgeten är överordnad, men ju längre ut i organisationen man kommer desto mer minskar regionens budget i betydelse. Det finns också en uppfattning att det finns många fler styrmodeller än målstyrning och budget. Det uppstår många gånger krockar mellan olika styrmodeller och därmed uppstår tveksamheter hur verksamheten ska förhålla sig till övriga styrdokument i regionen. Just dessa krockar upplevs som förvirrande och svåra att hantera. Hur ska verksamheten prioritera i förhållande till budgeten? Vilket tidsperspektiv avses? Dessa oklarheter öppnar för egna tolkningar och användning av de olika dokumenten. Nedan återges några citat som pekar på svårigheten i att hantera alla styrmodeller och

styrdokument som finns. Denna bild ges i såväl förvaltning som i de regionägda verksamheterna.

För någonstans måste någonting i alla fall trumfa högst om man nu står och ska... är det målet eller är det ekonomin eller är det uppdraget i sig, eller är det koncerntänket. (Förvaltning)

[D]et finns en enorm flora av olika mål, visioner och strategier ... inte visioner, det gör det inte men olika strategidokument och handlingsprogram och sådant som är beslutat av fullmäktige. Det finns ingen människa på denna jord som kan hålla ordning på alla dessa strategier och policys och det finns också en oreda i nomenklaturen. Vi har strategier och mål när det gäller det mesta, hållbarhet i alla dess olika aspekter, vi har när det gäller personer med funktionsnedsättning eller funktionsvariation, hbtq, effektiv ... Alltså det finns strategier och mål kring det mesta. Så det blir en, för mig en väldigt tydlig perspektivträngsel och så länge du inte har rangordnat olika perspektiv och jag ska ta hänsyn till 50 styrdokument så i praktiken är det jättesvårt. Vill man ha genomslag för någonting måste man prioritera, annars blir det ... det går inte att ta hänsyn till 50 strategier. (Förvaltning)

Det är också lite roligt, för i den här policyn där man slog ihop styr- och ledningspolicyn, så radar man upp alla typer av styrning som finns. Det är ägarstyrning, det är koncernstyrning, det är målstyrning, det är ekonomistyrning, det är uppdragsstyrning, alltså vi har extremt många olika styrformer. (Förvaltning)

Denna bild, att det är många styrmodeller, eller styrformer som intervjupersonen säger och styrdokument bekräftas inom hälso- och sjukvårdens verksamheter:

Alltså vi har ägardirektiv, specifika ägardirektiv, vi har budgetdokumenten, som är väldigt styrande, vi har våra kontrakt eller våra avtal med våra beställare i vårt köpsystem med hälso- och sjukvården. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

[R]egionstyrelsen de äger oss eller vad vi ska säga, de styr oss genom reglementet [...] en styrelse som styr vår verksamhet utifrån fullmäktiges budgetbeslut det är som vi trattar ner. Vi kör den vanliga verksamhetsplaneringen med mål och indikatorer, det är så vi styr vår verksamhet...och ... det krockar lite i och med att man har stärkt koncernen, man pekar väldigt mycket mer rakt ner. Då ... måste vi peka mer också ut till vår verksamhet. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

Alla olika styrmodeller som förmedlas ut i organisationen uppfattas, av hälso- och sjukvårdsverksamheterna som en ökad styrning och som ökad byråkrati och ökar det administrativa arbetet i verksamheterna. Avsikten från regionledningen har dock varit det motsatta. Nedan är ett citat dels från regionledningen om hur avsikten med målstyrningen är just minskad byråkrati, dels om hur målstyrningen snarare ökar den administrativa bördan:

Enligt effektiviseringsuppdraget ska vi minska på byråkratin. Det finns ett mål där som handlar om att vi ska vara mindre byråkratiska [...] Det låter jättefint när vi säger mindre byråkratiska. Samtidigt har vi nya lagkrav till exempel med hållbarhetsrapportering. Hållbarhetsrapportering innebär mer detaljerad rapportering. Om vi ska rapportera saker behöver vi någonstans styra och ha ordning och reda på de grejerna från början så att vi har något att rapportera. (Regionledningstjänsteman)

[Man har] från ägarsidan gett uttryck för en mycket, mycket mer detaljerad och riktad målstyrning. Det är den stora skillnaden och förstås ambitionshöjningar runtomkring, massor med saker som intern kontroll, hållbarhetsredovisning, compliance, alltså det finns en mycket, mycket mer utvecklad önskan om compliance i ett brett perspektiv [...] det är att följa riktlinjer, följa policys, klara upphandlingsregler, klara miljöpolicys, klara FN:s miljömål, barnkonventionen. Lägg allt på ett bräde, det är hur mycket som helst som man trycker på ska lösas och många verksamheter i regionen är inte riktigt, vi har inte speciellt stora administrationer för att klara det här, man får kalla dem hygienfaktorerna, det kan man säga, i en positiv bemärkelse menar jag då. Så det är klart att samtidigt finns det en förväntan om kostnadsänknningar så att det går lite grann i kors för tillfället men vi kommer nog att landa om ett tag. (Hälso- och sjukvårdsverksamhet)

DEL 5

Analys och slutsatser

8 Analys

I denna rapport redovisas resultaten från ett forskningsprojekt i Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting) som genomförts under åren 2016–2019. Uppdraget som ligger till grund för denna rapport har varit att granska hur Region Stockholm styrs, med fokus på hälso- och sjukvården. Övergripande frågor, som har varit utgångspunkt i studien har handlat om hur man inom de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppfattar och hanterar den styrning man får från regionledningen samt hur signaler tolkas och omvandlas till praktisk tillämpning. Syftet med denna rapport har varit att presentera en sammanfattande översikt över hur Region Stockholms hälso- och sjukvårdsorganisation styr och organiserar sig.

I Region Stockholms budget för 2019 skrivs uttryckligen att man använder sig av målstyrning och ekonomistyrning för att styra sin verksamhet. I praktiken har det visat sig att dessa två styrmodeller bara utgör en del av regionens styrning. I de dokument som granskats och i de intervjuer som genomförts och sedan analyserats visar det sig att verksamheter inom regionen är föremål för mycket annan styrning också.

I analysens första del diskuteras målstyrningen i Region Stockholm. Därefter belyses svårigheter i styrningen som kommit fram vid granskning av dokument och i intervjuer som handlar om hur man uppfattar styrningen och konsekvenser av styrningen. Slutligen diskuteras hur olika styrmodeller har olika effekter och hur dessa effekter kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

8.1 Målstyrning i Region Stockholm

I Region Stockholm manifesteras målstyrningen i koncerngemensamma och verksamhetsspecifika mål, delmål, indikatorer och målvärden. Huvudmålen och delmålen kan ses som uttryck för en politisk vision och vilja där man är intresserad av att visa den politiska inriktningen för verksamheten. Det innebär att man har politiska mål för regionen som helhet och politiska målsättningar för regionens fyra kärnverksamheter: regional utveckling, hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och kultur. De politiska målen handlar därmed om att kommunicera politiska värden, som man vill att verksamheterna inom regionen ska förverkliga.

Med långsiktiga mål torde den önskade riktningen också bli tydligare. Även om avsikten är att styra verksamheterna i viss riktning är det oklart hur man förväntar sig att verksamheterna ska arbeta efter målen. I detta avsnitt är avsikten att tydliggöra stringensen i målstyrningen, det vill säga om och hur målen håller en tydlig ”röd tråd” från de politiska visionerna som de uttrycks i budgeten, till de konkretiserade målen på koncernnivå och ut till nämnder och regionägda bolag och slutligen ut till de operativa verksamheterna.

8.1.1 Omfattande politiska visioner försvårar nedbrytningen av mål

De politiska visionerna och de övergripande målen, som kan läsas om inledningsvis i budgeten 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 13), är både omfattande och vidlyftiga. De politiska visionerna uttrycks många gånger i känslor och upplevelser, vilket ibland gör det svårt att förstå vad de innebär. Exempel på det är att regionen ska garantera äldre en värdig, sammanhållen vård och omsorg. Olika människor upplever vad som är en värdig vård och omsorg på olika sätt och lägger olika innebörd i begreppen. Det blir följaktligen svårt för verksamheterna att riktigt veta vad det är man ska sträva efter. Det finns vidare en risk att strävan blir missriktad. Det finns en risk att man strävar efter att lösa upplevelsen av ”värdighet” istället för att det kanske är något annat som egentligen behöver åtgärdas. I tabell 8.2 har de politiska visionerna sammanställts på koncernnivå, nämndnivå och bolagsnivå. Innehållet i tabellen utgår från de politiska texter som finns i budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a).

Tabell 8.1. Sammanställning av politiska visioner på koncernnivå, nämndnivå och i regionägda bolag med fokus på hälso- och sjukvården.

Koncernnivå		
Koncernens krav på hälso- och sjukvården		
<ul style="list-style-type: none"> • En tillgänglig hälso- och sjukvård av hög kvalitet • En stärkt primärvård • Stärkt arbete mot psykisk ohälsa • Vårdens kunskapsstyrning • Ge vård i tid och öka mångfalden • Trygg förlossning och en bra start i livet • Garantera äldre en värdig sammanhållen vård och omsorg • Främja folkhälsan • Modernisera vården • Hälso- och sjukvården i framtiden 		
Nämndnivå		
Hälso- och sjukvårdsnämnden	Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)	Karolinska universitetssjukhuset
Fullmäktiges inriktning för hälso- och sjukvårdsnämnden: <ul style="list-style-type: none"> • Primärvården utvecklas och husläkarverksamheten stärks • Mer resurser till husläkarverksamheterna • En övergripande primärvårdsstrategi • Fast husläkare för alla som vill • Stärkt samordning och samverkan • Hög tillgänglighet • Stärkt första linjens psykiatri • Säkrad kompetensförsörjning • Forskning, utbildning och utveckling • Mödravård 	Fullmäktiges inriktning för Stockholms läns sjukvårdsområde: <ul style="list-style-type: none"> • Omställning till framtidens hälso- och sjukvård • Medarbetarna • Omställning till fossilfria drivmedel • Framtidens vårdinformativmiljö 	Fullmäktiges inriktning för Karolinska universitetssjukhuset: <ul style="list-style-type: none"> • Organisation • Medarbetare på akutsjukhusen • Framtidens vårdinformativmiljö

<ul style="list-style-type: none"> • Barn och unga • Stora folksjukdomar • En akutsjukvård för olika behov • Akutsjukhusen • Förlossningen • Avtal med akutsjukhusen • Prehospital vård • Närakuter • Seniorvård • Folkhälsa • Psykiatri • Tandvård • En trygg vård håller hög kvalitet • En hållbar vård förutsätter en hållbar kompetensförsörjning • Hälso- och sjukvården i framtiden 		
Lokal nivå		
Södersjukhuset AB	Danderyd sjukhus AB	Södertälje sjukhus AB
Fullmäktiges inriktning för Södersjukhuset: <ul style="list-style-type: none"> • Medarbetare på akutsjukhusen • Omställning till framtidens hälso- och sjukvård • Framtidens vårdinformativmiljö 	Fullmäktiges inriktning för Danderyds sjukhus: <ul style="list-style-type: none"> • Medarbetare på akutsjukhusen • Omställning till framtidens hälso- och sjukvård • Framtidens vårdinformativmiljö 	Fullmäktiges inriktning för Södertälje sjukhus: <ul style="list-style-type: none"> • Medarbetare på akutsjukhusen • Omställning till framtidens hälso- och sjukvård • Framtidens vårdinformativmiljö

Tabellen ovan ska läsas som politikernas mål uttryckta på olika nivåer i hälso- och sjukvården. Det är rubrikerna som har sammanställts och får representera de politiska visionerna/viljeinriktningarna för hälso- och sjukvården och verksamheterna drivna i egen regi i regionen. Där man hittar mest likheter och en tydlig stringens är mellan målen på koncernnivå och målen i hälso- och sjukvårdsnämnden. Exempel på det är att man på koncernnivå pratar om en stärkt primärvård och i hälso- och sjukvårdsnämnden skrivs det om att primärvården ska utvecklas och husläkarverksamheten stärkas. Det är rimligt eftersom det också är i hälso- och sjukvårdsnämnden som den övergripande planeringen och beställningen av hälso- och sjukvård för regionen görs. Om man sedan tittar på stringensen mellan målen på koncernnivå och i nämnderna samt ned på bolagsnivå (de regionägda sjukhusen) försvinner den övergripande målinriktningen. Här byter istället målen karaktär till att handla om medarbetare och organisatoriska omställningar. Det innebär att det finns tydligast kopplingar mellan de två högsta hierarkiska nivåerna, men att dessa kopplingar tappas ju längre ut i verksamheten man kommer.

8.1.2 Koncerngemensamma mål riktar sig inte till alla verksamheter

Utifrån de politiska, mer visionära texterna har man kommit fram till fyra koncerngemensamma huvudmål: långsiktigt hållbar ekonomi, en hållbar Region Stockholm, Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregion och Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare. Dessa huvudmål är mer av visionär karaktär, vilket är rimligt, då de visar en politisk inriktning. Det är också det man anger i budgeten att målen ska syfta till:

Fullmäktige fastställer i budget även övergripande mål för kärnverksamhet[erna] samt koncerngemensamma övergripande mål som på en övergripande nivå anger inriktningen för Region Stockholm under mandatperioden. De övergripande målen är uppdelade i mål som fokuserar på olika områden. (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 226)

Med de koncerngemensamma målen vill man, från politikernas perspektiv, därmed uppnå en tydlig riktning för regionen som helhet. För att uppfylla respektive huvudmål finns ett antal delmål och indikatorer som ska mäta måluppfyllelsen. Det finns förutom de fyra koncerngemensamma huvudmålen tolv delmål som mäts med totalt 34 indikatorer.

De koncerngemensamma målen verkar dock inte vara relevanta för alla verksamheter i koncernen. Det gäller exempelvis delmålet Region Stockholm som en attraktiv arbetsgivare. Där finns tre indikatorer där en handlar om huruvida en kompetensstege för sjuksköterskor är implementerad. Det är uppenbart att kompetensförsörjning är ett problem för hälso- och sjukvården i regionen, men frågan är hur övriga kärnverksamheter som kultur, kollektivtrafik och regional utveckling ska förhålla sig till denna indikator. Detta blir ännu mer uttalat under delmålet systematisk kompetensförsörjning där samtliga tre indikatorer riktar sig direkt till hälso- och sjukvården⁵. I och med att man har mål och indikatorer som riktar sig direkt till viss verksamhet, är det förvånande att man inte lägger de mål som direkt riktar sig till en kärnverksamhet bland de verksamhetsspecifika målen. Det ter sig vidare lite märkligt när man uttrycker att detta är koncerngemensamma mål. Just det, att de är formulerade som koncerngemensamma mål, gör att man förväntar sig att målen ska gälla alla kärnverksamheter inom koncernen.

På samma sätt gäller inte alla koncernmål för hälso- och sjukvården. Exempel på det är huvudmålet att Stockholm ska vara Europas mest attraktiva tillväxtregion. Inget av delmålen gäller för nämnderna inom hälso- och sjukvården. Går man ännu längre ut i verksamheterna, till de egna bolagen, omfattas de av ännu färre koncerngemensamma mål. Innebär detta att exempelvis målet långsiktig hållbar ekonomi inte är något hälso-

⁵ Indikatorerna för delmålet systematisk kompetensförsörjning är: antalet sjuksköterskor som utbildar sig till specialistsjuksköterska eller barnmorskor med bibehållen lön, antalet anställda AT-läkare samt antalet anställda ST-läkare.

och sjukvårdsverksamheterna ska sträva efter? Frågan är då om de verkligen kan betraktas som koncerngemensamma mål när inte alla verksamheter omfattas av dem. Värt att notera är också att ett av huvudmålen – långsiktig hållbar ekonomi – inte finns med bland koncernmålen som omfattar vare sig de granskade nämnderna eller de regionägda bolagen inom hälso- och sjukvården.

Liknande problem finns för de verksamhetsspecifika målen, det vill säga huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden som riktar sig enbart till hälso- och sjukvården. Det övergripande målet, huvudmålet för hälso- och sjukvården, uttrycks som att ”hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare” (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 86). Under huvudmålet finns sex delmål: vård på rätt plats, vård i rätt tid, säker vård, effektiv vård, god folkhälsa och högt förtroende för vården. Dessa mäts med mellan två och sju indikatorer. Här finns därmed ett huvudmål med sex delmål och totalt 21 indikatorer. Men alla delmål och indikatorer gäller inte alla nämnder eller alla hälso- och sjukvårdsverksamheter. Huvudmålen för hälso- och sjukvården är desamma för såväl nämnder som bolag. Men delmål och indikatorer omfattar inte alla verksamheter. Vissa av indikatorerna är också detaljerade och inriktade på en viss verksamhet, vilket gör att de inte gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet utan endast en del av den. Det innebär att övriga verksamheter inte har några indikatorer att förhålla sig till. Exempelvis omfattar delmålet god folkhälsa enbart de som arbetar med tandvård och husläkarmottagningarna⁶.

I och med att några delmål är riktade till vissa verksamheter görs tolkningen att övriga verksamheter inte omfattas av dessa mål. En del i skillnaderna i målen kan säkerligen hänföras till att de tre granskade nämnderna har olika uppdrag och roller. Hälso- och sjukvårdsnämnden är en beställarnämnd, medan Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Karolinska universitetssjukhuset är utförarnämnder. Dessa skillnader speglas också i vilka mål och indikatorer som de omfattas av. I och med att Karolinska universitetssjukhuset bedriver högspecialiserad sjukvård, överensstämmer målen för Karolinska sjukhuset med de mål som gäller för de tre egna bolagen – Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB och Södertälje sjukhus AB. Målen och indikationerna som riktar sig till de regionägda sjukhusen är samma som för nämnderna. Men här omfattas inte bolagen av alla mål som har tagits fram för hälso- och sjukvården. Exempelvis omfattas man inte av de mål som riktar sig till primärvården och inte heller av delmål och indikatorer som handlar om högt förtroende för vården.

⁶ Indikatorerna för att mäta delmålet god folkhälsa är: andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete samt andelen nittonåringar med kariesfria sidoytor.

8.1.3 Oklar relation mellan politiska visioner och verksamhetsspecifika mål

Det är inte möjligt att följa hur delmålen, som ska göra att huvudmålet nås, tagits fram, varför vissa indikatorer valts och inte andra och därmed bedöma om det är lämpliga delmål för att nå huvudmålet. Det gör att det inte framkommer om alla delmål är lika viktiga för att uppnå huvudmålet, eller om man kan uppfylla endast två av tre delmål och fortfarande anses uppfylla ett huvudmål.

Det övergripande målet, huvudmålet för hälso- och sjukvården, uttrycks som att ”hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare” (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 86). Under huvudmålet finns sex delmål: vård på rätt plats, vård i rätt tid, säker vård, effektiv vård, god folkhälsa och högt förtroende för vården. Dessa mäts med mellan två och sju indikatorer.

Nedan görs några nedslag och reflektioner över hur de övergripande politiska visionerna överensstämmer med de huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden som satts upp för de tre studerade nämnderna och för de egenägda bolagen.

Den politiska inriktningen som utgår från regionfullmäktige och riktar sig till de regionägda bolagen och som går att läsa om i budgeten, följer i huvudsak inte de huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden som riktas till de egna bolagen. Diskussionen under regionens bolag handlar i budgeten snarare om hur bolagen ska styras (till exempel inom ramen för beställar-utförarstyrningen), bolagets syfte, resultatkrav, fullmäktiges inriktning för bolagen samt ägardirektiv. Man diskuterar därmed inte alls vård på rätt plats, vård i rätt tid, säker vård, effektiv vård, god folkhälsa eller högt förtroende för vården.

Flera av de politiska visionerna som tas upp i inriktningen för hälso- och sjukvårdsnämnden speglas inte i målen. I de politiska visionerna för hälso- och sjukvårdsnämnden lyfts exempelvis problemet med socioekonomiska faktorer och god folkhälsa fram. Man har ett delmål som fokuserar god folkhälsa som mäts med indikatorerna andel husläkarmottagningar som bedriver ett förebyggande arbete och andel nittonåringar med kariesfria ytor. Dessa två mått speglar säker folkhälsan, men indikatorerna inkluderar inte alla de socioekonomiska faktorerna som en god folkhälsa kan tänkas bestå av. Det framstår även som oklart vad som avses med förebyggande arbete.

Ett område som gavs stor tyngd i inriktningen för hälso- och sjukvårdsnämnden var utbyggnaden av primärvården och fokus på att styra om patientflöden från sjukhus till primärvård. Detta mäts med vård på rätt plats och med två olika indikatorer.

Ett ämne som återkommer är att vården ska vara effektiv, vilket är ett delmål för hälso- och sjukvården. Det finns fyra indikatorer som mäter effektiv vård. Här är det dock oklart hur detta ska mätas, av fyra indikatorer är det två som saknar målvärden

och två indikatorer anges att de ska utvecklas. Det framstår därmed som oklart vad indikatorerna om hög produktivitet och hög effektivitet egentligen ska mäta.

Två av huvudmålen för hälso- och sjukvården är korta vårdköer och hög tillgänglighet. Just tillgänglighet är ett område som har givits stor tyngd i valet av indikatorer. Det finns hela sju indikatorer som mäter olika former av tillgänglighet i och till hälso- och sjukvården. Fokus ligger här framförallt på tillgänglighet vid första besöket, att man som patient får snabb kontakt med akutmottagning, primärvård och specialistvård. Det är svårare att se hur man mäter korta vårdköer, då det inte finns något sådant mål eller någon sådan indikator. Ett sådant mått skulle kunna mäta om det byggs upp köer internt i hälso- och sjukvården efter det att man fått en första kontakt med hälso- och sjukvården för behandling.

I huvudmålet anges att hälso- och sjukvården också ska präglas av en god kvalitet. Det finns dock inget eget delmål som specifikt inkluderar god kvalitet, men här kan man tänka sig att delmålet säker vård skulle kunna utgöra ett delmål för detta. Inte heller huvudmålet – möjlighet att välja vårdgivare – är tydligt hur det mäts.

8.1.4 Oklar relation mellan mål i målstyrning i relation till andra styrdokument

I rapporten har huvudsakligen två strategiska dokument förutom budgeten diskuterats och analyserats. Det är dels den regionala utvecklingsplanen för Stockholmsregionen, RUF5 2050 (Stockholms läns landsting, 2018c), dels framtidens hälso- och sjukvård som egentligen består av tre olika delar (Stockholms läns landsting, 2011, 2013, 2014). Det kan konstateras att det finns delar i dessa dokument som överensstämmer, det vill säga går i linje med varandra, men man kan också konstatera att det finns väsentliga delar som inte fångas i regionens målstyrning. Två av dessa tas upp här, den ena handlar om målen och måtten som saknar de övergripande värdena för hälso- och sjukvården som belyses i framförallt den regionala utvecklingsplanen. Fokus i arbetet, med den regionala utvecklingsplanen, handlar om att utjämna skillnader i befolkningens hälsa, att få med folkhälsa i styrningsmodellerna, att utveckla samverkan och delaktighet samt att säkerställa en jämlik och god tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Få av dessa fokusområden återkommer i målstyrningen så som den formuleras i budgeten. Folkhälsoaspekten finns med som mål, men det saknas helt mått som handlar om jämlikhet och skillnader i folkhälsa mellan befolkningen. Den andra delen handlar om att det saknas mått som riktar in sig på hälso- och sjukvårdsprocesser och samverkan mellan olika vårdgivare. Detta nämns i såväl den regionala utvecklingsplanen som i framtidsplanen för hälso- och sjukvården. Målstyrningen i regionens budget inkluderar inga mål och mått som speglar dessa delar, det vill säga mer processorienterade mått och mål som syftar till ökad samverkan mellan olika vårdinstanser.

8.2 Karaktär på mål, delmål, indikatorer och målvärden

Såväl de koncerngemensamma målen som de verksamhetsspecifika målen är uppbyggda på samma sätt med huvudmål, delmål, indikatorer och målvärden. Indikatorerna, som ska mäta om ett mål är uppfyllt, är av olika karaktär och tolkas som att det är indikatorerna tillsammans som ska göra att ett mål (huvudmål eller delmål) uppnås. Alternativet skulle vara att delmålen är uppbyggda som en prioriteringsstege, där delmålen bygger på varandra upp till huvudmålet. Här diskuteras målen och indikatorerna ur olika perspektiv. Fokus ligger på i vilken grad delmålen uppfyller huvudmålen, om prioriteringar finns och om målen är tidsatta.

8.2.1 Målens karaktär är oklar

Det övergripande målet, huvudmålet för hälso- och sjukvården, uttrycks som att ”hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare” (Stockholms läns landsting, 2018a, s. 86). Under huvudmålet finns sex delmål: vård på rätt plats, vård i rätt tid, säker vård, effektiv vård, god folkhälsa och högt förtroende för vården. Dessa mäts med mellan två och sju indikatorer.

När det gäller utformningen av olika mål skiljer man inom litteraturen på exempelvis strukturmål, processmål och resultatmål (Olsson, 2014). Där *strukturmål/strukturmått* är en beskrivning av vad man har tillgång till i organisationen. Exempel på ett strukturmått är andel specialistutbildade sjuksköterskor. *Processmål/processmått* handlar om vad man gör. Exempel på processmål/processmått kan vara att man följer basala hygienrutiner. *Resultatmål/resultatmått* kan beskrivas som mål/mått på de effekter som man vill uppnå. Exempel på resultatmål/resultatmått är exempelvis: patienter ska få tid för behandling inom 90 dagar. Enligt Olsson (2014) är strukturmått den mest frekvent använda typen av mått och därefter processmått. Resultatmått beskrivs som viktiga, för att styra verksamhetens insatser i rätt riktning.

De mål och indikatorer som används i Region Stockholm är av väldigt olika karaktär. Delmålen är framförallt resultatmått, där man strävar efter en viss effekt. Exempel på resultatmått som används är vård på rätt plats, vård i rätt tid, säker vård, effektiv vård, god folkhälsa och högt förtroende för vården. Dessa mål beskriver kvalitetsegenskaper man vill att hälso- och sjukvården ska ha. Målvärdena anger graden av måluppfyllelse och anger ett resultat som kopplas till någon form av mål eller önskvärd riktning av utfallet för den aktuella målgruppen. Det finns många exempel på denna typ av mått till exempel andel patienter som vistas längre tid än fyra timmar på akutmottagning och andel patienter som får vård inom tre dagar i primärvården.

Mål och mått har även delats in i inriktningsmål, effektmål och produktionsmål (Pihlgren och Svensson, 1989; Svensson, 1997). *Inriktningsmålen* beskriver den riktning man vill att organisationen ska ta utifrån en viss grundsyn på verksamheten. *Effektmålen* konkretiserar inriktningsmålen och ska vara ett mått på det man förväntas uppnå under en viss tid. *Produktionsmålen* innebär att målen konkretiserats och specificerats för varje verksamhet och vad de ska uppnå, när det ska vara uppnått och hur.

I en politiskt styrd organisation som Region Stockholm kan man se de mer politiska visionerna som diskuteras i budgeten som exempel på inriktningsmål, där man i budgeten anger den politiska grundsynen på hur regionen ska bedrivas och i vilken riktning man ska sträva. Denna inriktning är dock uttryckt i mer eller mindre allmänt formulerad text. Regionens inriktningsmål har konkretiserats som huvudmål och delmål dels på regionövergripande nivå, dels på verksamhetsspecifik nivå (som för hälso- och sjukvården). Delmålen konkretiserar vad man avser med huvudmålen. Delmålen är inte så konkreta att man kan se dem som effektmål. Det är snarare indikatorerna som är effektmål, som anger vad man förväntas uppnå under en viss tid. Här finns dock stora brister i utformningen av just effektmål, som diskuterats tidigare. Bristerna kan främst hänföras till bristen på, eller ibland till och med avsaknaden av, indikatorer för flera delmål. Produktionsmålen, som innebär att målen och indikatorerna konkretiseras och specificeras för varje verksamhet. I Region Stockholm har man valt att ha koncerngemensamma produktionsmål och produktionsmål som gäller för all hälso- och sjukvård i regionen. De är därmed inte uppdelat på olika typer av verksamheter eller geografiska områden.

Man kan också titta på indikatorerna utifrån vad och vilka de riktar sig till. Här diskuteras de utifrån politiska, organisatoriska och medicinska perspektiv. Det finns inga skarpa gränser mellan dessa. Men en del mål som tycks ha medicinsk relevans visar snarare en politisk vilja. De mål som till hög grad är av politisk karaktär har samtliga indikatorer som handlar om vård i rätt tid. Här är det oklart vad dessa tider baseras på. Det är rimligt att medborgare som har rätt till hälso- och sjukvård får kontakt med hälso- och sjukvården inom rimlig tid, vilket också är ett krav i vårdgarantin. Men i budgeten diskuteras inte målvärdena och vad rimlig tid är. En del av målen kan kännas igen från vårdgarantin, men en del av målen är snävare än dessa. En del mål kan hänföras till mål inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Hit kan man hänföra de mål som handlar om att patienten vårdas på rätt organisatorisk nivå. Exempel på dessa delmål är indikatorer som faller under delmålet vård på rätt plats. Även tre av de fyra indikatorerna under delmålet effektiv vård är organisationsrelaterade.

I jämförelse med de koncerngemensamma målen om kompetensförsörjning återfinns inte dessa bland de hälso- och sjukvårdsspecifika målen. Det hade möjligen varit rimligt att problemen med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården finns

med bland dessa mål. Slutligen är en del av målen av medicinsk karaktär. Exempel på det finns bland indikatorerna inom delmålet säker vård. Indikatorerna är: förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner, återinläggning inom sju dagar inom slutenvården (för personer äldre än 80 år) samt antibiotikaförskrivning. Men har man samma medicinska målnivåer för alla regionens nämnder? Det är rimligt att anta att målnivåerna ur ett medicinskt perspektiv skulle behöva skilja sig åt.

En del indikatorer är mycket konkreta och detaljerade, det gäller egentligen alla tidsmått och mått som, förekomst (prevalens) av vårdrelaterade infektioner. Det finns mål som är mer allmänt hållna och som inte har konkretiserats i hur de ska mätas. Det gäller exempelvis hög produktivitet och hög effektivitet i vården. Precis som för de koncerngemensamma målen är det inte heller här möjligt att se tidsperspektivet, prioriteringen och rangordningen mellan målen och måtten.

I tidigare studier från verksamheter som arbetat med målstyrning i offentlig sektor har man sett att det finns tendens till att målen blir (för) många, att målen blir (för) detaljerade och att de framförallt fokuserar på mätbara resultat och därmed inte avspeglar komplexiteten i den offentliga sektorn (Modell och Grönlund, 2007; Lonti och Gregory, 2007; Arnaboldi m.fl., 2015). Tendenser till detta finns också i Region Stockholm. Under perioden 2016–2019 har målen och indikatorerna som riktar sig till hälso- och sjukvården ökat i antal. Många av måtten är resultatmått, det vill säga de anger vad det är man ska uppnå men säger inget om till exempel kvaliteten.

Antalet indikatorer som avser att mäta målen har ökat avsevärt över den studerade perioden. I nuläget har verksamheterna totalt fyra koncerngemensamma huvudmål, tolv koncerngemensamma delmål och 24 koncerngemensamma indikatorer samt ett huvudmål för hälso- och sjukvården, med sex delmål och 21 indikatorer att förhålla sig till. Alla mål är inte specificerade för alla verksamheter, men det är väldigt många mål som återfinns i budgeten för 2019. Som tidigare diskuterats är målen i budgeten inte finansierade men i budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a) är det också många mål som saknar målvärden, som inte är tidsatta och där det saknas en prioritering mellan målen. Det innebär att det är svårt att se hur verksamheterna ska arbeta med målen.

Detta är just mot detta den största kritiken mot målstyrning i offentlig sektor riktar sig. I praktiken har man sett att prestationsmål och prestationsmätning fungerar bäst i organisationer där målen distinkta och otvetydiga samt att det är möjligt att förutse effekten av ett visst handlingsätt (Spekle och Verbeeten, 2014), vilket just är en av den offentliga sektorns problem. Målen i offentlig sektor är snarare många och komplexa (Burgess och Ratto, 2003; Dixit, 2002; Jakobsen m.fl., 2018; Arnaboldi m.fl., 2015).

8.2.2 Många indikatorer och målvärden saknas och de är generella

I kapitel 3 gavs exempel på centrala delar i målstyrningen som diskuterats i litteraturen om målstyrning. Bland annat handlade det om att målen och måtten ska vara tydliga och möjliga att mäta i fastställda mått samt att målen ska vara tidsatta, något som Sherwood och Page poängterade redan 1976. Om man tittar på såväl de koncerngemensamma målen och måtten (indikatorerna) som de verksamhets specifika dito för hälso- och sjukvården, är dessa många gånger både tydliga och möjliga att mäta i fastställda mått. Men tittar man på indikatorerna och målvärdena saknas dessa för flera, ibland många, av målen. Framförallt saknas indikationer och målvärden som har med delmålen produktivitet och effektivitet att göra. Om tanken är att målen är något som man på politisk nivå vill att organisationerna ska styra mot gör just avsaknaden av målvärden att det blir svårt att styra organisationen, då verksamheterna omöjligt kan veta vad de ska sträva efter. Avsaknaden av indikatorer och målvärden gör också att det är svårt att utkräva ansvar för bristande måluppfyllelse. Just tydliga mål som fastställs i mått är en viktig del i målstyrningen, genom ett sådant förfarande så är det möjligt att följa i vilken utsträckning verksamheterna uppnår målen (Sherwood och Page, 1976). Ett alternativ till att diskutera avsaknaden av indikatorer skulle kunna vara att man låter verksamheterna utveckla indikatorer för att mäta det som passar just deras verksamhet, men så är inte fallet utan indikatorerna beslutas på högsta nivån.

Det kan också vara svårt att se måluppfyllelsen i verksamheternas olika verksamheter. Indikatorerna och målnivåerna anges på en koncerngemensam nivå och inte för varje verksamhet, det är därmed svårt att veta om målen är något varje verksamhet ska sträva efter att uppnå, eller om det räcker att man arbetar efter att vetskapen om att någon eller några verksamheter uppfyller målen och att det innebär att andra verksamheter som inte uppnår målen, inte behöver arbeta med dem. Det innebär också att en verksamhet kan ha stora brister i måluppfyllelsen medan andra kan ha hög måluppfyllelse och ändå kan målnivåerna i regionen som helhet uppnås. Om tanken är att målstyrningen ska fungera som ett kontrollverktyg för att bedöma prestationer, kan måluppfyllelsen på detta sätt vara snedfördelad i regionen utan att det uppmärksammas i måluppfyllelsen. I ett område kan därmed måluppfyllelsen varit hög, medan i andra delar av regionen kan den vara låg. Risken är här att olika grupper av vårdtagare därmed inte uppmärksammas.

8.3 Målstyrning som planeringsverktyg kan ifrågasättas

Under intervjuerna har själva syftet med målstyrningen diskuterats – vad det är målstyrningen egentligen syftar till. Om man börjar på den politiska nivån är frågan vad man förväntar sig att få ut av målstyrningen och hur man förväntar sig att verksamheterna i regionen ska arbeta med den. På den högsta politiska nivån, som är

den nivå där målstyrningen beslutas, och där mål, indikatorer och målvärden fastställs talar man om att man ska använda målen för:

1. att styra verksamheterna i en viss riktning så att de ska veta vad de ska arbeta för (det vill säga politikens önskan om inriktning)
2. att man i hälso- och sjukvårdens verksamheter ska kunna jämföra verksamheter med varandra (det vill säga att verksamheterna själva ska kunna se hur de ligger till i förhållande till övriga verksamheter i koncernen)
3. långsiktigheten i målen, vilket kan knytas till riktningen och vartåt verksamheten ska styras.

Det kommer dock upp en önskan om att det borde finnas en större flexibilitet i målen och att de skulle kunna bytas ut när de är uppfyllda.

Det kan också noteras att frågan om avsaknaden av indikatorer och målvärden i budgeten har diskuterats med politiker och att det då har framkommit att det, som en följd av brist på tid, inte varit möjligt att få fram relevanta indikatorer och målvärden. Detta menar man ska åtgärdas till budgeten 2020.

När det gäller långsiktigheten i styrningen i Region Stockholm är det svårt att se hur den uttrycks. I budgeten för 2019 (Stockholms läns landsting, 2018a) står det att målen endast gäller för mandatperioden. Det innebär att om målen sätts i början av en mandatperiod gäller målen i fyra år, men i slutet av perioden blir målhorisonten endast ett år. Ett år måste anses vara mycket kort sikt i en så stor organisation om det ska användas som planeringsverktyg.

I målen anges sällan när eller hur ett mål ska vara uppfyllt. Den enda vägledning som ges är, som redan nämnts, att målen gäller för mandatperioden. Om denna tidsperiod är realistisk eller inte är det självfallet svårt att svara på. Det beror förstås på hur långt man har kvar för att uppnå målen och hur mycket av verksamheten som behöver förändras för att målen ska uppnås. Här ska man också lägga på minnet att alla utförare av hälso- och sjukvård ingår avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessa avtal är fleråriga (många gånger fyraåriga). Det innebär om att om de politiska viljorna ska komma in i avtalen blir det svårt för verksamheterna att planera då målen har alltför kort framförhållning. En ytterligare aspekt kopplad till långsiktighet handlar om att mål och mått i styrningen både byts ut och att nya mål och mått tillkommer. Varför nya mål och mått tillkommer framgår sällan – varken i dokumenten eller i intervjuerna – men man kan konstatera att så är fallet. Det innebär att det torde vara svårt för såväl koncernledning som verksamheterna att veta om måluppfyllelsen enbart är tillfällig, då längre mätserier saknas. Det gör också att det är svårt (omöjligt?) att följa verksamheten långsiktigt.

Utfallet av målen i olika verksamheter kan också användas till att jämföra verksamheterna med varandra. Detta görs i väldigt begränsad omfattning idag. Flera respondenter inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna ser dock uppenbara fördelar

med att samverka bättre med varandra (exempelvis avseende personalförsörjning) och kan också se fördelar med att jämföra verksamheterna med varandra.

En funktion i målstyrning handlar om att planera och samordna olika styrmodeller med varandra (Covaleski och Dirsmith, 1981; Jun, 1976). Det är centralt med tydliga mål och mått tillsammans med en plan för hur man ska gå tillväga för att uppnå målen och måtten. I Region Stockholm finns en del brister härvidlag. Budgeten gäller för ett år och det anges att målen som finns i budgeten gäller för mandatperioden. Men det är oklart om man förväntar sig att nå målen och i så fall när. Det finns heller ingen prioritering mellan de olika målen, vilket gör det oklart för verksamheterna att förstå vilket eller vilka mått de ska prioritera. I litteraturen diskuteras målstyrning dels som ett planeringsverktyg för verksamheterna (Covaleski och Dirsmith, 1981; Jun, 1976) och ett sätt att få det att fungera som ett planeringsverktyg är att konkretisera och fastställa mål och mått som verksamheterna ska utvärderas mot. Här nämns att målen kan sättas ett år i taget (Sherwood och Page, 1976). Det torde innebära att man sätter mer långsiktiga mål för verksamheten som helhet, där målstyrningen kan fungera som en långsiktig planering för alla verksamheter, men att enskilda verksamheter sedan får mål och mått de ska sträva efter och utvärderas från.

Det finns inte heller tydliga handlingsplaner (eller resurser tilldelade) för hur man ska nå målen. På den politiska nivån kommer det i intervjuerna fram att man lämnar den delen, det vill säga hur verksamheterna ska gå tillväga, till verksamheterna själva att lösa. De menar att man decentraliserar dessa beslut. Just denna politiska delegering av mål i den offentliga sektorn har visat sig leda till svårigheter för såväl regeringar som myndigheter som försöker kontrollera kvaliteten på hälsovårdssystemets produktion (Hall 2013; Chang, 2006, 2015). I nästa avsnitt diskuteras detta vidare, om bristen på förankring i organisationen.

8.3.1 Målen är inte förankrade i hälso- och sjukvårdsorganisationen

I intervjuerna har det framkommit ett missnöje med att regionen har dubbla styrmodeller med mål direkt från regionfullmäktige samtidigt som man har avtal genom beställar-utförarstyrningen. Målen som kommer via budgeten och beslutas i regionfullmäktige uppfattas inte vara förankrade i verksamheten. I litteraturen om målstyrningen är just den lokala förankringen viktig för att målstyrningen ska efterföljas i organisationen. Det betonas att själva deltagandeprocessen i framtagandet av målen är viktig i sig och att ansvariga på alla nivåer i organisationen måste stödja målen som tagits fram (Jun, 1976; Covaleski och Dirsmith, 1981). Det innebär också att det ska vara en interaktion mellan olika hierarkiska nivåer och att chefer på respektive nivå ska vara med i utarbetandet av målen, det gäller såväl mål som målnivåer (Covaleski och Dirsmith, 1981). I hälso- och sjukvårdens verksamheter har det framkommit att man varit inbjuden till diskussioner om bland annat

målformuleringar. Men det är ingen i organisationen, varken inom hälso- och sjukvårdens beställarförvaltning eller i hälso- och sjukvårdens verksamheter, som upplever att de på något påtagligt sätt deltagit i utarbetandet av mål, indikatorer eller målnivåer. I intervjuerna har också nivån på målvärdena kommit upp. En del av dem som intervjuats menar att målen är så lågt ställda att man uppnår målen utan problem. Då är det också svårt att se vad målen syftar till. Om man i verksamheterna bara kan bocka av målen torde allt vara bra, det vill säga att man framförallt använder måtten till att kontrollera verksamheten. Men om målen uppfattas så att man kan ”försämma” verksamheten avsevärt och ändå nå målet, har man nog hamnat lite fel. I hälso- och sjukvårdens verksamheter finns inte möjlighet att diskutera och/eller förändra målen, indikatorerna eller målnivåerna – det är ju där de ska användas. De har heller ingen möjlighet att justera målnivåer utifrån sin egen verksamhet eller formulera mål som är mer relevanta för den egna verksamheten. Exempel på det som kommit fram under intervjuerna är indikatorn förekomst (prevalens) av vårdrelaterade infektioner där målnivån 2019 är $\leq 7,9$ procent. Denna målnivå är samma för alla verksamheter, det vill säga både intensivvårdsavdelningar och vårdcentraler, vilka har samma målnivå att förhålla sig till. Det gör att målen tappar (medicinsk) relevans i hälso- och sjukvårdens verksamheter och följsamheten till målen blir därmed svår att uppnå. Detta tillvägagångssätt går emot den ursprungliga tanken med målstyrningen.

En viktig del i litteraturen om målstyrning handlar om målens förankring på olika nivåer i organisationen och att alla verksamhetsnivåer är med och påverkar målnivåerna på indikatorerna (Covaleski och Dirsmith, 1981). Detta gäller framförallt där syftet är att decentralisera verksamheten och fördela ansvar (Odiorne, 1965). I Region Stockholm skulle det kunna innebära att olika delar av verksamheterna sätter upp sina egna mål och målnivåer, som är rimliga för den egna verksamheten. Men i Region Stockholm finns brister i förankringen av målen och indikatorerna i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Målen som kommer från regionledningen (både de koncerngemensamma och de verksamhetsspecifika) beskrivs relativt unisont som en politisk produkt där målen bara kommit ut till verksamheten, det gäller även inom hälso- och sjukvårdens beställarförvaltning. Kritik har framkommit mot att en del mål och indikatorer inte överensstämmer med de avtal som till exempel ett sjukhus skrivit med hälso- och sjukvårdsförvaltningen/nämnden.

I uppdragen som anges i budgeten finns möjlighet att ange den politiska inriktningen med ett större fokus på samhällseliga värden. Men här finns istället svårigheter i att uppdragen uppfattas som luddiga för tjänstemännen och som något som behöver tolkas för att kunna omvandlas till mer konkreta formuleringar som senare kan bli en del av ett avtal till utförarna, inom ramen för beställar-utförarstyrningen.

I och med att målnivåerna är samma för alla hälso- och sjukvårdsverksamheter som omfattas av målen, förstärks bilden av att de används som ett politiskt medel för att visa på handling. Här ligger det dock nära till hands att se en uppenbar klyfta mellan

olika styrlogiker, som uppmärksammats i litteraturen, den mellan professioner, marknads kontroll och politik (Östergren och Sahlin-Andersson, 1998; Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). Dessa logiker skiljer sig många gånger åt avseende exempelvis värderingar, normer och regler. Det innebär att när ett beslut fattas om mål i en organisation finns det en risk att, om målen inte är förankrade i organisationen och rimmar illa med den professionella gruppens värderingar, målet inte får någon eller en ytterst marginell effekt. De mål och indikatorer som tagits fram inom Region Stockholm, kan uppfattas bygga på en lång tradition av ledningskontroll, vilket diskuterats inom ramen för New Public Management (Hood, 1995; Sahlin-Andersson, 2001) och senare även tas upp som exempelvis ”värdebaserad hälso- och sjukvård” (Porter, 2010). För professionella grupper har det många gånger uppfattats som att de belastas med nya administrativa principer och uppgifter för organisering och kontroll av arbetet (Östergren och Sahlin-Andersson, 1998). Denna styrlogik (att jämföra med den medicinska) har många gånger mötts av motstånd från professionella grupper inom hälso- och sjukvården (Bevan och Hood, 2006; van Wieringen m.fl., 2017; McGivern och Ferlie, 2007). I Region Stockholms hälso- och sjukvårdsorganisationer yttrar sig detta genom att man beskriver målen och måtten som en politisk produkt. Även om man inte riktigt ifrågasätter målens relevans i sig har man en skeptisk inställning till dem och har inte riktigt tagit in dem i styrningen av verksamheten annat än som ett sätt att visa att man gjort det man är ålagd att göra. Detta kan dock förklaras med flera andra orsaker, som framkommit och framkommer här, nämligen att målen inte är finansierade, prioriterade sinsemellan och krockar med andra styrsystem som används i organisationen.

Sammantaget förefaller inte målstyrningen ha förankrats i organisationen. Målstyrningen uppfattas många gånger som en politisk produkt som införts för att öka kontrollen av verksamheten. Målen har heller inte fått något riktigt genomslag i organisationen, det vill säga något man arbetar efter. Det kommer fram när man i verksamheterna pratar om hur man arbetar med målen. Målen följs upp regelbundet, vilket innebär att de registreras och diskuteras på möten på olika nivåer i hälso- och sjukvårdsorganisationerna. Men man styr inte utifrån målen, det vill säga de tycks inte ha någon större betydelse för vad som görs eller prioriteras i verksamheten. Snarare tycks målen bockas av som en del i en nödvändig uppföljning och något som pådyvlats uppifrån. Ibland beskrivs det som att man ger direktiv vidare ut i organisationen, att man inte bör ”springa på målen”, eftersom man inte riktigt har klart för sig hur länge målet ska finnas kvar eller vad det syftar till. Det utgår heller inte några resurser för att uppnå, eller att faktiskt arbeta för att uppnå målen, vilket torde bidra till målens oklara ställning i hälso- och sjukvården.

8.3.2 Styrningen uppfattas som detaljstyrning

Baserat på intervjuerna i hälso- och sjukvårdsverksamheterna är uppfattningen att man är mycket detaljstyrd. Just detta är återkommande i intervjuerna. Det handlar många gånger om uppfattningen att handlingsfriheten –hur man organiserar sitt arbete och vad som ska göras – är begränsad, ibland mycket begränsad. Från politikernas sida beskrivs avsikten med målstyrningen att man ska ge verksamheterna de övergripande penseldragen, vart man vill nå medan man i förvaltningarna och nämnderna ska bestämma hur.

Tanken, från politikerhåll, är med andra ord att politiken sätter målen medan genomförandet lämnas till verksamheterna. Men avtalen hälso- och sjukvårdsverksamheterna skriver med regionens beställarnämnd uppfattas dock ofta som mycket detaljerade, även om det under senare tid skett viss förändring i hur detaljerade de är.

Det framstår intressant nog som oklart var detaljstyrning kommer ifrån. En del av intervjupersonerna menar att politikerna är inne och detaljstyr, andra menar att det är tjänstemännen på central nivå och ytterligare andra menar att det är avtalen som är alltför detaljerade. Men i och med att politiken ger uppdrag till beställarnämnden, som ska skriva in det i avtalen med hälso- och sjukvårdsverksamheterna och att politikerna i budgeten skriver in mål och mått som riktar sig direkt till de regionägda verksamheterna, ökar kraven på verksamheterna. De får därmed fler riktlinjer att förhålla sig till och verksamheternas utrymme att själva besluta om hur de ska styras minskar.

Om man tittar på politikernas möjlighet och rätt till inflytande i organisationen finns en diskrepans mellan politiken och hälso- och sjukvårdens beställarnämnd/förvaltning å ena sidan och hälso- och sjukvårdens verksamheter å den andra. I verksamheterna framträder bilden av att målen och indikatorerna är en politisk produkt där målen inte alls blivit förankrade i verksamheten, vare sig val av mål, indikatorer eller målnivåer. Beställarnämnden ser som en av sina uppgifter att tolka de politiska målen och få in dem i avtalen. Det innebär att de ibland kan se att en del av målen och direktiven som finns i budgeten inte skulle fungera särskilt bra i en verksamhet. Då har de möjlighet att diskutera med politiker om hur målen kan förändras och politikernas avsikt med målen. Utifrån det kan till exempel avtalen justeras. Denna möjlighet finns inte i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Här är målen, indikatorerna och målnivåerna fasta och inte möjliga och förhandla.

Indikatorerna som beslutas av den politiska ledningen utgörs i hög grad av resultatmått som beskriver vad man vill uppnå och det finns en medveten önskan om att lämna över själva hur:et, det vill säga hur målen ska uppnås till verksamheterna. Från den politiska ledningen diskuteras detta som att ansvaret läggs ut på professionerna i verksamheterna. Som nämndes ovan har en politisk delegering av mål

i den offentliga sektorn visat sig leda till svårigheter för såväl regeringar som myndigheter som försöker kontrollera kvaliteten på hälsovårdssystemets produktion (Hall, 2013; Chang, 2006, 2015). Det delegerade ansvaret leder till högre krav på att hantera, kontrollera och utvärdera ännu mer (Hall, 2013). Detta är också vad som framkommer i intervjuer med representanter för hälso- och sjukvårsvetenskaperna i Region Stockholm. Uppfattningen är att styrningen från regionledningen har ökat och man ser det som att politikerna vill detaljstyra allt mer. Det innebär att det i arbetet med att minska styrningen och byråkratin i regionen, paradoxalt nog blir en ökning av styrningen och en styrning som blir ännu mer komplex. I arbetet med att decentralisera och visa vartåt man ska, tas ett system fram för att kunna kontrollera det som görs. Det innebär att man utövar ännu mer styrning på verksamheterna, men man tar inte bort annan styrning. Detta är inte unikt för Region Stockholm, utan är ett problem som belysts tidigare i forskningslitteratur (se exempelvis Ogata och Spraakman, 2013; Hyndman m.fl., 2014; Cooper m.fl., 2019; Martinez och Cooper, 2019; Cooper m.fl., 1996; Liguori, 2012). I litteraturen lyfts bland annat fram hur målstyrningen i sin grundkonstruktion bygger på två motsatta styrprinciper. Den ena med utgångspunkt i public choice-teorin (men även principal-agent-teorin) och den andra i mer managementorienterade teorier (Kristiansen, 2015; Aucoin, 1990; Pollitt och Dan, 2013; Czarniawska, 1988; Læg Reid m.fl., 2006; Brorström m.fl., 2014). Inom public choice-teorin blir frågor som centralisering, samordning och kontroll centrala, medan i de managementorienterade teorierna blir snarare decentralisering, avreglering och delegering centrala (Kristiansen, 2015; Aucoin, 1990; Pollitt och Dan, 2013). Det pris man får betala för den ökade friheten på lokal nivå, är mer rigid styrning där politiker sätter tydliga och konkreta mål och där resultatet kontrolleras med högre frekvens (Czarniawska, 1988; Læg Reid m.fl., 2006; Brorström m.fl., 2014).

8.4 Målstyrning och ekonomistyrning är bara två av många styrmodeller

Region Stockholm är organiserad i en koncern och bedriver delar av verksamheten i bolagsform. I intervjuer framkommer att man från politiskt håll pratar om koncernstyrning. Själva utövandet av styrningen menar man manifesteras i budgeten där man också anger att man använder målstyrning och ekonomistyrning. Från intervjuer har det kommit upp att det finns många fler styrmodeller än så. Här kommer det upp styrformer under benämningar som avtalsstyrning, beställarstyrning, politisk styrning, uppdragsstyrning med flera. Utöver de olika styrmodellerna nämns även nationella och regionala styrande dokument som viktiga för hur verksamheten styrs. Vad gäller styrande dokument (se bilaga) finns en förteckning över regionens styrande dokument, som är 64 till antalet. Utöver dessa dokument finns flera lagar man ska följa inom hälso- och sjukvården och avtal man tecknat med regionens

beställarorganisation. Det har också framkommit i intervjuerna att det finns svårigheter med hur man ska förhålla sig till alla dessa strategiska dokument. Svårigheterna ligger i vad som ska prioriteras och hur dokumenten ska tolkas och vad man ska göra av dem.

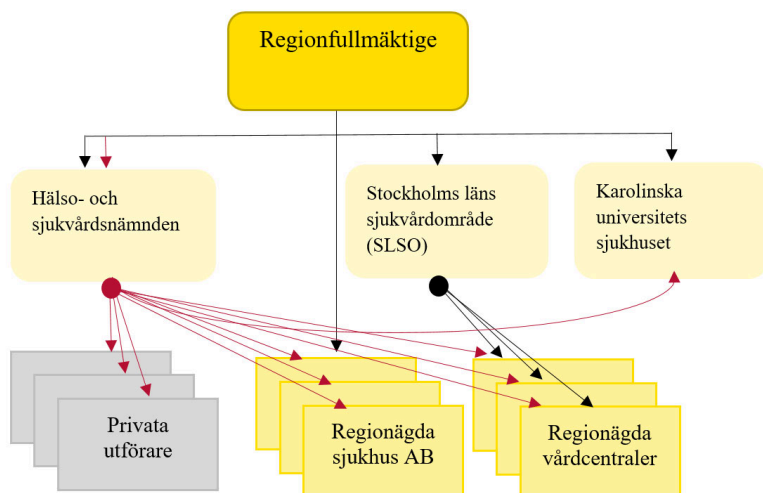
Om målstyrning ska användas som ett planeringsinstrument och att man inom organisationen därmed också ska få en gemensam målbild, är det väsentligt att målen och därmed också styrmodeller och dokument samordnas och hänger ihop (Jun, 1976; Covaleski och Dirsmith, 1981). Problemet i Region Stockholm verkar till viss del handla om att man har för många styrmodeller och man vet inte hur man ska prioritera mellan dem. Ett exempel på det är relationen mellan målen i budgeten och avtalen som verksamheterna skriver med hälso- och sjukvårdsnämnden. Alla utförare av hälso- och sjukvård (sjukhus, primärvårdscentraler med flera) skriver avtal om vilken vård de ska bedriva med hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessa avtal är inte samordnade med de mål som finns i budgeten. Här blir det således oklart vilken ställning budgetens mål har i förhållande till dessa avtal, om de är kompletterande, överordnade eller har någon annan roll.

Men det handlar också om att styrmodellerna inte går i linje med varandra utan emellanåt driver styrningen åt helt olika håll. Det gör att man lämnar till verksamheterna själva att avgöra vad de ska prioritera.

Nedan diskuteras vidare tre av styrmodellerna som används i Region Stockholm och hur de krockar med varandra, i relation till regionens mål. Det handlar om målstyrning, ekonomistyrning och avtalsstyrning.

8.4.1 Målstyrningens och ekonomistyrningens väg ut i organisationen

Det är regionfullmäktige som beslutar och fastställer innehållet i budgeten. Det innebär att det är regionfullmäktige som också fastställt de mål, delmål, indikatorer och målvärden som finns i budgeten. Det inkluderar de mål, delmål, indikatorer och målvärden som finns för regionen som helhet och de som finns för varje enskild nämnd och regionägt bolag. Utöver de mål, delmål, indikatorer och målvärden som fastställts i budgeten finns utrymme för att ta fram fler mål inom varje nämnd. Då kan målen brytas ned ytterligare och respektive nämnd kan ta fram egna mål som de riktar till sin respektive verksamhet. Men målstyrningen och ekonomistyrningen manifesteras inte enbart i regionens budget, utan den går två vägar genom organisationen. Den ena vägen är via budgeten där mål, delmål, indikatorer och målvärden fastställs i regionens budget och riktar sig direkt till nämnderna och de egna bolagen. Den andra vägen är genom beställar-utförarstyrningen, vilket är den modell Region Stockholm använder sig av för att styra utbudet av hälso- och sjukvård i regionen. Nedan illustreras hur målstyrningen får genomslag via de två vägarna.



Figur 8.1. Den väg målstyrning respektive finansiella resurser tar genom Region Stockholm.

I figuren ovan illustreras de två vägarna som mål, avtal och pengar tar. Målstyrningens ena väg (svarta pilar i figuren ovan) visar hur regionfullmäktige fastställer mål som riktar sig dels till regionens politiska nämnder, dels direkt till de regionägda bolagen. Målen riktar sig därmed inte till de privata utförarna av hälso- och sjukvård i regionen. Målen återfinns i regionens budget. Hälso- och sjukvårdsverksamheterna har inga extra finansiella resurser för att uppfylla dessa mål. Målstyrningens andra väg är den där de finansiella medlen fördelas. De finansiella medlen för den hälso- och sjukvård som ska bedrivas inom regionen går via de avtal som skrivs mellan beställarnämnden (hälso- och sjukvårdsförvaltningen) och samtliga utförarorganisationer (såväl privata som regionägda hälso- och sjukvårdsorganisationer), inom ramen för beställar- och utförarstyrningen (illustreras med röda pilar i figuren ovan). I Region Stockholm är det hälso- och sjukvårdsnämnden som är beställarnämnd och som ansvarar för regionens utbud av hälso- och sjukvård samt hur den styrs, samordnas och utvecklas. Det är hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppdrag att utreda behovet av hälso- och sjukvård samt beställa den hälso- och sjukvård som ska finnas tillgänglig för invånarna i regionen. De ansvarar också för uppföljningen av hälso- och sjukvården. Det är hälso- och sjukvårdsförvaltningen som beställer hälso- och sjukvård och beställningarna fastställs i avtal med samtliga utförarorganisationer, det vill säga såväl privatägda hälso- och sjukvårdsorganisationer som de regionägda dito. Det innebär också att hälso- och sjukvårdsförvaltningen skriver avtal med de regionägda bolagen/sjukhusen och till exempel varje enskild vårdcentral. Dessa avtal är normalt sett fleråriga, vanligen tre år. Verksamheterna får finansiella medel utifrån den hälso- och sjukvård som utförs, vilken följer avtalen. När hälso- och sjukvårdsförvaltningen skriver avtalen utgår de från budgeten och tolkar de uppdrag och mål som anges i budgeten. Uppdraget

formuleras i den löpande texten, det vill säga den politiska texten som finns i budgeten, som är vägledande i arbetet. Det kan till exempel handla om att en utredning ska påbörjas eller om något tilläggsavtal (aktiviteter) ska föras in i avtalen. De utgår även från de mål, delmål och indikatorer som finns i budgeten. Dessa mål omvandlas till aktiviteter som kan skrivas in i avtalen med utförarna som tilläggsavtal (aktiviteter) till avtalen, eller så kan avtal brytas upp och nya avtal skrivas. I avtalen regleras också ersättningen för den verksamhet som bedrivs. För sjukhusen framkommer det i intervjuerna att den största ersättningen utgår från volym (utifrån så kallade diagnosrelaterade grupper, DRG-poäng) och en mindre del från den kvalitet som uppnås. Om man inte uppnår volymerna utgår heller ingen ersättning. Inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), som bedriver bland annat primärvård och psykiatri, skriver respektive chef för vårdcentralen/na som denne är ansvarig för ett eget avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Denna ersättning skiljer sig från den på sjukhusen och här utgår man från fler parametrar än volym och en liten del kvalitet. Men gemensamt är att om man inte uppnår avtalen utgår heller inte någon ersättning.

8.4.2 Tre styrmodeller som krockar

I regionens budget är de styrmodeller som används målstyrning och ekonomistyrning. När man tittar i budgeten är det dock svårt att se en tydlig koppling mellan målstyrningen och ekonomistyrningen och hur framförallt ekonomistyrningen förmedlas ut i verksamheterna. I regionens budget definierar man ekonomistyrning som att ”varje skattekrone ska användas så effektivt som möjligt samt till att säkra en budget i balans” (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 229). Det förtydligas genom att man förklarar att det handlar om att se till att underlag till en budgetuppföljning tas fram, att vidta åtgärder när det finns risk för budgetavvikelser samt att förutse ekonomiska konsekvenser vid de beslut som fattas i regionen och att alla beslut ska hållas inom givna budgetramar. Det är med andra ord ett stort fokus på budgeten som en ram för finanserna. Denna koppling till hälso- och sjukvården går genom beställar-utförarnämnden (inom ramen för beställar-utförarstyrningen). Man styr alltså via avtal, inte via budgetramar. I avtalen utgår ersättningen bland annat utifrån vårdtillfällen (flera parametrar ingår här, beroende på vilken verksamhet avtalen gäller). I hälso- och sjukvårdsverksamheterna talar man mycket sällan om budgetramen – åtminstone inte de som intervjuats inom ramen för denna studie. Det är dock inte särskilt förvånande dels då avtalen inte är konstruerade utifrån en budgetram, dels för att målen i målstyrningen inte stöder att man ska hålla budgetramen. Exempel på det är att det koncerngemensamma målet långsiktig hållbar ekonomi med delmålen resultat i balans, självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar samt hållbar investeringsutveckling inte vänder sig till verksamheterna inom hälso- och sjukvården (se tabell 5.2 och tabell 5.3). Kanske kan avsaknaden av diskussioner om budgetramen

kopplas till att Region Stockholm och dåvarande Stockholms läns landsting under tolv år uppvisat positivt ekonomiskt resultat (Stockholms läns landsting, 2018a).

8.4.2.1 Målstyrning kontra avtalsstyrning

För hälso- och sjukvårdsverksamheterna är det tydligt att man styr med målstyrning från regionfullmäktige. Men i och med att inga finansiella medel tilldelas verksamheten för målen som finns i budgeten, är det oklart vilken prioritering målen ska ha i verksamheterna och hur målen ska relateras till övrig verksamhet som man har i avtal med regionens beställarnämnd. Ersättningen för den hälso- och sjukvård som bedrivs regleras via avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden (gäller både de regionägda sjukhusen som drivs i bolagsform, egna verksamheter och privatägd verksamhet) inom ramen för beställar-utförarstyrningen. Hälso- och sjukvårdsnämnden/sjukvårdsförvaltningen beställer därmed hälso- och sjukvården från utförandeorganisationer, det vill säga hälso- och sjukvårdens verksamheter (till exempel sjukhus och vårdcentraler). För de mål och uppdrag som anges i budgeten och som fastställs av regionfullmäktige och som riktar sig dels direkt till nämnderna, dels direkt till de egna bolagen, det vill säga för de koncernägda sjukhusen (och därmed inte den privatdrivna verksamheten) utgår ingen särskild ersättning. Det innebär att regionfullmäktige inte tar finansiellt ansvar för de mål som kommer från regionfullmäktige och som riktas till de regionägda bolagen, utöver de avtal som slutits mellan regionens beställarnämnd och de regionägda bolagen. För att målen från fullmäktige ska få genomslag behöver de komma in i avtalen eller att finansiering följer målen i budgeten. Målen från fullmäktige riktar sig också till regionens beställarnämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden. Inom beställarnämnden ser man som sin uppgift att realisera den politiska viljan, som uttrycks genom budgeten. Det innebär att tjänstemännen tolkar de politiska direktiven och, med hänsyn till gällande lagar, formulerar avtal riktade till verksamheterna. Det gör att uppdragen och målen som ges till hälso- och sjukvårdsnämnden ändå kan komma in i avtalen. Men i och med att avtalen med utförarna är fleråriga krävs tilläggsavtal eller att avtalen skrivs om för att omformulerade och nytillkomna mål ska få effekt i ett avtal och därmed också att eventuell ersättning kan kopplas till målet. Det tar på detta sätt lång tid för de politiska målen att få genomslag via avtalen. Hälso- och sjukvårdens verksamheter ges därmed begränsade möjligheter och incitament att uppfylla målen. I litteraturen om målstyrning är det tydligt att resurser ska följa de mål som sätts upp (Sherwood och Page, 1976). Utan finansiella medel för att genomföra målen blir det svårt att förvänta sig att verksamheterna ska lägga fokus på det.

8.4.2.2 Målstyrning kontra ekonomistyrning

Som ett led i målstyrningen framkommer såväl regionövergripande som verksamhetsspecifika mål, delmål, indikatorer och målvärden, som verksamheterna inom regionen förväntas arbeta för och uppfylla. Inom ramen för ekonomistyrningen är den politiska ledningen tydlig med att det handlar om att hålla sig inom budgeten.

I intervjuerna med den politiska regionledningen hänger målstyrning och ekonomistyrning tätt ihop och man pratar om vad man får för den givna budgeten.

Men när man kommer ut i organisationen verkar det som att det uppstår en särkoppling mellan målstyrning och ekonomistyrning då kopplingen mellan dem inte är lika tydlig. I hälso- och sjukvårdens verksamheter pratar man, med några få undantag, om hur avtalen med beställarnämnden, som ingås med hälso- och sjukvårdsförvaltningen, styr den egna verksamheten.

Det gäller inte enbart i hälso- och sjukvårdsverksamheterna att det är stort fokus just på avtalen inom beställar-utförarstyrningen, utan också bland politiker inom hälso- och sjukvården (nämnden), där beställar-utförarstyrningen framstår som det viktigaste. I och med att verksamheternas uppdrag styrs av avtal uppfattas det som svårt att hantera målen som kommer inom ramen för målstyrningen. Det är också enligt avtalen med hälso- och sjukvårdsförvaltningen som verksamheterna får ersättning för den utförda vården. Även om målstyrning och ekonomistyrning i många delar verkar vara särkopplad, diskuteras den ihop. Men förutsättningen för att målstyrning och ekonomistyrning ska sammankopplas i hälso- och sjukvårdsverksamheterna verkar vara att man minskar betydelsen av avtalsstyrningen i beställar-utförarstyrningen och faktiskt prioriterar regionens ekonomistyrning och inte den egna verksamheten.

8.4.2.3 Avtalsstyrning kontra ekonomistyrning

Ovan har det beskrivits hur ersättningssystemet följer avtalen (inom ramen för beställar-utförarstyrningen) vilket verkar innebära att avtalen får större genomslag än de mål som formuleras i budgeten inom ramen för regionens målstyrning. Utformningen av ersättningssystemen i avtalen verkar bidra till att genomslaget för ekonomistyrningen minskar, i alla fall på det sätt som man skriver fram ekonomistyrningen i regionens budget och på det sätt som den politiska ledningen diskuterar ekonomistyrning, det vill säga vikten av att hålla budgetramarna.

Avtalen som skrivs med hälso- och sjukvårdsnämnden är till stor del volymbaserade, i alla fall i sjukhusen. Det sätt som ersättningen för den vård som ges inom sjukhusen och regleras i avtalen mellan beställarnämnden och utförarna, uppfattas krocka med de mål och direktiv som kommer från regionfullmäktige. I regionfullmäktige får man, inom de regionägda bolagen, tydliga indikationer på att budgeten måste hållas och att kostnaderna inte får öka. I avtalen med de regionägda bolagen utgår en stor del av ersättningen baserat på volym. Det innebär att om bolagen/sjukhusen vill arbeta med

till exempel medicinska och mer kostnadseffektiva metoder, motverkar ersättningssystemet det. I intervjuerna har detta problem kommit upp. Det kan då handla om att när man genomför effektiviseringar som kan innebära att identifiera en patientgrupp som frekvent söker hälso- och sjukvård genom en akutmottagning. Genom att särskilt fokusera på denna patientgrupp och ta fram vårdprogram för patientgruppen som gör att den följs upp systematiskt och regelbundet kan den medicinska uppföljningen förbättras. Konsekvensen blir således att antalet oplanerade patientbesök minskar, men samtidigt tappar sjukhuset ersättning för dessa ”uteblivna” besök. De har därmed svårt att se incitamenten för att arbeta för ökad kostnadseffektivitet i hälso- och sjukvårdsverksamheterna.

Inom hälso- och sjukvårdens verksamheter finns en gemensam uppfattning om att ersättningssystemet inte bygger på medicinska förbättringar utan snarare på volym. I intervjuerna kommer det upp hur detta problem hanteras, bland annat kommer det fram att volymbortfallet vid en eventuell medicinsk förbättring i nuläget kan kompenseras med volymbesök, för att hålla uppe ersättningen. Så incitamenten i avtalen och det sätt som ersättningssystemet utformats, gör att incitamenten till att effektivisera hälso- och sjukvården uppfattas som små. Det existerar således två styrmodeller parallellt som i vissa delar verkar krocka med varandra. Volymerna driver kostnaderna för hälso- och sjukvård vilket motverkar regionens krav på att hålla nere kostnaderna och hålla en budgetram.

8.5 Målstyrning leder till fragmentisering snarare än helhet

Flera intervjupersoner har pratat om svårigheten att samverka och få till välfungerande processer för patienter mellan olika vårdnivåer. Med utgångspunkt i regionledningens önskan och förväntan om samverkan, tillsammans med det strategiska dokumentet framtidens hälso- och sjukvård, läggs stort fokus på uppbyggnad av nätvärksjukvården. Nätvärksjukvård innebär ökad samverkan mellan olika vårdformer inom regionen. Detta verkar dock inte ha fått genomslag i hälso- och sjukvårdsorganisationen, åtminstone inte ännu. Inom de regionägda bolagen uppfattar man det som problematiskt att hitta välfungerande flöden mellan vårdnivåer för vissa patientgrupper. Varje enskild läkare på ett sjukhus måste diskutera och ringa runt till flera olika vårdcentraler för att få vården kring enskilda patienter att fungera.

Frågan om samverkan har diskuterats inom olika delar av organisationen och det framstår som något oklart var en sådan samverkan och processdiskussionen ska föras, av utförarna av hälso- och sjukvård (det vill säga enskilda sjukhus och vårdcentraler), mer systematiskt i beställarnämnden/förvaltningen eller mer centralt på regionnivå. Inom regionens beställarnämnd/förvaltning resonerar man om vad frågan om själva effektiviteten i patientprocesserna bör ligga. Resonemanget rör sig då om att det finns

olika typer av effektivitet, både inom respektive vårdgivare och mellan olika vårdgivare och att för den dagliga samordningen ligger ansvaret ute i verksamheterna.

Det nämns flera skäl till varför arbetet med nätverkssjukvården och samverkan mellan olika vårdgivare stagnerat. Den främsta stoppklossen hänförs till beställarutförarstyrningen. I och med att varje vårdgivare skriver avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden har man egentligen inga incitament att diskutera och arbeta med patienternas vårdprocess mellan olika vårdnivåer (sjukhus och vårdcentraler). I intervjuerna har det framkommit att de inte har några krav på att samverka och att det inte finns någon ersättning som ger incitament till att stötta processer och samverkan mellan olika vårdgivare.

När man går igenom målen som kommer från regionen, inom ramen för målstyrningen, finns inte heller mål eller indikatorer som verkar sikta på samverkan eller processarbete. Det gör också att det finns svårigheter att få till ett välfungerande arbete med nätverket kring patienter och patientgrupper, vilket uppfattats ha stagnerat.

Det har också framkommit i flera intervjuer att man uppfattar bristen på vårdprocesser och samverkan i vårdkedjan som problematisk. Man verkar inte uppfatta någon egentlig konkurrens verksamheter emellan, vilket skulle kunna försvåra en samverkan. Det verkar istället vara andra, mer strukturella problem som orsakar dessa svårigheter. Inom verksamheterna upplever man bristen på samverkan och gemensamma processer över organisationsgränser som problematisk och att det får konsekvenser för verksamheterna. Men att samverka tar tid och kräver engagemang och det finns inga egentliga incitament för att samverka idag. I det strategiska dokumentet där framtidsplanen för hälso- och sjukvården presenteras diskuteras nätverkssjukvård vilket ställer krav på interaktion, koordination och innovation mellan utförarna. Detta, att hitta lösningar på komplexa problem, är inte bara ett problem i Region Stockholm utan är något som uppmärksammats tidigare (Ansell och Gash, 2008; Klijn m.fl., 2010; Klijn och Koppenjan, 2012).

9 Slutsatser – vad och vem styr styrningen i Region Stockholm?

I denna rapport har resultatet av en granskning av styrningen i Region Stockholm (tidigare Stockholms läns landsting) rapporterats. Uppdraget har varit att granska hur Region Stockholm styrs med hjälp av målstyrning och ekonomistyrning med särskilt fokus på hälso- och sjukvården. Ett par generella slutsatser från studien som kommit fram i granskningen handlar framförallt om två svårigheter. Den första svårigheten handlar om att se till att alla styrmodeller och strategiska dokument får en enhetlig linje, där det är tydligt vad som ska göras i verksamheterna. Den andra svårigheten handlar om att nå ut med styrningen till hälso- och sjukvårdens samtliga verksamheter.

Om jag börjar med den första svårigheten, är den att få alla styrmodeller och strategiska dokument att få en enhetlig linje där det är tydligt vad som ska göras i verksamheterna. Politikerna i Region Stockholm är tydliga – de avser att förstärka målstyrningen och ekonomistyrningen i regionen för att alla i organisationen ska veta vad målen är med verksamheten och ska därmed också kunna arbeta för att förverkliga dem. Men analysen av det empiriska materialet visar att det är svårt att hitta tydliga mål och en tydlig riktning, för att det finns mycket mer som styr än dessa två modeller, till exempel koncernstyrning, beställar-utförarstyrning, avtal och andra strategiska dokument för framtidens hälso- och sjukvård och den regionala utvecklingsplanen. Precis som man sett i tidigare studier finns stora svårigheter och utmaningar med målstyrning i hälso- och sjukvården (se till exempel Burgess och Ratto, 2003; Dixit, 2002; Jakobsen m.fl., 2018; Arnaboldi m.fl., 2015; Lapsley och Skærbæk, 2012). Många av dem kan hänföras till att den offentliga sektorn generellt och hälso- och sjukvården mer specifikt, är mycket komplexa verksamheter med många olika typer av mål som många gånger också står i konflikt med varandra. I praktiken har det visat sig att mål- och resultatstyrning lämpar sig bäst för att få effekt på verksamheter med tydliga mål som lätt går att mäta och kvantifiera samt där det är lätt att förutsäga utfallet av olika åtgärder (se till exempel Radin, 2000; Heinrich, 2002; Bevan och Hood, 2006; Spekle och Verbeeten, 2014). Flera av de problem som belysts i rapporten, som att målen är många till antalet, att olika styrmodeller och styrdokument inte går i linje med varandra, att målen blir (för) detaljerade och inte är anpassade till de olika verksamheterna har med detta att göra. Men också finns det, med målstyrning där stort fokus läggs på målen, också en risk att viktiga mål trängs undan. Det verkar också ha hänt i Region Stockholm där viktiga samhällsvärden kommer i skymundan för politiskt viktiga frågor, som har konkretiserats i detaljerade indikatorer som är förhållandevis lätta att mäta.

När man bestämt sig för att förstärka målstyrningen verkar man inom hälso- och sjukvårdsverksamheterna uppfatta det som att man infört ytterligare en parallell styrmodell vid sidan av de övriga (Holmgren Caicedo m.fl., 2014). Det är framförallt

mellan beställar-utförarstyrningen och målstyrningen och mellan beställar-utförarstyrningen och ekonomistyrningen som de största krockarna uppstår. Det innebär att regionen infört en ny styrmodell som inte ”hakar fast” i de redan existerande, utan lägger sig över de andra systemen utan att egentligen passa ihop.

Flera av regionens sjukhus är organiserade som regionägda aktiebolag. Det innebär att dessa utgör egna juridiska personer och lyder därmed under aktiebolagslagen. Det är ägarna, regionen, som fastställer ändamålet med verksamheten, utser styrelseledamöter och minst en lekmannarevisor/revisor. Med målstyrningen riktar sig ”ägarna”, det vill säga regionen, direkt till de regionägda bolagen. Frågan är vilken ställning målen i budgeten har i förhållande till styrelse och bolagsledning. Varje bolag har en egen styrelse och styrelsens huvuduppgift är enligt 8 kap. 4 § i aktiebolagslagen att svara för bolagets organisation och förvaltning. Men i och med att regionfullmäktige beslutar om mål direkt till bolagen genom budgeten, visar det sig vara svårt att tolka dessa i bolagen. Man ser det som att i och med att man är ett bolag har man också ett ökat ekonomiskt ansvar (jämfört med om de inte hade varit ett bolag). Intäkterna får man via avtalen med hälso- och sjukvårdsnämnden. Det hade därmed inte varit något problem om målen i målstyrningen följdes av finansiella medel, men det gör de inte och målen i budgeten och avtalen går inte alltid hand i hand med varandra, vilket bidrar till att målen får en oklar ställning i budgeten. Det innebär också att diskrepansen mellan målstyrningen och ekonomistyrningen sannolikt är större i bolagen, eftersom de är beroende av intäkter för att förbättra sitt ekonomiska resultat. Detta står i kontrast till just ekonomistyrningen, som betonar att varje skattekrona ska användas så effektivt som möjligt i verksamheten. Här finns det en viss skillnad mellan effektivitet med privata medel och skattefinansierade medel. Men i och med att sjukhus drivs i bolagsform kan man inte ta samma hänsyn till att det är skattefinansierade medel.

Den andra svårigheten handlar om styrningen mer generellt och hur man når ut med styrningen i de regionägda hälso- och sjukvårdsverksamheterna i en så stor organisation som Region Stockholm. Målstyrningen som planeringsverktyg når inte ut i organisationen. Det finns flera skäl till det. Målen uppfattas inte som relevanta i organisationen. Det framkommer att man inte uppfattar att man har inflytande över målen i sig eller över nivåerna på målvärdena. Målen är därmed inte förankrade i organisationen där de ska verka, vilket gör att det är svårt att få genomslag för dem.

Det är också tydligt att det finns en klyfta mellan olika professioner i organisationen. Här utgörs det av professioner inom hälso- och sjukvårdens verksamheter, politiker och tjänstemän (i förvaltningarna). De har olika sätt och ingångar i styrningen och uppfattas prioritera mål och mått som övriga grupper inte är eniga med. Det innebär att när ett beslut fattas om mål i en organisation får det en marginell effekt då målen varken är förankrade i organisationen och rimmar illa med den professionella gruppens

värderingar. Detta är ett problem som belysts många gånger tidigare inom den offentliga sektorn.

Bilagor

Förteckning över styrande dokument i Region Stockholm (Stockholms läns landsting, 2018a, bilaga 3, s. 231–234).

Område	Dokument
Styrning	Arbetsordning för fullmäktige i Stockholms läns landsting Styrande principer för styrning, ledning och uppföljning av Region Stockholm Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder Reglemente för landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting Budget 2019 för Region Stockholm Policy för internkontroll Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper Generella ägardirektiv för Region Stockholms bolag Ägardirektiv för Region Stockholms bolag
Anti-korruption	Anti-korruptionspolicy för Stockholms läns landsting Stockholms läns landstings riktlinjer för anti-korruption och representation Program för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare
Ekonomi	Finanspolicy Finansiella riktlinjer Riktlinjer för god ekonomisk hushållning Sponsringspolicy för marknadsföring i syfte att finna utomstående finansärer till landstingsprojekt
Forskning och utbildning	Policy för innovation och digitalisering (<i>även under IT</i>) Strategi för innovation
Informationshantering	Dokument- och arkivreglemente för Stockholms läns landsting
Inköp	Policy för inköp Policy: Riktlinjer för upphandling Uppförandekod för leverantörer
Investeringar och anläggningar	Styrande principer för Region Stockholms investeringar
IT	Handlingsplan för satsningar inom eHälsa och informationsförsörjning Policy för innovation och digitalisering (<i>även under forskning</i>) Strategi för digitalisering Regional digital agenda Strategi för eSamhället
Kommunikation	Kommunikationspolicy för Stockholms läns landsting

	<p>Grafisk profil</p> <p>Riktlinjer för Stockholms läns landstings varumärkesarbete</p> <p>Riktlinjer för pressarbetet inom Stockholms läns landsting</p> <p>Riktlinjer för webbplatser inom Stockholms läns landsting</p> <p>Riktlinjer för information till grupper med särskilda behov</p>
Miljö	<p>Miljöprogram 2017–2021</p> <p>Riktlinjer för miljöarbete</p> <p>Utfasningslista för miljö- och hälsofarliga kemikalier</p>
Personal	<p>Stockholms läns landstings personalpolicy</p> <p>Kompetensförsörjningsstrategi för Stockholms läns landsting</p> <p>Riktlinjer för resor och möten i tjänsten</p>
Social hållbarhet	<p>HBT-policy för Stockholms läns landsting</p> <p>Jämställdhetspolicy för Stockholms läns landsting</p> <p>Handlingsplan för arbetet med barnkonventionen inom SLL</p> <p>Policy för delaktighet för personer med funktionsnedsättning</p> <p>Uppförandekod för leverantörer</p> <p>Åtgärdsplan avseende nationella minoriteter och rätten till språk</p>
Säkerhet och krisberedskap	<p>Informationssäkerhetspolicy</p> <p>Riktlinjer för informationssäkerhet</p> <p>Policy för säkerhet inom Stockholms läns landsting</p> <p>Säkerhetsriktlinjer</p> <p>Krisberedskap för Stockholms läns landsting, planeringsinriktning inför allvarlig händelse samt plan för krisledningsnämnden vid extraordinära händelser</p> <p>Kriskommunikationsplan för Stockholms läns landsting</p>
Hälso- och sjukvård	<p>Folkhälsopolicy</p> <p>Hjälpmedelspany</p> <p>Framtidsplan för hälso- och sjukvården</p> <p>Framtidsplan för hälso- och sjukvården – första steget i genomförandet</p> <p>Framtidsplanen för hälso- och sjukvården – andra steget i genomförandet</p> <p>Framtidsplanen för hälso- och sjukvården – tredje steget i genomförandet</p> <p>Policy för att stärka patienters ställning – vård i dialog</p>
Kollektivtrafik	<p>Regionalt trafikförsörjningsprogram för Stockholms län</p>
Regionplanering	<p>Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen 2050 – RUFS 2050</p> <p>Landsbygds- och skärgårdsstrategi för Stockholmsregionen</p> <p>Rapporten Samverkan i Östra Mellansverige – ÖMS</p>
Kultur	<p>Kulturstrategi för Stockholmsregionen</p>

Referenslista

- Abernethy, M.A., W.F. Chua, J. Grafton och H. Mahama. 2007. Accounting and Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological and Critical Perspectives. I *Handbook of management accounting research*, edited by C. S. Chapman, A. G. Hopwood och M. D. Shields Oxford: Elsevier, 805–829.
- Agevall, L. och K. Jonnergård. 2007. Management by Documents – Risk of De-professionalizing? I *In Tension between Organization and Profession: Professionals in Nordic Public Service*, edited by C. Aili, L.-E. Nilsson, L. G. Svensson och P. Denicolo. Lund: Nordic Academic Press.
- Almqvist, R. 2006. New Public Management–om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll. *Malmö, Liber AB*.
- Andersen, L.B., A. Boesen och L.H. Pedersen. 2016. Performance in public organizations: Clarifying the conceptual space. *Public Administration Review* 76 (6):852–862.
- Anell, A. 1990. Från central planering till lokalt ansvar: budgeteringens roll i landstingskommunal sjukvård [doctorial dissertation], Lund studies in economics and management, 11, Lund Univ. Press, Lund.
- Ansell, C. och A. Gash. 2008. Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory* 18 (4):543–571.
- Anthony, R.N. och V. Govindarajan. 2001. *Management Control Systems*. 10 ed. Boston, Mass.: Irwin/McGraw Hill.
- Anthony, R.N. och D.W. Young. 2003. *Management Control in Nonprofit Organizations*. 7 ed. Boston: Irwin/McGraw-Hill.
- Ao, D. 2018. The relationship between public and private management: A review. Presenterad vid International Conference on Economic Management and Green Development (ICEMGD 2018).
- Arnaboldi, M., I. Lapsley och I. Steccolini. 2015. Performance management in the public sector: The ultimate challenge. *Financial Accountability & Management* 31 (1):1–22.
- Aucoin, P. 1990. Administrative reform in public management: paradigms, principles, paradoxes and pendulums. *Governance* 3 (2):115–137.
- Banbury, J. och J.E. Nahapiet. 1979. Towards a Framework for the Study of the Antecedents and Consequences of Information systems in Organizations. *Accounting, Organizations and Society* 4 (3):163–177.
- Becker, K., N. Antuar och C. Everett. 2011. Implementing an employee performance management system in a nonprofit organization. *Nonprofit management and leadership* 21 (3):255–271.
- Behn, R.D. 2003. Why measure performance? Different purposes require different measures. *Public Administration Review* 63 (5):586–606.
- . 2014. *The PerformanceStat potential: A leadership strategy for producing results*: Brookings Institution Press.
- Berlin, J. 2006. Beställarstyrning av hälso- och sjukvård – Om människor, marginaler och miljoner, School of Public Administration Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet, Göteborg.

- Bevan, G. och C. Hood. 2006. What's measured is what matters: Target and gaming in the english public health care system. *Public Administration* 84 (3):517–538.
- Boland, T. och A. Fowler. 2000. A Systems Perspective of Performance Management in Public Sector Organisations. *International Journal of Public Sector Management* 13 (5):417–446.
- Bouckaert, G. och W. Balk. 1991. Public productivity measurement: Diseases and cures. *Public Productivity & Management Review* 15 (2):229–235.
- Boyne, G.A. 2002. Theme: Local government: Concepts and indicators of local authority performance: An evaluation of the statutory frameworks in England and Wales. *Public Money and Management* 22 (2):17–24.
- . 2003a. Sources of public service improvement: A critical review and research agenda. *Journal of Public Administration Research and Theory* 13 (3):367–394.
- . 2003b. What is public service improvement? *Public Administration* 81 (2):211–227.
- Brignall, S. och S. Modell. 2000. An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management Accounting Research* 11 (3):281–306.
- Brorström, B., A. Haglund och R. Solli. 2014. *Förvaltningsekonomi*: Studentlitteratur.
- Bruns, W.J. och J.J. Waterhouse. 1975. Budgetary Control and Organization Structure. *Journal of Accounting Research* 13 (2):177–177.
- Brunsson, K.H. 2002. Management or politics—or both? How management by objectives may be managed: a Swedish example. *Financial Accountability & Management* 18 (2):189–209.
- Brunsson, N. och K. Sahlin-Andersson. 2000. Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform. *Organization Studies* 21 (4):721–747.
- Budding, T. och T. Groot. 2009. Decentralization, performance evaluation and government performance (July 18, 2008). In *AAA 2009 Management Accounting Section (MAS) Meeting Paper*.
- Burgess, S. och M. Ratto. 2003. The role of incentives in the public sector: Issues and evidence. *Oxford review of economic policy* 19 (2):285–300.
- Chang, L.c. 2006. Managerial responses to externally imposed performance measurement in the NHS: an institutional theory perspective. *Financial Accountability & Management* 22 (1):63–85.
- . 2015. Accountability, rhetoric, and political interests: Twists and turns of NHS performance measurements. *Financial Accountability & Management* 31 (1):41–68.
- Cooper, D.J., M. Ezzamel och K. Robson. 2019. The multiplicity of performance management systems: heterogeneity in multinational corporations and management sense-making. *Contemporary Accounting Research* 36 (1):451–485.
- Cooper, D.J., B. Hinings, R. Greenwood, J.L. Brown, D.J. Cooper, B. Hinings, R. Greenwood och J.L. Brown. 1996. Sedimentation and transformation in organizational change: The case of Canadian law firms. *Organization Studies* 17 (4):623–647.
- Covaleski, M.A. och M.W. Dirsmith. 1981. MBO and goal directedness in a hospital context. *Academy of Management Review* 6 (3):409–418.
- Cuganesan, S., J. Guthrie och V. Vranic. 2014. The riskiness of public sector performance measurement: a review and research agenda. *Financial Accountability & Management* 30 (3):279–302.

- Czarniawska, B. 1988. *Reformer och ideologier: lokala nämnder på väg*: Doxa.
- Dahlsten, F., A. Styhre och M. Williander. 2005. The unintended consequences of management by objectives: the volume growth target at Volvo Cars. *Leadership & Organization Development Journal* 26 (7):529–541.
- Diefenbach, T. 2009. New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic ‘enlightenment’. *Public Administration* 87 (4):892–909.
- Dixit, A. 2002. Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review. *Journal of human resources* 37 (4):696–727.
- Emmanuel, C.R., K.A. Merchant och D.T. Otley. 1990. *Accounting for Management Control*. 2. ed. London: Chapman & Hall.
- Forssell, A. 1999. Offentlig reformation i marknadsmodellernas spår? In *SCORE Rapportserie 1999:5*. Stockholm Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor, Stockholms Universitet.
- Garpenby, P. 1999. Resource dependency, doctors and the state: quality control in Sweden. *Social Science & Medicine* 49 (3):405–424.
- Gerrish, E. 2016. The impact of performance management on performance in public organizations: A meta-analysis. *Public Administration Review* 76 (1):48–66.
- Gibson, J.W. och D.V. Tesone. 2001. Management fads: Emergence, evolution, and implications for managers. *Academy of Management Perspectives* 15 (4):122–133.
- Greenwood, R.C. 1981. Management by objectives: As developed by Peter Drucker, assisted by Harold Smiddy. *Academy of Management Review* 6 (2):225–230.
- Hall, P. 2013. NPM in Sweden: The risky balance between bureaucracy and politics. I *Nordic lights: Work, management and welfare in Scandinavia*: Studieförbundet Näringsliv och samhälle.
- Hansen, S.C., D.T. Otley och W.A. Van der Stede. 2003. Practice Developments in Budgeting: An Overview and Research Perspective. *Journal of Management Accounting Research* 15 (1):95–116.
- Heinrich, C.J. 2002. Outcomes-based performance management in the public sector: implications for government accountability and effectiveness. *Public Administration Review* 62 (6):712–725.
- Hodgson, J. 1973. Management by objectives-the experience of a federal government department. *Canadian Public Administration* 16 (3):422–431.
- Holliman, A. och M. Bouchard. 2015. The use of management by objectives in municipalities: Still alive. *Review of Public Administration and Management* 3 (1):150.
- Holmgren Caicedo, M., M. Mårtensson och K. Hallström Tamm. 2014. Identifiering av parallella styrmodeller och deras olikheter – en studie av styrningens komplexitet. In *AES rapport 2014:2*. Stockholm.
- Hood, C. 1995. The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society* 20 (2–3):93–110.
- Hood, C., R. Dixon och D. Wilson. 2009. *'Managing by Numbers': The Way to Make Public Services Better?'*: ESRC Public Services Programme.
- Hoque, Z. 2008. Measuring and reporting public sector outputs/outcomes. *International Journal of Public Sector Management* 21 (5):468–493.

- Hyndman, N. och R. Eden. 2001. Rational Management, Performance Targets and Executive Agencies: Views from Agency Chief Executives in Northern Ireland. *Public Administration* 79 (3):579–598.
- Hyndman, N., M. Liguori, R.E. Meyer, T. Polzer, S. Rota och J. Seiwald. 2014. The translation and sedimentation of accounting reforms. A comparison of the UK, Austrian and Italian experiences. *Critical Perspectives on Accounting* 25 (4–5):388–408.
- Höglund, L., M. Mårtensson Hansson, P. Nylinder och K. Thomson. 2020. En studie av den strategiska styrningen i region Stockholm – åren 2017 till 2019. Kommande AES-rapport.
- Jakobsen, M.L., M. Baekgaard, D.P. Moynihan och N. van Loon. 2018. Making sense of performance regimes: Rebalancing external accountability and internal learning. *Perspectives on Public Management and Governance* 1 (2):127–141.
- Jeannot, G. och P. Bezes. 2016. Mapping the use of public management tools in European public administration. I *Public Administration Reforms in Europe*: Edward Elgar Publishing.
- Jun, J.S. 1976. Symposium on Management by objectives in the Public Sector. *Public Administration Review. The Journal of the American Society for Public Administration* 36 (1):1–5.
- Kelman, S. och J.N. Friedman. 2009. Performance improvement and performance dysfunction: an empirical examination of distortionary impacts of the emergency room wait-time target in the English National Health Service. *Journal of Public Administration Research and Theory* 19 (4):917–946.
- Klijn, E.-H., J. Edelenbos och B. Steijn. 2010. Trust in governance networks: Its impacts on outcomes. *Administration & Society* 42 (2):193–221.
- Klijn, E.-H. och J. Koppenjan. 2012. Governance network theory: past, present and future. *Policy & Politics* 40 (4):587–606.
- Kristiansen, M.B. 2015. Management by Objectives and Results in the Nordic countries: Continuity and change, differences and similarities. *Public Performance & Management Review* 38 (3):542–569.
- Lægred, P., P.G. Roness och K. Rubecksen. 2006. Performance management in practice: The Norwegian way. *Financial Accountability & Management* 22 (3):251–270.
- Lapsley, I. 2009. New public management: The cruellest invention of the human spirit? *Abacus* 45 (1):1–21.
- Lapsley, I. och P. Skærbæk. 2012. Why the public sector matters. *Financial Accountability & Management* 28 (4):355–358.
- Liguori, M. 2012. The supremacy of the sequence: Key elements and dimensions in the process of change. *Organization Studies* 33 (4):507–539.
- Llewellyn, S. och D. Northcott. 2005. The average hospital. *Accounting, Organizations and Society* 30 (6):555–583.
- Lonti, Z. och R. Gregory. 2007. Accountability or countability? Performance measurement in the New Zealand public service, 1992–2002. *Australian Journal of Public Administration* 66 (4):468–484.
- Lynn, L.E. och R.W. Robichau. 2013. Governance and organisational effectiveness: towards a theory of government performance. *Journal of Public Policy* 33 (2):201–228.

- Martinez, D.E. och D.J. Cooper. 2019. Assembling performance measurement through engagement. *Accounting, Organizations and Society* 78:101052.
- McConkie, M.L. 1979. A clarification of the goal setting and appraisal processes in MBO. *Academy of Management Review* 4 (1):29–40.
- McGivern, G. och E. Ferlie. 2007. Playing tick-box games: Interrelating defences in professional appraisal. *Human Relations* 60 (9):1361–1385.
- McLaughlin, K., S.P. Osborne och E. Ferlie. 2002. *New public management: Current trends and future prospects*: Psychology Press.
- Modell, S. 2003. Goals versus institutions: the development of performance measurement in the Swedish university sector. *Management Accounting Research* 14 (4):333–359.
- . 2005. Performance management in the public sector: past experiences, current practices and future challenges. *Australian Accounting Review* 15 (37):56–66.
- Modell, S. och A. Grönlund. 2007. Outcome-based performance management: experiences from Swedish central government. *Public Performance & Management Review* 31 (2):275–288.
- Odiorne, G. 1965. *Management by objectives: A system of management leadership*. New York: Pitman.
- Ogata, K. och G. Spraakman. 2013. The persistence of delegitimated structures. *Journal of Accounting & Organizational Change* 0 (3):280–303.
- Olsson, M. 2014. Leda för resultat: resultatstyrt förbättringsarbete. Stockholm.
- Otley, D.T. 1999. Performance Management: A Framework for Management Control systems Research. *Management Accounting Research* 10 (4):363–382.
- Pihlgren, G. och A. Svensson. 1989. *Målstyrning: 90-talets ledningsform för offentlig verksamhet*: Liber.
- Poister, T.H. och G. Streib. 1995. MBO in municipal government: Variations on a traditional management tool. *Public Administration Review* 55 (1):48–56.
- Pollitt, C. 2006. Performance management in practice: A comparative study of executive agencies. *Journal of Public Administration Research and Theory* 16 (1):25–44.
- Pollitt, C. och S. Dan. 2013. Searching for impacts in performance-oriented management reform: A review of the European literature. *Public Performance & Management Review* 37 (1):7–32.
- Porter, M.E. 2010. What is value in health care. *N Engl J Med* 363 (26):2477–2481.
- Propper, C. och D. Wilson. 2003. The use and usefulness of performance measures in the public sector. *Oxford review of economic policy* 19 (2):250–267.
- Radin, B.A. 2000. The Government Performance and Results Act and the tradition of federal management reform: square pegs in round holes? *Journal of Public Administration Research and Theory* 10 (1):111–135.
- Region Stockholm. 2019. Region Stockholms organisation 2019–2022.
- Sahlin-Andersson, K. 2001. National, International and Transnational Constructions of New Public Management. I *New public management: the transformation of ideas and practice*, edited by T. Christensen och P. Lægreid. Aldershot: Ashgate.
- SFS 2017:725. *Kommunallag*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Sherwood, F.P. och W.J. Page. 1976. MBO and public management. *Public Administration Review* 36 (1):5–12.

- Smith, P. 1993. Outcome-related Performance Indicators and Organizational Control in the Public Sector. *British journal of Management* 4 (3):135–151.
- . 1995a. On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International journal of public administration* 18 (2–3):277–310.
- . 1995b. Performance indicators and outcome in the public sector. *Public Money & Management* 15 (4):13–16.
- Spekle, R.F. och F.H. Verbeeten. 2014. The use of performance measurement systems in the public sector: Effects on performance. *Management Accounting Research* 25 (2):131–146.
- Stockholms läns landsting. 2010. RUFSS 2010 – Regional utvecklingsplan för Stockholmsregionen, RUFSS 2010, Rapport 2010:5.
- . 2011. Framtidsplan för hälso- och sjukvården – första steget i genomförandet, HSN 1111–1484, LS 1109–1229.
- . 2013. Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet. Datum 2013-04-15, LS 1304–0527.
- . 2014. Framtidsplanen, Tredje steget i genomförandet, Fastställd 2014-12-17, LS 1409–1068.
- . 2015. Mål och budget 2016 och plan för åren 2017–2018 samt investeringsbudget för år 2016 och inriktningsnivåer för planåren 2017–2020. Beslutat 16–17 juni, 2015.
- . 2016. Mål och budget 2017 och plan för åren 2018–2020 samt investeringsbudget för år 2017 och inriktningsnivåer för planåren 2018–2021. Ansvar för framtidens hälsa och tillväxt. Beslutad 23 maj 2016.
- . 2017. Mål och budget för år 2018 och plan för åren 2019–2021 samt investeringsbudget för år 2018 och inriktningsnivåer för planår 2019–2022, LS 2017-0452.
- . 2018a. Budget 2019 för Region Stockholm, LS 2017-1455.
- . 2018b. Landstingsdirektörens Planeringsunderlag inför budget 2018. LS 2017-0452.
- . 2018c. Regional utvecklingsplan för Stockholms regionen, RUFSS 2050, Europas mest attraktiva storstadsregion, Rapport 2018:10, TRN 2015-0015.
- . 2018d. Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder. LS 2018-0731.
- . 2020a. *Ekonomi och budget*. www.sll.se/om-regionstockholm/ekonomi/ [2020-01-24].
- . 2020b. *Politiska organ*. www.sll.se/politik/politiska-organ/ [2020-01-24].
- . 2020c. *Regionledningskontoret*. www.sll.se/om-regionstockholm/Organisation/forvaltningar/regionledningskontoret/ [2020-01-24].
- Sundström, G. 2006. Management by results: its origin and development in the case of the Swedish state. *International Public Management Journal* 9 (4):399–427.
- Svensson, A. 1997. *Målstyrning i praktiken*: Liber-Hermod.
- Sveriges kommuner och landsting. 2010. *Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården*. . Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- . 2012. Uppdrag och samspel mellan ledande politiker och tjänstemän. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting

- Sveriges kommuner och regioner. 2020. *Regional utvecklingsstrategi, RUS*.
<https://skr.se/samhallsplaneringinfrastruktur/regionalutveckling/regionalutvecklingsstrategirus.2690.html> [2020-01-27].
- Try, D. och Z. Radnor. 2007. Developing an understanding of results-based management through public value theory. *International Journal of Public Sector Management* 20 (7):655–673.
- Wadmann, S., C. Holm-Petersen och C. Levay. 2019. ‘We don’t like the rules and still we keep seeking new ones’: The vicious circle of quality control in professional organizations. *Journal of Professions and Organization* 6 (1):17–32.
- Walker, R.M. och R. Andrews. 2015. Local government management and performance: A review of evidence. *Journal of Public Administration Research and Theory* 25 (1):101–133.
- Wallenburg, I., J. Quartz och R. Bal. 2019. Making hospitals governable: performativity and institutional work in ranking practices. *Administration & Society* 51 (4):637–663.
- Van Dooren, W., G. Bouckaert och J. Halligan. 2010. *Performance management in the public sector*: Routledge.
- Van Thiel, S. och F.L. Leeuw. 2002. The performance paradox in the public sector. *Public Performance & Management Review* 25 (3):267–281.
- van Wieringen, M., P. Groenewegen och M.I. Broese van Groenou. 2017. ‘We’re all Florence Nightingales’: Managers and nurses colluding in decoupling through contingent roles. *Journal of Professions and Organization* 4 (3):241–260.
- Verbeeten, F.H. och R.F. Speklé. 2015. Management control, results-oriented culture and public sector performance: Empirical evidence on new public management. *Organization Studies* 36 (7):953–978.
- Wildavsky, A. 1975. *Budgeting A Comparative Theory of Budgetary Process*. Boston: Little, Brown and Company.
- . 1984. *The Politics of the Budgetary Process*. 4 ed. Boston: Little, Brown and Company.
- Östergren, K. och K. Sahlin-Andersson. 1998. *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.

