

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i organisasjon og ledelse

Mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten

En komparativ casestudie av to sykehusavdelinger

av

Grete Kalleklev Velure

Juni 2014

Masteroppgave

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Organisasjon og ledelse

Tittel:

Mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten

En komparativ casestudie av to sykehusavdelinger

Engelsk tittel:

Objectives and results in the specialist health services

Quality comparative case study between two different hospital departments

Forfatter: Grete Kalleklev Velure

Emnekode og emnenavn:

MR690

Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandiatnummer:

10

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (sett kryss):

JA X Nei

Dato for innlevering:

13. juni 2014

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire):

Målstyring

Resultatstyring

Instrumentelt perspektiv

Institusjonelt perspektiv

Spesialisthelsetjenesten

Tittel og sammendrag:

Bakgrunn: Da staten overtok eierskapet for sykehusene i 2002 la man opp til at Stortinget skulle styre gjennom lover, bevilgninger og rammebetingelser. Ansvar for helsetilbud, drift og økonomi ble delegert til helseforetakene. Stortinget har et politisk mandat til å styre spesialisthelsetjenesten og i tråd med oppdragsdokumentet (Helse og Omsorgsdepartementet) så må helseforetakene forholde seg til mange ulike aktivitets- og driftsmål og dette krever detaljerte mål og rapportering.

Målet: Undersøke hvordan prinsipper for mål- og resultatstyring nedfeller seg i styring av ulike enheter i spesialisthelsetjenesten og hvordan enhetene forholder seg til mål- og resultatstyringssystemet

Metode: Kvalitativ komparativt casestudie. Sammenligne to tilnærmet like case, men som har ulike oppgavetyper. Empiri består av både skriftlige og muntlige datakilder

Resultater: Måling og rapportering er omfattende og viktige grep for å gi befolkningen innsyn i hvordan spesialisthelsetjenesten jobber, prioriterer og bruker ressursene. Imidlertid så fremkommer det at alle mål, krav, dokumentasjon, rapportering og kontroller som lederne må forholde seg til kan ta tid og fokus bort fra pasientene og helhetstenkningen innad i enhetene. Enhetene fokuserer på det de blir målt på og andre oppgaven kan bli skadelidende. Målstyringsmodellen forutsetter vertikale styringslinjer og dermed oppstår det problemer når det eksisterer uvisshet og avhengighet som blir skapt på tvers i organisasjonen.

Mål- og resultatstyring har fått gjennomslag som styringsteknikk i spesialisthelsetjenesten og styringsteknikken er implementert i undersøkelsesenheter uavhengig av oppgavetype. Styringssystemene er av en slik art at man ikke kan unndra seg rapportering. Det er lokale oversettelser og lokale tilpasninger til styringsteknikken, men kontrollen med den enkelte avdeling øker og det blir vanskeligere å omgå styringsstrukturen og overordnede styringssystemer som er tatt i bruk.

Title and Abstract:

Background: When the government (Staten) took over the ownership of the hospitals in 2002 the ambition was that Stortinget should execute its management through laws, budget and a framework of guidelines and rules for execution. The responsibility for service, operation and economy was distributed to the regional entities. Stortinget has a political task to govern the specialist health care system as instructed by Helse og Omsorgsdepartementet, and the regional entities need to comply and report on several activities and operational targets, which is obtained from detailed goals and objectives.

The aim: Investigate how the principles for objectives and results is embedded in the specialist health care system and how the entities comply to the methodology.

Methods: Quality comparative case study. Compare two almost similar cases where the difference is the set of tasks. Empiric is based on data sources in writing and verbal.

Results. Measurement and reporting is found to be comprehensive but also important in order to provide the public information how the specialist health care system works, priorities and uses its resources. However, it became evident that all the requirements regarding documentation, reporting and control functions the leadership was measured on reduced time and attention towards the patients and the overall resource planning in the entities. The entities focus on the goals and objectives they are measured on, and other tasks might get less attention. The object-guided model is based on vertical lines; this can cause situations if uncertainty and conflicting dependencies arise across the organization.

A leadership methodology based on goals and objectives has in general been accepted in the specialist health care system, including the entities in this investigation. The methodology includes mandatory reporting. There is local flexibility regarding the management and routines to accommodate for local variations but the level of control and reporting is increasing and it is difficult to avoid the high level of centralized management in the methodology that has been applied.

Forord

Etter fire år så står jeg nå endelig ved veis ende, masteroppgave. Målet da jeg startet på studiet for fire år siden har hele tiden vært at dette skulle ende ut i en masteroppgave, men jeg var spent på hvordan det ville være å gjennomføre masterstudie ved siden av fulltidslederjobb. Det har vært fire lærerike år med ledelse i fokus.

Det er mange som har hjulpet meg på veien og som fortjener en stor takk nå når jeg står ved veis ende i dette arbeidet.

Tusen takk til Høgskulen i Sogn og Fjordane for et flott studie opplegg. Takk til foreleserne vi har blitt kjent med gjennom disse fire årene. Det har vært inspirerende å få lov til å ta del i den kunnskapen dere så raust har delt med oss studenter. Det har vært flott å få muligheten til å lytte til, diskutere med og nyte godt av det faglige engasjementet dere forelesere har vist og ikke minst møte med alle engasjerte medstudenter.

Takk også til arbeidsgiveren min, Yrkesmedisinsk avdeling ved Haukeland universitetssykehus som har gitt meg permisjon i forbindelse med samlingsdager. En spesiell takk til sjefen min, avdelingsdirektør Tor B. Aasen for gode innspill, diskusjoner og faglige refleksjoner rundt emnet jeg har valgt å fordype meg i.

Takk til ærlige og modige informanter som har gitt av sin tid for å svare på mine spørsmål. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg møtt mange tydelige ledere som står på i en hektisk hverdag for å forene mål og resultat samtidig som man er direkte involvert i pasientbehandlingen. Deres refleksjoner og mot har imponert meg og gitt meg mye å tenke på.

En stor takk til min veileder, professor Oddbjørn Bukve. Din kunnskap om emnet og skriveprosessen har vært avgjørende for meg. Det at du har utfordret meg og stilt krav til meg har vært avgjørende i ferdigstillelsen av oppgaven. Du har aldri fortalt meg hvordan, men fått meg til å reflektere over hva som har lagt rett foran meg og på den måten bidratt til å gi meg ny innsikt.

Takk også til familien min som har oppmuntret meg og kommet med mange heiarop underveis.

Nå er jeg i mål!

Bergen, juni 2014,

Grete K. Velure

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 Tema og problemstilling	9
1.1 Tematisk aktualisering og relevans for studien.....	9
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
1.2 Problemstillinger	11
1.3 Trender og omstilling i spesialisthelsetjenesten	12
1.3.1Utviklingstrekk	12
1.4 Systemutvikling og markedsorientering	13
1.4.1 New Public Management.....	14
1.4.2. Mål- og resultatstyring som styringsteknikk	15
1.5. Kunnskapsstatus	16
1.5.1. Oppsummering kunnskapsstatus.....	20
1.6. Oppsummering	20
Kapittel 2. Teori.....	21
2.1 Innledning	21
2.2. Teori og empiri.....	21
2.3. Et instrumentelt perspektiv	22
2.3.1 Hierarkimodell.....	23
2.3.2 Prinsipal- agentteori.....	24
2.4 Et institusjonelt perspektiv	27
2.4.1 Institusjonelle organisasjoner	28
2.4.2 Institusjonelle omgivelser	29
2.5 Oppsummering	30
Kapittel 3. Metode	33
3.1 Innledning	33
3.2 Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for kvalitativ metode.....	33
3.2.1 Hermeneutikk og forforståelse	33
3.2.2 Min forforståelse.....	34

3.3 Design.....	35
3.3.1 Komparativt casestudium	35
3.4 Begrepsmodell	35
3.5. Valg av undersøkelsesenheter	36
3.6 Datakilder.....	38
3.6.1 Skriftlige datakilder	38
3.6.2 Muntlig materiale	39
3.7 Forskningsprosessen	39
3.7.1 Forberedelse og kontaktskapende arbeid	39
3.7.2 Intervju av sentrale personer i prosessene	40
3.8 Analyse	41
3.9 Dataenes pålitelighet og gyldighet.....	42
3.9.1. Pålitelighet (reliabilitet)	42
3.9.2. Gyldighet (validitet)	42
3.9.3. Overførbarhet (generaliserbarhet)	42
3.9.4 Objektivitet	42
3.10 Avslutning	43
Kapittel 4 Styringssystem	44
4.1 Innledning	44
4.2 Styringssystem	44
4.3 Spesialisthelsetjenestens omgivelser og krav	45
4.4 Styringssystemets struktur.....	46
4.5 Overordnet myndighet – Helse- og omsorgsdepartementet.....	49
4.6 Regionalt helseforetak	50
4.7 Lokalt helseforetak.....	51
4.8 Utvalgsenheter.....	53
4.8.1 Kort presentasjon av utvalgsenheter	53
4.8.2 Bestilling fra administrerende direktør lokalt helseforetak til utvalgsenheter	54
4.8.3 System for styring lokalt helseforetak	56

4.9 Styring internt i utvalgsenhetene.....	57
4.9.1 Utvalgsenhet A – gjennomgang av enhetens viktigste styringsdokumenter	57
4.9.2 Utvalgsenhet B – gjennomgang av enhetens viktigste styringsdokumenter	60
4.9.3 Konklusjon - variasjon i styring over enhetsnivå	64
4.9.4 Oppsummering – styring internt i utvalgsheter	64
4.10 Målstruktur	65
4.11 Rapportering - krav og omfang	67
4.12 Oppsummering styringssystem.....	69
Kapittel 5 Presentasjon av funn fra intervjumaterialet.....	73
5.1 Innledning	73
5.2. Styringsdokumenter og målstruktur	73
5.2.1 Målstruktur	74
5.2.2 Mål- og resultatstyringsarbeidet i utvalgshetene	76
5.2.3. Hva medfører mål- og resultatstyringssystemet?.....	78
5.2.4 På hvilken måte har enhetene tilpasset seg styringssystemet?.....	80
5.3 Rapportering og resultatoppfølging.....	82
5.3.1 Rapportering	82
5.3.2 Styringssystemer	84
5.3.3 Resultatmål/- krav.....	87
5.3.4 Resultatoppfølging	87
5.4 Oppsummering funn fra intervjumaterialet	91
Kapittel 6 Analyse på bakgrunn av de teoretiske perspektivene	95
6.1 Innledning	95
6.2 Praktisering av mål- og resultatstyring i utvalgshetene	95
6.3 Spiller organisasjonskulturen inn på hvordan mål- og resultatstyringssystemet blir implementert?	98
6.4 Har oppgavetype innvirkning på hvordan mål- og resultatstyringen praktiseres i utvalgshetene?.....	100
6.5 Perspektivene og betydningene av disse i analysen.	102

6.5.1 Det instrumentelle perspektivet	102
6.5.2 Det institusjonelle perspektivet	106
6.6 Oppsummering	109
Metodiske begrensninger	112
Konklusjon – forslag til videre forskning	113
Referanseliste	115
Vedlegg - intervjuguide	119
Figurer og tabeller	
Figur 1 Mål- og resultatstyringssirkelen	36
Figur 2 Funksjonsorganisering lokalt helseforetak	47
Figur 3 Målhierarkiet	66
Tabell 1 Uavhengig / avhengig variabel	36
Tabell 2 Styringssystemets oppbygging	44
Tabell 3 Styringssystemets struktur	46
Tabell 4 Styringssystemer	47
Tabell 5 Ulike tilsynsmyndigheter	48
Tabell 6 Enhetens hovedfokusområde	54
Tabell 7 Hovedmål avdelingsvisestyrendokument	55
Tabell 8 Eksempel på system for styring lokalt helseforetak	56
Tabell 9 Styringsdokument utvalgsenhet A	58
Tabell 10 Styringsdokument utvalgsenhet B	61

Kapittel 1 Tema og problemstilling

1.1 Tematisk aktualisering og relevans for studien

Temaet for denne studien er hvordan prinsipper for mål og resultatstyring anvendes i styring av avdelinger og klinikker, også kalt enheter, i spesialisthelsetjenesten, og hvordan disse forholder seg til mål- og resultatstyringssystemet.

I juli 2001 vedtok Stortinget å flytte sykehusene fra fylkeskommunalt eierskap til statlig eierskap. Målsettingen var et mer ensartet styringssystem, der fylkesgrensene ikke lenger skulle være en begrensning for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten, og virksomheten ble organisert som helseforetak. Helseforetakene fikk styringsrett over egne ressurser, både personell og utstyr, og målet var å finne frem til en mer effektiv ressursbruk.

Da staten overtok eierskapet for sykehusene i 2002 la man opp til at Stortinget skulle styre gjennom lover, bevilgninger og rammebetingelser. Ansvar for helsetilbud, drift og økonomi ble delegert til helseforetakene. Stortinget har et politisk mandat til å styre spesialisthelsetjenesten og i tråd med oppdragsdokumentet (Helse og Omsorgsdepartementet, 2013) så må de regionale helseforetakene forholde seg til mange ulike aktivitets- og driftsmål og dette krever detaljerte mål og rapportering. Riksrevisjonen bidrar til å følge opp hva som faktisk blir utrettet.

Hovedfokus i min studie vil bli lagt på spørsmålet om hvordan underliggende enheter har tatt i bruk mål- og resultatstyring som gjeldende prinsipp.

Målstyringssystemet innebærer at det måles på mange indikatorer i forhold til å nå oppsatte mål. Resultatindikatorene brukes til å klargjøre organisasjonens mål, evaluere resultatene av organisasjonens aktiviteter og inngå i ledelsens incentiver. Videre kan resultatindikatorene sette brukerne i stand til å gjøre informerte valg og å indikere hvor effektivt ulike aktiviteter bidrar til resultater innen virksomheten. Dette kan bidra til at områder for effektivisering blir identifisert. Det måles på det som er målbart og et produksjonsmål, eksempelvis antall konsultasjoner, er et incentiv som forteller aktørene hva som er viktig å fokusere på. Gode resultater skal premieres og dårlige resultater skal straffes. Dette kan medføre at det skjer en forskyvning fra målsettingen til strategiske tilpasninger for å oppnå incentiver for egen enhet. Å vurdere helsetjenestens kvalitet og effektivitet etter aktivitet, kan innebære en risiko for feil bruk av ressurser i og med at produksjonsmål kan bli viktigere enn helseeffekt.

1.1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min erfaring med aktivitetsmål og ventetid spesielt, har bidratt til at jeg har begynt å interessere meg for bruken av mål- og resultatstyringssystemet i spesialisthelsetjenesten. Jeg er opptatt av hva som måles, hvordan det måles, kvaliteten på rapporterte data og hvordan ledere forstår og bruker rapporterte data.

Pasientrettighetsloven (2012) gir pasienter med rett til helsehjelp en grunnleggende rettighet og behovet for behandling bestemmer pasientens plass i køen. Opplevde kapasitetsutfordringer og måten de er blitt møtt i systemet har medført at jeg gjennom masteroppgaven min ønsker å utvikle mer kunnskap om mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten. Som leder i spesialisthelsetjenesten har jeg de siste par år vært med på å iverksette ekstraordinære tiltak for å unngå fristbrudd for rettighetspasienter tiltrengende en spesiell type behandling. Ekstraordinære tiltak kan være hensiktsmessig for en periode, men når ekstraordinære tiltak blir dagligdags, så bør en mer grundig utredning i forhold til kapasitet og behov gjennomføres. Arbeidet med utredning av behov for kapasitetsutvidelse ble en interessant erfaring som har gitt meg flere refleksjoner i forhold til mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten. I den tverrfaglige gruppen som utredet behovet for kapasitetsutvidelse, opplevde vi at det ble stilt spørsmål til hvordan seksjonen kunne forsvare behov for kapasitetsutvidelse når det ikke forelå ”røde tall”. Med andre ord, det er kun fristbrudd som er gyldig grunn for økt behandlingsskapasitet. Seksjonen hadde løst økt etterspørsel og behandlingsbehov med ekstraordinære tiltak, men på den måten hadde seksjonen skjult et reelt behov. Pasientene hadde fått oppfylt sin rett til helsehjelp, det var ikke mulig å telle kapasitetsutfordringen og på den måten var den ikke eksisterende. Indikatoren fristbrudd var ikke målbar.

Iverksetting av ekstraordinære tiltak medførte økte utgifter, men også økte inntekter for seksjonen. På bakgrunn av økt inntjening, i forbindelse med ekstraordinære tiltak for å sørge for at pasientene fikk oppfylt sine rettigheter, fikk seksjonen påfølgende år et økt resultatkrav. Kravet var at seksjonen i tillegg til å tjene inn det som var mulig i forhold til eksisterende kapasitet, nå også skulle tjene inn tilsvarende det som var tjent inn på grunn av ekstraordinære tiltak foregående år. På denne måten ble seksjonen pålagt å kontinuere ekstraordinære tiltak for å imøtekomme resultatkravet. Seksjonen hadde dermed ikke lenger bare en utfordring i forhold til kapasitet, men fikk også en tilleggs utfordring i forhold til økt inntjeningskrav.

I arbeidet med denne oppgaven ønsker jeg å tilegne meg ny kunnskap om hvordan ulike enheter i spesialisthelsetjenesten har tatt i bruk prinsipper for mål- og resultatstyring.

Det er med bakgrunn i dette at jeg har valgt å se nærmere på målstyring som virkemiddel i spesialisthelsetjenesten.

1.2 Problemstillinger

De overordnede problemstillinger som søkes besvart i studien vil være:

Hvordan brukes mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten, og virker dette styringsprinsippet etter intensjonene?

Jeg har valgt å ta med to hjelpesprøsmål for å få konkretisert problemstillingen.

Er det slik at det finner sted en enkel og uproblematisk tilpassing til mål- og resultatstyringssystemet i de ulike enhetene eller blir reglene praktisert ulikt?

Hvordan kan vi forstå og forklare ulik praktisering og eventuelle mangler i målstyringssystemet sett i forhold til intensjonene?

For å forklare hvordan de ulike enhetene praktiserer prinsippene for mål og resultatstyring vil jeg ta i utgangspunkt i to teoretiske hovedperspektiver; et instrumentelt perspektiv og en institusjonell tilnærming. Disse hovedperspektivene vil igjen bli delt opp i underperspektiver.

Et instrumentelt perspektiv legger vekt på at organisasjoner er verktøy som tas i bruk for å oppnå bestemte mål. Reformen er innenfor dette perspektivet ventet å bli raskt implementert, men tidligere forskning og erfaring viser at endring ofte tar tid. Innenfor det instrumentelle perspektivet er det mulig å se på de ulike enhetene i spesialisthelsetjenesten som aktører både med et felles og et motstridende mål.

I tillegg vil jeg benytte institusjonell tilnærming for å beskrive og forklare hvordan enhetene praktiserer mål- og resultatstyring. En institusjonell tilnærming tar mer hensyn til organisasjonens uformelle sider, og legger vekt på forhold som organisasjonskultur, kapasitet og omgivelser.

Studien min vil dreie seg om praktiseringen av mål- og resultatstyring i de ulike enhetene og effekter som kommer ut av måten å praktisere mål- og resultatstyring på.

1.3 Trender og omstilling i spesialisthelsetjenesten

Helsetjenester utgjør en stor andel av de offentlige utgiftene i Norge, og spesialisthelsetjenesten disponerer årlig flere titalls milliarder kroner av samfunnets ressurser.

Sektoren har betydning for både befolkningens helse, sysselsetting og økonomi.

Befolkningens forventninger kombinert med en rask teknologisk utvikling setter sektoren under press både fra omgivelser og internt. Spesialisthelsetjenesten har over flere år hatt større utgifter enn bevilgninger. På bakgrunn av dette har det blitt reist spørsmål rundt organisering, finansiering og styring av helsetjenesten.

1.3.1 Utviklingstrekk

Fra midten av det 19. århundret var sykehusvesenet stort sett begrenset til å være pleieinstitusjoner. Derfra skjedde det en gradvis utvikling til blandede sykehus, der kirurgi var eneste spesialitet. Først fra 1930 tallet vokste det frem sykehus der kirurgisk, indremedisinsk og radiologisk virksomhet var representert. Etter andre verdenskrig har veksten i spesialisthelsetjenesten økt i takt med den medisinske og teknologiske utviklingen. Dette har medført at det i dag finnes over 30 medisinske hovedspesialiteter og i tillegg mange subspesialiteter. Enhetene ved sykehus blir stadig mer spesialiserte og seksjonerte, og i takt med spesialiseringen, aktivitetsøkningen og den teknologiske utviklingen har det også skjedd en betydelig kostnadsøkning.

Det har vært lange tradisjoner for at sykehus har vært organisert etter funksjonsprinsippet internt. Funksjonsorganisering medfører inndeling i kliniske avdelinger, poliklinikker, medisinske serviceavdelinger og ikke medisinske serviceavdelinger. Hver av disse avdelingene har sin funksjonelle leder. Oppbyggingen er basert på linje – stabs organisasjon med linjeledere som får råd, støtte og service fra stabsfunksjonene. I tillegg har sykehus vært organisert som forvaltningsorganisasjoner. Begrunnelsen for forvaltningsorganisering har vært at folkevalgte organ, storting og fylkesting, gjennom denne organisasjonsformen har vært sikret direkte politisk innflytelse og hatt mulighet til å ivareta de helsepolitiske målene.

Kritikken mot denne organisasjonsformen ble etter hvert at de enkelte sykehusene hadde begrensede fullmakter til å drifte egen virksomhet (Pettersen et.al., 2008, s. 24). Dette medførte et spenningsfelt mellom helsepolitiske mål fra sentralt hold og lokalt handlingsrom for den enkelte institusjon (op.cit.).

Sykehusenes virksomhet påvirkes av økonomiske rammebetingelser, helsepolitiske vedtak, juridiske bestemmelser og interne organisatoriske forutsetninger. I tillegg til å ha oppgaver som er rettet mot den enkelte pasient, skal sykehus også ivareta fellesskaps oppgaver som utdanning av helsepersonell, kompetanseutvikling og forskning. Dette innebærer at både finansieringsformer og tilknytningsformer må gi rom for også disse samfunnsoppgavene som ikke blir hensiktsmessig ivaretatt i et økonomisk marked (Pettersen et. al., 2008).

Gjennom foretaksreformen har det skjedd en reduksjon av direkte statlig regulering til økte brukerrettigheter. Innføring av Økonomireglementet av 1996, medførte en sentral statlig budsjettreform (vedtatt i stortinget, 1997), og var et ledd i reformprosessen. Denne reformen medførte en mer sentralstyrt budsjettprosess, og ble befestet gjennom det statlige bevilgningsreglementet. Dette reglementet legger opp til et omfattende system for resultatevaluering som dels blir administrert via fagdepartementene. Dette innebærer at selv om sykehusene har opplevd større grad av administrativ fristilling, så innebærer økte brukerrettigheter og større grad av statlig resultatvurdering til et økt reguleringspress på sykehusene.

Fra 2014 innføres Kvalitetsbasert finansiering (KBF) som en forsøksordning for spesialisthelsetjenesten. KBF er en kvalitetsbasert tilskuddsordning som bevilges over statsbudsjettet til de regionale helseforetakene hvert år. Formålet er å bidra til høyere måloppnåelse i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet samlet sett.

1.4 Systemutvikling og markedsorientering

Frem til helseforetaksreformen (2002) fungerte sykehusene som offentlige forvaltningsorganisasjoner, der politiske aktører på lik linje med sykehusenes ledelse deltok aktivt i styringen. De mange eksterne interessentene medførte at sykehusenes ledelse opplevde begrensede styringsmuligheter. Dette samsvarte dårlig med oppfatningen om at sykehusene deltar i et helsetjenestemarked der pasientstrømmen skal styre ressurstilgangen til helseinstitusjonene. Dette medførte at forvaltningsorganiseringen ble oppfattet som uhensiktsmessig, utilstrekkelig og med liten evne til omstilling. Hele tjenesten opplevde en stor teknologisk utvikling og med nye tilbud økte etterspørselen. Utviklingen av høyspesialiserte prosedyrer medførte også økt behov for kapital. Pasientene fikk økte brukerrettigheter, i tillegg til at det skjedde en utvikling i retning av økt konkurranse om pasientene. Disse utviklingstrekkene medførte et press for å få reformert spesialisthelsetjenesten. Resultatet ble en utvikling mot økt markedsorientering og det ble

forventet at en mer ”moderne” organisering ville medføre økt effektivitet (Pettersen et. al., 2008).

1.4.1 New Public Management

I spesialisthelsetjenesten er det gjennomført reformer som har fulgt hovedlinjene i det øvrige offentlige reformarbeidet.

Klausen (2007) hevder at offentlig sektor er under omstilling i store deler av den vestlige verden og at England og USA har vært klare eksponenter for nye ideer og trender. I følge Røvik (2009) så oppfattes gjerne populære organisasjonsoppskrifter som nærmest synonymt med ideer for å omskape forvaltningsvirksomheter i lys av forestillinger om hvordan private forretningsvirksomheter ser ut og fungerer. Dette har lagt grunnlaget for forsøk på markedsretting av offentlig sektor i mange vestlige land.

Krav om kvalitet, effektivitet, omstilling og å få mest mulig ut av ressursene utfordrer den offentlige sektor. New public management (NPM) er blitt en felles betegnelse på å overføre forretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning. Noe av kjernen i NPM er ideer om profesjonell ledelse og frihet til å ta avgjørelser og opprettelse av selvstendige resultatenheter (Røvik, 2009, s. 34.).

Det har nå gått mer enn 10 år siden statlig overtakelse av sykehus og etablering av foretak. Helseforetaksreformen fra 2002 ble blant annet innført med tanke på å utvikle en styringsform som kunne bedre økonomistyringen i spesialisthelsetjenesten (Pettersen et al., s. 14).

Ambisjonen var å skape et bedre tilbud til pasientene gjennom bedre organisering og bedre ledelse.

NPM ideer har vært førende i forhold til helseforetaksmodellen. Det er opprettet selvstendige resultatenheter innad i helseforetakene. Enhetene har styring over egne ressurser både når det gjelder personell og utstyr. Det har skjedd en markedsretting mellom enhetene blant annet i form av internhandel.

Foretaksetablering førte til en organisatorisk desentralisering og tydeliggjøring av operativt ansvar og myndighet. Gjennom helselovene ble det lovmessige grunnlaget for ledelse i sykehus endret og en leder på hvert nivå er innarbeidet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-9. Gjennom lovpålegget om en leder på hvert nivå ble både lederroller og intern organisering i sykehus satt på utfordringer. Ledere på alle nivåer i foretaksstrukturen er

ansvarlig for både faglig kvalitet og økonomisk forsvarlighet. Det ligger både en økonomisk og ideologisk forklaring som bakgrunn for denne utviklingen. Helsetjenester utgjør en stor andel av de offentlige utgiftene. En stor utfordring for spesialisthelsetjenesten er knyttet til store driftsunderskudd i flere helseforetak.

1.4.2. Mål- og resultatstyring som styringsteknikk

Mål- og resultatstyring er bare et av flere organisasjonsprinsipper som ble introdusert gjennom NPM. Mål- og resultatstyring er ikke et enhetlig begrep, men kan bestå av ulike varianter som kan tolkes forskjellig (Røvik, 2009). Til tross for dette så finnes det elementer i de ulike beskrivelsene av mål- og resultatstyring som kan defineres som konseptets kjerne (Op.cit.).

I tanken om mål- og resultatstyring som teknikk så den basert på at ledelsen skal fastsette overordnede mål, og de ulike enhetene skal ha frihet til selv bestemme hvordan de skal nå målene. Dette innebærer økt autonomi for de underliggende enhetene og er et av de mest sentrale elementene innen mål og resultatstyringsbegrepet. Økt grad av frihet kan gå på bekostning av overordnet kontroll og styring.

Som overordnet styringsteknikk blir mål- og resultatstyring også presentert som en enklere styringsteknikk, der tanken er at medlemmene i organisasjonen skal kjenne målene og arbeide for å oppnå disse. I denne sammenhengen skjer det en bevisstgjøring av organisasjonens medlemmer i forhold til å oppnå fastlagte mål. I dette synet på mål- og resultatstyring så blir det sentrale hvorvidt offentlige virksomheter oppfyller sine samfunnsmessige formål på en mest kostnadseffektiv måte.

I dette perspektivet ser man ikke bare på styring via mål, men ser på begrepet som en kontinuerlig prosess som også bidrar til et læringsaspekt for organisasjonene. I denne definisjonen av mål- og resultatstyring blir samfunnseffekter, styringsdialog, målformulering, resultatmåling og bruk av resultatinformasjon viktige elementer.

Mål- og resultatstyring som teknikk innebærer at målene skal utformes klart, konkret og spesifikt, og de skal ordnes i et målhierarki med hovedmål og delmål (Helgesen, 2001, s. 54). Målene må kunne operasjonaliseres slik at de fremstår som klare måleparametre for etterprøving av oppnådde resultater. Hva som blir oppnådd og hvordan tiltak virker er viktige aspekt ved mål- og resultatstyringsteknikken. For at man skal kunne etterprøve måloppnåelsen må det utvikles presise målesystemer og resultatindikatorer. Eksempler på resultatindikatorer i

spesialisthelsetjenesten er aktivitetsmål som antall konsultasjoner og ventetid. Generelle kvalitetsindikatorer er tilbakemelding (epikrise) sendt innen 7 dager, korridorpasienter, pasienterfaringer, reinnleggelser og individuell plan.

Resultatindikator er en målbar egenskap og gir oss informasjon om måloppnåelse. Et resultatmål er derimot et uttrykk for hvilken verdi en ønsker at en resultatindikator skal ha til enhver tid (Op.cit.). Resultatmålene kan endres uten at delmål og hovedmål endres. Innbakt i denne styringsteknikken ligger resultatoppfølging og implisitt i dette ligger et sanksjonssystem som skal premiere eller straffe enhetene, alt etter hvilken grad av måloppnåelse enhetene har oppnådd.

Resultatene skal også bidra til fremtidig styring av de ulike enhetene. Tilbakeføring av informasjon sier noe om hva som er oppnådd og hvordan offentlige tiltak virker. På den måten kan overordnet politisk nivå opprettholde sin kontroll med underliggende nivåer, samtidig som enhetene har utstrakt frihet i ressursanvendelsen.

Problemer knyttet til mål- og resultatstyring som styringsteknikk er at underliggende virksomheter skal fremskaffe informasjonen som skal brukes i den videre styringen. Dette kan bidra til en situasjon der informasjonsgrunlaget blir lagt frem av strategiske hensyn. Problemet kan være at det overordnede nivået blir presentert for et dårlig grunnlag for styring. Dette vil i neste omgang hemme utviklingen i målstyringssystemet (Ørnsrud, 2002). Det blir en ubalanse mellom frihetsdimensjonen og kontrolldimensjonen i mål- og resultatstyringssystemet noe som kan bidra til politisk styringsunderskudd (Op. cit.).

De laveste nivåene har den mest detaljerte kunnskapen om enhetene, den faglige innsikten, og dette kan gi mulighet til å utnytte dette informasjonsfortrinnet. Resultatet kan bli en maktforskyvning fra overordnet politisk nivå til lavere administrative nivåer. Dette blir pekt på som en sentral utfordring med dette styringsprinsippet (Op.cit.).

1.5. Kunnskapsstatus

Det finnes mye litteratur om og forskning som er gjort i forhold til mål- og resultatstyring generelt, og også eksempler på forskning på mål- og resultatstyring innen sykehussektoren.

Når det gjelder studier på mål- og resultatstyring innenfor offentlig sektor vil jeg i noen grad bygge på Johnsen (2007), Lægreid (2001) og Ørnsrud (2002).

Når det gjelder førstnevnte så har Johnsen (2007) på en systematisk måte studert hvordan offentlig sektor bruker resultatstyring, og hvordan resultatstyringen virker i politikk og forvaltning. Han presenterer en oversikt over utforming, iverksetting, bruk og virkninger av resultatstyring med vekt på nordiske erfaringer og internasjonal forskning. Resultatstyringen skal gi mer informasjon om verdiskapningen i form av informasjon om produktivitet, effektivitet, rettferdighet og pålitelighet enn det tradisjonell budsjettstyring, atferdstyring, fagstyring og regelstyring gir. Dersom resultatmålingene skal være beslutningsrelevante, må resultatindikatorne være gyldige, pålitelige og resultatmålingene må ta hensyn til informasjonsøkonomi og begrenset rasjonalitet (Op. cit., 2007, s. 337). Teorien sier at resultatstyring passer best når det er lett å måle resultatene og når det er lite konflikt om målene og virkemidlene. Praksis viser imidlertid at resultatstyring brukes under de fleste forhold og at resultatinformasjon er nyttig også for andre styringsformer enn det som vanligvis forbindes med mål og resultatstyring (Op. cit., 2007, s. 340). Kostnadene med å utvikle og bruke resultatindikatorne må stå i samsvar med nytten. Johnsen (2007) hevder at et hovedproblem er at det er for mye fokus på målhierarkier, noe som tar fokus bort fra prioritering og resultater.

Lægreid (2001) hevder at mål- og resultatstyring oppmuntrer til overrapportering av suksess og underrapportering av fiasko. Med denne styringsteknikken er det suksess som skal premieres, dette kan medføre en fare for siling av positiv informasjon oppover i organisasjonen (Lægreid, 2001, s. 146). Det er gjort relativt lite for å evaluere effektene av mål- og resultatstyring og dette er problematisk fordi mål- og resultatstyring er en styringsteknikk som først og fremst har sin legitimitet knyttet til resultatoppnåelse (Op.cit.). Et av de mest kritiske punktene i mål- og resultatstyringen ligger i grenseflaten mellom politikk og administrasjon. En tolkning her er at mål- og resultatstyringsteknikken fungerer bedre som administrativ kontroll over underordnede instanser enn som redskap til å forbedre den politiske styringen (Op.cit. s. 141).

I følge Lægreid (2001) så blir mål- og resultatstyring ofte fremstilt som et alternativ til regelstyring, men studier indikerer at mål- og resultatstyring er mer et utfyllende supplement. Mål- og resultatstyring er på andre måter et halvfabrikat som må tolkes, redigeres og slipes til i den enkelte organisasjon (op.cit, 2001, s. 138).

Ørnstrud (2002) har oppsummert to studier som har sett på bruken av mål- og resultatstyringsprinsipper i statlige budsjettreformer på 1980 og 90 tallet. Studiene sier noe

om hvordan mål- og resultatstyringsteknikken har fungert i praksis i det enkelte forvaltningsorgan. Konklusjonen er at teknikken har støtt på store problemer i implementeringsprosessen. En har kun i begrenset grad klart å implementere budsjettreformenes krav til mål- og resultatretting av virksomhetene. Det største problemet synes å ligge i det å kvantifisere og måle offentlig virksomhet (Op.cit.). Ut fra den administrative logikken er klarhet i mål- og resultater en forutsetning. Når det gjelder offentlig virksomhet er hovedproblemet at en ikke greier å måle de rette tingene. Et annet hovedproblem er det å skulle tilskrive ansvar for resultater, slik mål- og resultatstyringsteknikken krever.

Når det gjelder forskning på mål- og resultatstyring i sykehussektoren vil jeg bygge på Riksrevisjonens rapport (2012), Kunnskapssenterets rapport (2007), Rypestøl (2008) og Samstad (2005).

Riksrevisjonen bidrar til å følge opp hva som faktisk blir utrettet i helseforetakene.

Rapport fra Riksrevisjonen (2012) viser resultat av de regionale helseforetakenes registrering, resultatrapportering og måloppnåelse for ventetider. Det har gjennom flere år vært et mål for spesialisthelsetjenesten at ventetidene skal reduseres. Riksrevisjonen har gjennom flere år vist at kvaliteten på rapporteringen er mangelfull. Det har også vært en risiko for at registreringen av ventetidene ikke er i samsvar med regelverket, og at de oppgitte ventetidene ikke gjenspeiler de reelle ventetidene ved alle helseforetakene. Det går fram av dybdeundersøkelsen at det i helseforetakene er noe ulik tolkning av når ventetidens slutt skal settes (Riksrevisjonen, 2012, s. 40).

Kunnskapssenteret har sett på hvordan målstyringskort i sykehus fungerer, og rapport fra kunnskapssenteret oppsummerer forskningsbasert kunnskap om nytten av målstyringskort i sykehus (Krogstad, Ormstad & Norderhaug, 2007). De inkluderte studiene viste at strategiverktøy av denne typen kan være nyttig ved at de konkretiserer områder som måles og rapporteres. Imidlertid så var ingen av de gjennomgåtte studiene gjennomført med en design som gjorde det mulig å vurdere om BSC¹ og EFQM² generelt fører til forbedringer. Imidlertid

¹Balanced scorecard (BSC) er et målstyringsverktøy lansert av Kaplan og Norton (1992). Det er et spesifikt verktøy som innebærer kontinuerlig å vurdere en organisasjon ut fra brukerperspektivet, interne organisatoriske prosesser, økonomisk perspektiv og læring og utvikling. Teorien bygger på tesen om at "du kan ikke forbedre det du ikke kan måle".

så viste de inkluderte studiene at lokal tilpasning av slike verktøy kan være metode for å definere strategiske mål, registrere valgte kvalitetsindikatorer, definere nedre kvalitetsgrense og iverksette kvalitetsforbedring (Op.cit., 2007, s. 30).

I en mastergradsoppgave fra Universitetet for miljø og biovitenskap (Rypestøl, 2008) ble det sett på hvordan EFQM modellen og balansertmålstyring (BSC) hadde fungert som styringsmodell ved Ullevål universitetssykehus, hvilke utfordringer de ønsket å løse og hvorfor sykehuset hadde valgt å innføre denne modellen. Konklusjonen var at de fleste respondentene visste lite eller ingenting om hvorfor denne modellen var valgt som styringsmodell. Styringsmodellen var innført ved en top – down strategi, få visste hvordan denne modellen var tenkt å fungere og noen stilte også spørsmål til om styringsteknikken faktisk var innført. Konklusjonen var at forhold som skulle sikre en god implementering og bruk av modellen var ikke på plass. EFQM modellen og BSC fungerte derfor ikke som tiltenkt. Årsaken var at kompetansen var for dårlig, styringsparameterne hadde mistillit og det var sviktende kommunikasjon og forankring innad i organisasjonen.

I en hovedfagsoppgave fra Norges teknisk-vitenskapelig universitet (Samstad, 2005) påstås det at målstyringsmodellen ved region sykehuset i Trondheim endret seg gjennom tre faser. Modellen var i hovedsak toppstyrt og avvek i forhold til kravet om kvalitative målformuleringer og at først i siste fase ble flere grupper/ nivåer tatt inn i prosessen. Når tre styringsrasjonaler ble gitt innflytelse på samme tid, fikk målene en symbolsk effekt. Konflikter mellom rasjonaler ble løst gjennom de-kopling og manglende rapportering og måloppnåelse. Makt bak kravene og koalisjoner mellom rasjonaler synes å gi måloppnåelse.

² EFQM modellen "The European Foundation of Quality Management" er bygget opp om at det er en sterk sammenheng mellom innsatsfaktorer og resultater . Modellen er basert på ni kriterier, fem av disse er forutsetninger og fire er resultater. Forutsetningene beskriver hva organisasjonen gjør og resultatene beskriver hva organisasjonen oppnår. Forholdet mellom forutsetninger og resultater skal være kausalt , resultatene er forårsaket av forutsetningene og forutsetningene kan forbedres gjennom resultater.

1.5.1. Oppsummering kunnskapsstatus

Mål og resultatstyring er en styringsteknikk som er knyttet til resultatoppnåelse og resultatene er noe man forventer seg, men de er i liten grad systematisk dokumentert. Oppsummert viser tidligere forskning at målstyring som verktøy kan være nyttig for organisasjoner ved at de konkretiserer områder det måles og rapporteres på, men å måle helsetjenestens kvalitet og effektivitet etter aktivitet kan innebære fare for feil bruk av ressursene. Målene fungerer som styringsverktøy og gir beskjed til aktørene hva som er viktig å fokusere på. Dersom spesialisthelsetjenesten blir målt etter kvantitet heller enn kvalitet, kan det fungere som et incentiv til ikke å være opptatt av den faglige kvaliteten. Aktivitetsstyring kan også gi feil prioriteringer. Ressursfordeling ut fra de aktivitetsbaserte styringsmålene kan medføre at ressursene kanaliseres til det som er aktivitetsbaserte styringsmål i stedet for å kanaliseres der ressursene bidrar til mest helse for pengene. Det er også en fare for at feil pasienter prioriteres når det som er lett å telle vektlegges mer enn hva som faktisk gjøres. Ensidig fokus på målstyring kan gi et dårlig grunnlag for hvorvidt man kan vurdere om helsetjenesten leverer det den skal og om det skjer en utvikling til det bedre. Eksempelvis så måles det på antall konsultasjoner, mens antall konsultasjoner ikke sier noe om kvaliteten på utført arbeid. Målene kan også romme stor usikkerhet, enkelte aktører kan ha interesse av lange ventelister for å opprettholde og eventuelt øke ressurstilgangen, mens det er vist at kvaliteten på ventelisterapporteringen er mangelfull.

Managementstrategi innebærer en "top - down" strategi, mens en profesjonellstrategi innebærer en "bottom - up" strategi. En sentralstyrt implementeringsprosess av målstyring gir begrensninger og aktørene nede i organisasjonen har en begrenset frihet til oversettelse. Den spesifikke fagkompetansen er ikke med i den formende posisjonen når implementeringsprosessen er sentralstyrt. Følgende av dette kan være en dekopling av mål og rapportering. For at bruken av mål- og resultatstyring skal være nyttig forutsettes det at den redigeres og tilpasses den enkelte organisasjon (Lægreid, 2001).

1.6. Oppsummering

Denne studien ønsker å beskrive og å forstå hvordan mål- og resultatstyring som prinsipp er tatt i bruk i ulike enheter i spesialisthelsetjenesten. Ovenfor har jeg presentert problemstillingen, utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten og har sett nærmere på innholdet i begrepet mål- og resultatstyring og kunnskapsstatus.

Kapittel 2. Teori

2.1 Innledning

Teoriene jeg velger å bruke i studien består av to ulike hovedperspektiver, et instrumentelt perspektiv og et institusjonelt perspektiv. Under hvert hovedperspektiv vil jeg skissere opp undervarianter og ut fra disse utlede forventninger til empiriske funn. De ulike teoretiske perspektivene som er valgt vil gi supplerende forklaringer til empiriske funn. Et perspektiv kan beskrives som en måte å se på organisasjoner, og inneholder flere grunnleggende antakelser om hva som er viktig og hva som er mindre viktig, når en skal forklare data fra empirisk undersøkelse (Helgesen, 2001, s. 11).

Hovedhensikten med studien er å forklare og forstå hvordan mål- og resultatstyring brukes i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til å få innsikt i mål- og resultatstyringsprosessen i spesialisthelsetjenesten, er det også ønskelig å prøve å forklare eventuell ulik praktisering og eventuelle mangler i målstyringssystemet sett i forhold til intensjonene.

For å kunne beskrive dette på en best mulig måte er det foretatt et utvalg av teorier som hjelpemiddel til forklaring. Ved å bruke flere teorier kan vi oppnå en bedre innsikt i problemstillingen enn om vi bare tar i bruk en teori. Et utvalg av teorier betyr at data, observasjoner og tolkninger blir farget av valgte teorier. Dette innebærer at valg vi gjør i undersøkelsesprosessen får konsekvenser for de opplysningene vi får inn. Når en opererer med ulike teorier er det viktig å være klar over hvilken sammenheng det er mellom bruken av disse forklaringene (Helgesen, 2001, s.12). I en teori kan det være at et visst antall antakelser tas for gitt og det kan være lett å utelate informasjon som ikke vil passe inn i den utvalgte teoretiske modellen. Ved å ha flere teoretiske varianter vil dette bidra til at flere forhold blir beskrevet når vi skal undersøke de ulike undersøkelsesenheter.

2.2. Teori og empiri

Måling av innsatsfaktorer har fått stadig større plass i spesialisthelsetjenesten de siste årene. Dette gjelder både i forhold til styring av helsetjenesten og blir brukt som et mål på rett bruk av ressurser. Aktivitetsmål, eksempelvis antall konsultasjoner, antall behandlede pasienter eller ventetid har stor oppmerksomhet og er indikatorer det måles på.

I denne studien ønsker jeg å se nærmere på hvordan et organisasjonskonsept, mål- og resultatstyring, er nedfelt i formelle regler og rutiner og hvordan organisasjonskonseptet

fungerer i praksis i de enkelte undersøkelsesenheter. Det som ønskes belyst er hvordan sammenhengen er mellom styringsprinsippene for mål- og resultatstyring og hvordan de ulike undersøkelsesenheter forstår og praktiserer disse bestemmelsene. Mål- og resultatstyringstankegangen manifesterer seg i forholdet mellom overordnet ledelse og underliggende avdelinger og klinikker. Begrepet målstyring inkluderer mange ulike typer virksomhetsplanlegging og virksomhetsmålinger som er innført som ledelsesprinsipp i spesialisthelsetjenesten. Mål og resultatstyring baserer seg på ideen om at det er mulig å forbedre organisasjonens styring og prestasjoner gjennom å måle.

Formell styringsdialog, styringsdokumenter og rapportering og resultatoppfølging er elementer som er viktige i studien. Deltakelse, struktur og hvilke typer oppgaver som utføres er andre viktige perspektiv.

I det følgende vil jeg belyse de ulike teoretiske variantene og utlede forventninger.

2.3. Et instrumentelt perspektiv

Perspektivet er knyttet til en instrumentell forståelse av organisasjoner. Offentlige organisasjoner skal utføre oppgaver på vegne av samfunnet, eksempelvis sykehus skal gi helhetlig behandling og sikre befolkningen gode helsetjenester. Organisasjoner kan oppfattes som redskaper eller instrumenter rettet mot å oppnå visse mål som er viktige i samfunnet (Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. & Røvik, K.A., 2013, s. 33). Basert på dette så vil organisasjonsmedlemmene handle formålsrasjonelt ved utføring av pålagte oppgaver og at resultatet av handlingene blir som ønsket. Organisasjonsmedlemmene vurderer ulike handlingsalternativer opp mot konsekvensene av disse handlingsalternativene. Dette innebærer at alternativer blir vurdert, medlemmene foretar valg mellom ulike handlingsalternativer og til slutt velger det alternativet som gir best utfall og oppnår ønsket effekt.

I et instrumentelt perspektiv bunner den menneskelige atferden i egeninteresse og individene maksimerer sin egen nytte. Endring innenfor dette perspektivet er sett på som et viljestyrt valg basert på fastsatte mål for og forventninger hos spesielle aktører i organisasjonen, da helst hos ledelsen (Op.cit., 2001). Innenfor denne tankegangen finnes en generell utviklingsoptimisme og positiv holdning til planlagt endring. Ledelsen må være tydelig definert og må ha evne og vilje til å styre.

Det instrumentelle perspektivet har vært en av de mest dominerende organisasjonsteoriene innenfor vestlig moderne organisasjonsteori og har utviklet seg i flere retninger siden opprinnelsen. Av de klassiske samfunnsvitenskapelige tenkerne har særlig Max Weber hatt innvirkning på organisasjonslitteraturen gjennom sine analyser av byråkrati som organisasjonsform (Christensen et al., 2013). Etter hvert har denne teoretiske retningen fått mange betegnelser og i denne oppgaven vil jeg benytte to varianter av et instrumentelt perspektiv. En variant som bygger på tanken om hierarki og en som bygger på tanken om relasjonen mellom en prinsipal og en agent.

2.3.1 Hierarkimodell

En byråkratisk organisasjonsform, er preget av hierarki, arbeidsdeling og rutiner. Hierarki innebærer over- og underordning mellom ulike vertikale nivåer i organisasjonen (Christensen et al., 2013). I et sykehus kan for eksempel ulike seksjoner inngå i en avdeling, ulike avdelinger kan inngå i en klinikk og alle avdelingene og klinikkene vil være underlagt den administrative ledelsen. En overordnet vil ha rett til å instruere og kommandere de som er underordnet og dette gjøres via bestillinger og nedover rettet informasjon. Informasjon oppover går via rapporteringer og via fremlegg av ulike saker. Adferden til organisasjonsmedlemmene er lydige og ansvarlig. Den formelle strukturen styrer atferden og de offisielle målsettingene i organisasjonen, eksempelvis målsettinger som trygge og nære helsetjenester, effektiv ressursbruk og at spesialisthelsetjenesten skal være en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon.

Det som kjennetegner denne organisasjonsformen er at det er en stor grad av arbeidsdeling og mange rutiner, eksempelvis regler og rutiner for hvem som skal utføre oppgavene og hvordan de skal utføres. Forholdet mellom over- og underordnet bygger på tillit og lojalitet til det formelle systemet og rutinene, og det antas at atferd vil styres av sosialisering, disiplinering og muligheter for opprykk i hierarkiet i følge Lægreid og Olsen (sitert i Helgesen, 2001). Insentiver skjer gjennom instruksjoner fra overordnet til underordnet.

Gjennom over- og underordningsforholdet mellom de ulike nivåene i et hierarki vil det bli stor grad av vertikal samordning innenfor en organisasjon og mellom organisasjoner (Christensen et al., 2013).

I forhold til problemstillingen sett fra en hierarkimodell kan det forventes at den administrative ledelsen utformer resultatkrav til de underliggende avdelinger og klinikker.

Retningslinjene skal følges, men avdelingene og klinikkene har frihet til å bestemme hvordan resultatkravene skal oppnås. I hierarkimodellen vil det være rutiner for tilbake rapportering av oppnådde resultater og dette gir informasjon oppover i hierarkiet om graden av måloppnåelse. Administrativ ledelse vil ha både ressurser og kompetanse til å innhente denne informasjonen. Informasjonen som innhentes gir hjelp til den videre styringen og organiseringen av virksomheten.

Innenfor denne varianten av et instrumentelt styringsperspektiv vil utveksling av informasjon skje via rapportering i henhold til forhåndsbestemte resultatindikatorer, eksempelvis antall liggedøgn og epikrisetid. Rutiner for rapportering skjer i henhold til ledelsens informasjonsbehov. Informasjonen som kommer nedenfra og oppover i hierarkiet skal bearbeides og brukes som styringsgrunnlag videre. Informasjonsstrømmen følger det hierarkiske prinsipp og har form som en instruks fra toppen av hierarkiet og nedover. Det er tett kobling mellom resultatkrav og informasjon om oppnådde resultater. I en hierarkimodell vil ikke insentiver ha så stor betydning for adferden til hierarkimedlemmene da det er antatt at både administrativt nivå og avdelinger og klinikker i hierarkiet har samme mål for aktiviteten som foregår.

2.3.2 Prinsipal- agentteori

Prinsipal- / agentteori er en økonomisk teori der aktørene sine preferanser ikke har en historie, men står utenfor modellen. Denne modellen kan være hensiktsmessig å bruke dersom en skal beskrive samhandling mellom en utøvende og en delegerende myndighet. Sentralt i prinsipal-agentteori er at organisasjoner er ansett å være et nettverk av kontrakter, og analyseenheten innen denne tilnærmingen er selve kontrakten mellom prinsipal og agent.

Prinsipal-/agentforhold er ikke begrenset til en type relasjon, men eksisterer der noen utfører noe på vegne av andre. Teorien prøver å identifisere og forklare problemer som kan oppstå mellom parter som gjennomfører transaksjoner seg imellom.

Tidligere var teorien mest bruk ved forskning på private organisasjoner, men i den senere tid har det blitt mer vanlig å benytte den ved forskning på offentlige byråkratier (Christensen et al, 2013). Spesielt for offentlige organisasjoner er at aktørene ofte befinner seg i en posisjon der de både er agenter og prinsipaler, og at det finnes flere prinsipaler for en og samme agent. I spesialisthelsetjenesten kan eksempelvis avdelingsdirektør være prinsipal for avdelingslederne og agent for administrerendedirektør. Hovedpoenget i prinsipal-

agentteorien er at det inngås en kontrakt mellom prinsipal og agent der oppgavene blir delegert fra prinsipalen til agenten (Opstad, 2006, s. 268). Teorien har vært opptatt av å løse agent problemet som kan oppstå mellom den som delegerer arbeidet (prinsipalen) og den som skal utføre arbeidet (agenten).

Agentproblemet oppstår for det første når det er konflikt mellom de to partenes ønsker og mål, og for det andre når det er vanskelig eller kostbart for prinsipalen å verifisere at agenten virkelig har utført oppgavene i samsvar med prinsipalens ønsker (Eisenhardt, 1987).

I følge Eisenhardt (1987) så er incentiver og egeninteresse viktige forutsetninger i agentteorien og mye av handlingene innad i en organisasjon er basert på medlemmenes egeninteresse. Innenfor denne teoretiske retningen er det antatt at agenten ikke er en passiv part i forholdet mellom over- og underordnet. Agenter vurderer kostnad forbundet med måloppnåelsen og hvilken belønning dette genererer. Både prinsipal og agent har egeninteresse i forhold til målsettingen og kan ha ulik holdning til risiko.

Innenfor denne retningen er det vanlig å tale om asymmetrisk informasjon, usikkerhet og risiko og dette gjør det vanskelig å etablere hensiktsmessige kontroll- og insentivsystem. Den skjeve informasjonssituasjonen knytter seg til et problemkompleks der prinsipalen ikke kan observere agentens handlinger, eller at det medfører store kostnader for prinsipalen å fremskaffe slik informasjon (Helgesen, 2010). Resultatet av agentens innsats kan også skyldes tilfeldige faktorer som er utenfor agentens kontroll. Eksempelvis endringer i finansieringssystemet for helsetjenestene og de utfordringene dette kan medføre for en avdeling.

Målforskyvning kan oppstå når ikke alle pålagte oppgaver kan operasjonaliseres samtidig. Det å måle etter kvantitet heller enn etter kvalitet kan medføre at det som lett kan telles prioriteres, eksempelvis enkle prosedyrer kan prioriteres på bekostning av mer omfattende prosedyrer. Dermed blir antall behandlede pasienter høyt mens pasienter tiltrengende mer omfattende og kostnadskrevede prosedyrer nedprioriteres.

Agentproblemet kan føre til to typer informasjonsasymmetrier, moralsk hasard, som innebærer at prinsipalen ikke kan observere agentens handlinger og et tilfelle når agenten besitter privat informasjon som prinsipalen ikke har tilgang til (Macho-Stadler & Pérez-Castrillo, 1997, s.9). Dette kan gi seg utslag i feil rapportering i henhold til inngåtte avtaler og oppgaver som skal løses av de ulike avdelinger og klinikker.

I følge Opstad (2006) så vil det ved moralsk hasard inngås ordninger eller avtaler som endrer adferden til den enkelte aktør, og der kostnadene overføres på andre. Eksempelvis kan dette være å øke et pasienttilbud som medfører behov for flere støttetjenester. Dette medfører økte kostnader for andre avdelinger som dermed må iverksette tiltak for å imøtekomme økt etterspørsel.

For å løse dette agentproblemet må prinsipalen finne frem til kontrollmekanismer som frembringer informasjon om agentens oppgaveløsning, eksempelvis gjennom ulike rapporteringsrutiner og budsjettssystemer. På denne måten kan man utvikle kontrollsystemer som gjør at agentene handler i samsvar med prinsipalens ønsker.

Detaljstyring fra prinsipalen kan redusere handlingsfriheten til agenten. Ressursbruk som prinsipalens styring medfører kalles styringskostnader. Økt kontroll fører til merarbeid i forhold til rapportering og oppfølging noe som kan gå ut over tid som skulle vært brukt til pasientbehandling. Agenten prioriterer annerledes som følge av detaljstyring, og bruker tid på rapportering fremfor utredning, dette kan gi redusert måloppnåelse.

En situasjon der agenten har stor handlefrihet kan medføre at det blir vanskelig for prinsipal å vurdere hvorvidt avdelingen eller klinikken drives optimalt. Styringskostnadene er lave men prinsipal har ikke oversikt over agentkostnadene. Med å gi fra seg kontroll mister prinsipal oversikt over hva som skjer i avdelingen og må forholde seg til det som rapporteres.

Ved å innføre en viss form for styring kan dette medføre at agenten handler mer i samsvar med prinsipalens mål og ikke utelukkende ut fra egne interesser. Resttapet vil dermed reduseres. Gevinsten i form av redusert resttap kan resultere i at flere pasienter blir utredet.

Prinsipal- agent modeller er betraktet som hensiktsmessige å bruke dersom samhandling og interaksjon mellom institusjoner og enkelt aktører skal beskrives og ut fra denne teorien forventes det at forholdet mellom den utøvende part og den delegerende part bærer preg av den kontrakten som er inngått. Kontrakten setter opp resultatene og adferden prinsipalen ønsker. For å ivareta kontrakten er det lagt opp til et kontrollsystemer som skal påse at agenten handler i samsvar med de kontraktsfestede oppgaver.

Utfra denne teorien i det instrumentelle perspektivet vil styringsdialogen være preget av en situasjon med asymmetrisk informasjon. De ulike avdelinger og klinikker, fagledelsen, vil ha en sterkere tilknytning til de faktiske oppgavene som må gjøres for å nå målene, og er dermed

innehaver av mer informasjon enn den administrative ledelsen. Ubalansen i informasjonssituasjonen vil ha betydning for styringsdialogen og uenighet om målene som skal nås kan bli resultatet. Innenfor dette perspektivet kan man også forvente at agenten kan forfølge sine egne ønsker og mål og på den måten opptre strategisk. Eksempelvis å rapportere på de resultatkravene agenten mener er mest nyttige eller de resultatkravene som er enklest å forholde seg til i resultatsammenheng. Det kan også antas at for store klinikker med store budsjetter og mange ansatte så vil de i større grad være innehavere av asymmetrisk informasjon. På bakgrunn av dette kan det forventes at det er vanskeligere å kontrollere en stor klinikk enn en liten avdeling.

Agenten som er nærmest oppgaveløsningene, og i tillegg ofte er fagperson, vil være innehaver av en annen informasjon enn den prinsipalen besitter. Dersom agent holder tilbake informasjon eller siler informasjon kan dette beskrives som at agenten er motstander mot implementering av kontrollsystemer. Ut i fra denne teorien vil det ikke alltid være samsvar mellom den administrative ledelsens mål og de ulike avdelingene og klinikkenes mål. Asymmetrisk informasjon og det at agenten handler ut fra egeninteresse kan medføre at det som rapporteres oppover i systemet kan være ufullstendig. På bakgrunn av dette vil insentivsystemet i dette perspektivet ha stor betydning.

2.4 Et institusjonelt perspektiv

Fra 1980 tallet skjedde det en endring i samfunnsfagene. Fra å legge vekt på ensidige struktur forklaringer og ensidige aktørforklaringer, ble fokus i stedet rettet mot å studere hvordan adferden er forankret i institusjonelle kontekster.

Institusjoner er tillagt en funksjon eller en rolle, og er et sett av sosiale praksiser som er regulert av underliggende oppfatninger, konvensjoner, normer og regler som til enhver tid definerer hva som er passende adferd (Bukve, 2012).

I dette perspektivet fremstilles ikke organisasjoner som et verktøy for ledelsen, men som selvstendige verdibærende enheter. Det er da snakk om en institusjon heller enn en organisasjon. Institusjoner må reproduseres gjennom praksis og handling og er karakterisert av en viss grad av stabilitet og repetisjon i handlingsmønsteret. De kan endres og kan fungere som strategiske ressurser for handlende aktører (Op.cit). Myndighetene kan styre legitimitetsprosesser gjennom lover og regler som setter rammene for hvordan arbeidet organiseres og hvordan de redegjør for sine resultater.

I følge Jacobsen & Thorsvik (2007) så viser empiriske studier at organisasjoner sjelden adopterer institusjonelle organisasjonsoppskrifter direkte, men at det skjer en oversettelse, der oppskriftene tilpasses til den spesifikke situasjonen de skal brukes i. Dette ved at det skjer en delvis lokal tilpasning eller at organisasjonen bare adopterer deler av oppskriften fordi noen elementer oppfattes som upassende.

Årsaken til at populære organisasjonsoppskrifter ofte ikke virker kan være trekk ved det som skal overføres og hvor oversettbart og omformbart det er (Røvik, 2007). Jo vanskeligere oversettbart en praksis er til en idemessig representasjon, desto større er sannsynligheten for at den kan bli gjenstand for omfattende refortolkning og omvandling når den skal overføres til andre (Op.cit, s. 317). I stedet for å kopiere en organisasjonsoppskrift kan resultatet bli radikal transformasjon og man makter ikke å reprodusere ideen som ønsket. Eksempelvis når man prøver å lage markeder der det ikke er grunnlag for det, fungerer det ofte dårlig, og resultatet kan være ekstrakostnader og byråkrati. Jo mer omformbar en organisasjonsoppskrift er jo mer øker sannsynligheten for at den vil bli gjenstand for radikal transformasjon når den overføres (Op.cit).

I det følgende vil jeg presentere to ulike teoretiske varianter innenfor et institusjonelt perspektiv som hver på sin måte legger vekt på hvordan rutiner og regler endres.

2.4.1 Institusjonelle organisasjoner

Innen det institusjonelle perspektivet legger denne varianten vekt på interne faktorer som vil ha betydning for hvordan en reform blir mottatt, eksempelvis hvordan mål- og resultatstyring praktiseres i spesialisthelsetjenesten.

Institusjoner kan være forankret i formelle regler og lover, men kan også være forankret i uformelle ideer og oppfatninger. De uformelle ordningene er de handlinger som ikke er formelt vedtatt, men som er nedfelt i rutiner og vaner (Bukve, 2012).

Kapasitet, kompetanse, motivasjon, normer, verdier, identitet og historie er alle faktorer som kan påvirke hvordan organisasjoner handler. Organisasjonen er innehaver av en spesiell organisasjonskultur og denne kulturen blir beskyttet av organisasjonens medlemmer. Dette kan vise seg gjennom de verdiene organisasjonen ivaretar eller rutiner som har manifestert seg gjennom årelang erfaring.

Den institusjonelle identiteten blir hele tiden satt på utfordringer. Store endringer som rokker ved organisasjonskulturen eller gjentatte små endringer som har betydning for organisasjonens handlemønster er eksempler på utfordringer organisasjonen blir utsatt for. Resultatet blir at det oppstår et misforhold mellom den bestående kulturen og de nye ideene. For at nye ideer og reformer skal få gjennomslag må de være forenelige med den rådende kulturen i organisasjonen. Dersom de nye ideene ikke er kompatible med den rådende kulturen i organisasjonen er det stor fare for at reformelementene blir frastøtt og ikke tatt i bruk (Røvik, 2009).

Dersom den institusjonelle tilnærmingen legges til grunn for problemstillingen vil det kunne forventes at organisasjonen ikke ensidig forholder seg til mål- og resultatstyring som tiltenkt. Til tross for at et system blir innført formelt, så kan organisasjonen i praksis unnlate å følge prinsippene fordi det ikke samsvarer med den eksisterende interne organisasjonskulturen, eksempelvis normer og verdier.

Utfra en frastøtingstese (Op.cit) vil det forventes at en organisasjonskultur som er forenelig med en reform i større grad vil la seg gjennomføre i denne organisasjonen.

2.4.2 Institusjonelle omgivelser

Når organisasjoner utvikler uformelle normer og praksiser gjennom samhandling med sine omgivelser, blir de mer komplekse. Teorien om institusjonelle omgivelser blir også kalt myteperspektivet. De sosialt skapte normene i de institusjonelle omgivelsene kalles for myter, derav navnet myteperspektivet (Christensen et. al., 2013). I følge teorien befinner organisasjonene seg i institusjonelle omgivelser, hvor de blir utsatt for eksterne og sosialt skapte normer for organisasjonsutforming. Organisasjonene må forholde seg til disse normene, og forsøke å implementere og reflektere dem utad, selv om de ikke nødvendigvis gjør organisasjonen mer effektiv (Op. cit. 2013).

I teorien om institusjonaliserte omgivelser er begrepet legitimitet sentralt (Røvik, 2009). Organisasjonene kan ikke overleve bare ved å være effektive, de må også ha legitimitet i sine omgivelser. Hovedtanken i denne retningen er at institusjoner ikke kan overleve uten å ta hensyn til sine omgivelser (Helgesen, 2001). I dette perspektivet legges det vekt på eksterne normer som forklaring til hvordan en organisasjon mottar nye ideer og reformforsøk. Organisasjoner som vil oppnå aksept i sine omgivelser må derfor demonstrere at de lever opp til normer som kontinuerlig fornyelse og rasjonalitet.

Organisasjonene kan utvikle egen identitet ved å adoptere handlingsmønstre og verdier. På den måten blir organisasjonene verdibærende og blir mer robuste. Institusjonell teori forutsetter at organisasjoner regulerer sitt forhold til omgivelsene gjennom sosial fortolkning av hva organisasjonen står for og hvordan dens forhold til omgivelsene skal fortolkes (Greve, 2004).

Individer både innenfor og utenfor organisasjonen har oppfatninger av hva som er den beste måten å organisere virksomheten på. Dette medfører at selv om reformelementer kan være i strid med den interne organisasjonskulturen, så vil de eksternt skapte normene skape et legitimitetspress overfor organisasjonen. Resultatet av dette legitimitetspresset blir at organisasjonen må ta hensyn til sine omgivelser. I følge varianten med institusjonelle omgivelser så vil organisasjonen gjøre dette ved å frikoble de nye elementene fra den reelle virksomheten. Resultatet blir at organisasjonen opererer med to sett av strukturer, en formell og en uformell. På denne måten kan organisasjonen vise omgivelsene at den har tatt i bruk løsningene, mens den uformelle interne organiseringen kan være styrende for den reelle atferden. Ved å skille mellom formelle og uformelle sett av strukturer kan organisasjonen håndtere dilemmaet mellom å velge den løsningen som er mest forenlig med organisasjonskulturen samtidig som de oppnår legitimitet overfor omgivelsene.

Dersom de institusjonelle omgivelsene legges til grunn for problemstillingen vil det forventes at mål- og resultatstyringen blir brukt både i den formelle styringsdialogen og formelle dokumenter. Administrativt overordnet nivå vil forventes å forholde seg til organisasjonsoppskriften fordi dette er et krav fra overordnet hold samt at man oppnår legitimitet fra omgivelsene. Dersom prinsippene fra mål- og resultatstyring ikke stemmer overens med allerede innarbeidet praksis kan organisasjonen operere med to typer prosesser. En prosess som gir signaler til omgivelsene at organisasjonen forholder seg til bestemmelsene og en uformell prosess internt som er knyttet til oppgaveløsningen og ikke koblet opp mot den formelle prosessen. Eksempelvis at målformuleringer, aktivitetsmål og resultatmål fremkommer i formelle styringsdokumenter, men i realiteten så virker ikke disse styrende for virksomheten i organisasjonen. Mål- og resultatstyring tas i bruk som et signal til omgivelsene, mens den interne oppgaveløsningen ikke samsvarer med dette.

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjennomgått det teoretiske rammeverket for studien, og det er presentert to hovedperspektiver som hjelpemiddel for analysen av problemstillingen. Det

instrumentelle og det institusjonelle perspektivet er blitt satt opp mot hverandre, og disse variantene er igjen blitt delt opp i undervarianter.

De ulike variantene har forskjellig fokus og legger vekt på ulike forklaringsmåter innen reformprosesser i organisasjoner.

Hovedfokus i studien er å forstå og forklare hvordan mål- og resultatstyring brukes i spesialisthelsetjenesten. Utvalg av teorier har vært tatt på bakgrunn av at de skal utfylle hverandre og de skal kunne konkurrere med hverandre. Utfra hvert av hovedperspektivene er det forsøkt å utlede generelle forventninger til empiriske funn.

Innen et instrumentelt perspektiv er hovedtanken at organisasjonsoppskrifter lar seg raskt og uproblematisk gjennomføre i en organisasjon. Innen det instrumentelle perspektivet er det samsvar mellom målene til overordnet myndighet og underliggende virksomhet. Prinsipal-agentteori tas i bruk for å modifisere og supplere denne forestillingen. Denne teorien under det instrumentelle perspektivet stiller spørsmål til om prinsipal og agent har samme målsetting og forutsetter en opportunistisk atferd hos aktørene. Den asymmetriske informasjonssituasjonen gjør at kontroll med agentens atferd blir viktig.

De institusjonelle variantene som er presentert supplerer og modifiserer det instrumentelle perspektivet. I dette perspektivet er den interne organisasjonskulturen viktig for hvordan moderne organisasjonsoppskrifter tas i bruk internt i organisasjonen.

Utfra perspektivet institusjonelle omgivelser så har eksterne normer og verdier innvirkning på hvordan organisasjonsoppskrifter mottas i en organisasjon. I dette perspektivet forventes det å finne en frikobling mellom organisasjonsoppskriften og den etablerte praksis, fordi organisasjonen både søker å benytte de mest effektive metodene for produksjon, samtidig som organisasjonen vil tilfredsstille kravene som kommer fra omgivelsene.

Et instrumentelt perspektiv legger vekt på hvordan deltakelse i innføring av organisasjonsoppskrifter kan ha betydning for hvordan organisasjonsoppskriftene blir tatt i bruk internt i organisasjonen. Organisasjonens struktur, størrelse og hvilke oppgaver som skal løses kan virke inn på hvordan man praktiserer mål- og resultatstyringsteknikken. Prinsipal-agentteorien har forventninger til at visse typer oppgaver vil gi en lettere anvendelse av mål- og resultatstyringsteknikken slik den er ment å skulle fungere.

De institusjonelle variantene legger stor vekt på organisasjonskultur og hvorvidt tidligere kjennskap til mål- og resultatstyring vil kunne ha betydning for hvordan organisasjonsoppskriften tas i bruk og praktiseres. Innenfor perspektivet med institusjonelle organisasjoner så har organisasjonens kapasitet, motivasjon og kompetanse avgjørende betydning for hvordan mål- og resultatstyring praktiseres.

Kapittel 3. Metode

3.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for de valg jeg har gjort i forhold til det vitenskapsteoretiske grunnlaget, design og metodiske spørsmål i studien min. Problemstillingen er utgangspunktet for valg av metode for undersøkelsen, innsamling, behandling og tolkning av data.

Med metode mener vi en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. Vitenskapelig metode skal sikre at vitenskapelig virksomhet er faglig forsvarlig (Grønmo, 2004). Når vi skal samle inn egne data er valg av undersøkelsesmetode et viktig valg. De sentrale spørsmål i forhold til metode er, hva jeg søker mer spørsmål om, og hvordan jeg tror jeg best kan få disse svarene. Jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ komparativt case studie.

Kvalitative data, er data som sier noe om egenskapene hos en undersøkelsesenheter som ikke er tallfestbare og egenskapene uttrykkes i tekst. Søken etter mening og formålsforklaringer er typisk i en kvalitativ forskningsstrategi (Ringdal, 2009, s. 92).

Innledningsvis vil jeg redegjøre for casestudie som forskningsstrategi og hvilke avgrensninger som er gjort. Deretter vil jeg gjennomgå utvalget av undersøkelsesenheter og datagrunnlaget. Til slutt vil jeg drøfte i hvilken grad data som er innsamlet er pålitelige og gyldige.

3.2 Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for kvalitativ metode

Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for kvalitativ metode er at forståelsen av det innsamlede datamaterialet er under utvikling gjennom hele forskningsprosessen. Innsamlet materiale må sees i sammenheng med den forforståelsen forskeren har med seg (Thagaard, 2009).

Fortolkning av materiale kan knyttes til forskerens teoretiske utgangspunkt, men også den forståelsen som forskeren utvikler i løpet av forskningsprosessen (Op.cit.)

3.2.1 Hermeneutikk og forforståelse

Hermeneutikken legger vekt på at verden er fortolket. Vi ser andre gjennom oss selv og vi har bare adgang til verden slik den fremstår for oss. Vi kan aldri forstå uten forutsetninger og den forståelse man har på forhånd. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2009, s. 39).

I hermeneutikken skjer det en dialog mellom tekst, kontekst og forskerens fortolkning.

Forskeren har med seg sin forståelse av fenomenet i møtet med andre. Hermeneutikken legger

vekt på at det ikke finnes noen egentlig sannhet, men at fenomenet kan tolkes på flere nivåer. Vi forstår delene i lys av helheten (Op. Cit., 2009). Den hermeneutiske sirkelen veksler mellom del og helhet. Forforståelsen man har om et fenomen vil hele tiden forandres gjennom tolkningsprosessen. Forforståelsen må derfor klargjøres som utgangspunkt for tolkningen og er et viktig kvalitetskrav. Forskeren må opplyse om egne erfaringer.

3.2.2 Min forforståelse

Ved bruk av kvalitativ metode må jeg være bevisst min egen forforståelse om emnet i møte med informanter og tolkningen av data.

Jeg har arbeidet som leder i spesialisthelsetjenesten både før og etter innføring av foretaksreformen og enhetlig ledelse. Hverdagen med fylkeskommunalt eierskap og forvaltning var preget av rammer, aktivitetsstyring og ikke minst todelt ledelse.

Fra å være leder i en organisasjon med en sterk tradisjon for at Stortinget etterga sykehusenes budsjettunderskudd, så medførte helseforetaksmodellen at lederne måtte ta et helhetlig ansvar for sine avdelinger. Dette innebar en endring fra planøkonomi til regulert konkurranse, organisering av myndighet og strategisk styring. Foretaksetablering førte til en organisatorisk desentralisering og tydeliggjøring av operativt ansvar og myndighet.

Mål og resultatstyring ble en del av ledelseshverdagen. Når det gjelder min forforståelse med tanke på mål og resultatstyring, så er min erfaring at det er vanskelig å argumentere for utfordringer, ressurser og behov dersom utfordringen ikke lar seg telle. Dersom mål og resultat er oppnådd, så er det lite fokus på hvordan målsettingen faktisk ble nådd. Min forforståelse er også preget av at jeg opplever lite fokus på resultatindikatorene og hvorfor akkurat disse indikatorene er valgt for å nå mål. Jeg har i liten grad opplevd at det stilles spørsmål til hvorvidt strategisk adferd kan være et problem i forhold til målstyringen i spesialisthelsetjenesten.

Min forforståelse for temaet har medført at jeg har interessert meg for temaet og ønsket å forske på det. Jeg må være bevisst min rolle som forsker og min forforståelse omkring tema som skal undersøkes. Spørsmålstillingen vil være preget av det jeg ønsker svar på. Dette innebærer at det ikke er helt åpenhet for informantens erfaringer slik fenomenologien krever. Dette stiller krav til meg som forsker om å ha en lyttende holdning og at tolkning skjer ut fra et teoretisk utgangspunkt.

3.3 Design

Formålet med denne studien er å beskrive og forklare hvordan mål- og resultatstyring brukes i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til å få innsikt i mål- og resultatstyringsprosessen i spesialisthelsetjenesten, er det også ønskelig å prøve å forklare eventuelle mangler i målstyringssystemet sett i forhold til intensjonene. Ettersom jeg er interessert i å kartlegge hvordan prosessene med mål- og resultatstyring i underliggende virksomheter i spesialisthelsetjenesten forgår, legger jeg opp til å undersøke et mindre utvalg. I denne studien ønsker jeg å gå mer i dybden av enhetene enn det en kvantitativ undersøkelse ville gitt mulighet for. Det er derfor hensiktsmessig å legge opp til et casestudie.

3.3.1 Komparativt casestudium

For å få belyst problemstillingen kan det være interessant å sammenligne to tilnærmet like enheter (case), men som har en eller flere ulike variabler. Dette kalles komparativt casestudium. En variabel kan defineres som en spesifikk egenskap eller kjennetegn ved en enhet (Grønmo, 2004).

Casestudier kjennetegnes ved undersøkelsesopplegg som er rettet mot å studere mye informasjon om få enheter, cases (Thagaard, 2009, s. 49). Styrken i casestudier ligger blant annet i at det er mulig å benytte seg av et mangfold av datakilder. I denne typen forskningsdesign testes etablert teori ved å sette de empiriske resultatene opp mot de teoretiske forventningene. Dersom to eller flere av casene støtter den samme teorien og i tillegg ikke støtter en rivaliserende teori, kan dette tas som uttrykk for holdbare sammenhenger (Helgesen, 2001).

Studien omfatter to case og deres praktisering av mål- og resultatstyringssystemet. Ved å benytte seg av casestudie så har en mulighet til å benytte seg av utfyllende innsamlingsmetoder. Dette kan bidra til å avdekke interessante sammenhenger av hvordan utøvende myndighet forholder seg til mål- og resultatstyringssystemet fra overordnet myndighet, og hva som kan forklare eventuelle ulikheter i praktisering av mål- og resultatstyringssystemet i de ulike enhetene.

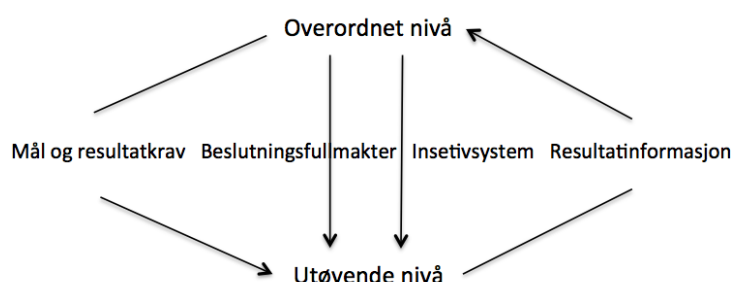
3.4 Begrepsmodell

I denne studien vil jeg se nærmere på hvordan organisasjonskonseptet mål- og resultatstyring nedfeller seg i formelle regler og rutiner, samt hvordan det praktiseres i de ulike enhetene i

spesialisthelsetjenesten. Jeg vil undersøke to organisasjonsenheter, som utgjør en kontekst for bruk av målstyring, og undersøke hvordan målstyringsprosessen fungerer i denne konteksten.

Studiens avhengige variabel blir operasjonalisert via formell styringsdialog, styringsdokumenter, målstruktur, rapportering og resultatoppfølging.

Mål- og resultatstyringssirkelen (figur 1) illustrerer hvordan mål- og resultatstyringssystemet er tenkt å fungere i forholdet mellom overordnet nivå og utøvende nivå.



Figur 1 Mål- og resultatstyringssirkelen

(Modellen er hentet og oversatt fra OECD, PUMA/SBO(98)8, sitert i Helgesen, 2001, s. 14)

Tanken i mål- og resultatstyringssystemet er at man rapporterer på kravene som blir satt, og at man deretter blir sanksjonert eller belønnet alt etter utfallet av måloppnåelsen. De ulike teoretiske variantene som er valgt legger vekt på ulike forklaringer. Ut fra teoriene kan de uavhengige variablene utledes. Undersøkelsesenhetenes oppgavetype og omgivelser er eksempel på studiens uavhengige variabel. Omgivelser kan eksempelvis være pasienttilgang og tilgang til støttefunksjoner. Enhetene utgjør en kontekst for bruk av målstyring og jeg vil undersøke hvordan målstyringsprosessen fungerer i denne konteksten.

Uavhengig variabel	Avhengig variabel
Kontekst -	Målstyringsprosessen -
Oppgavetype	Styringsdokumenter, Målstruktur
Omgivelser	Rapportering og resultatoppfølging

Tabell 1 Uavhengig / avhengig variabel

3.5. Valg av undersøkelsesenheter

Gjennom en strategisk utvelgelse er formålet å skaffe oss teoretisk forståelse av de utvalgte enhetene og gjennom dette få en større og mer helhetlig forståelse av problemstillingen.

I følge Malterud (2011) så er et strategisk utvalg sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen man tar opp. Prinsippene for utvelgning av informanter har betydning for konklusjoner om overførbarhet (Thagaard, 2009, s.55). Vår nye forståelse begrenser seg altså ikke bare til de enhetene som studeres. Jeg har erfaring fra feltet det skal studeres i, og erfarings basert feltkunnskap er en viktig ressurs for meg når jeg skal gjennomføre forskningsprosjektet som krever strategisk utvalg.

Jeg ønsker å finne teoretisk interessante sammenligninger av to cases, to somatiske enheter. Valget er tatt på bakgrunn av strategisk variasjon på uavhengig variabel. To delvis ulike enheter som har ulik grad av kompleksitet i forhold til oppgavetyper og omgivelser. Det er to somatiske enheter hvorav den ene enheten er en medisinsk enhet med et stort innslag av pasienter med kroniske lidelser og den andre enheten er en kirurgisk enhet. På grunnlag av dialog mellom teori, tidligere forskning og utvalg av enheter kan det forventes at undersøkelsesenheter vil ha ulike forutsetninger for å oppfylle kravene i henhold til mål- og resultatstyringen.

Den kirurgiske enheten har stor grad av elektive pasienter som skal få gjennomført planlagte operasjoner. Antall operasjoner opp mot måltall kan være enkelt å operasjonalisere og dermed målstyre. Den medisinske enheten er i større grad preget av øyeblikkelighjelp pasienter, samt en drift der pasientene kan møte opp til konsultasjon uten forhåndsbestilt time, og dette kan gi betydelige svingninger i pasientgrunlaget. Enhetene som er valgt kan i ulik grad styre pasientinntaket. Dette kan gi utfordringer i forbindelse med planlegging av drift og operasjonalisering av mål i utvalgsenheter.

Utvalget utgjør enheter med variasjon i oppgaver og omgivelser, noe som gjør at vi utfra institusjonell teori kan forvente å finne ulike måter å praktisere mål- og resultatstyring. Valget av undersøkelsesenheter er gjort utfra at mål- og resultatstyring som styringsteknikk har et universelt preg over seg, og alle enheter i spesialisthelsetjenesten må forholde seg til denne. Det vil være interessant å undersøke om det finnes forskjeller i måten å forholde seg til mål- og resultatstyring i enheter med forskjellig oppgavetyper og omgivelser, slik institusjonell teori vil forvente, eller om måten å forholde seg til mål- og resultatstyring er den samme for de to enhetene slik instrumentell teori vil forvente.

I instrumentell teori så vil hierarkisk målstyring fungere best ved enkle og lett målbare mål. Når det er høy grad av kompleksitet så kan agenter lettere unndra seg informasjon og utnytte den asymmetriske informasjonen til sin fordel.

I teorien om institusjonelle organisasjoner versus institusjonelle omgivelser så er kompleksitet i det som skal måles en strategisk variabel. Når en enhet har komplekse oppgaver så kan det være vanskelig å måle resultat og målstyringen kan få et symbolsk preg. Dersom det er enkelt å måle vil det være vanskelig å unndra seg krav fra omgivelsene.

Målet med undersøkelsen er å bruke teori til å tolke og analysere et empirisk materiale. Studiens design legger til rette for å sammenligne casene når det gjelder hvordan de praktiserer mål- og resultatstyring. Ved å sammenligne case øker antallet tilgjengelige observasjoner, og dermed også antallet analytiske variabler. Dette kan gi muligheter til å utforske årsakssammenhenger og prosesser.

Sammenligning av casene vil foregå via den formelle styringsdialogen, styringsdokumenter, rapportering og resultatoppfølging. Viktige forhold blir utformingen av mål, resultatindikatorer, resultatkrav og rapporteringsrutiner og å utfylle disse med kvalitative vurderinger.

3.6 Datakilder

Når man skal studere målstyring, foreligger det mange relevante og tilgjengelige dokumenter, og forskningsopplegget gir grunnlag for å benytte seg av både skriftlige og muntlige datakilder. Jeg benytter meg av begge typer kilder for å sikre god kartlegging av prosessene som studeres. Muligheten til å benytte seg av utfyllende innsamlingsmetoder kan bidra til at interessante sammenhenger og eventuelt forklare ulikheter i praktiseringen av mål- og resultatstyring.

3.6.1 Skriftlige datakilder

Skriftlig materiale som studeres er av offentlig karakter og dermed lett tilgjengelige. Skriftlige kilder som benyttes er styringsdokument for enhetene, årsrapporter og målerapporter. Disse kildene vil kunne gi nyttig informasjon om prosessen med mål- og resultatstyring i undersøkelsesenheter, og kan bidra til å gi mer presise svar på en del av spørsmålene enn det som kan oppnås gjennom intervju.

3.6.2 Muntlig materiale

I tillegg til analyse av dokumenter benytter jeg intervju med sentrale personer i de aktuelle prosessene som kilde. Muntlig materiale som fremkommer gjennom intervjuer har den fordelen at forsker kan få et inntrykk av hvordan ulike situasjoner oppleves av informantene. Intervjuer kan gi et mer detaljert bilde enn eksempelvis dokumenter og blir dermed et nyttig supplement til det som fremkommer gjennom de skriftlige kildene. Kombinasjonen av skriftlige og muntlige kilder har også den fordelen at opplysninger som fremkommer kan kryssjekkes og dermed bidra til at kildene er troverdige.

Ved å velge intervju som kilde kan et av problemene være at informanten holder tilbake informasjon, eller at informasjon som gis blir gitt med et strategisk siktemål for øyet. På denne måten kan informantene styre forskeren i den retningen som er til fordel for informanten selv eller undersøkelsesenheten. I tillegg er det viktig å være bevisst at for informantene kan det være vanskelig å huske detaljer fra lang tid tilbake, og dermed er det en fare for at svarene blir mindre nøyaktige jo lenger det er siden aktuell situasjon fant sted.

3.7 Forskningsprosessen

Forskningsprosessen er en kontinuerlig prosess der forsker hele tiden beveger seg mellom teori og empiri. Det kan derfor være vanskelig å beskrive de ulike fasene hver for seg. I det følgende vil jeg gjøre rede for hvordan jeg metodisk går frem for å fremskaffe og behandle informasjon som kan gi svar på problemstillingen.

3.7.1 Forberedelse og kontaktskapende arbeid

I den første fasen er det viktig å sette seg godt inn i mål- og resultatstyring som organisasjonsoppskrift og styringssystem og hvordan dette foregår i spesialisthelsetjenesten. For å tilegne meg kunnskap har jeg lest aktuell teori om emnet. I tillegg har jeg satt meg inn i undersøkelsesenhetenes styringsdokumenter, årsmeldinger og målerapporter.

I den forberedende fasen har jeg satt meg inn i hvilke tillatelser som kreves for å kunne gjennomføre denne type undersøkelse i aktuelle utvalgseenheter. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD. Jeg har tatt kontakt med fagdirektør for å få samtykke til å gjennomføre prosjektet. Etter at tillatelse til prosjektet var gitt tok jeg videre kontakt med utvalgseenheter som passet inn i en strategisk variasjon på uavhengig variabel.

3.7.2 Intervju av sentrale personer i prosessene

I fasen før intervjuene ble det utarbeidet intervjuguide (Vedlegg). Denne fungerer som hjelpemiddel til å få mest mulig relevant informasjon fra informantene.

Dette krever at det må arbeides med å utforme gode spørsmål for å finne svar på problemstillingen. Jeg har valgt en delvis strukturert tilnærming i intervjusituasjonen. Dette for å sikre meg at forhåndsbestemte tema blir belyst og ha spørsmål klarlagt på forhånd. På denne måten er jeg sikker på å få belyst de spørsmål jeg ønsker og dette kan være en fordel for meg som utrent intervjuer. Når spørsmålene er klarlagt på forhånd, kan rekkefølgen bli vilkårlig ut fra det som passer best i situasjonen. Jeg kan følge informantens fortelling, men samtidig sørge for å få informasjon om tema som er fastlagt. Dette gir en fleksibilitet for informant til å ta opp tema som ikke er planlagt på forhånd samtidig som ingen tema blir glemt. Jeg må forsikre meg om at informanten forstår formålet med intervjuet. Videre må informanten gjøres kjent med at informasjonen som kommer frem vil bli behandlet konfidensielt og presentert på en slik måte at informanten ikke kan bli identifisert. Hovedregelen er at forskningsprosjekter som inkluderer personer, bare kan settes i gang etter deltakernes informerte og frie samtykke (Ringdal, 2009, s. 428). Min rolle som intervjuer kan også være med å påvirke data. Informanten blir påvirket av meg og jeg av informanten. Det er viktig å understreke at i denne situasjonen er jeg forsker. Jeg må presisere at jeg ønsker å finne ut realitetene i problemstillingen og ikke det informantene tror jeg eller andre vil høre.

Intervjuguidens hovedprinsipper blir benyttet for alle intervju uavhengig av hvilken undersøkelsesenheter og informant som intervjues. Intervjuguide er fordelt på tema mål- og resultatstyring generelt, måling og rapportering, resultater og resultatoppfølging i undersøkelsesenheter.

Intervjuene er konsentrert rundt ulike nivå i undersøkelsesenheten. Det er viktig å få frem øverste leders oppfatning av mål- og resultatstyring i egen enhet. Øverste leder er sentral i de formelle møtene mellom overordnet og underordnet nivå. I tillegg vil jeg også dekke et mellomledernivå fordi de er sentrale i gjennomføring av mål- og resultatstyring, rapportering og i utarbeidelsen av enhetens styringsdokumenter.

En svakhet med dette utvalget kan være at alle informantene har tilknytning til enhetens ledergruppe. Ved å intervju ansatte med erfaring fra både den administrative ledelsen og fagfolk som selv ikke rapporterer kunne man bedre fått kartlagt forskjeller i oppfatninger og

holdninger til mål- og resultatstyring som styringsteknikk. Innenfor denne studien er det ikke praktisk mulig for meg å kartlegge alle sidene ved studieobjektet. Jeg har derfor valgt å konsentrere intervjuene omkring de personene som har størst grad av nærhet til prosessene i forhold til undersøkelsesenheterens mål- og resultatstyring. Dette innebærer personer som alle har tilknytning til ledergruppen i undersøkelsesenheterne.

3.8 Analyse

Målet med analysen er hele tiden å få en helhetlig forståelse av innholdet i materialet, og for å forstå det materialet som innsamles er det ulike modeller som kan benyttes i følge Thagaard (2009).

I et kvalitativt materiale så kan analysen starte allerede under datainnsamlingen og pågå samtidig som problemstilling og intervjuguide utarbeides. Både gjennom selve intervjuet og under transkribering kan utsagn som oppleves som viktige for problemstillingen markeres og utheves.

Tolkningen av data kan også utvikles i relasjon til mine egne erfaringer. Dette kan medføre at jeg overser noe som er viktig eller er forskjellig fra mine egne erfaringer. Det er av betydning at jeg er bevisst min forforståelse i møtet med informantene.

Jeg valgte å transkribere teksten selv. Slik jeg ser det så er dette en læreprosess og er til hjelp i analysen av data. Intervjuene ble transkribert fortløpende. Dette kan bidra til læring før neste intervju, jeg ser hva som kunne vært gjort annerledes og om jeg burde har foretatt oppfølgingsspørsmål til informanten. Innenfor organisasjoner og kulturer benyttes historier som en måte å konstruere og formidle kulturelle verdier og personlige erfaringer (Thagaard, 2009, s. 130). Ved å oppmuntre informanten til å gi eksempler på sentrale temaer kan forskeren få tilgang til slike historier.

For å vurdere måten å analysere data på må vi først ta stilling til hvordan resultatene skal fremstilles (op.cit, 2009, s. 147).

Sammenheng mellom temaene kan gi grunnlag for helhetlig forståelse. For å ivareta det helhetlige perspektivet er det viktig at informasjonen fra hver enkelt informant settes inn i sammenhengen som teksten er en del av og ikke bruke tekst uten sin opprinnelige sammenheng. Utsagn vurderes opp mot intervjuet som helhet, og beskrivelser må vurderes i relasjon til temaet som omhandles.

3.9 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Forskningen må gjennomføres på en troverdig måte. Troverdigheten i et forskningsprosjekt får man ved å gjøre forskningsprosessen transparent (Thagaard, 2009). I følge Ringdal (2009) har reliabilitet, validitet og generaliserbarhet nytteverdi både for kvantitative og kvalitative data. Thagaard (2009) foretrekker å bruke begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. I dette avsnittet vil jeg vurdere i hvilken grad innsamlede data er kvalitativt gode, altså pålitelige og gyldige.

3.9.1. Pålitelighet (reliabilitet)

Ved å beskrive prosessen trinn for trinn bidrar dette til at prosessen blir transparent og på den måten kan vurderes av leseren. Ved å gjøre det mulig for leseren å vurdere data, kan det også være mulig å etterprøve resultatene av undersøkelsen. Det er viktig å redegjøre for hva som er data og hva som er fortolkninger. Dataene er forsøkt presentert med informantens egne ord. Dataene må deretter diskuteres i lys av teori og aktuell forskning.

3.9.2. Gyldighet (validitet)

I vitenskapelige studier er det ikke tilstrekkelig at undersøkelsen er gjennomført på en pålitelig måte, men det er viktig at man også faktisk undersøker det man stiller spørsmål om. Gyldighet handler om tolkning av data. Forskeren tolker dataene ut fra sitt faglige ståsted (Op. cit, 2009, s. 191). Hvorvidt dataene er gyldig i forhold til virkeligheten som studeres og om svarene er relevant i forhold til problemstillingen innebærer at dataene må vurderes ut fra et helhetsinntrykk og være meningsbærende. Tolkningene som presenteres må være begrunnet og det må finnes dokumentasjon for tolkning av datamaterialet.

3.9.3. Overførbarhet (generaliserbarhet)

Hvorvidt funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført kan være begrenset med et materiale med kun 2 cases. Jeg må vurdere om mine funn er gjeldende også for andre avdelinger og klinikker enn det som involveres i forskningen. Overførbarheten må drøftes i lys av teori og annen forskning for å vise at resultatet av studien er overførbart.

3.9.4 Objektivitet

Et viktig element i forskningsprosessen er å tilstrebe objektivitet både gjennom forskningsprosessen og ved presentasjon av resultater. I kvalitative undersøkelser, som bygger mye av informasjonen på resultat fra intervjuer kan det være lett å blande sammen forskerens egne subjektive oppfatninger og forskningens ideal om objektivitet.

Samhandlingen med intervjuobjektene må sikre fortrolighet og som forsker må jeg forholde meg til de etiske retningslinjer som gjelder og overholde krav om konfidensialitet.

Det er et viktig etisk prinsipp at deltakelse i et forskningsprosjekt ikke på noen måte skal bidra til å skade informanten (Thagaard, 2009).

3.10 Avslutning

I dette kapitlet har jeg presentert studiens metodiske aspekter og de valg jeg som forsker har tatt og en problematisering av disse valgene. I tillegg har jeg belyst studien i forhold til pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og objektivitet. Det legges opp til en komparativ casestudie som benytter seg av supplerende datakilder.

Kapittel 4 Styringssystem

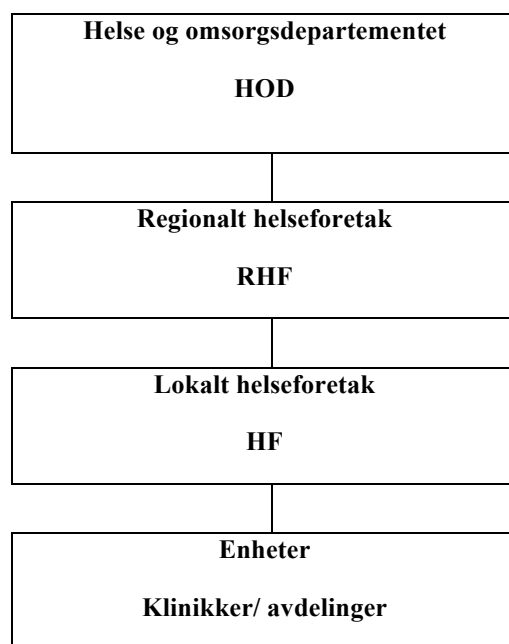
4.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere styringssystemet. Mål- og resultatstyringssystemet er et komplekst system der målhierarki, resultatindikatorer, budsjett, økonomi, lover, regler, revisjoner og tilsyn er sentrale elementer. Eksempelvis så innebærer styringssystemet at budsjett og regnskap gir beskrivelser i forhold til mål, og internkontrollsystemet medfører styring av enhetenes måloppnåelse.

Sentrale dokumenter er gjennomgått for å vise myndighetenes fokus i forhold til mål, verdier og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

4.2 Styringssystem

Her vil jeg kort presentere styringssystemet i spesialisthelsetjenesten fra overordnet nivå og ned til spesialisthelsetjenestens ulike enheter.



Tabell 2 Styringssystemets oppbygging

Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet til disposisjon de midlene Stortinget har bevilget til det Regionale helseforetaket (RHF).

Det Regionale helseforetaket skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene i henhold til de rammene og ressursene som blir stilt til disposisjon i dokumentet.

Styringsdokumentet fra det Regionale helseforetaket til det lokale helseforetaket klargjør premissene og rammene som gjelder for helseforetaket og inneholder resultatkravene som blir stilt til det lokale helseforetaket.

Gjennom avdelingsvisestyingsdokument, fra administrerende direktør ved det lokale helseforetaket, gis det en bestilling til hver enkelt enhet. Bestillingene er basert på de krav og forventninger administrerende direktør har kommunisert i budsjettprosessen, tiltak knyttet til den lokale strategiplanen, bestillingene i styringsdokumentet fra HOD til RHF og andre prosjekter og tiltak.

Før jeg går videre i presentasjon av styringssystemet vil jeg kort presentere spesialisthelsetjenestens omgivelser og krav.

4.3 Spesialisthelsetjenestens omgivelser og krav

Det normative aspektet står sterkt i helsepolitikken. Likhet, rettferdighet og solidaritet er verdier som er gjennomgående. Lov om spesialisthelsetjeneste (1999) konkretiserer verdier som likeverd, kvalitet, tilgjengelighet og en sterkt rettsstilling for de som trenger det mest. Verdiene videreføres også gjennom helsereformen i dokumentet ”*Sykehusreformen noen eierperspektiv*” (Sosial og helsedepartementet, 2001).

Mål- og resultatstyringsprinsippene bygger på markedstenkning, men myke verdier som omsorg for de svake, medfølelse og solidaritet skal også gi grunnlag for rapporteringsrutiner og internkontroll.

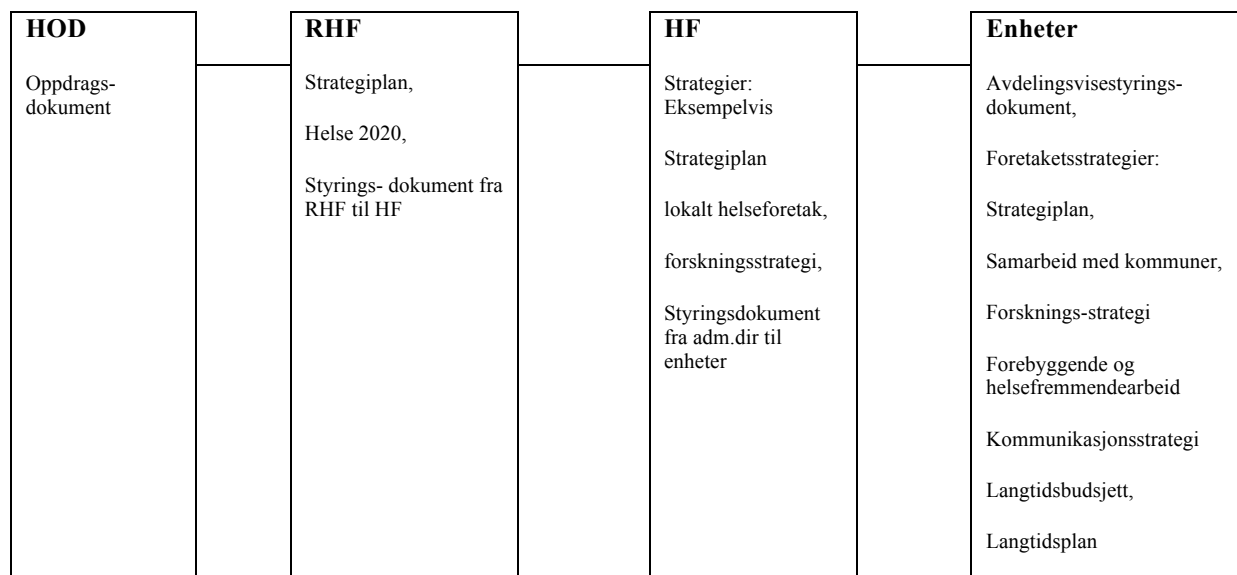
Styringsverktøyet balansert målstyring måler både kvantitative og kvalitative resultater. Styringsverktøyet definerer eksempelvis strategiske mål og kvalitetsindikatorer. Balansert målstyring konkretiserer områder det måles og rapporteres (Krogstad, Ormstad & Norderhaug, 2007).

Helseforetakenes oppgave er å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten skal være kostnadseffektiv, ha god kvalitet på tjenestene og foreta pasientprioritering (Prioriteringsforskriften, 2000). Det viktigste prioriteringsprinsippet er bygget på å gi hjelp til dem som trenger det mest. I tillegg til behov skal nytte og kostnad vurderes. Det skal være regional samordning, funksjonsfordeling og samarbeid med primærhelsetjenesten. Dokumentene uttrykker målsettinger om rimelig ressurstilgang og

regional samordning og effektiv ressursutnyttelse. Oppgavene er pasientbehandling, forskning, utvikling, utdanning og undervisning (Lov om spesialisthelsetjeneste, 1999).

4.4 Styringssystemets struktur

Nedenfor vil jeg gjennomgå og kommentere styringssystemets struktur fra overordnet myndighet (HOD) via Regionalt helseforetak (RHF) til Lokalt helseforetak (HF) og videre til utvalgsenhetene.



Tabell 3 Styringssystemets struktur

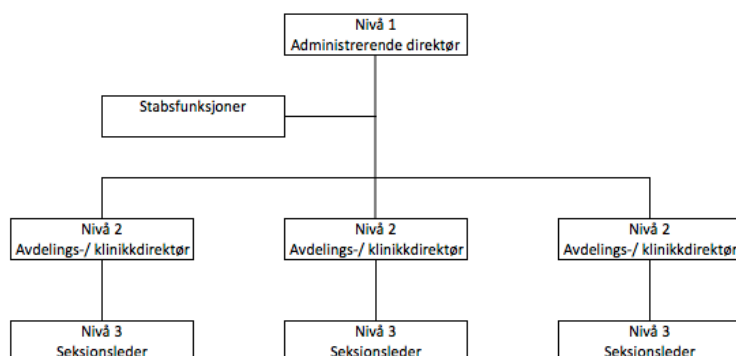
Foretaksstrukturen består av et regionalt helseforetak og helseforetak eid av dette.

Virksomheten kan organiseres i enkeltstående helseforetak eller helseforetakene kan bestå av en sammenslutning av virksomheter med tilgrensende oppgaver (Helseforetaksloven, 2001).

Helseforetak, også benevnt lokalt helseforetak, har sitt utgangspunkt i den totale virksomhetens verdier, strategier, mål og ressurstilgang og kan bestå av flere sykehus innen et og samme lokale helseforetak. Andre ganger kan lokalt helseforetak bli brukt i betydningen av et enkeltstående sykehus. Nedenfor vil begrepet sykehus og lokalt helseforetak bli brukt litt om hverandre.

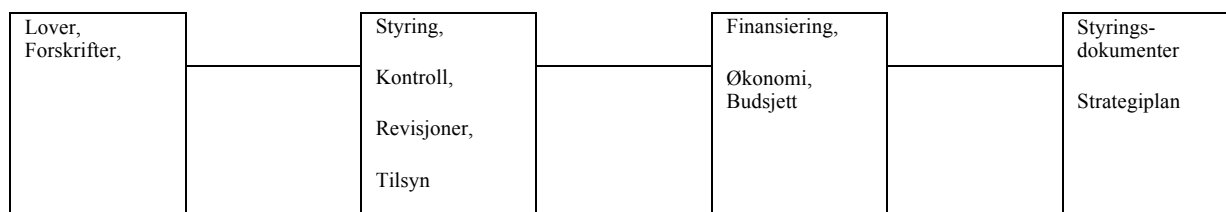
Lokale helseforetak, sykehus, er komplekse organisasjoner med mange spesialiteter, profesjonsgrupper, kunnskapsintensive tjenester og teknologi. Den formelle organiseringen bygger på funksjonsprinsippet. Funksjonsorganisering medfører inndeling i kliniske avdelinger, poliklinikker, medisinske serviceavdelinger og ikke medisinske serviceavdelinger. Hver av disse avdelingene har sin funksjonelle leder.

Oppbyggingen er basert på linje – /stabs - organisasjon med linjeledere som får råd, støtte og service fra stabsfunksjonene. Innad i det lokale helseforetaket, sykehuset, brukes nivå inndeling for å beskrive de ulike ledernivåene. Administrerende direktør er øverste nivå. Innad i foretaket består nivå 2 ledere av de ulike avdelings- / klinikkdirektører ved foretakets enheter. Ledere som rapporterer til avdelings-/ klinikkdirektører benevnes nivå 3 ledere.



Figur 2 Funksjonsorganisering lokalt helseforetak

Hver enkelt leder i enhetene må gjøre seg kjent med virksomhetens overordnede planer og dokumenter, eksempelvis strategiplan, budsjett, styringsdokument, lover og avtaleverk. Det er en forutsetning at enhetene i det lokale helseforetaket driver virksomheten i tråd med de rammer som lover og avtaleverk setter.



Tabell 4 Styringssystemer

Spesialisthelsetjenesteloven (2001) har som formål å fremme folkehelse og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Loven skal bidra til å sikre god kvalitet på tjenestetilbudet, sikre et likeverdig tjenestetilbud, tilpasse tjenestene etter pasientenes behov og å bidra til at tilbudet gjøres tilgjengelig for pasientene. I tillegg skal ressursene utnyttes best mulig. God virksomhetsstyring innebærer at det er klare mål for foretakene. Det gis retningslinjer for hvordan enhetene skal nå fastlagte mål og enhetene skal på systematisk vis sikre at rutiner og kontroller er på plass i virksomheten og etterleves. Spesialisthelsetjenesten

er underlagt flere forskrifter, eksempelvis forskrift om håndtering av medisinsk utstyr, forskrift om godkjenning av sykehus og forskrift om legemiddelhåndtering.

Interne revisjoner og tilsyn i lokale helseforetak skal sikre at enhetene når sine mål, at driften er kostnadseffektiv, sikre god og effektiv rapportering og at lover og regler overholdes.

Internkontroll er et ledelsesverktøy og et styringssystem som skal sørge for at krav fastlagt i eller i medhold av lov eller forskrift overholdes. Likeledes skal det være en systematisk styring og kontinuerlig forbedring. De fleste tilsynsmyndigheter stiller krav om internkontroll innenfor sitt forvaltningsområde og fører tilsyn med internkontrollsystemene.

Helsetilsynet	Mattilsynet
Datatisynet	Brannvesen-
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	Lokalt el- tilsyn
Sosial- og helsedirektoratet	Fylkesmannen
Statens forurensningstilsyn	Riksrevisjonen
Statens strålevern	

Tabell 5 Ulike tilsynsmyndigheter

Helsetilsynet har overordnet tilsyn med helsetjenestene, og det er en rekke tilsynsområder som dekkes av tilsynet. Alle helseforetak har plikt til å varsle om alvorlige hendelser som skjer i spesialisthelsetjenesten, oppfølging kan eksempelvis skje i form av stedlig tilsyn.

Riksrevisjonen bidrar til å følge opp det som blir utrettet i helseforetakene. Eksempelvis resultatrapportering og måloppnåelse for ventetider.

Internt i foretaket utføres det eksempelvis revisjoner i forhold til helse, miljø og sikkerhet (HMS) for å holde tilsyn med og følge opp enhetenes HMS arbeid.

Finansieringsordningen for spesialisthelsetjenesten understøtter de regionale helseforetakenes ”sørge for ansvar”. Midlene overføres direkte til de regionale helseforetakene som igjen har ansvar for å videreformidle midler til lokale helseforetak. Basisbevilgningen utgjør den største finansieringsandelen. I tillegg til basisbevilgningen har sykehusene også krav om

aktivitetsbasert finansiering. Den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF)³ utgjør om lag 20 prosent.

Diagnose relaterte grupper (DRG)⁴ gir både medisinsk og økonomisk informasjon. Alle pasienter klassifiseres etter dette systemet. Variablene for klassifisering i DRG systemet er diagnose, prosedyrer, kjønn, alder og utskrivningsstatus. DRG gruppering betyr at hver behandlet pasient blir plassert i en DRG. Grupperingen gjøres ut fra data som registreres om pasientene i sykehusets pasientadministrative system. Gruppering skjer via et dataprogram og helsepersonellet kan selv ikke velge DRG poeng.

I det følgende vil jeg beskrive styringsstruktur fra overordnet myndighet (HOD), via regionale helseforetak (RHF), lokale helseforetak (HF) og ned til spesialisthelsetjenestens ulike enheter (utvalgsenheter).

4.5 Overordnet myndighet – Helse- og omsorgsdepartementet

Oppdragsdokumentet (2013) er den viktigste formelle styringsarenaen mellom Helse og omsorgsdepartementet (HOD) og de regionale helseforetakene (RHF). De regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang på spesialisthelsetjenester slik det er nedfelt i lover og forskrifter. Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet til disposisjon de midlene som Stortinget har bevilget til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammene og ressursene som blir stilt til disposisjon i oppdragsdokumentet. Dokumentet setter formelle krav til målstruktur, resultatrapportering og oppfølging. Dette skal gi departementet informasjon om måloppnåelse og helsepolitiske mål. Dokumentet utfyller og konkretiserer en rekke oppgaver som skal vektlegges og prioriteres og disse oppgavene skal sees i sammenheng med de mål, rammer og retningslinjer for helsetjenesten som fremgår av lov, forskrifter, oppdragsdokument og styringskrav.

³ Innsatsstyrt finansiering (ISF) omfatter all somatisk pasientbehandling i helseforetak og private sykehus som har avtale med regionale helseforetak, samt dagkirurgisk behandling hos private avtalespesialister. Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte "sørge for" - ansvaret til de regionale helseforetak. Gjennom ISF-ordningen gjøres deler av bevilgningen avhengig av hvor mange pasienter som får behandling

⁴ Diagnose Relaterte Grupper (DRG) prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet. I stedet for antall opphold, brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål

Stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet legger føringer for utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Det blir presisert at styring og kontroll med pasientsikkerhet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. Virksomheten skal tilpasses til de økonomiske rammevilkårene og det er krav om at helseforetaket skal gå i økonomisk balanse i 2013.

Tilsyn er også en del av styringen av spesialisthelsetjenesten og Helsetilsynet har overordnet tilsynsansvar for helsetjenestene. Tilsynsrapportene viser resultat av helseforetakets registrering, resultatrapportering og måloppnåelse. Funn fra tilsyn og uønskede hendelser skal fanges opp og regionalt helseforetak skal legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt. Riksrevisjonen bidrar til å følge opp hva som faktisk blir utrettet.

For å klare å skape helhetlige pasientforløp så må samarbeidet og arbeidsfordelingen mellom ulike sykehus forbedres. Beredskapsplaner skal oppdateres og det skal foretas jevnlige øvelser.

I tillegg presiseres det i oppdragsdokumentet at relevante mål som er gitt i tidligere oppdragsdokument, fortsatt gjelder.

4.6 Regionalt helseforetak

Helse 2020 (2007) legger føringer for utvikling av pasienttilbudet innen helseregionen. Dette dokumentet ble etablert som overordnet virksomhetsstrategi i 2007 og revidert i 2011.

Strategien med tilhørende tiltaksområde er forankret i styrene i de ulike lokale helseforetak og gir grunnlag for årlige prioriteringer og tiltak. Det er grunnleggende at visjon, verdigrunnlag og overordnede målsettinger er felles for hele helseforetaksgruppen. Virksomhetsstrategien gjør rede for samlede utfordringer og muligheter innen helseregionen de nærmeste årene, og gir retning for utvikling og prioritering av tiltak. De enkelte tiltakene i planen skal sikre den overordnede målsettingen og presiserer ansvaret enhetene har for å bidra til gjennomføring av tiltak som sikrer identifisering av gevinstområder og uthenting av disse gevinstene slik at foretakene når sine mål.

Styringsdokument (2013) fra regionalt helseforetak til lokalt helseforetak angir hovedområder for styring og oppfølging. Det settes formelle krav til målstruktur, resultatrapportering, oppfølging og denne strukturen kjenner man igjen i samtlige styringsdokumenter fra bestillingen kommer fra departementet via oppdragsdokumentet og helt ned til de ulike

enhetene i spesialisthelsetjenesten. Budsjett, overordnede mål, prioriteringer, resultatområder og rapporteringsrutiner går igjen fra oppdragsdokument til styringsdokument.

Helseforetakene skal sikre kvalitativt gode spesialisthelsetjenester, bærekraftig utvikling, godt omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester.

Styrene i helseforetakene skal se til at tiltak for å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten blir fulgt opp. Ledelsen skal ha rett kompetanse og det skal utvikles gode rutiner for å holde ledelsen i helseforetakene ansvarlig for god drift av sykehusene og god personalledelse.

Det skal holdes god økonomikontroll, slik at det blir frigjort ressurser til investeringer, forskning og kvalitetsforbedring.

For eksempel så er det i 2013 seks områder det regionale helseforetaket vil følge spesielt opp. Dette gjelder samhandlingsreformen, pasientsikkerhet, ventetider og fristbrudd, økonomi, IKT, psykisk helsevern og rusproblematikk. Det holdes et særlig fokus på fristbrudd, ventetider og korridorpasienter.

Andre tiltak som det skal rettes oppmerksomhet mot er utvidet åpningstid ved sykehusene, heltidskultur, bedre oppgavefordeling mellom de som arbeider ved sykehusene, avvikle kvotefordeling av legestillinger, fjerne unødig rapportering, raskere diagnostisering av alvorlig sykdom, forskning, innovasjon og utprøving av ny teknologi, bedre metoder for prioritering i sykehusene, sterkere samarbeid på tvers av regionene og bedre ledelse ved sykehusene.

4.7 Lokalt helseforetak

Avdelingsvisestydingsdokument sammenfatter oppdraget fra administrerende direktør til den enkelte nivå 2 leder. De årlige bestillingene i dette dokumentet er dels basert på de krav og forventninger administrerende direktør har kommunisert i budsjettprosessen, tiltak knyttet til strategiplanen og bestillingene i styringsdokumentet.

Mange mål er ren aktivitetsmåling og det handler om å levere på de mål som er fastlagt. Flere av målene har ikke noen definert slutttilstand. De er kontinuerlige, eksempelvis ventelister og gjennomsnittlig ventetid.

Årsmelding for det lokale helseforetaket ligger åpent tilgjengelig på internett.

Ingen av utvalgsenhetene skriver årsrapporter, men aktivitetsbarometer og regnskapsrapporter som ligger åpent tilgjengelig på nettet dokumenterer i hvilken grad enhetenes målsettinger er oppnådd.

Både nasjonale og regionale planer gir føringer for den lokale strategiplanen. Strategiplanen samsvarer med tidshorizonten til langtidsbudsjettet, og henger på denne måten sammen med budsjettmessige prioriteringer. Strategiplanen har fokus på at helseforetaket kontinuerlig skal forbedre sine tjenester til beste for pasienter, pårørende og ansatte. Strategiplanen 2012 – 2016 tar utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens utfordringsbilde. Det blir satt fokus på økt folketall i regionen, flere eldre og sykdomsutvikling, eksempelvis økt forekomst av kreftsykdom.

Helsetjenestene skal være trygge og nære og behandlingen skal være helhetlig. Ressursbruken skal være effektiv og bidra til mer helse for pengene. I tillegg skal spesialisthelsetjenesten være en kompetanseorganisasjon.

Styringsdialogen innad i det lokale helseforetaket foregår via avdelingsvisestyringsdokument, veiledninger og retningslinjer som de ulike enhetene er underlagt, samt møter internt i foretaket. Intensjonen er at foretakets ulike enheter gjennom denne dialogen skal få anledning til å gi tilkjenne sitt syn på utforming av målbeskrivelser, resultatindikatorer og kriterier. Styringsdialogen er formalisert i en fast møtekalender og det avholdes faste møter, eksempelvis dialogmøter og møter i foretaksledelsen.

Foretaksledelsen er sammensatt av administrerende direktør, ulike stabsdirektører og alle direktører ved sykehusets ulike enheter, også kalt nivå 2 ledere. Bestemmelsene som blir fattet i foretaksledelsen skal føres ut og ned til de ulike enhetene. Samtlige nivå 2 ledere er med og fatter beslutninger i foretaksledelsen, og det blir deres ansvar å føre bestemmelsene ut til sine respektive enheter, og iverksette bestemmelsene foretatt i foretaksledelsen innad i egen enhet.

I tillegg praktiseres det månedlige møter mellom administrerende direktør og ledere på alle nivå i sykehuset, der også vernetjeneste og tillitsvalgte deltar. Møtene har preg av å være en viktig informasjonskanal, der øverste administrative nivå instruerer og informerer underliggende nivå. Det gis eksempelvis budsjettinformasjon og hvilke oppgaver enhetene i foretaket skal ha et særlig fokus på. Resultater blir presentert enhets vis, og møtedeltakerne får innsyn i hvordan de ulike enhetene ligger an i forhold til mål- og resultatoppnåelse.

Et annet viktig møte er årlige dialogmøter administrerende direktør og hans stab gjennomfører med sykehusets ulike enheter. Rundt disse møtene finner det sted en dialog omkring utarbeidelsen av de forskjellige styringsdokumentene og enhetenes budsjett. I disse møtene blir forhold der enhetene har spesielle utfordringer og forbedringspotensial belyst, og for øvrig tas det opp hvilke forventninger og krav det stilles til de ulike enhetene.

4.8 Utvalgsenheter

Her vil jeg først presentere utvalgsenheterne og deretter vil jeg gjennomgå utvalgsenheternes viktigste styringsdokumenter.

4.8.1 Kort presentasjon av utvalgsenheter

Valget av utvalgsenheter er tatt på bakgrunn av variasjon i oppgavetype. Det er to delvis ulike enheter som har ulik grad av kompleksitet i oppgavetyper og omgivelser.

Utvalgsenheterne vil heretter bli benevnt utvalgsenhet A og utvalgsenhet B.

Det er to somatiske enheter, hvorav utvalgsenhet A er en medisinsk enhet med et stort innslag av pasienter med kroniske lidelser, og utvalgsenhet B er en kirurgisk enhet.

Utvalgsenhet A er den minste enheten og har om lag halvparten så mange ansatte som utvalgsenhet B. Begge utvalgsenheter har hovedsakelig elektiv drift, men utvalgsenhet A har i tillegg til den elektive driften, daglig et stort innslag av ikke planlagte pasienter. Dette innebærer at antall pasienter ikke kan detaljplanlegges fra dag til dag, men enheten må bemanne de ulike seksjonene slik at de klarer å ta unna pasientene som kommer uten forhåndsbestilt time. Dette medfører variasjoner i antall konsultasjoner fra dag til dag, på en annen måte enn der driften hovedsakelig er elektiv. Enheten har i tillegg mange kroniske og langtidssyke pasienter. Dette innebærer at pasienter som innlegges ved sengeposten oftest har langvarige og gjentatte sykehusopphold.

Utvalgsenhet B er større enn A både i antall ansatte og også i antall pasienter, eksempelvis så har denne enheten om lag 10 000 flere pasienter pr år enn utvalgsenhet A.

En annen ulikhet er at utvalgsenhet B har den utfordringen at de er avhengig av støttetjenester for å få utført sine oppgaver. For at de skal kunne operere så mange pasienter som planlagt, er de avhengig av å få tilgang til nok anestesi- og overvåkningstjenester, for først da kan de innfri plantall. Tilgang til anestesi- og overvåkningstjenester skjer i konkurranse med andre enheter som også har behov for disse støttetjenestene. I dette skjæringspunktet skal

utvalgsenhet B styre. Utvalgsenhet B oppgir at denne problemstillingen er noe det arbeides kontinuerlig med, men at de alltid har et udekket behov når det gjelder disse tjenestene.

Planleggingen ved denne enheten blir derfor annerledes enn ved enheten som kan løse sine oppgaver uavhengig av konkurranse med andre enheter om tilgang til støttetjenester som er mangelvare. Døgnopphold ved enhet B er for de fleste pasientene av kortere varighet enn tilfellet er for pasientene ved enhet A.

Planlegging ved utvalgsenhet A blir mindre kompleks på bakgrunn av at enheten kan hovedsakelig planlegge ut fra egen ressurstilgang. Denne enheten er ikke i den sårbare situasjonen at de må ha tilgang til støttetjenester, som anestesi- og oppvåkning, for å få gjennomført sine prosedyrer og behandlinger.

Det som kjennetegner ledergruppene i begge enheter er at de fleste lederne også er aktive i drift i tillegg til å ha administrativt ansvar. Ledergruppene i begge utvalgsenhetene har en tverrfaglig sammensetning, leger, sykepleiere og økonomisk/ administrativt utdannet personell inngår i ledergruppene. Ledergruppen i undersøkelsesenhet A består av 5 ledere der kun 1 leder utelukkende arbeider administrativt. Ved undersøkelsesenhet B er det 8 ledere, der 2 ledere utelukkende arbeider administrativt, mens de andre lederne også er aktive i enhetens drift i tillegg til administrative arbeidsoppgaver.

4.8.2 Bestilling fra administrerende direktør lokalt helseforetak til utvalgsenheter

Innholdet i styringsdokumentet fra administrerende direktør til utvalgsenhetene er konsentrert rundt hovedmål, mål og tiltak som man finner igjen i oppdragsdokument (HOD), styringsdokument (RHF) og lokal strategiplan. Hovedfokusområdene er identiske for både enhet A og enhet B. Nedenfor vil jeg liste opp krav og forventninger fra administrerende direktør.

Administrerende direktør legger til grunn 4 hovedfokusområder for 2013.

1. Driftsøkonomi i balanse	2. Ventelister/ ventetider	3. Pasientsikkerhet	4. HMS - området
----------------------------	----------------------------	---------------------	------------------

Tabell 6 Enhetens hovedfokusområde

Det første hovedfokusområde for 2013 er driftsøkonomi i balanse. Enhetene er forpliktet til enhver tid å holde seg innenfor gjeldende budsjett og til enhetens aktivitetsplan.

Det andre hovedfokusområdet i 2013 er ventelister og ventetider. Fristbrudd skal være borte pr juni 2013 og det skal heller ikke finnes langtidsventende pasienter. Den gjennomsnittlige ventetiden for alle ventende pasienter skal være 65 dager eller bedre innen utgangen av året.

Hovedfokusområde tre er pasientsikkerhet. Herunder ligger det at epikrisetid skal være sendt innen 7 dager og at alle pasienter skal ha oppdatert legemiddelliste ved utskrivning fra døgnopphold.

Det fjerde hovedfokusområdet gjelder helse, miljø og sikkerhet - HMS området. Brudd på arbeidsmiljøloven (2006) må reduseres i forhold til foregående år. Nivå 2 leder er ansvarlig for å følge dette opp månedlig og enheten skal sette i verk korrigerende tiltak for å redusere AML brudd.

Alle uønskede hendelser som er rapportert i systemet for uønskede hendelser (Synergi) skal være saksbehandlet innen utgangen av året.

I styringsdokumentet legger administrerende direktør også fokus på overordnet risikostyring.

Dette er konsentrert rundt fire hovedmål med dertil hørende delmål. Disse målene samsvarer også med hovedmålene i den lokale strategiplanen og skal gjennomføres etter retningslinjer som gjelder innen det regionale helseforetaket.

Hovedmål 1	Hovedmål 2	Hovedmål 3	Hovedmål 4
Ansvarlig ressursforvaltning som understøtter kjernevirksomheten	Sammenhengende og koordinert pasientbehandling i samarbeid med kommunene	Helseforetaket skal være en attraktiv, lærende og utviklende organisasjon med et godt arbeidsmiljø	Pasientene skal ha tilgang til diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie av høy kvalitet og på rett omsorgsnivå
Delmål 1 85% av innkjøp skal skje via etablerte innkjøpsavtaler	Delmål 2 a) alle epikriser ferdig etter 7 døgn b) pasienter som blir utskrevet til kommunale helse/omsorgstjenester skal ha epikrise med ved utskrivning c) alle pasienter skal ha oppdatert legemiddelliste ved utskrivning etter døgnopphold	Delmål 3 Arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven skal etterleves	Delmål 4 a) 80% av aktuelle pasienter skal ha startet opp kreftbehandling innen 20 dager. b) Gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter skal ikke overstige 65 virkedager c) Det skal ikke være fristbrudd

Tabell 7 Hovedmål avdelingsvisestyrendokument

Hovedfokusområdene og overordnet risikostyring som er kommunisert i styringsdokumentet er identiske for begge utvalgsenhetene. Det blir presisert i styringsdokumentet at utvalgsenhetene er forpliktet til å holde seg innenfor det til enhver tid gjeldende budsjettet og til avtalte aktiviteter.

4.8.3 System for styring lokalt helseforetak

For å sikre en enhetlig styring og forvaltning innad i det lokale helseforetaket så må foretaket sørge for at det har gode system som ivaretar arbeidsprosessene. Eksempelvis administrative systemer og systematiserte arbeidsprosesser. Dokumentmengden i det lokale helseforetaket er omfattende og kompleks. Ulike dokumenter har ulik funksjon og tjener ulike formål i det lokale helseforetaket. Dokumentene stiller formelle krav til foretaket og gir grunnlag for planlegging og organisering av virksomheten. Fellesbetegnelsen på disse dokumentene er Styringsdokumenter og er et viktig virkemiddel for styring av virksomheten. Eksempelvis prosedyrer, instruksjer, retningslinjer, måldokumenter, plandokumenter, organisasjonskart, kompetanse- og opplæringsplaner. Alle disse dokumentene må holdes oppdatert og tilgjengelig til enhver tid. For at dette målet skal være mulig å nå, så må dokumentasjonen styres via forhåndsdefinerte strukturer med oversikt over hvem som har ansvar for hva.

Utvalgsenhetene må forholde seg til et stort antall dokumenter og system for styring som skal ajourføres og oppdateres kontinuerlig for å holde kontroll med hva enhetene faktisk gjør.

Administrative systemer:	System knyttet til	Retningslinjer og håndbøker:
Lønssystem, Fraværssystem, System for dag- til dag styring ansattressurser, Rekrutteringssystem, System for reise, System for organisasjon og fullmakt, System for informasjonssikkerhet, System for tilgang til IKT system, System for registrering av kompetanse og medarbeideroppfølging, Dokumentstyringssystemet	Pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal	Elektronisk kvalitetshåndbok, Personal-/ økonomi håndbok, HMS håndbok / opplæring Internrevisjon HMS, Systematisk HMS arbeid, Brannvern, System for uønskede hendelser, Medisinsk teknisk utstyr, Eksterne tilsyn, Miljøstyringssystemet, Kvalitetshåndbok

Tabell 8 Eksempel på system for styring lokalt helseforetak

De ulike styringssystemene er i liten grad kompatible med hver andre, og dette innebærer at data ikke automatisk overføres fra et system til et annet system. Eksempelvis registrering av ansattes kompetanse i system for kompetanse og medarbeideroppfølging fører ikke til at registrert kompetanse i dette systemet automatisk overføres til systemet for ansattressurser og dag til dagstyringssystemet, men må registreres på nytt i dette systemet.

Lederne i de ulike enhetene i det lokale helseforetaket må altså lære seg mange ulike system og ajourføre mange ulike system parallelt.

Innføring av stadig nye styringssystemer medfører at kontrollen med den enkelte enhet øker. Kravet om at alle enheter skal følge overordnet styringsstruktur blir strammet inn som følge av styringssystemene. Dette påvirker organisering og ledelse i de ulike enhetene, som må være bygd opp i henhold til overordnede føringer og fullmaktsstruktur. Dersom en enhet velger sin egen organisering innad i egen enhet, eksempelvis ved å beholde to nivå 3 ledere ved en og samme seksjon så vil kun en av lederne være akkreditert i henhold til fullmaktsstrukturen. Resultatet blir eksempelvis at kun en av lederne blir akkreditert til å behandle reiseregninger i systemet der dette utføres, da kun en leder kan ha økonomiansvar i henhold til fullmaktsstrukturen. Den andre lederen har ansvar, men ingen myndighet.

4.9 Styring internt i utvalgsenhetene

4.9.1 Utvalgsenhet A – gjennomgang av enhetens viktigste styringsdokumenter

For at jeg skulle bli kjent med og få innsikt i utvalgsenhetens drift, mål og aktiviteter var det viktig for meg å sette meg inn i enhetenes viktigste styringsdokumenter. Før intervjuene startet innhentet jeg enhetens styringsdokumenter. Jeg presiserte ikke hvilke dokumenter jeg ønsket å få tilgang til, men bad om å få gjennomgå dokumentene som enheten vurderte som de viktigste styringsdokumentene. Fra utvalgsenhet A fikk jeg oppdatert styringsdokument 2013 og enhetens langtidsplan. I tillegg ble jeg bedt om å hente ut informasjon fra aktivitetsbarometer og andre rapporter som ligger åpent tilgjengelig på nettet.

I tillegg til hovedfokusområder gjennomgått i 4.8.2, så inneholder styringsdokumentet fra administrerende direktør til utvalgsenhet A flere mål og rapporteringskrav.

Helsefaglige styringsmål	Økonomiske krav og rammevilkår	Organisatoriske krav
<ul style="list-style-type: none"> - tilgjengelighet/ brukerorientering - kvalitetsforbedring - pasientsikkerhet - system for innføring av nye metoder og teknologi - samhandlingsreformen - habilitering og rehabilitering - utdanning av helsepersonell 	<ul style="list-style-type: none"> - styring og oppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> - tiltak på personalområdet - lederrollen - faste stillinger og deltid - avansert oppgavedeling og arbeidsplanleggelse - vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet - internkontroll og risikostyring - forbedring av pasientadministrativt arbeid - samhandling med sykehusapotekene

Tabell 9 Styringsdokument utvalgsenhet A

Tiltakene for utvalgsenhet A i tabellen over samsvarer med mål i styringsdokument fra RHF til det lokale helseforetaket. Enheten skal rapportere tertialvis på status for tiltakene som er kommunisert i enhetens styringsdokument.

I det følgende vil jeg presentere utvalgsenhet A sin rapportering i henhold til etterspurte mål, tiltak og resultat for enheten.

Enhet A rapporterer at de mottar et stort antall henvisninger årlig og mottar pasienter til døgnbehandling også fra andre fylker i helseregionen. Ventelistene for pasienter tiltrengende denne type behandling er lange både i sykehuset og hos privatpraktiserende spesialister. Det meste av driften skjer ved dagavdeling og i poliklinikk.

Et av hovedfokusområdene i styringsdokumentet er at gjennomsnittlig ventetid skal være 65 dager eller bedre. Enhet A rapporterer at til tross for stor drift så klarer ikke enheten å nå målet om en gjennomsnittlig ventetid på 65 dager. Årsaken til dette oppgis å være at noen diagnoser har lav prioritet og at noen av lidelsene kun kan behandles til visse årstider grunnet sykdommens art og dermed oppnår de en gjennomsnittlig ventetid som er lengre enn målet på 65 dager.

Basert på enhetens kapasitet, tall fra tidligere år og forventninger av hva enheten kan få gjort utarbeides det plantall for driften. Krav og forventninger blir av administrerende direktør kommunisert i budsjettprosessen og på bakgrunn av dette utarbeider enhetens ledelse plantall

for driften. Enhet A rapporterer at enheten ligger litt etter plantall. Utvidet åpningstid for noen deler av den polikliniske virksomheten er tiltak som er satt i verk for å rette på dette.

Når det gjelder hovedfokusområdet pasientsikkerhet og kravet om at epikrise skal sendes innen 7 dager så rapporterer enheten at dette tiltaket er gjennomført med få unntak. Årsaken til rapporterte unntak er i følge rapporteringen at enheten er liten og har få innlagte pasienter. Dersom det svikter for en pasient så gir dette store utslag. I tilfeller der dette har sviktet oppgis årsaken å være sykdom i legestab.

Et annet tiltak for å nå målet om epikrisetid 7 dager er at enheten standardiserer notat for enkelte prosedyrer. I tillegg tar enheten talegjenkjenning i bruk og enheten rapporterer at dette forventes å effektivisere rutinene for å få sendt epikriser i tide.

For å ivareta målet om forsvarlig legemiddelhåndtering og at alle pasienter skal ha oppdaterte legemiddellister så rapporterer enheten at det er iverksatt samarbeid med farmasøyt.

I tillegg rapporterer enheten at for å arbeide aktivt med pasientsikkerhet er det iverksatt kurs og opplæring i meldesystem for uønskede hendelser. Pasientsikkerhet har også vært tema på seminar og internundervisning som enheten har gjennomført.

Et av målene i styringsdokumentet er at det ikke skal være korridorpasienter og enheten rapporterer at dette målet er oppnådd.

I henhold til styringsdokumentet er kravet at pasientene skal ha tilgang til diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie av høy kvalitet og på rett omsorgsnivå. Enhet A rapporterer at enheten har iverksatt en årlig plan som sikrer vedlikehold av kompetanse og kompetanseoppbygging. I tillegg rapporterer enheten at for å nå dette målet så er etikk og etiske problemstillinger tema på tverrfaglig internundervisning og eksterne forelesere er leid inn for å ivareta opplæring. Dette skal sikre at ansatte settes i stand til å møte pasienter og pårørende i kritiske situasjoner på en god måte. Enheten rapporterer at det er utarbeidet oppdaterte informasjonspakker for de største sykdomsgruppene i tillegg til å systematisere informasjonen som blir gitt pasientene. Enheten forventer at dette skal bidra til måloppnåelse i forhold til kvalitet og behandling. I tillegg arbeider enheten også med å gi systematisk tilbud om trening for kronikere med langvarige døgnopphold, ernæringsveiledning og videreutvikle undervisningstilbud for grupper med kronisk sykdom. Her har enheten startet et samarbeid med brukerrepresentanter som deltar i all kursplanlegging for pasienter og pårørende.

For å nå målsettingen om helhetlig behandling og effektiv ressursbruk skal det etableres kontakt med førstelinjetjenesten og etter planen skal ansatte ved enheten reise ut å gi råd, støtte og veiledning til førstelinjetjenesten. Enheten rapporterer at dette målet ikke er nådd. Det målet enheten har oppnådd i forhold til samarbeid med førstelinjetjenesten er mottak av hospitanter fra førstelinjetjenesten og opprettelse av vakttelefon der fastleger kan henvende seg.

Enheten rapporterer at den har en forsvarlig ressursforvaltning. Enheten samarbeider aktivt med andre nivå 2 enheter, blant annet i form av at døgndrift i egen enhet slås sammen med døgndrift ved annen enhet i forbindelse med høytids- og ferieavvikling. I tillegg rapporterer enheten at det er utviklet sambruk med andre enheter for å utnytte enhetens areal på en mest hensiktsmessig og effektiv måte.

For at enheten skal nå målet om å være en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon så rapporteres det at det skal det opprettes stillinger som både er tilknyttet avdelingen og universitetet, og enheten har satt et konkret mål for antall publikasjoner.

Enheten oppgir at den søker midler til kunnskapsdrevet innovasjon, eksempelvis legemiddelutprøving og i tillegg rapporterer enheten at forskningsmidlene skal økes gradvis. Det rapporteres ikke hvordan økningen i forskningsmidler skal skje.

Enheten rapporterer at helse, miljø og sikkerhetsarbeidet ved enheten bedres ved at det er utviklet og tatt i bruk risikovurderinger. Det er eksempelvis innført oppfølgingssamtaler med ansatte som jobber nattevakter da de er særlig utsatt for helserisiko.

Evaluerings av alle feil og avvik som skjer i enheten gjennomgås systematisk hvert halv år. Andre HMS tiltak enheten har innført er trening for ansatte og seniorpolitikk, eksempelvis individuell livsfasetilpasning med kortere arbeidsdager. Enheten arbeider aktivt med å begrense bruken av vikariat og deltidsstillinger. Det arbeides med å utvikle en kultur for heltidsarbeid, og enheten rapporterer at deltidsstillinger i enheten bare forekommer i de tilfellene der ansatte selv ønsker å arbeide deltid.

4.9.2 Utvalgsenhet B – gjennomgang av enhetens viktigste styringsdokumenter

For at jeg skulle bli kjent med og få innsikt i drift, mål, aktiviteter og rapportering ved utvalgsenhet B, var det også her viktig for meg å sette meg enhetenes viktigste styringsdokumenter. På samme måte som for enhet A innhentet jeg enhet B sine viktigste

styringsdokumenter. Jeg presiserte heller ikke for denne enheten hvilke dokumenter jeg ønsket å få tilgang til, men bad om å få gjennomgå dokumentene som enheten vurderte som de viktigste styringsdokumentene. Fra utvalgsenhet B fikk jeg styringsdokument 2013 og langtidsbudsjett. Øvrig informasjon hentet jeg fra aktivitetsbarometer, langtidsplan og andre rapporter som ligger åpent tilgjengelig på nettet.

I tillegg til hovedfokusområder gjennomgått i 4.8.2, så inneholder styringsdokumentet fra administrerende direktør til utvalgsenhet B flere mål og rapporteringskrav.

Helsefaglige styringsmål	Økonomiske krav og rammevilkår	Organisatoriske krav
<ul style="list-style-type: none"> - tilgjengelighet/ brukerorientering - kvalitetsforbedring - pasientsikkerhet - system for innføring av nye metoder og teknologi - samhandlingsreformen - kreftbehandling - habilitering og rehabilitering - landsfunksjonsansvar - regional plan for kirurgi - utdanning av helsepersonell 	<ul style="list-style-type: none"> - styring og oppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> - tiltak på personalområdet - lederrollen - faste stillinger og deltid - avansert oppgavedeling og arbeidsplanleggelse - vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet - internkontroll og risikostyring - forbedring av pasientadministrativt arbeid - samhandling med sykehusapotekene

Tabell 10 Styringsdokument utvalgsenhet B

Mål og rapporteringskrav som settes til utvalgsenhet B inneholder et par flere punkter når det gjelder helsefaglige styringsmål enn tilfellet er for enhet A. Tiltakene for utvalgsenhet B i tabellen over samsvarer, på samme måte som for enhet A, med mål i styringsdokument fra RHF til det lokale helseforetaket. Enheten skal rapportere tertialvis på status for tiltakene som er kommunisert i enhetens styringsdokument. Basert på oppgavetype så har utvalgsenhet B i tillegg helsefaglige styringsmål for kreftbehandling, kirurgi og områder der enheten har landsfunksjon.

I det følgende vil jeg presentere utvalgsenhet B sin rapportering i henhold til etterspurte mål, tiltak og resultat for enheten.

Når det gjelder hovedfokusområdet ventelister og ventetider så rapporterer enheten at den opplever en økt mengde henvisninger av pasienter fra andre sykehus. Dette har medført en gradvis økning i ventelistene for elektiv kirurgi. På bakgrunn av dette rapporterer enheten at det er nødvendig med en aktivitetsøkning for å unngå fristbrudd. For at enheten skal klare å få

til en aktivitetsøkning så må enheten få økt tilgang til operativ virksomhet, eksempelvis operasjonsstuer og anestesistruer. For å imøtekomme etterspørselen etter elektiv kirurgi, både i forhold til mer avansert kirurgi og elektiv dagkirurgi, er enheten avhengig av at støtteavdelinger har anledning til å levere tjenester tilsvarende økende behov, eksempelvis mulighet for korttidsovervåkning av pasienter.

Enheten er bekymret for at kapasiteten på sengepostene skal reduseres og rapporterer at enheten er avhengig av å kunne opprettholde tilstrekkelig antall sengeplasser på bakgrunn av økt etterspørsel etter enhetens kompetanse. Enheten rapporterer at økning i pasientbehandlinger medfører vesentlige endringer i pasientforløp ved sengepostene. Redusert antall sengeplasser kan medføre redusert drift og økt fare for korridorpasienter, og dermed manglende måloppnåelse når det gjelder målet om at det ikke skal være korridorpasienter.

Enheten rapporterer at for å prøve å dekke opp for manglende kapasitet på sengepost, så har enheten økt antall dagopphold. Dette innebærer blant annet at mer avansert kirurgi utføres ved dagkirurgisk enhet.

En endring fra døgnbehandling over til dag- og polikliniskbehandling vil medføre reduserte ISF inntekter ettersom dette gir lavere inntekter enn døgnbehandling. Enheten forutsetter at dette kompenseres i enhetens tildelte rammefinansiering. Enheten rapporterer at økt aktivitet som må legges til utvidet arbeidstid vil medføre økte kostnader.

Det rapporteres at det er iverksatt utvidet åpningstid en dag pr uke ved enhetens poliklinikk.

Enheten rapporterer at når det gjelder polikliniske konsultasjoner så ligger enheten noe etter plantall. Årsaken til dette antas å være økt tidsbruk pr. konsultasjon. Forklaringen i økt tidsbruk pr konsultasjon angis å ligge i at behandler, og ikke merkantilt personell, er ansvarlig for å registrere og kode hver enkelt konsultasjon. I tillegg har innføring av talegjenkjenning ved elektronisk pasientdokumentasjon medført økt tidsbruk ved pasientkonsultasjoner i følge enheten.

Når det gjelder hovedfokusområdet fristbrudd så rapporterer enheten at i forhold til det totale pasientantallet er det relativt få fristbrudd. Enheten planlegger å holde tallet på fristbrudd pasienter lavt også i fremtiden ved å opprettholde høy aktivitet. Det er forventet at fristbrudd skal motvirkes ved at pasientene blir tildelt time samtidig som henvisning er vurdert, godkjent og pasienten settes på venteliste.

Enheten rapporterer at for å holde driftsøkonomien i balanse kreves det kontroll på utgifter og planlagt aktivitet. Kontroll på utgifter og planlagt aktivitet oppnås ved at arbeidsprosesser forenkles, eksempelvis ved å endre rutiner for å oppnå redusert liggetid for pasientene før operasjon og å forskyve en del av aktiviteten fra heldøgn til dagbehandling. I tillegg holdes det ukentlige driftsmøter på alle omsorgsnivå og dette bidrar til tett oppfølging av driftsøkonomien innad i enheten.

Hovedfokusområdet pasientsikkerhet skal ivaretas ved at epikrise skrives ved utskrivning eller dagen etter i følge enheten. Enheten har klart å nå målet om at epikrise skal sendes innen 7 dager. Dette målet blir blant annet fulgt opp ved en gjennomgang på morgenmøter, og enheten rapporterer at dette tiltaket har hatt effekt på måloppnåelse.

For å ivareta pasientsikkerheten så sjekkes alle legemiddellister ved utreise opp mot pasientens legemiddelliste ved innleggelse. Enheten har ansatt farmasøyt i deltidstilling for å nå målet om mer effektiv legemiddelforsyning, trygge legemiddelbruken og forhindre legemiddelfeil.

Utfordringer som følge av strategiplanen 2012 – 2016 får også følger for enheten. Når det gjelder utfordringsbildet i behovet for tjenester, her under demografisk utvikling, sykdomsutvikling og teknologisk og medisinsk utvikling så rapporterer enheten at det forventes økt antall krefttilfeller de neste årene, økte krav til raskere utredning og behandling og dette bidrar til særlige utfordringer for enheten. For å imøtekomme dette kravet har enheten implementert overordnede planer for pasientforløp ved kreft. For å effektivisere utredning og redusere flaskehalsen i kreftpasientenes behandlingsforløp, så er det iverksatt samarbeid med andre helseforetak i regionen. Rutinene er endret og det er opprettet egen ”kreft” telefon som pasientene kan henvende seg til. Enheten har tatt nye diagnosegrupper i bruk og det forenkler måling av kvalitetsparameterne i 20 dagers forløpet. Dette forløpet innebærer at det ikke skal gå mer enn 20 dager fra henvisning er mottatt til behandling starter. I tillegg er det utnevnt en sekretær som fungerer som pasientadministrativ koordinator. Det er etablert kontakt med pasientorganisasjonene og egne kreftsykepleiere har oppgaven med å informere om tilbud som finnes for kreftpasienter og pårørende. Herunder er det etablert kontakt med pasientorganisasjonene.

Enheten rapporterer at målet om at 80% av kreftpasientene skal ha oppfølging innenfor anbefalte forløpstider er oppnådd.

Kravet om raskere utredning setter krav til intern logistikk og samhandling med andre sykehus i følge enheten. Det rapporteres at mange av de operative inngrepene som utføres har høy risiko, og dette krever døgnkontinuerlig beredskap for å være i stand til å håndtere eventuelle komplikasjoner. Store avanserte operasjoner der det samhandles på tvers av enheter innad i sykehuset er ressurskrevende behandling, og det kreves store ressurser for å opprettholde høy kompetanse. I tillegg så krever nye og endrede behandlingsmåter utvikling og vedlikehold av ansattes kompetanse.

Beslutninger vedrørende investeringer bidrar til økte utgifter for enheten, eksempelvis store investeringer i kirurgisk utstyr.

Når det gjelder hovedfokusområde HMS så rapporterer enheten at den er årvåken i forhold til brudd på arbeidsmiljøloven. Enheten arbeider aktivt med å øke kunnskapen om verneombudenes oppgaver blant ansatte. Det rapporteres at alle uønskede hendelser følges opp i ledergrupper og ute i enhetens ulike seksjoner.

Enheten rapporterer at det kontinuerlig arbeides med å begrense bruken av deltidstillinger og midlertidig ansatte. Dette arbeidet er ikke nærmere konkretisert.

4.9.3 Konklusjon - variasjon i styring over enhetsnivå

Styringsdokumentene for de to enhetene er på de fleste områder likelydende og har de samme hovedfokusområder uavhengig av hvilke oppgaver enhetene utfører. Ikke alle måleparameter er like relevante for alle enheter, men er tatt inn i styringsdokumentet uavhengig av enhetens oppgavetype. Eksempelvis når det gjelder hovedfokusområde pasientsikkerhet så er målsettingen ved de to enhetene sammenfallende. Kravet om at sjekklister for trygg kirurgi blir brukt, er stilt til både kirurgisk og medisinsk enhet.

Når det gjelder helsefaglige styringsmål så er det i styringsdokumentet stilt krav om noen flere helsefaglige styringsmål til enhet B enn til enhet A. Forskjellene i styringsmål har bakgrunn i enhetens oppgaver, eksempelvis kreftbehandling og innføring av regional plan for kirurgi. Disse helsefaglige styringsmålene er kun stilt til enhet B, den kirurgiske enheten.

4.9.4 Oppsummering – styring internt i utvalgsenheter

Utvalgsenhet A rapporterer på hovedfokusområder og måloppnåelse. På områder der enheten ikke har nådd mål reflekteres det over hvilke tiltak enheten vil sette i verk for å oppnå nå mål. Enhet A har fokus på interne løsninger, det er i liten grad fokus på hvilke ytre faktorer som må være på plass for å nå mål.

Utvalgsenhet B rapporterer også på hovedfokusområder og måloppnåelse. Manglende måloppnåelse blir klargjort i forhold til tiltak enheten vil iverksette. I tillegg beskriver enheten hvilke krav fra omgivelsene som må være innfridd for at enheten når sine mål. Eksempelvis så legger enheten til grunn at forutsetningen for å få redusert ventelister på elektiv kirurgi er at anestesio- og oppvåkningstjenester kan leveres i forhold til det økende behovet.

Enhet A rapporterer at ved å ta talegjenkjenning i bruk ved elektronisk pasientdokumentasjon så forventes det å effektivisere rutiner og dette kan bidra til måloppnåelse når det gjelder epikrisetid. Enhet B rapporterer derimot at talegjenkjenning har medført økt tidsbruk ved pasientkonsultasjoner og dette er en av årsakene til at enheten ligger etter plantall. Verktøyet talegjenkjenning har altså hatt ulik effekt på måloppnåelse ved de to enhetene.

Enhet B rapporterer at kapasiteten er utnyttet maksimalt. Det er for lite kapasitet ved sengepostene og for liten operasjonskapasitet. I den grad enheten har manglende måloppnåelse så skyldes dette for liten kapasitet og manglende leveranse fra støttefunksjoner.

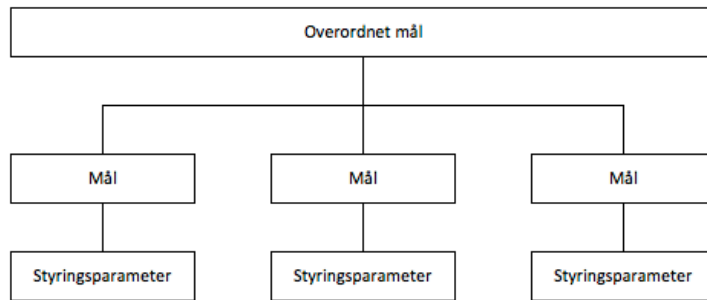
ISF inntekter utgjør en stor andel av driftsbudsjettet til enhet B. Enheten oppgir at dette innebærer at endring i pasienthenvisninger gir store utslag i beregnet ISF inntekt.

Enhet A rapporterer lite i forhold til kapasitet, men rapporterer på hvilke tiltak enheten vil sette i verk for å nå mål.

I praksis forsøker enhet A å involvere alle ansatte mål- og resultatstyringen ved enheten. Enhet B løser dette på en litt annen måte ved at noen få ansatte er ansvarlige for mål- og resultatstyringsarbeidet innad i enheten, mens andre ansatte blir skjermet fra dette arbeidet og får konsentrere seg om fag.

4.10 Målstruktur

Ved kvalitativ gjennomgang av dokumentene viser det seg at det ved begge enheter er utviklet en målstruktur som forutsettes lagt til grunn for virksomheten.



Figur 3 Målhierarkiet

Overordnede styringsmål fra oppdragsdokumentet finnes igjen i styringsdokumentene til utvalgsenhetene. Målene er flere jo lenger ned i hierarkiet man kommer, eksempelvis styringsmål som det regionale helseforetaket vurderer som spesielt utfordrende gir flere mål for utvalgsenhetene. Det presiseres i oppdragsdokumentet at mål og styringskrav for 2013 er valgt ut fra en risikovurdering på bakgrunn av aktuelle satsningsområder. I tillegg gjelder fortsatt alle relevante mål som er gitt i foregående oppdragsdokument.

Målene som er angitt er mange. Kapittelinnvidlingen i oppdragsdokument og styringsdokument 2013 er angitt i satsningsområder. Satsningsområdene er ytterligere konkretisert med overordnet mål, mål og styringsparameter. Det blir angitt en ønsket tilstand for den fremtidige driften.

Målformuleringene er knyttet til verdier for samfunnet og befolkningen. Satsningsområdene sier noe om hva man forventer av virksomheten. Tjenestene skal være fremtidsrettet, trygge, nære og høykompetente. Behandlingen skal være helhetlig og bidra til en effektiv ressursbruk.

Helsefaglige styringsmål angitt i Styringsdokument (2013) samsvarer med styringsmål angitt i oppdragsdokumentet (2013) som igjen samsvarer med styringsmål i utvalgsenhetene.

Tilgjengelighet og brukerorientering måles blant annet gjennom ventetid, fristbrudd og pasienterfaringer.

Kvalitetsforbedring måles etter epikrisetid, antall korridorpasienter og overlevingsgrad etter gjennomgått behandling, eksempelvis innleggelse etter hjerteinfarkt og lårhalsbrudd.

Pasientsikkerhet måles etter føringer i pasientsikkerhetskampanjen og prevalens av sykehusinfeksjoner. Pasientsikkerhetskampanjen (2011) er en nasjonal kampanje som vil forbedre pasientsikkerheten og redusere pasientskader i helsetjenesten. Kampanjen ble lansert

2011 og skal vare i tre år. Målet med kampanjen er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Prevalens av sykehusinfeksjoner (2008) er en kvalitetsindikator der det måles antall påviste sykehusinfeksjoner av de fire vanligste sykehusinfeksjonene, eksempelvis urinveisinfeksjon og postoperativ sårinfeksjon, på et gitt tidspunkt i forhold til det totale antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.

Innføring av nye metoder og ny teknologi måles via tallet på gjennomførte mini-metodevurderinger som blir sendt til Helsebiblioteket, Kunnskapscenterets database.

Mini- metodevurdering (2009) er et beslutningsverktøy for sykehusene når de vurderer å innføre en ny metode. Vurderingen skal bidra til at effekt, sikkerhet, kostnader, etikk og organisatoriske aspekter ved metoden belyses før ny metode innføres.

Samhandlingsreformen (2013) bygger på lovpålagte avtaler mellom kommuner og helseforetak. Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal forbedres. Effektive og lokale behandlingstilbud skal videreutvikles. Det skal samarbeides om å etablere døgntilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunene som et alternativ til innleggelse i sykehus.

Kreftbehandling skal effektiviseres og flaskehalsen skal avdekkes. For å måle forbedring er det angitt anbefalte forløpstider som helseforetakene skal følge opp. Eksempel på forløpstider i kreftbehandlingen er at fra henvisning mottas ved sykehuset skal det bare gå 5 dager før den er ferdig vurdert og at utredning er startet innen 10 dager.

Andre styringskrav er å implementere plan for kirurgi, utdanning av helsepersonell, forskning, innovasjon samt opplæring av pasienter og pårørende.

4.11 Rapportering - krav og omfang

Målstrukturen er utviklet med tilhørende resultatmål/ krav. Det er utviklet mål- og rapporteringssystemer som brukes i forbindelse med den planmessige driften av virksomheten, og oppfølging via plan- og meldesystemet gir informasjon om måloppnåelse.

Styringsdokumentet formulerer resultatmål og krav til enhetene. Det synes som om resultat- og kvalitetsmål er fastlagt etter en viss systematikk og det presenteres resultatmål under hvert hovedmål. Detaljeringsgraden er stor, eksempelvis fristbrudd skal være 0%.

Det rapporteres hvordan mål og styringsparameter er fulgt opp. Oppfølging og rapportering skjer på fire ulike hovedområder, og det rapporteres fra enheter til sykehusets overordnede ledelse. Overordnet ledelse lokalt helseforetak rapporterer til regionalt helseforetak. Regionalt helseforetak rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet.

Det skal rapporteres på flere ulike områder, eksempelvis aktivitet, styringsparameter, kvalitetsindikatorer, forskning og innovasjon.

Aktivitetsrapporteringen skjer via antall DRG poeng. Dette skal rapporteres via årlig melding og det er faktisk antall DRG poeng som skal rapporteres og ikke rapportering av vekst i antall DRG poeng. Årsaken til dette er at vekst i antall DRG poeng kan avvike fra det som er lagt til grunn i styringsparameteren avhengig av aktivitetsutviklingen fra tidligere tertial.

Det skal rapporteres på 30 styringsparameter. Rapporteringen skal skje i samsvar med rapporterings mal og mal for årlig melding. Det skal rapporteres på de publiserte indikatorene så fort tallene er publisert. Indikatorer det rapporteres på er eksempelvis gjennomsnittlig ventetid for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Den gjennomsnittlige ventetiden skal være under 65 dager. Andre indikatorer er fristbrudd for rettighetspasienter. Fristbrudd skal være 0%. Prosentdel epikriser sendt innen en uke skal være 100%. Det skal ikke være korridorpasienter ved somatiske sykehus. Prosentdel pasienter med brystkreft, lungekreft og tykktarmskreft som får behandling innen 20 dager skal være 80%. Prosentdel helseforetak som rapporterer data om ulykker og skader til NPR skal være 100%.

Andre spesifiserte områder det skal rapporteres på er eksempelvis forskning og innovasjon.

Lokalt helseforetak må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringer i forhold til likviditet og på en slik måte at det gir rom for tilstrekkelig buffer for likviditet gjennom hele året.

Det skal videre rapporteres på status for eksternt samarbeid med andre helseforetak når det gjelder medisinske støttefunksjoner som radiologi og laboratorietjenester. Pasientstrømmer mellom de ulike helseforetak og mellom kommune og helseforetak skal også kartlegges.

Helseregionene fordeler rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering til det enkelte helseforetaket. Finansieringen skal ikke være til hinder for god organisering og tilbud ved virksomheten. Den medisinske kodingen må være faglig korrekt og skal ikke brukes for å øke

inntjeningen. Det er behov for å øke kunnskapen om sammenheng mellom kostnader og aktivitet for å sikre at rammene til hver enkelt avdeling er i samsvar med de reelle kostnadene.

Lokale helseforetak skal rapportere månedlig til regionalt helseforetak. Rapporten skal inneholde informasjon om den økonomiske utviklingen og status for tiltak som skal gjøre helseforetaket i stand til å nå resultatkravet. Det skal brukes en felles mal for rapportering og det er stilt krav om enhetlig regnskapsføring for lokale helseforetak.

Helseforetakene skal sørge for å øke kvaliteten i rapporteringen til Norsk pasientregister (NPR). Norsk pasientregister er et av Norges sentrale helseregister. Når pasienter får henvisning eller behandling i et sykehus, blir en rekke opplysninger registrert ved sykehuset. Et utvalg av disse opplysningene sendes direkte til Norsk pasientregister.

Rapporteringskravene i oppdragsdokument og styringsdokument er for det meste konsentrert rundt de faste rapporteringene i løpet av året. Kravene til rapportering gis samlet, og rapporteringen har en fast form. Formålet er å få en strukturert oversikt over viktige sider ved virksomheten. Det skal angis oppnådde resultat basert på prioriterte oppgaver, i tillegg til tidligere gitte oppgaver samt spesifiserte resultatkrav.

Utvalgsenheterne skal rapportere i henhold til krav og forventninger presentert i de avdelingsvisestydingsdokumentene og langtidsplan. Enheterne rapporterer også til Norsk pasientregister. Aktivitetsbarometer gir en oversikt over enhetenes ventelistesituasjon med der tilhørende oversikt over fristbrudd og langtidsventende. I tillegg gir det en oversikt over kritiske oppgaver i elektronisk pasientjournal, eksempelvis hvor mange usignerte dokumenter og prøvesvar enheten har og oversikt over åpne henvisninger der det ikke er planlagt noen pasientkontakt. Den kliniske aktiviteten til enhetene måles ved hjelp av oversikt over ledige senger, hoveddiagnoser og prosedyreoversikt.

Aktivitetsbarometeret viser også en oversikt over støtteenhetenes aktivitet, eksempelvis operativ virksomhet.

Andre rapporter som gir oversikt over enhetenes aktivitet er oversikt over utskrivningsklare pasienter, gjestepasienter og oversikt over storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste.

4.12 Oppsummering styringssystem

Denne gjennomgangen viser at det er fastlagt en målstruktur fra departementet via regionalt helseforetak til lokalt helseforetak og ned til hver enkelt enhet innad i foretaket.

I all hovedsak synes denne strukturen å inneholde de samme hovedmål og mål. Prinsippene for mål- og resultatstyring setter fokus på resultatrapportering. Målstrukturen er svært detaljert og innslag av resultatmål er fremtredende ved de fleste måleområder. Dette danner grunnlaget for den videre styringen og er en av de viktigste delene av dette systemet, og gir helt konkrete krav til rapportering og resultater.

Måldokumentene preges av både kvantitative og kvalitative mål. De kvalitative målene er kontinuerlige og pleie- og behandlingsmessig meningsfulle. Formuleringene inneholder mål som at pasientens behov skal danne grunnlag for virksomheten og at behandling er sykehusenes fremste oppgave. De kvantitative målene har en styrende effekt på driften. Disse målene er operasjonalisert eksempelvis gjennom epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid og resultatene er tallfestet. Det rapporteres først og fremst på tall og mindre på tekst.

Årsrapporter i tradisjonell forstand er erstattet av virksomhetsrapporter, regnskapsrapporter og aktivitetsrapporter. Måloppnåelse dokumenteres i rapporter der det meste kan tallfestes.

Funn viser at det hovedsakelig er overordnet ledelse som gir signaler til underliggende enheter, men i dialogen åpnes det også opp for at enhetene kan ta opp ulike utfordringer og få redegjøre for hvilke mål som er vanskelige å innfri og hvorfor. Organiseringen innad i foretaket innebærer at samtlige enheter gis muligheter til å ha innflytelse på det som blir tatt inn i styringsdokumentene og på målformuleringene som blir utformet for virksomheten. Dette bidrar til at informasjonsstrømmen ikke bare går fra toppen og nedover i systemet, men at det også er mulig å få informasjon fra bunnen av systemet og oppover.

Når det gjelder styringsdialogen så angir informantene at møtene i noen grad kan ha et rituell preg, der det blir mer monolog fra overordnet nivå enn dialog med underordnet nivå. På tross av dette angir informantene at møtene er viktige for samhandlingen mellom de ulike nivåene. Hver enkelt enhet føler seg sett, hørt og at deres anliggende er viktig i det store systemet. Styringsdialogen er med å bidrar til at intensjonen bak mål- og resultatstyring som styringsprinsipp, eksempelvis å gå over fra fokus på prosedyrer til resultater, langt på vei er iverksatt.

Den uavhengige variabelen tatt i betraktning så finnes det lite variasjon mellom de to utvalgsenhetene når det gjelder dimensjonen overordnet nivå og enhet. Begge utvalgsenhetene forholder seg til de formelle kravene i mål- og resultatstyringssystemet når det gjelder dialog omkring styringsdokumenter. Møtene gjennomføres etter et fastlagt mønster og enhetene kan

ikke unndra seg å medvirke i denne dialogen. I tillegg ledes utvalgsenhetene av ledere som også er en del av foretaksledelsen.

Gjennomgang av styringsdokumentene gir et inntrykk av at dette ikke er en kontrakt i vanlig juridisk forstand med en bestiller og en utfører. Kontrakten er ikke inngått mellom to likeverdige parter og i tillegg er sanksjonsmulighetene heller få. Fokus i styringsdokumentene ligger ikke i formelle muligheter for sanksjoner eller belønning, men i behovet partene har for samhandling. Utvalgsenhetene skal levere helsetjenester og styringsdokumentene synes å bygge på tillit mellom overordnet myndighet og utvalgsenhetene. Overordnet myndighet opptrer som eier av utvalgsenhetene snarere enn bestiller. Styringsdokumentene har trekk av en hierarkisk organisering mellom overordnet myndighet og utvalgsenhetene og kan beskrives som en avtale mellom to parter. Det har innslag både av resultater som skal oppnås i tillegg til instruks fra overordnet til underordnet nivå.

Rapporteringskravene som fremkommer gjennom oppdragsdokument og styringsdokumenter er konkrete krav til en samlende vurdering av de ulike resultatindikatorer med respektive resultatmål, sett i sammenheng med målstrukturen. Dersom resultatmålene ikke blir oppnådd blir det presisert at det skal rapporteres årsaker til at resultatmålene ikke nås. Her ligger altså et krav til en kvalitativ vurdering av situasjonen i de ulike enhetene. Det kreves også at ulike avvik skal beskrives med tilhørende forslag til tiltak som kan forestå resultatoppnåelse i løpet av neste periode. Kravene som stilles til rapportering er derfor både en kvantifisering av ytelsene, plantall, samt at beskrivelsen av resultater må innebære en kvalitativ vurdering av helsetjenestene.

Resultatindikatorer er et underliggende ledd i målhierarkiet og dette begrepet er i liten grad brukt i styringsdokumentene. Det er i større grad fokusert på resultatmål eller – krav, eksempelvis legemiddelliste skal følge alle pasienter.

Sykehus har som oppgave å realisere et samfunnsmessig mål, eksempelvis helse til befolkningen. Rapportene må derfor også inneholde data som sier noe om samfunnsnyttens resultatene har hatt. For å kunne gi en kvalitativ vurdering av ytelsene bør effekten av ytelsene vurderes, herunder effekten både for den enkelte pasient og for samfunnet. I tillegg bør resultatene vurderes opp mot medgåtte ressurser og det er nødvendig å vurdere eventuelle endringer i forhold til kvalitet og hvilken betydning dette har på lang sikt.

Rapporteringen foregår etter et fastlagt system og den er omfattende. Det rapporteres på økonomi og virksomhet. Det skjer en enhetlig rapportering uavhengig av oppgaver, størrelse og organisering. Mye av dataene det rapporteres på hentes direkte ut fra det pasientadministrative systemet. Dette medfører at systemet må vedlikeholdes, ajourføres og at de som bruker systemet må kjenne til og forstå hvordan det fungerer. Mangfoldet av styringssystemer bidrar til at kontrollen med den enkelte enhet øker, og kravet om at mål- og resultatstyringsteknikken skal være i samsvar med overordnet styringsstruktur blir strammet inn som følge av styringssystemene. Sentralisering av ledelse, styringsverktøy, tiltakende standardisering av arbeid medfører at det blir vanskeligere for enhetene å unndra seg bestemmelsene i mål- og resultatstyringssystemet.

Kapittel 5 Presentasjon av funn fra intervjumaterialet

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg belyse og drøfte funn fra intervjumaterialet. Jeg har valgt en temasentrert fremstilling og velger å analysere materialet temasentrert (Thagaard, 2010). Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2013, s.91).

I foregående kapittel har vi sett at mål- og resultatstyring ved utvalgsenhetene blir gjennomført etter et fastlagt system og i samsvar med overordnet styringsstruktur. Mangfoldet av styringssystemer bidrar til god kontroll i forhold til den enkelte enhet innad i helseforetaket. Til tross for dette så kan det variere i hvilken grad enhetene sin praktiske gjennomføring av bestemmelsene i mål- og resultatstyringssystemet utføres.

Temaene i presentasjonen vil gå litt over i hverandre, det er vanskelig å få et markant skille da de ulike temaene henger tett sammen. Av hensyn til komparasjon så blir ikke utvalgsenhetene presentert hver for seg, men samlet under de ulike temaene jeg har systematisert i presentasjonen. I de deler av teksten der det blir gjengitt sitater, blir informantene presentert og gruppert etter utvalgsenhet.

Kapitlet deles inn i to tematiske hoveddeler med dertil hørende underpunkter:

Styringsdokumenter og målstruktur

Rapportering og resultatoppfølging

5.2. Styringsdokumenter og målstruktur

Bestemmelsene i mål- og resultatstyringssystemet i spesialisthelsetjenesten er en instruks til de ulike enhetene. Rapporteringen er fastlagt etter bestemte kriterier og enhetene kan ikke unndra seg denne rapporteringen, men måten man arbeider med dette innad i enhetene kan variere.

Styringsdokumentet inneholder mål og en konkretisering av disse i form av resultatkrav og strategiske utfordringer, eksempelvis for lite tilgang til anestesi og oppvåkningstjeneste.

Det er formulert målsettinger for foretakets underliggende enheter og det er sammenheng mellom de forskjellige styringsdokumentene uavhengig av enhetenes oppgavetype. Målformuleringer, resultatindikatorer og resultatmål/ - krav er ensartet.

Inntrykk fra intervjumaterialet er at begrepet resultatindikatorer er forholdsvis lite i bruk, men at resultatmål/ - krav er implementert og noe respondentene forholder seg til. Gjennomgangen av enhetenes ulike styringsdokumenter viser at de fleste resultatmål er tallfestet, dette gjelder for begge enheter. Via mål- og resultatstyringssystemet skal det ideelt sett fremstilles klare mål, og at disse igjen skal operasjonaliseres ved hjelp av tallfestede størrelser som gjør det mulig å måle resultat og måloppnåelse. Eksempelvis så skal 80% av kreftpasientene ha oppfølging innen anbefalte forløpstider. Henholdsvis 5, 10 og 20 dager. Dette angir resultatmål for vurdering av henvisning, start utredning og behandlingsstart.

5.2.1 Målstruktur

Informantene ble spurt om hvordan de oppfattet målstrukturen. Dette spørsmålet ble stilt med tanke på å få frem hvor innarbeidet styringsmålene er i undersøkelsesenheter og om informantene opplever at styringsmålene er tilpasset enhetens drift.

... ”når det er et styringssignal for hele organisasjonen da er det ikke bønn, da skal du bare gjøre det” ...

Informant enhet A

”vi har sånt styringsdokument, det går vi i gjennom, det er jo fra sykehusets side generelle oppgaver og de forholder vi oss til”

Informant enhet A

”det kan være tungt å forene krav fra oven og den faglige biten fra de som jobber med pasientene, men det var verre før, nå synes jeg egentlig at det går greit” ...

Informant enhet A

... ”ikke alt er nødvendig. Det føles av og til sånn, hva er poenget med dette?” ...

Informant enhet A

Informantene ved enhet A angir her at det har vært en utfordring å skulle forene faglige krav og overordnede føringer, men at styringssystemet nå er innarbeidet og oppgis å fungere. Det fremkommer at de har et ambivalent forhold til målstrukturen, ikke alt synes å være

nødvendig og en del oppgaver gir liten mening, men er oppgaver som må gjøres i følge informantene. Til tross for dette oppgir informantene ved enhet A oppgir at de har tilpasset seg styringssystemet.

... "mål- og resultatstyringen dekker ikke behovet for styringsinformasjon fordi det er for dårlig uttrekk. Skal du få folk på en seksjon til å jobbe mot et mål må du trekke ut en og en seksjon slik at de kan se hvordan de ligger an"....

Informant enhet B

... "vi er veldig lojale og går rett på sak når det gjelder mål, men de tingene vi ikke blir målt på kan jo hende vi gjør dårligere"...

Informant enhet B

... "vi er veldig opptatt av sånne ting som skal rapporteres videre, men sånne ting som ligger bak tallene er det mindre fokus på"...

Informant enhet B

... "jeg synes fokuset blir tatt litt bort fra pasientene, at på en måte er det de riktige tingene vi blir målt på?"...

Informant enhet B

Informantene ved enhet B angir her at målformuleringen har betydning for hva det fokuseres på innad i enheten. Resultatet kan bli at den delen av driften som ikke måles kan bli skadelidende som følge av ensidig fokus på overordnede styringsmål i følge informantene. Informantene ved enhet B stiller også spørsmål til hvorvidt det er de rette tingene de blir målt på, og om disse målene faktisk har noen betydning for pasientene, eller om mål- og resultatstyringen rett og slett tar fokuset bort fra pasientene. Det bemerkes også at resultatinformasjonen ikke blir nøyaktig nok, da det ikke fremkommer resultater seksjonsvis. Informantene oppgir at dette innebærer at enheten må bruke tid på å utarbeide egne rapporter som gir svar på resultatmål seksjonsvis.

Begge enheter oppgir at de forholder seg til fastlagt målstruktur.

Informantene ved enhet A oppgir at de fokuserer på innholdet i styringsdokumentet og forholder seg til de mål som er fastlagt. Det har vært diskusjon om mål kontra fag innad i

enheten, men at dette har gått seg til og det å forene mål og fag oppleves ikke lenger som problematisk. Mål- og resultatstyringssystemet oppgis å være innarbeidet i driften.

Informantene ved enhet B oppgir at det er målene i målstyringssystemet det fokuseres på. De forholder seg lojalt til målstrukturen, men de har kritiske refleksjoner rundt det ensidige fokuset som målstyringen medfører. De forholder seg til de mål som er fastlagt, men stiller kritiske spørsmål til at det ikke fremkommer informasjon om hvordan målene ble nådd, og at det blir lite fokus på andre utfordringer som enheten har. Dette kan tolkes som at spesifikke mål pulveriserer enhetens helhetstenkning.

En av informantene ved enhet B opplever at målesystemet ikke er finmasket nok. Det som kommer frem gjennom målingen kan i liten grad brukes til styring innad i enheten, da det ikke fremkommer hvordan hver enkelt seksjon ligger an i forhold til måltall. Dermed blir målingen brukt til å rapportere oppover i systemet og har således liten nytteverdi innad i enheten.

Enheten bruker mye ressurser på å måle det som etterspørres, men er kritiske i forhold hvilken nytteverdi dette har for pasientene og for enheten som helhet. Informantene opplever at det som er lett å telle blir det avgjørende og ikke nødvendigvis det som gir mest nytteverdi for pasientene, eksempelvis god kvalitet på tjenestene.

5.2.2 Mål- og resultatstyringsarbeidet i utvalgsenhetene

Jeg var nysgjerrig på hvilken oppfatning lederne hadde av mål- og resultatstyringssystemet og hvordan styringsmålene påvirker den daglige driften og ansvarsfordelingen innad i enheten. Videre var det interessant å se om det var forskjeller i måten de to enhetene tilpasset seg styringssystemet.

... "alle personallederne har ansvar for sitt budsjett og de ansvarlig gjøres og deltar aktivt i mål- og resultatstyringsarbeidet"...

Informant enhet A

... "mål og resultatstyringsarbeidet kan føles teoretisk, men når vi ser tilbake på hva vi faktisk gjorde i fjor så er det faktisk målstyrt arbeid"...

Informant enhet A

... "alle blir tatt med, det er ikke bare en leder som sitter der med dette arbeidet, det er veldig ordnede forhold"...

Informant enhet A

Ved utvalgsenhet A så utarbeides planer i ledergruppen. For at dette skal forankres blant alle ansatte innad i enheten så velger enheten å lage samlinger der de fleste ansatte deltar. Dette foregår ved at det meste av driften stenges ned, eksempelvis en halv dag og dermed er det rom for at de fleste ansatte kan delta i planarbeidet. Informantene opplever at dette skaper en bevissthet fra øverst til nederst i organisasjonen når det gjelder bruk av ressurser. De oppgir at forståelsen for at mål- og resultatstyring på denne måten forankres fra øverst til nederst i enheten og praktisering av styringssystemet kobles sammen med enhetens oppgaver. Dermed blir det en bevissthet i forhold til å få mest mulig ut av ressursene og dette blir noe som angår alle ansatte i følge informantene.

Utvalgsenhet B forankrer også mål- og resultatstyringsarbeidet i ledergruppen.

... ”mål- og resultatstyringsarbeidet foregår i ledergruppen, men jeg forsøker å ta det ut til de jeg leder” ...

Informant enhet B

... ”alle i enheten blir orientert, men det er noen få som arbeider med å sette det i system” ...

Informant enhet B

Informantene ved enhet B oppgir at for å spre informasjonen innad i enheten så blir mål- og resultatstyringsarbeidet kommunisert ut til de ansatte via avdelingsmøter. Ansatte blir orientert, men den praktiske oppgaven med å sette mål- og resultatstyringsarbeidet i system blir tatt tilbake til ledergruppen.

Når det gjelder ansvarsforholdene i forhold til mål og resultatstyringsarbeidet i enhetene så oppgir begge enheter at dette er tillagt ledergruppen. Informantene oppgir at mål- og resultatstyringsarbeidet gjort kjent for alle som arbeider i enheten, men hvor aktiv hver enkelt ansatt i de ulike enhetene er i forhold til dette arbeidet varierer.

Forskjellen ved de 2 enhetene er at enhet A oppgir å aktivt arbeide med mål- og resultatstyring fra øverste nivå og helt ned til de som arbeider direkte med pasientene. Undersøkelsenhet B forankrer hovedsakelig dette arbeidet i lederstrukturen. En av informantene ved enhet B oppgir at årsaken til at det blir gjort på denne måten er at tempoet i enheten er så høyt at dette arbeidet ikke kan delegeres ut til de som jobber direkte med

pasientbehandling. For at arbeidet skal bli gjennomført og fulgt opp må det derfor forankres i lederstrukturen.

Informantene ved enhet B oppgir at det er lite målfokus i det daglige og at den daglige drift og det å få gjennomført daglige prosedyrer og behandlinger er det som står i fokus blant fagpersonene innad i enheten. Fokus på mål blir overlatt til enhetens ledergruppe.

5.2.3. Hva medfører mål- og resultatstyringssystemet?

Informantene reflekterer gjennom samtalen mye rundt mål, hvilke mål som er valgt og tiden som går med til å innfri målene. Jeg var nysgjerrig på å finne ut hva målstyringssystemet medfører både av fordeler og ulemper for undersøkelsesenheter.

... ”ja, altså man blir jo fokusert på at det ikke er likegyldig hvordan vi bruker ressursene og det er ganske stor bevissthet helt ned i organisasjonen at vi skal drive kostnadseffektivt” ...

Informant enhet A

... ”selvfølgelig er det positivt, man finner jo ut hvor svakhetene er og man kan rette på det” ...

Informant enhet A

... ” det gir oss en bevissthet i forhold til oppgaver, vi blir samstemt” ...

Informant enhet A

Informantene ved enhet A oppgir her flere positive sider ved mål- og resultatstyring. Styringssystemet bidrar til økt bevissthet rundt bruken av ressurser hos alle ansatte i følge informantene. I tillegg medfører styringssystemet at områder der enheten har svake resultater blir avdekket og kan rettes opp. Når enhetens målsetting er kjent for alle ansatte bidrar dette til at alle innad i enheten jobber mot samme mål.

... ”personlig synes jeg at sånn mål- og resultatstyring er spennende” ...

Informant enhet B

... ”det positive er jo at når man når målet så har man en litt god følelse på at man har klart å oppnå målet” ...

Informant enhet B

Informantene ved enhet B oppgir at det å nå mål gir en følelse av mestring. Mestringsfølelsen er viktig for å kjenne at man lykkes med arbeidet. En av informantene oppgir også at

styringssystemet er spennende. Systemet bidrar til at man reflekterer over hvorvidt man klarte å levere på det som blir etterspurt og hvorfor man eventuelt ikke klarte å innfri målsettingen i følge informanten.

Det var også interessant å finne ut hva enhetene oppfattet som mindre hensiktsmessige sider med mål- og resultatstyringssystemet, og om informantene hadde innvendinger mot systemet.

... ”det er på en måte sånne teoretiske uttrykk, når jeg leser denne lange remsen her, hva bruker vi det til?” ...

Informant enhet A

... ”av og til er det bare en pliktøvelse” ...

Informant enhet A

Her uttrykker informantene ved enhet A at en del av oppgavene blir utført fordi det er forventet av dem. Noen av oppgavene de er pålagt gir lite mening for informantene. Resultatet blir at det brukes tid på å forstå og tolke hva som egentlig ligger i en del av de pålagte oppgavene.

Informantene ved enhet B uttrykker seg litt annerledes i forhold til det de opplever som lite hensiktsmessig med systemet.

... ”det negative er ressursbruken. Vi bruker utrolig mye ressurser på å passe på hva vi gjør” ...

Informant enhet B

... ”det negative er stress. For de lederne som ikke oppnår målene så ligger dette å murrer som en konstant dårlig samvittighet” ...

Informant enhet B

... ”vi har jo mest fokus på det vi blir målt på. Fokuset blir tatt litt bort fra pasientene, kanskje vi helle skulle bli målt på noe som synes mer igjen hos pasientene” ...

Informant enhet B

... ”vi er veldig opptatt av sånne ting som skal rapporteres videre, men sånne ting som ligger bak tallene er det mindre fokus på” ...

Informant enhet B

Her angir informantene at mål- og resultatstyringen bidrar til at det skjer en målforskyvning fra pasientene og over til et ensidig fokus på styringsmålene. Informantene ved enhet B peker på at mål- og resultatstyringssystemet er ressurskrevende. Det blir brukt ressurser på å kontrollere rapporteringen. Ressurser som heller kunne blitt brukt til pasientrettet arbeid. I tillegg trekker informantene frem stress som en negativ faktor ved styringssystemet. Det å ikke nå mål medfører belastning i form av stress for ledere ved seksjoner som ikke når sine mål.

Enhetene skiller seg noe fra hverandre i hvordan de opplever både fordeler og ulemper med mål- og resultatstyringssystemet. Ved enhet A oppgir informantene at det positive med styringssystemet er at det skapes en bevissthet rundt ressursbruken og mål- og resultatstyringen bidrar til at enhetens svakheter avdekkes og dermed blir disse også mulig å rette på. Informantene ved enhet B fokuserer på at det positive med styringssystemet er at det er spennende og at ansatte opplever mestring når mål blir nådd og det å mestere er viktig.

Når det gjelder ulempene med systemet så oppgir informantene ved enhet A at det blir veldig teoretisk og at en del av oppgavene pliktmessig blir løst fordi det er et krav om det.

Informantene ved enhet B fokuserer på at ulempen med styringssystemet er ressursbruken og at styringssystemet bidrar til stress når enheten ikke nå sine mål. I tillegg fokuserer informantene ved enhet B på at det negative med systemet er at det blir for mye fokus på tall og for lite fokus på det som ligger bak tallene.

5.2.4 På hvilken måte har enhetene tilpasset seg styringssystemet?

Her ville jeg forsøke å belyse på hvilken måte informantene opplever at de har tilpasset seg mål- og resultatstyringssystemet. Hovedfokuset mitt er å presentere det informantene tenker om hvordan styringssystemet er implementert i enheten.

... ”vi har ikke lenger diskusjoner, det er lettere å levere på det man skal”...

Informant enhet A

... ”vi har interne diskusjoner i forhold til krav fra oven kontra faget, men ikke lenger den motstand det var”...

Informant enhet A

Informantene ved enhet A fokuserer på at det ikke lenger er så mye motstand mot styringssystemet som det tidligere var. Fortsatt har enheten interne diskusjoner i forhold til mål kontra faget, men motstanden er mindre enn før.

Utvalgsenhet B har også iverksatt kravene i mål- og resultatstyringssystemet, men her fokuseres det på at systemet følges lojalt.

... ” vi rapporterer lojalt på det vi skal” ...

Informant enhet B

... ”noen grupper ignorerer det som man skal måles på og andre utfører det som blir pålagt” ...

Informant enhet B

Utvalgsenhet B oppgir altså en litt annen situasjon enn utvalgsenhet A. Informantene angir her et noe ulikt syn på mål- og resultatstyringssystemet. En av informantene fokuserer på lojalitet i forhold til systemet, mens den andre informanten fokuserer på at ikke alle rapporterer lojalt på det som etterspørres, men tvert i mot ignorerer bestemmelsene i styringssystemet. Dette kan tyde på at det innad i enheten er ulike oppfatninger av styringssystemet og måten ansatte forholder seg til dette på.

Informantene ved enhet B stiller også spørsmål til hvor hensiktsmessig systemet er. Områder som det ikke måles på kan bli skadelidende, men bare i liten grad er det rom for å gå inn å analysere andre områder. Fokus blir ensidig rettet mot det som måles og rapporters.

I tillegg oppgir informantene ved enhet B at noen ansatte ignorerer bestemmelsene i mål og resultatstyringssystemet.

”ting går ikke helt knirkefritt, fordi mange ansatte kun er opptatt av egne oppgaver og ikke helheten”

Informant enhet B

Årsaken til at noen ansatte velger å ikke forholde seg til kravene i målstyringssystemet oppgis å være travelhet for de som arbeider med drift. Dermed blir løsningen at målesystemet oppdateres av en eller få personer og målstyringssystemet blir således frikoblet fra den daglige driften. Andre overtar oppgavene som ligger i styringssystemet og noen få får derfor ansvaret for å gjennomføre mål- og resultatstyringsbestemmelsene. Årsaken til dette kan være at mange ledere i helsevesenet leder på bakgrunn av sin faglige autoritet. Det blir en

utfordring å forene kravene som kommer ovenfra med det faglige arbeidet. Det er den profesjonelle logikken som vektlegges.

Til tross for dette oppgir informantene ved begge enheter at mål- og resultatstyringssystemet er implementert i enheten og at dette er styrende for måten å arbeide på. Informantene ved enhet A oppgir at enheten har tilpasset seg systemet og informantene opplever at styringssystemet fungerer. Informantene ved enhet B har flere kritiske refleksjoner rundt styringssystemet og trekker frem ressursbruk og stress som negative følger av styringssystemet.

5.3 Rapportering og resultatoppfølging

Oppdragsdokumentet inneholder angivelse av hvilke resultatindikatorer som skal brukes for å vurdere oppnådde resultater, samt sikre kontroll av virksomheten, krav til rapportering og evaluering. Det er forventet at enhetene skal gi tilbakemelding i hvilken grad de angitte mål er oppnådd og det skal være en hensiktsmessig rapportering om oppnådde resultater.

5.3.1 Rapportering

For meg var det viktig å få innsikt i hvordan utvalgsenheter forholder seg til rapporteringskravene som fremkommer gjennom mål- og resultatstyringssystemet og hvor ressurskrevende rapporteringen er. Det var et ønske å få oversikt over om det var forskjell mellom enhetene på bakgrunn av oppgavetype og omgivelser. Jeg ønsket å finne ut om den kirurgiske enheten var den enkleste å målstyre. Om det faktisk er slik at en kirurgisk enhet lett kan operasjonalisere antall operasjoner opp mot måltall.

... ” det går ikke mye ressurser med til rapportering nå lenger. Det har kommet inni et greit system og du gjør det samme hver måned” ...

Informant enhet A

... ”det blir mye kontrollvirksomhet, men det er viktig og nyttig for da ser vi hva vi egentlig holder på med” ...

Informant enhet A

... ”noen har en sånn spesialfunksjon, at de får en rapport selv som de må passe på...at ikke det blir for sårbart den dagen noen er borte” ...

Informant enhet A

... "jeg er lite involvert i rapporteringen" ...

Informant enhet A

Informantene ved utvalgsenhet A oppgir her at rapporteringen er satt i system, og at dette medfører at rapporteringen blir en overkommelig oppgave som ikke krever uforholdsmessig mange ressurser. Ved å ansvarlig gjøre enkeltpersoner i forhold til en og en rapport bidrar dette til at kunnskapen om de ulike rapportene blir svært god i følge informantene. En annen effekt som kommer ut av dette er at det er lettere å kontrollere at det som er lagt inn i systemet er korrekt. Rapporteringen oppleves som nyttig og bidrar til kontroll og oversikt innad i enheten. Det brukes en del tid på å kontrollere det som rapporteres, men dette oppleves som hensiktsmessig og ikke som unødvendig tidsbruk. Rapporteringsoppgavene er fordelt på få personer, men allikevel ikke så få personer at det blir et sårbart system i følge informantene.

Ved utvalgsenhet B oppgir informantene at det brukes mange ressurser til å kontrollere det som blir lagt inn i systemet. Dersom ikke dette kontrolleres nøye så vil rapporteringen bli feil.

... "det er utrolig mange som er involvert i å passe på hva vi gjør og passer på at vi gjør det vi skal" ...

Informant enhet B

... "rapportene er beheftet med store feil nesten uten unntak... På samme måte som når du leser en vitenskapelig artikkel, kan du ikke stole på tallene, men du må vite hvordan tallene er fremkommet. Først da kan du få en ide om hvor nøyaktige tallene er eller kan forstås" ...

Informant enhet B

Ved utvalgsenhet B stilles det kritiske spørsmål til rapporteringssystemet. Både i forhold til hvor hensiktsmessig systemet er og at det er vanskelig å få oversikt over hvor dataene hentes fra. I følge informantene resulterer dette i at kvaliteten på rapportene blir dårlig og kanskje til og med feil.

... "jeg synes rapporteringen tar mye av tiden vår. Det er så mye som skal vedlikeholdes hele tiden... så i hvert fall jeg ser at jeg ikke får gjort alt 100%" ...

Informant enhet B

... "det negative er ressursbruken, når jeg tenker på hvor mange som er involvert i å passe på hva vi gjør og at vi gjør det vi skal, men sånn er det jo det må bli" ...

Informant enhet B

... ”de kan måle alt nå, så det blir jo bare nye og nye rapporteringskrav” ...

Informant enhet B

Her angir informantene at det går mye tid til rapportering og i tillegg kommer det stadig nye rapporteringskrav. Dette resulterer i at ikke all rapportering blir optimal og det stilles derfor spørsmål til hvilken nytteverdi deler av rapportering har.

Rapporteringskravene til de ulike enhetene er løpende og likelydende, og begge enheter oppgir at de rapporterer lojalt på det som er etterspurt. Det er imidlertid ulikheter i hvor mye tid enhetene oppgir å bruke. Enhetene er ulike i forhold til størrelse og type oppgaver. Respondentene ved utvalgsenhet A oppgir at rapporteringen har kommet inn i et greit system og dette grunngis med at de har en liten og oversiktlig avdeling. De bruker mye tid på å analysere avvik dersom de har dette, men dette oppleves som en viktig del av driften fordi dette bidrar til at de kan avdekke årsaken til manglende måloppnåelse. Informantene ved enhet A opplever rapporteringen som hensiktsmessig og nyttig. De blir bevisst på oppgaver som skal løses og bevisst på at de faktisk gjør det de skal.

Utvalgsenhet B er en kirurgisk enhet og har større drift enn enhet A. Respondentene ved enhet B rapporterer at de bruker uforholdsmessig mye tid på rapporteringen. Mye av rapporteringstiden er kontrollvirksomhet med å påse at det som legges inn i systemet er korrekt. Dette kan resultere i at den detaljerte rapporteringen medfører at man bruker ressursene feil. Resultatet blir at rapporteringen tar tid bort fra andre og mer viktige oppgaver. Dermed kan omfattende rapportering være mer skadelig enn nyttig i følge informantene ved enhet B.

5.3.2 Styringssystemer

Mengden av systemer utvalgsenhetene må forholde seg til og rapportere i er omfattende og komplekse. Systemene stiller formelle krav til enhetene og gir grunnlag for planlegging og organisering innad i enhetene. Styringssystemene bidrar til kontroll med enhetene og påser at enhetene oppfyller kravene til mål- og resultatstyring. Begge utvalgsenheter må forholde seg til samtlige av foretakets styringssystem, eksempelvis pasientadministrativt system, lønnsystem, systematisk HMS arbeid og rapportering av uønskede hendelser.

... ”det er så mange systemer at man ikke klarer å gjøre alt nøyaktig” ...

Informant enhet A

... ”system som har med lønn og personal å gjøre og sånn som virker inn på folk sin lønnslipp det blir på en måte sånn at du må” ...

Informant enhet A

... ”for en liten avdeling kan det være ganske sårbart, for det å lære opp flere i et system krever faktisk så mye innsats, altså du må ta dem ut av den vanlige jobben for å lære dem opp i et system som de da skal være back up på av og til og det er faktisk, ja det er faktisk en diskusjon hvordan vi skal balansere dette. Hvor sårbart skal det være og hvor mye skal vi investere i disse systemene?” ...

Informant enhet A

... ” så hadde vi på HMS planen at vi skulle bli flinkere til å bruke Synergi (red. styringssystemet for feil og avvik) og vi har hatt felles undervisning og tatt det opp på personalmøter, men nei, det er meldt så lite. De innrømmer glatt at de melder nok ikke det som de strengt tatt burde for det er et plunder og heft. Så tenker jeg, okay, da blir vi jo aldri noe bedre” ...

Informant enhet A

Når ledere må forholde seg til så mange ulike system så blir det vanskelig å ajourføre alle i følge informantene ved enhet A. I tillegg vet vi at de fleste lederne ved begge utvalgsenhetene er aktive i driften i tillegg til sine lederoppgaver. Informantene ved enhet A oppgir å prioritere system som har med drift og lønn for de ansatte å gjøre på bekostning av andre systemer som anses mindre viktige.

En annen utfordring informantene forteller om er at det kan være vanskelig å få ansatte til å bruke styringssystemene som er innført

... ”Styringssystemene blir flere og flere. Det blir om å gjøre å få ting gjort. Ikke hva vi kan lære av for eksempel avvik, bare at saken er ferdigbehandlet i systemet” ...

Informant enhet B

... ”det er så mange ting som skal vedlikeholdes hele tiden så det tar mye tid” ...

Informant enhet B

... ”jeg skjønner ikke hvorfor det er så lite feil og avvik som meldes. Jeg får tilbakemelding om at, ja, men vi har jo snakket om det” ...

Informant enhet B

... ”når kollegene ikke er positive til verktøyet så er det veldig synd, vi har hatt det oppe mange ganger i ledergruppen, men ikke komt så langt nei. Vi beveger oss med museskritt fremover. Vi har rett og slett løst det ved å ha en ressursperson som går rundt til lederne og sier at nå har du saker du må få vekk fra lista, men det er jo ikke på en måte snakk om å jobbe med innholdet i sakene” ...

Informant enhet B

Her fokuserer informantene ved enhet B på at styringssystemene er mange og at dette byr på utfordringer. Informantene bruker styringssystemet for uønskede hendelser som et eksempel på at det er systemene som blir viktige, ikke innholdet og hvilken læringseffekt som kommer ut av det. Enhetene blir målt på antall meldte saker og hvor mange saker som ligger ubehandlet i styringssystemet. For å klare å ajourføre saker og få de ferdigbehandlet i styringssystemet har enhet B løst dette ved at en person har hovedansvaret og ser til at lederne får ferdigbehandlet sakene sine. Enheten scorer dermed høyt på ferdigbehandlede saker, mens læringseffekten blir mindre vektlagt i følge informantene.

Begge enhetene rapporterer at de har forholdsvis få registrerte saker i forhold til uønskede hendelser, og informantene trekker frem at de har jobbet mye for å få ansatte til å melde feil og avvik. Grunnen til at lite blir rapportert oppgis å være at systemet er tungvint og at dette er en type arbeidsoppgave som blir utsatt til etter at ansatte er ferdig med den direkte pasientbehandlingen og at det derfor lett blir glemt.

Utvalgsenhet B oppgir at en av årsakene til at det rapporteres lite er at de snakker om ting når det har skjedd en uønsket hendelse, og på den måten tar lærdom av det, og at dette blir viktigere for de ansatte enn å rapportere hendelsen i systemet.

Her angir informantene at målstyringssystemet ikke blir brukt fordi ansatte opprettholder det profesjonelle fellesskapet ved å snakke om hendelser fremfor å rapportere dem.

Begge enheter presiserer at når det er snakk om skade på pasient eller ansatt så blir disse sakene alltid registrert i systemet for uønskede hendelser.

Fortsatt er det slik at mange ledere i spesialisthelsetjenesten er ledere i kraft av sin faglige autoritet og deltar aktivt i pasientbehandlingen. Flere av lederne som er intervjuet er nøkkelpersonell som besitter ferdigheter som er nødvendige i driften av enhetene. Konsekvensene av å trekke disse lederne ut av drift ville være for store til at dette er

gjennomførbart. Dersom alle styringssystemer skulle vært ajourført så måtte samtlige ledere kun hatt administrative oppgaver i følge informantene.

Til tross for dette oppgir informantene ved begge enheter å rapportere lojalt på det som etterspørres, men at det er umulig å klare å ajourføre alle system. Dette innebærer at de må foreta et valg i forhold til hvilke styringssystem de vil prioritere og noe må velges bort i følge informantene. Resultatet er at man ajourfører de systemene man må, eksempelvis lønssystem og pasientadministrativt system. Eller at man rett og slett ansetter egne personer som får hovedansvaret med å påse at lederne ivaretar oppgavene som ligger i styringssystemene, slik som tilfellet er ved enhet B.

Informantene ved begge enheter oppgir også at de ulike styringssystemene ikke er kompatible med hverandre, det er ingen sømløs flyt av informasjon fra et system til et annet. Ajourføring må skje parallelt i ulike system og at dette tar uforholdsmessig mye tid. Det er derfor ikke mulig å ajourføre alt, men de må prioritere det de anser som viktigst. I tillegg blir enhetene pålagt stadig nye krav. Eksempelvis stadig nye administrative system som skal ajourføres og rapporteres i.

Informantene ved begge enheter påpeker at med så mange system som skal ajourføres så er det umulig å få gjort alt.

5.3.3 Resultatmål/- krav

Mange av resultatkravene og målene har karakter av å være en beskrivelse av aktiviteter eller oppgaver. Dette innebærer at styringen blir oppgavefokusert. For meg var det viktig å kartlegge om resultatmålene samsvarer med de utfordringene enhetene har. På dette punktet var informantene ved begge enheter samstemte i at resultatmålene samsvarer med utfordringene.

5.3.4 Resultatoppfølging

Det var interessant å finne ut hvordan enhetene bruker resultatene etter at de foreligger. Videre ønsket jeg å finne ut om enhetene har lagt om driften som følge av resultatene som fremkommer gjennom mål- og resultatstyringen.

...” ja vi har nok lagt om driften, jeg tenker særlig på det vi har gjort de siste årene med å bygge opp på dagpost og lagt om driften slik at vi får større fokus på dag- og poliklinikk enn på sengepost”...

Informant enhet A

... "vi har omdisponert mannskapene" ...

Informant enhet A

... "alle som jobber i poliklinikken må jobbe hver sjettehelg på sengeposten, sånn er det blitt nå" ...

Informant enhet A

... "det har jo også med hvordan vi ansetter sykepleiere. Vi ansetter sykepleiere i en poliklinisk stilling, men som har et bidrag i vakt i døgnbemanning" ...

Informant enhet A

Informantene ved enhet A oppgir at resultatene som fremkommer medfører endringer for driften. Det trekkes spesielt frem endringer i forhold til økt satsning på dagpasienter kontra heldøgnpasienter. I tillegg har det hatt innvirkning på hvordan enheten har organisert pleiegruppen.

Informantene ved enhet B ble også forespurt om hvilken betydning resultatene har for driften av enheten.

... "når du måles på fem ting, så er det de fem du fokuserer på" ...

Informant enhet B

... "vi har det sånn på morgenmøtene nå, der vi går i gjennom hvem skal inn, hvem skal ut, hvem skal opereres og dette med manglende epikrise, så ja" ...

Informant B

... "ja, vi bruker ventelistene for å få oversikt og så legger vi opp programmet i forhold til hva vi skal ta unna" ...

Informant enhet B

... "når vi får tyngre dagkirurgiske pasienter så medfører det at vi får færre i gjennom og dermed mindre inntekter og ventelistene øker" ...

Informant enhet B

... "jeg har ansvar for både dagpost og poliklinikk, fordelene er jo at man har oversikt over utfordringene og ressursene" ...

Informant enhet B

En av de viktigste følgende av rapporteringen er å bruke informasjonen som fremkommer gjennom rapportene. Informasjonen som fremkommer skal danne bakgrunn for videre styring. Informantene ved begge enheter angir at de foretar endringer som følge av informasjon som fremkommer gjennom resultatene. Operasjoner som før medførte flere dagers innleggelse utføres nå på dagkirurgisk enhet, og lidelser som det før var vanlig å bli innlagt for å motta behandling blir nå behandlet i dagavdeling. Dette er en endring som skjer for flere og flere pasientgrupper i følge informantene.

Endring fra heldøgndrift til drift på dagtid har eksempelvis medført reduserte inntekter for enhetene. Det er mer lønnsomt å ha pasienter liggende i sengepost enn å behandle pasientene på dagtid. Ingen av informantene har gjort den koblingen at det blir tatt strategiske valg i forhold til lønnsomhet ved noen av enhetene når det gjelder endring fra heldøgn- til behandling på dagtid. Til tross for inntektstapet denne omleggingen medfører så endres driften i følge informanter ved begge enheter.

Informantene ved enhet B peker imidlertid på at endring som følge av resultater for et område påvirker resultater på andre områder, eksempelvis ved å foreta mer tidkrevende prosedyrer ved dagavdelingen så medfører dette at færre pasienter behandles pr dag.

I følge informantene ved enhet B så medfører dette økte ventelister som er et annet resultatmål enhetene må forholde seg til.

... ”ligger etter plantall, det er ikke fordi vi har gjort mindre enn i fjor, men fordi vi ikke har klart å løpe så fort som vi hadde tenkt” ...

Informant enhet B

Her problematiseres resultatene og ses i forhold til resultater fra foregående år.

Mål- og resultatstyringssystemet har påvirket måten å organisere arbeidet på i følge informantene. Ledelsen av pleiegruppene sentraliseres, dette gjelder ved begge de to utvalgsenhetene. Der det før var en sykepleiefaglig leder ved hver seksjon er det nå en overordnet sykepleiefagligleder. Informantene oppgir at dette gir bedre oversikt og utnyttelse av ansattressursene fordi ansatte blir brukt ved flere seksjoner. Resultatet er mindre sårbarhet og informantene trekker dette frem som en driftsmessig fordel. Når det gjelder øvrige yrkesgrupper ved enhetene så fremkommer det ikke gjennom samtalene at denne sentraliseringen har skjedd for andre yrkesgrupper enn for pleiegruppen.

Ved spørsmål om gode resultater belønnes så oppgir informantene at gode resultater gjennom rapporteringen ikke medfører noen form for belønning.

... ”nei, det er ikke noe sånt, men jeg tror egentlig at alle er veldig, veldig stolt” ...

Informant enhet A

... ”neeei, ingen form for belønning” ...

Informant enhet B

... ”belønning det er vanskelig, for poenget er jo at flere klinikker kjemper om de samme ressursene, så vi blir på en måte straffet når andre ikke leverer til oss, ” ...

Informant enhet B

Belønningen består i følge flere av informantene av ”heder og ære”. Gode resultater blir av og til trukket fram i møter med administrerende direktør og gode resultater blir gitt oppmerksomhet.

Likeledes var det viktig for meg å få frem om dårlige resultater medfører noen form for konsekvenser. Når målene ikke nås så oppfatter flere av respondentene at dette ikke medfører spesielle sanksjoner, men at de opplever det ubehagelig når enheten blir vist som et eksempel på manglende måloppnåelse i forhold til eksempelvis epikrisetid.

Det blir også påpekt at heller ikke ansatte som ignorerer bestemmelsene opplever spesielle sanksjoner.

... ”når du skal samarbeide med de som ikke bryr seg....dét er gøy dét, men sånn er det jo” ...

Informant enhet A

... ”de som overhodet ikke går inn i det i det hele tatt, selv om de er leder, jeg kan ikke se at de får noen sanksjoner for det. De blir heller belønnet fordi de får andre til å hjelpe seg med å få det gjort” ...

Informant enhet B

Mål- og resultatstyringssystemet blir av noen enkelt personer ignorert, men enheten som helhet må levere i forhold til bestillingen. Dermed settes det i følge informantene inn tiltak direkte rettet mot de som ikke oppfyller kravene. Tiltakene er stort sett i form av at andre overtar oppgavene og ajourfører systemene for de lederne som velger å ikke forholde seg til

det de er pålagt. De lederne som lojalt følger bestemmelsene opplever dermed at de lederne som ignorerer bestemmelsene snarere blir belønnet enn sanksjonert.

5.4 Oppsummering funn fra intervjumaterialet

Jeg har i dette kapitlet forsøkt å presentere funn fra intervjumaterialet og å gjengi informantenes fortelling slik jeg oppfatter den og uten å trekke inn teori. Fortellingen er kondensert, abstrahert og strukturert for å prøve å skape en meningsfortettet fortelling for leseren (Malterud, 2013).

Den empiriske fremstillingen er forsøkt delt inn i to hovedtema. Den første delen fokuserer på styringsdokumenter og målstruktur. Hvordan oppfatter og forholder enhetene seg til disse bestemmelsene, og opplever de at bestemmelsene samsvarer med det de har behov for av styringsinformasjon?

I den andre delen fokuseres det på rapportering og resultatoppfølging. Hvor krevende oppleves rapporteringen og hvordan følges rapporteringen og resultatene som fremkommer opp i praksis?

Et hovedinntrykk fra det empiriske intervjumaterialet er at utvalgsenhetenes hovedfokusområder er ensartet uten at driften er ensartet. Styringsdokumentet inneholder krav til trygg kirurgi også for den enheten som ikke driver med kirurgi. Dette innebærer at enhetene bruker tid å dokumentere at dette er vurdert og noen ganger tid på å tyde hva enkelte mål innebærer for enheten. Informantene oppgir at de bruker tid på å definere mål og om målet i det hele tatt er aktuelt for enhetens drift. Dette oppleves som lite hensiktsmessig tidsbruk.

Bestemmelsene i styringssystemet er etter hvert er godt innarbeidet i driften ved enhet A i følge informantene. Styringssystemet er satt i system og det er lite motstand internt i enheten. Informantene ved enhet A opplever at styringsinformasjonen de får via styringssystemet samsvarer med behovet. Noen mål gir lite mening og blir mer som en pliktøvelse i følge informantene ved enhet A, men ingen av informantene peker på ressursbruk og stress som negative sider ved systemet. Under samtalene var det ingen av informantene ved enhet A som snakket om lojalitet til styringsteknikken. Det informantene fokuserte på var at styringsteknikken er innført, den gir god styringsinformasjon og informantene hadde få kritiske bemerkninger til mål- og resultatstyringssystemet, men det fremkom at noen av informantene ved enheten ikke opplevde alle mål som meningsfulle.

Informantene ved utvalgsenhet B stiller spørsmål til innholdet i bestemmelsene i mål- og resultatstyringssystemet. Eksempelvis til utformingen av mål og hvorfor akkurat denne type mål er valgt, men informantene angir at til tross for kritiske bemerkninger så forholder de seg lojalt til bestemmelsene. Informantene ved enhet B oppgir at de ikke i tilstrekkelig grad får den styringsinformasjonen de har behov for via styringssystemet. De må derfor bruke tid på utvikle sine egne rapporter som kan gi styringsinformasjon helt ned på hver enkelt seksjon.

Det er i stor grad utformet resultatmål/ - krav som peker på tilhørende delmål, j.fr forløpstider for kreftpasienter. Resultatmålene er i stor grad mål på aktiviteter, og ikke mål på samfunnseffekten.

Rapportering og resultatoppfølging er godt innarbeidet ved begge enheter i følge informantene. Ved enhet A oppgir informantene at rapporteringen er satt i system og man bruker lite krefter på å vedlikeholde systemet, men at man hele tiden må være årvåken fordi det er lett å gjøre feil. Når enhet A ikke når sine mål så brukes det tid på å analysere avvik. Denne analysen bidrar igjen til bedre styring, kontroll og oversikt i følge informantene.

Enhet B oppgir at det går mye ressurser med til rapportering og kontrollfunksjon.

Det informantene ved enhet B trekker frem som det mest negative med styringssystemet er ressursbruken som går med til å passe på at de gjør det de skal. Under samtalene kom det frem at informantene opplever at den omfattende rapporteringen noen ganger virker mot sin hensikt, fordi det er selve rapporteringen som blir viktig og ikke resultatet som fremkommer. I tillegg trekker informantene ved utvalgsenhet B frem at stress er en negativ faktor. Manglende måloppnåelse medfører stress for ansatte som ikke når sine mål.

I forhold til resultatoppfølging og bruk av informasjonen viser funn at det er få insentiver i forhold til oppnådde resultater. Respondentene trekker frem at belønningssystemet består av ”heder og ære” og at de har en god følelse ved måloppnåelse.

I hvilken grad informasjonen som fremkommer gjennom rapportene blir brukt i den videre styringen ser ut til å være hovedsakelig når enhetene har manglende måloppnåelse.

Respondentene rapporterer at de bruker mye tid på å forklare manglende måloppnåelse og på å undersøke hva avvik skyldes.

Rapportene er mange og detaljerte og at rapporteringsmengden øker er også grunnlag for en viss bekymring i utvalgsenhetene. Funn viser at fokus blir lagt til de områdene det rapporteres

på og andre områder får mindre oppmerksomhet. Resultatet kan bli at enhetenes helhetstenkning blir skadelidende.

Det er utviklet klare resultatkrav som til dels er svært detaljerte og dette får innvirkning på rapporteringen. Hovedtendensen i rapportene er at det rapporteres på ”output” og i liten grad på ”outcome”.

Dette kan tilsi at selve rapporteringen er en aktivitetsrapportering heller enn en resultatrapportering, og at kvalitative vurderinger i rapporteringen først og fremst skjer når det er avvik i forhold til plantall, når aktiviteten ikke har vært som forventet. På denne måten vil det ikke avdekkes utfordringer som enhetene har dersom kvantitative mål er nådd. Måloppnåelse blir fokus, utfordringer som ikke lar seg tallfeste blir i liten grad belyst.

Resultatoppfølgingen er løpende og utvalgsenhetene blir fulgt opp tett fra overordnet nivå.

Utvalgsenhetene har en stor grad av bevissthet rundt målene som er satt og styringsdialogen er formalisert.

Enhetene kan ikke unndra seg rapporteringen i forhold til resultatkrav som settes i styringsdokumentet, men det kan være vanskelig å sette resultatene inn i en større sammenheng, eksempelvis forholdet mellom samfunnsnytt og ressursbruk.

Resultatene er presentert ved plantall, samt en kvalitativ vurdering av resultatene dersom enheten har manglende måloppnåelse. Funnene viser at det rapporteres etter et fastlagt system, men enhetene oppgir ulikt tidsbruk når det gjelder rapportering. Enhet A oppgir at dette er satt i system og at det er lett å forholde seg til. Enhet B oppgir at de bruker mye tid på å kontrollere at rapporteringen er korrekt.

Begge enheter rapporterer at noen ansatte ignorerer bestemmelsene. Dette kan tolkes som at noen ansatte velger å ikke forholde seg til oppgaver som ikke gir dem mening og stemmer overens med egne ønsker og behov. Oppgavene blir valgt bort, andre må overta og dette har igjen innvirkning på hvordan enhetene velger å organisere seg. Begrenset kunnskap om sammenheng mellom mål og virkemidler samt ressursinnsats og resultat kan føre til at utøvelse av profesjonelt skjønn og erfaring blir utgangspunktet for styring.

Når noen utøver motstand mot bestemmelsene, så løses dette ved at de blir fratatt oppgaver, eller at de får hjelp av andre til å oppfylle bestemmelsene. Ansatte som ignorerer

bestemmelsene i styringssystemet, frikobles fra dette arbeidet. De får holde på med sitt, mens enhetene som helhet ikke unndrar seg bestemmelsene i følge informantene.

Informantene ved begge enheter trekker frem at de er systemlojale, men kommer også med eksempler på det de ikke rapporterer. Eksempelvis uønskede hendelser blir i liten grad rapportert, men snakket om. Det er altså en motsetning i det informantene oppgir å gjøre og det de faktisk gjør. Styring ovenfra er en forhandlingspreget ledelse som er rettet mot oppgaven og hvilket mål som skal nås. For ansatte og ledere i de ulike enhetene, så skal mål forenes med den faglige interessen som er hos alle som arbeider direkte med pasientene. Dermed oppstår diskusjoner i forhold til hva man faktisk gjør og hva som er meningen med det man blir pålagt. Nedenfra er systemet driftspreget og ledelse blir preget av drift. Så lenge de profesjonelle får holde på med sitt, levere helsetjenester innen et fagområde man interesserer seg for og innenfor et visst økonomisk handlingsrom så tilpasser man seg kravene. De profesjonelle velger selv hva de vil velge bort og hva de vil forholde seg til når det gjelder mål- og resultatstyringssystemet. Den klassiske arbeidsmåten for et profesjonelt fellesskap lever videre på tross av alle målstyringssystem. Dersom måloppnåelsen er god anses styringen som vellykket og lederne har levert som forventet.

Kapittel 6 Analyse på bakgrunn av de teoretiske perspektivene

6.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg komme nærmere inn på ulike forklaringer til de empiriske resultatene.

Først analyseres kobling mellom mål- og resultatstyring i praksis i de ulike undersøkelsesenheter. Dette gir et svar på problemstilling 1: *Hvordan brukes mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten, og virker dette styringsprinsippet etter intensjonene?*

I forlengelse av konklusjonen på problemstillingen vil jeg komme nærmere inn på ulike forklaringer til de empiriske resultatene. Forklaringene vil bli knyttet opp mot uavhengig variabel og opp mot de teoretiske variantene innenfor et instrumentelt perspektiv og et institusjonelt perspektiv. Dette kan forklare hvilken betydning og forklaringskraft de ulike teoriene har hatt i analysen og bidrar til å belyse problemstilling 2: *Hvordan kan vi forstå og forklare ulik praktisering og eventuelle mangler i målstyringssystemet sett i forhold til intensjonene?*

6.2 Praktisering av mål- og resultatstyring i utvalgsenheter

Mål- og resultatstyringen skal gi mer informasjon om verdiskapningen i form av informasjon om produktivitet, effektivitet, rettferdighet og pålitelighet enn det tradisjonell budsjettstyring, atferdstyring, fagstyring og regelstyring gir. Dersom resultatmålingene skal være beslutningsrelevante, må resultatindikatorene være gyldige, pålitelige og resultatmålingene må ta hensyn til informasjonsøkonomi og begrenset rasjonalitet (Johnsen, 2007).

Kontrollaspektet ved mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten er sterkt uttrykt gjennom styringsdokumentene og rapporteringskravene er omfattende. Funn viser at målhierarkiet ser ut til å dreie seg mer og mer mot kvantifiserbare mål, eksempelvis 80% av kreftpasientene har oppfølging innenfor anbefalte forløpstider, 100% av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager og gjennomsnittlig ventetid skal være 65 dager. Modellen er toppstyrt og rapporteringen er i all hovedsak kvantitativ. Dette samsvarer med funn fra Samstad (2005).

Kvalitative målformuleringer finnes, men er betydelig mindre fokusert enn de kvantitative.

Funn viser at informantene er godt kjent med mål- og resultatstyringsteknikken. Kompetansen synes å være god og kommunikasjonen innad i foretaket er god mellom den administrative ledelsen og utvalgsenheter. En av årsakene til dette kan være at i denne undersøkelsen så er

det kun ledere som er intervjuet og samtlige av informantene innehar en nøkkelfunksjon i enhetene.

Informantene angir at måling gir en bevissthet i forhold til ressursbruk og at de faktisk gjør det de skal. Det kommer klart til uttrykk en viss skepsis og en bekymring i forhold til om det er de rette tingene som blir målt. Informantene reflekterer over at det som burde bli målt er det som synes igjen hos pasientene. Eksempelvis at sykepleierne har tid til å stoppe opp ved sengen, snakke med og lytte til pasientene som er innlagt. Hverdagen på en sengepost er hektisk og det blir antall liggedøgn som blir fokusert og ikke kvaliteten på gitt pleie i følge informantene.

Teorien sier at resultatstyring passer best når det er lett å måle resultatene og når det er lite konflikt om målene og virkemidlene (Op.cit.).

Intervjumaterialet ved enhet A viser at deler av teknikken oppleves som lite hensiktsmessig i form av pålagte oppgaver som gir lite mening for driften. Eksempelvis så angir informantene at en del av mål- og resultatstyringsarbeidet oppleves som unødvendig. De opplever å stå i en hverdag full av paragrafer, krav og rapporteringer og at dette tar tid bort fra ledelse og de som lederne skal ha oppmerksomheten på, pasientene. På den andre siden så viser intervjumaterialet ved enhet A også en positiv holdning til styringsteknikken. Den oppleves som meningsfull, den bidrar til fokus og en bevissthet i forhold til hvordan enheten bruker ressursene sine. Forholdet til styringsteknikken er litt ambivalent. Intervjumaterialet viser at teknikken er implementert og koplet til praksis innad i enheten. Enheten rapporterer på det som blir etterspurt og når enheten ikke når sine mål så brukes det tid på å analysere og rette opp.

Utvalgsenhet B stiller mer kritiske spørsmål til hvilke mål som er valgt og til nøyaktigheten på rapporteringen. Informantene viser til at det finnes uendelig mange rapporter i det administrative pasientstyringssystemet, men det er vanskelig å få oversikt over hvordan tallene i rapportene fremkommer. Eksempelvis så kan feilregistrering, at ting registreres på ulik måte eller at registrering blir glemt medføre at rapporteringen blir beheftet med feil. Dette samsvarer med funn fra rapport fra Riksrevisjonen (2012) som viser resultatet av de regionale helseforetakenes registrering av resultatoppnåelse og måloppnåelse for ventetider. I rapporten vises det til at kvaliteten på spesialisthelsetjenestens rapportering er mangelfull og det er risiko for at rapporteringen ikke er i samsvar med regelverket.

Intervjumaterialet stiller seg kritiske til enkelte styringsparameter som er valgt.

Informantene trekker frem eksempel på at enheten burde måles på resultat etter operasjon og ikke antall operasjoner som er gjennomført. Kritikkk mot styringsparameter samsvarer med funn Rypestøl (2008) har gjort.

Intervjumaterialet viser at det er en bekymring for at helhetstenkningen innad i enheten blir skadelidende fordi oppfyllelse av spesifikke mål får mest fokus.

Til tross for kritiske merknader så tilpasser enhetene seg lojalt til styringsteknikken og mål- og resultatstyringsarbeidet blir ivaretatt av ledergruppen. Informantene er systemlojale, men blir slitt mellom lojalitet til systemet og lojalitet til drift og resultat. utfordringer som oppstår som følge av forekomsten av den horisontale avhengigheten blir ikke fokusert i mål- og resultatstyringsmodellen, da denne modellen forutsetter at oppgavene i spesialisthelsetjenesten kan splittes opp på mange enheter og at hver enkelt enhet kan styres ovenfra og ned. Dette blir problematisk der det er en horisontal avhengighet, eksempelvis der enheter er avhengig av andre enheter for å innfri plantall eller der pasientinntaket ikke kan detaljstyres fra dag til dag.

Ved begge enheter så finnes det ansatte som ignorerer enkelte bestemmelser i mål- og resultatstyringssystemet. Eksempelvis ansatte som ikke opplever det viktig å rapportere uønskede hendelser, men oppgir at det å snakke om hendelsene er viktigst og det som bidrar til mest lærdom. Imidlertid så blir enhetene målt på antall ferdigbehandlede saker i forhold til uønskede hendelser, og kan følgelig ikke unndra seg denne rapporteringen. Enhetene løser dette ved å frikople ansatte som unndrar seg bestemmelsene, de blir skjernet, og andre ansatte overtar oppgavene. Vi må alltid forstå handling ut fra den konkrete sosiale konteksten aktørene handler innenfor (Bukve, 2012). Enheten blir målt, men enkelt personer velger selv hvilke bestemmelser de ønsker å følge. I følge Christensen et. al (2013) så kan det utvikle seg operasjonelle mål som er temmelig løst koplet til de offisielle målene, det vil si at det skjer en målforskyvning. Kulturelle normer og motstand bidrar til modifisering og endring av mål.

Variasjonen i de to utvalgsenhetene når det gjelder praktisering av mål- og resultatstyringsteknikken er svært liten til tross for ulike oppgavetyper. Enhet A involverer alle ansatte i mål- og resultatstyringsarbeidet. Enhet B informerer alle ansatte, men noen få personer har ansvaret for å iverksette bestemmelsene i mål- og resultatstyringsarbeidet.

Funn i studien støtter opp om at mål- og resultatstyring har fått innpass som styringsfilosofi i spesialisthelsetjenesten og at informantene, som alle var ansatt i lederstillinger, i stor grad var positive til styringsteknikken. Dette samsvarer med tidligere studier av mål- og resultatstyring.

Sammen med elementer fra et instrumentelt perspektiv ga valget av utvalgsenheter grunnlag for å forvente en forskjellig praktisering av mål- og resultatstyringen. Det var forventninger om at en enhet som lett kan sette mål på oppgaver, eksempelvis antall operasjoner, i større grad ville kunne implementere mål- og resultatstyring i sin praksis.

Ut fra et instrumentelt perspektiv, og en rask tilkobling mellom organisasjonsside og praksis, så var det forventet at den kirurgiske utvalgsenheten ville ha gode forutsetninger for å implementere mål- og resultatstyringsprinsippene i virksomheten. Forventninger basert på denne tankegangen var at utvalgsenheten som vanskeligere kan måle sin drift, har stort innslag av ikke planlagte pasienter, ville ha mer problemer med å implementere mål- og resultatstyringsteknikken.

Funn viser at dette ikke er tilfellet. Begge enheter har mål- og resultatstyring som bærende prinsipp. Den enheten som var forventet å være mest positive til teknikken har flest kritiske innvendinger.

Funn viser at praksis i utvalgsenhetene stemmer overens med prinsippene for mål- og resultatstyring, og styringsteknikken har fått gjennomslag i utvalgsenhetene. Utvalgsenhetene har pliktoppfyllende iverksatt mål- og resultatstyring, de lokale tilpasningene og oversettelsen av styringsteknikken er noe ulik, men totalt sett så er variasjonene små. Administrative styringssystemer blir flere, kontrollen med den enkelte enhet øker og kravet om at mål- og resultatstyringsteknikken skal være overordnet styringsstruktur blir strammet inn som følge av styringssystemene. Det blir vanskeligere å omgå overordnede styringssystem. Sentralisering av ledelse, styringsverktøy, tiltakende standardisering av arbeid medfører at det blir vanskeligere å unndra seg bestemmelsene i mål- og resultatstyringssystemet.

6.3 Spiller organisasjonskulturen inn på hvordan mål- og resultatstyringssystemet blir implementert?

Tidligere i oppgaven er det konkludert med at det ikke vil være tilfelle med fullstendig frakopling av bestemmelsene siden dette er en instruks til enhetene, men bestemmelsene i mål- og resultatstyringssystemet kan koples fra praksis innad i enheten.

Organisasjonskulturen som forklaringsfaktor har sammenheng med en tanke om frakopling av bestemmelsene i mål og resultatstyringssystemet. Elementer fra den institusjonelle varianten viser at holdninger og organisasjonskultur som finnes i utvalgsenhetene kan si oss i hvilken grad det verdimeslige grunnlaget i mål- og resultatstyringsteknikken stemmer overens med den oppfatningen som finnes i enhetene. Institusjonell teori benytter begrepene kompatibilitet/inkompatibilitet.

Intervjumateriale viser at det er en mer positiv holdning til teknikken ved utvalgsenhet A. Til tross for at deler av teknikken gir lite mening for informantene så rapporterer de i henhold til det som er bestillingen. Det stilles få kritiske spørsmål til teknikken og enheten har tilpasset seg systemet. Eksempelvis ved manglende måloppnåelse så bruker enheten tid på å finne årsaken til dette.

Utvalgsenhet B har flere kritiske refleksjoner rundt innholdet i styringsteknikken, måten det måles på og at fokus blir tatt bort fra det som ligger bak tallene. Når målet er nådd så er det ingen som etterspør hvordan målet ble nådd og omkostningene måloppnåelsen hadde for andre driftsområder. Måten enhet B har valgt å løse bestemmelsene i mål- og resultatstyringsteknikken er å ansvarlig gjøre noen få nøkkelpersoner.

Det skjer lokale fortolkninger innad i enhetene, utvalgsenhet A oppgir å engasjere alle ansatte. Utvalgsenhet B orienterer ansatte, mens arbeidet med mål- og resultatstyringen blir tatt tilbake til noen få ansvarlige.

Intervjumaterialet viser at noen ansatte selv definerer hvilke deler av mål- og resultatstyringsteknikken de velger å forholde seg til. De adopterer bare deler av oppskriften fordi noen elementer oppfattes som upassende (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Organisasjonskultur forbindes med de uformelle normene og verdiene som vokser fram og har betydning for livet i og virksomheten til formelle organisasjoner (Christensen et. al, 2013). Når det gjelder rapportering av uønskede hendelser så oppgir begge utvalgsenhetene at lite blir rapportert, men diskutert og snakket om. Den klassiske arbeidsmåten for et profesjonelt fellesskap lever videre på tross av alle målstyringssystem. Informantene ved begge enheter stiller seg uforstående til at det blir meldt så få saker. Enhet A har forsøkt å løse dette ved å informere på tverrfaglige internundervisninger. Ved enhet B er det lederne som informerer sine respektive ansatte. Til tross for dette så viser funn at fagfellesskapet lever side om side med mål- og resultatstyringsteknikken.

Intervjumaterialet viser at det er en mer positiv holdning til mål- og resultatstyring som styringsteknikk ved enhet A enn ved enhet B. Enhet B uttrykker i større grad at mål- og resultatstyring som system ikke utelukkende passer til den type oppgaver som skal utføres, og den type organisasjon sykehus er. Eksempelvis så foregår det lite måling av direkte helseeffekt, mens aktivitetsmål som liggedøgn og ventetid har stor oppmerksomhet. Informantene i enhet B opplever at målene kan romme stor usikkerhet. Eksempelvis feil registrering i det administrative systemet kan medføre feil rapportering. Organisasjonskulturen spiller en vesentlig rolle for hvordan mål- og resultatstyringsteknikken blir gjennomført og hvilken forankring den får innad i utvalgsenhetene.

Dette samsvarer med funn gjort av Ørnsrud (2002), som har oppsummert to studier som har sett på bruken av mål- og resultatstyringsprinsipper. Disse viser at det er en forskjell i verdigrunnlaget for mål- og resultatstyring. Offentlige institusjoner bygger på en politisk logikk, mens mål- og resultatstyringsteknikken bygger hovedsakelig på en administrativ logikk. Ut fra den administrative logikken er klarhet i mål- og resultater en forutsetning. Når det gjelder offentlig virksomhet er hovedproblemet at en ikke greier å måle de rette tingene (Op. cit.). Dette kan peke på hvilken betydning holdningene innad i enhetene har å si for måten å praktisere mål- og resultatstyring.

6.4 Har oppgavetype innvirkning på hvordan mål- og resultatstyringen praktiseres i utvalgsenhetene?

Teoriene som er benyttet har vist at innenfor de instrumentelle teoriene så vil en hierarkisk målstyring fungere best ved enkle og lett målbare mål. Ved kompleksitet så kan agenter lettere unndra informasjon og utnytte informasjonsasymmetri. Ut fra dette er det en forventning om at en kirurgisk enhet vil være lett å styre, og at det vil være enkelt å operasjonalisere tallet på operasjoner opp mot måltall, og en vellykket operasjon opp mot en mislykket operasjon.

Intervjumaterialet viste at dette ikke var tilfellet. Årsaken ble oppgitt å være at for å få operasjonalisert antall operasjoner så var enheten avhengig av tilgang på nok støttetjenester som anestesi og oppvåkningstjenester. Manglende kapasitet hos disse støttetjenestene er oppgitt å være årsak til enhetens fristbrudd, enheten har ingen fristbrudd knyttet til den delen av driften der enheten ikke er avhengig av disse støttetjenestene for å få utført oppgavene. Den horisontale avhengigheten mellom enhetene bidrar her til å presse mål- og resultatstyringsteknikken. Mål- og resultatstyringsteknikken forutsetter at oppgavene i

spesialisthelsetjenesten kan splittes opp på mange enheter og at hver av disse kan styres ovenfra og ned. Intervjumaterialet viser at dette blir problematisk når det eksisterer en uvisshet og avhengighet som blir skapt på tvers i organisasjonen, den horisontale avhengigheten. Den horisontale avhengigheten blir problematisk for enhetene, og dette er noe mål- og resultatstyringsteknikken ikke tar inn over seg,

Ut fra teorien om prinsippal-/ agent teori og kjennetegn ved enhetenes uavhengige variabel, så var det forventet at mål- og resultatstyringen er rettet mot samfunnsmessige resultater. Når det gjelder resultatmål og rapporteringskrav kan det være vanskelig å formulere gode samfunnsmessige resultat. Funn viser at det gradvis forsøkes å utforme resultatmål opp mot samfunnsmessige resultater. Eksempel her er resultatmålet at 80% av kreftpasientene skal ha oppfølging innenfor anbefalte forløpstider, dette sier noe om nytteverdien for pasientene og samfunnet.

Ut fra prinsippal-/ agent teori så er det forventet at innholdet i styringsdokumentet, mål og resultatkrav vil være konsentrert rundt aktiviteter og oppgaver. Disse forventningene støttes både gjennom styringsdokumentene og intervjumaterialet.

Gjennomgangen viser at målhierarkiet utvikler seg og at det i større grad fokuseres på resultatmål som tallfestes. Denne utviklingen av målhierarkiet har etter systematikken i mål- og resultatstyringen betydning for rapportering og resultatoppfølging og er viktige elementer i styringsteknikken. Funn viser at det i økende grad er fokus på resultatoppfølging og at denne informasjonen brukes systematisk. Det blir mer vanlig å tallfeste oppgavene og tjenestene, eksempelvis gjennomsnittlig ventetid 65 dager. Dette bidrar til at rapporteringen konsentreres rundt aktiviteter. Hvordan målene ble nådd og hvilke konsekvenser denne måloppnåelsen har for øvrig drift blir ikke avdekket og vist interesse. Dersom enhetene har nådd sine tallfestede mål, så anses styringen som vellykket. Det som ligger bak tallene blir gitt lite eller ingen oppmerksomhet.

I innledningen beskrev jeg hvordan jeg selv som leder har opplev å stå i en situasjon der kapasitetsutfordring ikke lot seg telle. Enheten hadde ingen fristbrudd for pasienter tiltrengende en spesiell type behandling og dermed var det vanskelig å argumentere for behovet for kapasitetsutvidelse. Intervjumaterialet viser at også de sliter med noe lignende. Dersom en enhet opplever fristbrudd som følge av manglende kapasitet horisontalt i organisasjonen, så er det enheten som har fristbrudd pasienter som blir ansvarliggjort, og ikke

den enheten som er årsak til at fristbrudd oppstår. Den horisontale avhengigheten blir i liten grad fokusert. Intervjumaterialet slites mellom lojalitet til systemet og lojalitet til drift og resultat.

6.5 Perspektivene og betydningene av disse i analysen.

Det teoretiske rammeverket inneholder både en utfyllende og en konkurrerende dimensjon og det bidrar til at det er nødvendig også å belyse hvilke perspektiver som vil være mest hensiktsmessig for å forklare funn.

I det følgende vil jeg diskutere betydningen og forklaringskraften til de to hovedperspektivene, og under disse betydningene og forklaringskraften til de teoretiske undervariantene.

6.5.1 Det instrumentelle perspektivet

Dette perspektivet ble benyttet for å kunne si noe om mål- og resultatstyring og praksis i undersøkelsesenheter. Basert på dette perspektivet så var det forventet at enhetene ville handle formålsrasjonelt ved utførelse av pålagte oppgaver og at resultatet av handlingene ble som forventet. Forklaringskraften ut fra denne teorien er at det er kopling mellom mål- og resultatstyring og praksis.

Hierarkimodellen

Analyse på bakgrunn av dette perspektivet forventes å si noe om sammenhengen mellom styringsdialog, styringsdokumenter, målstruktur, rapportering og resultatoppfølging.

Det var forventet at det var en sterk sammenheng mellom dokumenter og målstruktur. Gjennom over- og underordningsforholdet i foretaket som hierarki var det forventet at den administrative ledelsen, som det øverste og styrende leddet, utformer resultatkrav til underliggende enheter. Hierarkimodellen forutsatte altså en toppstyrt prosess der rapportering skjer i forhold til forhåndsbestemte resultatindikatorer og rapportering skjer i henhold til ledelsens informasjonsbehov. I denne modellen er det samsvar mellom målene til over- og underordnet og det er derfor ikke nødvendig med et insentiv- og belønningssystem. Forholdet mellom over- og underordnet er bygget på tillit og lojalitet til systemet og ønsket adferd skjer gjennom disiplinering og kontroll i følge Læg Reid og Olsen (sitert i Helgesen, 2001).

Hierarkimodellen synes ut fra innhentet materiale, styringsdokumenter og intervju, å ha stor forklaringskraft i forhold til styringsdialogen som foregår mellom over- og underordnede

enheter. Utarbeidelse av styringsdokumenter, formelle møter og formulering av mål og resultatkrav kommer fra toppen av hierarkiet og nedover i systemet og blir ganske konkret når det når ut i de underliggende enhetene. Eksempelvis resultatmål som at 100% av epikrisene skal være sendt ut innen syv dager og det skal ikke være korridorpatienter. Når målene er gitt så skal resultatene dokumenteres, rapporteres og kontrolleres. Samtidig blir det presisert at alle tidligere mål står ved lag. Målene skal rapporteres tilbake og for å føre tilsyn med at dette skjer så har overordnet myndighet organisert seg med statlige tilsyn og hvert tilsyn har sine egne rapporteringssystemer som skal følges. Alle disse bestemmelsene skal gjennomføres på det nederste nivået, ute i enhetene.

Spesialisthelsetjenesten er bygget opp rundt hierarkiske prinsipper, der det er en rangordning mellom over- og underordnet. Styringsdokumentenes innhold kan karakteriseres som en instruks til de underliggende enhetene og at den tradisjonelle byråkratiske oppbygningen fortsatt består. Styringsdokumentene fra administrerende direktør blir overlevert de underliggende enhetene i foretaket og dokumentet er basert på krav og forventninger kommunisert i budsjettprosessen og bestillingene fra regionalt helseforetak og departement.

Intervjuene tyder på at styringsdokumentet oppfattes som en instruks til enhetene snarere enn en avtale og dette indikerer at det ikke er to likeverdige parter, men overordnet som instruerer underordnet. Eksempelvis så oppgir informantene at de lojalt forholder seg til de oppgavene de blir pålagt. Den administrative ledelsen utformer resultatkrav, mens de underliggende enhetene har frihet til å bestemme hvordan resultatkravene skal oppnås. Utvalgsenhetene bestemmer selv hvordan de vil organisere seg internt.

Målstyringsmodellen forutsetter vertikale styringslinjer, men den får problemer når det eksisterer uvisshet og avhengighet som blir skapt på tvers i organisasjonen. Eksempelvis når en enhet er avhengig av tjenester fra andre enheter for å innfri sine mål eller når det ikke er mulig å tallfaste antall konsultasjoner fra dag til dag. Informantene oppgir å blir slitt mellom lojalitet til systemet og lojalitet til driften og resultatene.

Av og til gjør ikke organisasjonsmedlemmene det som blir forventet av dem, de velger bort oppgaver og det skjer en målforskyvning. Eksempelvis ansatte som i en travel hverdag velger bort å ferdigstille epikrise for utskrevne pasienter og heller fokuserer på arbeidsoppgaver i forhold til pasienter som er innlagt her og nå.

For å kunne hanskes med en kompleks verden må offentlige organisasjoner og deres medlemmer velge ut noe og noen de fokuserer på, ellers får de oppmerksomhets- og kapasitetsproblemer (Christensen et. al 2013).

Funn viser at hierarkimodellen kan forklare problemstillingen med hvordan mål- og resultatstyringsprinsipper brukes i spesialisthelsetjenesten. Nye styringsprinsipper lever side om side med eldre organisasjons- og styringsformer. Oppgaver som velges bort av noen ansatte blir overtatt av andre ansatte. De som velger oppgaver bort blir på den måten skjermet. Enhetene praktiserer mål- og resultatstyring, men funn viser at det tradisjonelle fagfellesskapet lever i beste velgående side om side med mål- og resultatstyringssystemet.

Prinsipal-/ agent teori

Hovedfokus i denne teorien er kontrakten mellom over- og underordnet, styringsdokumentet. I følge teorien er aktørene opptatt av å nå egne mål, slik at det er en målkonflikt mellom over- og underordnet. Det er fokus på at det finnes en asymmetrisk informasjonssituasjon. Dette innebærer at agenten besitter mer informasjon enn prinsipalen. For å veie opp for denne asymmetrien i informasjonstilgangen iverksetter prinsipalen kontrollrutiner for å sikre måloppnåelse. Teorien forventer at agenten vil rapportere det som best passer i henhold til egne mål.

Prinsipal-/ agent teorien synes ut fra dette materiale å ha liten forklaringskraft i sammenheng med hvilke type oppgaver som utføres og på måten mål- og resultatstyringen praktiseres i undersøkelsesenheter.

Funn tyder på at styringsdokumentet ikke kan karakteriseres som en kontrakt i henhold til prinsippene i prinsipal- / agent teorien. Dokumentet har mer form av å være en avtale mellom to parter. Årsaken til dette kan være at virkeligheten ute i undersøkelsesenheter blir for mangfoldig og kompleks til at dette kan karakteriseres som en kontrakt i henhold til prinsippene i prinsipal-/ agent teorien. Intervjumaterialet viser at svært mange av pasientforløpene ikke kan standardiseres på en entydig måte. Eksempelvis så rapporterer utvalgsenhet B at mange av de operative inngrepene har høy risiko og at dette krever døgnkontinuerlig beredskap. Denne pasientgruppen har på grunn av sitt kompliserte sykdomsbilde stort behov for tverrfaglige helsetjenester, gjentatte sykehusinnleggelser og tett oppfølging fra fagmiljø med høy kompetanse. Dette innebærer en variasjon som det er vanskelig å oppnå gjennom standardiserte retningslinjer og pasientforløp. Standardiserte

forløp kan være effektivt i tilfeller der klinisk praksis er tydelig og målbar, men der virkeligheten er mer kompleks blir dette problematisk.

Teorien forutsetter at det er en konflikt mellom prinsipal og agent. Ut fra denne teorien vil det ikke alltid være samsvar mellom den administrative ledelsens mål og de underliggende enheter. Det empiriske materialet får ikke frem at så er tilfellet. Snarere tvert i mot, agentene rapporterer lojalt det som er forventet, men blir slitt mellom lojalitet til systemet og lojalitet til drift og resultat. De unndrar seg ikke informasjonsbehovet til prinsipalen, men tilnærmingen og måten rapporteringen foregår løses litt ulikt innad i undersøkelsesenheter. Eksempelvis så utarbeider enhet B egne rapporter for bedre å måle det som etterspørres. Enhet A løser dette ved å bruke tid på å avdekke årsakene til manglende måloppnåelse.

Teorien har begrensinger i forhold til empirisk materiale av denne karakter. Agenten har liten mulighet til å sende ufullstendige rapporter oppover i systemet. Rapporteringen skjer via pasientadministrativt system etter fastlagt system og agenten har i liten grad mulighet til å unndra seg dette.

Intervjumaterialet viser imidlertid at der agentene selv kan velge ut om de vil rapportere, eksempelvis uønskede hendelser, så kan de unndra seg dette. Når det gjelder rapportering av uønskede hendelser så opprettholder agentene fagfellesskapet ved å snakke om feil og avvik i stedet for å rapportere det oppover i systemet. Materialet inneholder ikke funn som viser at, liten eller mangelfull rapportering av uønskede hendelser, får konsekvenser for enhetene.

Fravær av belønning og sanksjoner gjør at insentivsystemet i prinsipal-/ agent teorien ikke får noen forklaringskraft i dette empiriske materialet.

Fravær av profitt som mål for utførelse og resultat medfører vanskeligheter med resultatmåling, blant annet fordi vederlag og belønning for gode resultater, eller sanksjoner for dårlige resultater ikke blir brukt (Helgesen 2001).

Intervjumaterialet viser til det pågangsmotet og stå på viljen som ansatte viser når pasientmengden er stor, det er få ansatte på jobb og de allikevel klarer å få alle pasientene utredet, behandlet og dermed unngå fristbrudd. Til tross for ekstra innsats og måloppnåelse så gis ansatte ingen belønning i form av eksempelvis bonus eller ekstra fri. Informantene oppgir at belønning skjer i form av god omtale og ”heder og ære”.

Intervjumaterialet viser at agenter som unnlater å følge bestemmelsene ikke blir sanksjonert. Fagpersoner har gjennom utdanning og praksis utviklet høy kompetanse på å sørge for god diagnostikk, behandling og omsorg til pasienter. Den faglige integriteten er gjerne stor og rapporteringsoppgaver som kommer på toppen av alle primæroppgaver kan oppleves meningsløse og tiden strekker ikke til. Det viktige for mange fagpersoner kan være å prioritere primæroppgaver, og at de velger bort andre oppgaver. Det er kanskje mer meningsfylt for en kirurg å få gjennomført et operativt inngrep enn å ferdigstille en epikrise. Eller at rapporteringssystemet for uønskede hendelser oppleves så tungvint i bruk at hendelsene heller blir diskutert og snakket om. Enheten totalt sett må imidlertid sørge for at disse oppgavene blir ivaretatt. Internt i enhetene løses dette ved at de som unnlater å følge bestemmelsene blir fratatt oppgavene og andre må overta. Eksempelvis det ansettes egne personer som skal hjelpe agenten med behandling av uønskede hendelser. Funn viser at ansatte som overtar oppgavene eller pliktmessig utfører oppgavene opplever dette som at de blir sanksjonert, og de som ikke forholder seg til det de er pålagt blir belønnet i form av å slippe unna oppgaver.

6.5.2 Det institusjonelle perspektivet

Det institusjonelle perspektivet tar utgangspunkt i at organisasjoner ikke er et verktøy for ledelsen, men er selvstendige verdibærende enheter. Institusjoner er regulert av underliggende oppfatninger, konvensjoner, normer og regler som til enhver tid definerer hva som er passende adferd (Bukve, 2012). Dette perspektivet blir ofte satt opp som en motsats til det instrumentelle perspektivet. Denne oppgaven bygger på to underliggende varianter av dette perspektivet.

Institusjonelle organisasjoner

Denne varianten legger vekt på hvordan en reform blir mottatt, eksempelvis hvordan mål- og resultatstyring praktiseres i spesialisthelsetjenesten. Dette kan gi svar på koblingen mellom mål- og resultatstyring og praktiseringen av denne styringsteknikken.

Den dominerende forståelsen av etablering av organisasjonskultur er at de uformelle, institusjonelle normene og verdiene gradvis vokser fram gjennom evolusjonære, naturlige utviklingsprosesser, der en organisasjon gradvis tilpasser seg indre og ytre press (Christensen et al, 2013). Kultur er altså noe organisasjonen er. Sykehus har legitimitet på grunnlag av faglig kultur, autonomi og hva det faktisk produserer, spesialisthelsetjenester.

Indre press som opphav til institusjonelle trekk, representerer de uformelle normene og verdier som organisasjonsmedlemmene bringer med seg inn i organisasjonen og gjør gjeldene der (Op. cit.). Ved sykehus vil ulike profesjoner bringe med seg uformelle normer og verdier inn i organisasjonen. Sosiale prosesser knyttet til den virksomheten sykehus driver kan også virke inn. På bakgrunn av dette utvikles det en organisasjonskultur. I tillegg vil ytre press ha betydning for de institusjonelle trekkene som utvikles. Aktører i omgivelsene som sykehuset samhandler med har altså betydning for utvikling av institusjonelle trekk. Eksempelvis bevilgende myndigheter eller medieoppslag vil kunne påvirke utviklingen av institusjonelle trekk.

Ut fra dette perspektivet var det forventet at praktiseringen av styringsteknikken ville frakoples praksis innad i enhetene dersom styringsteknikken ikke var teknisk og verdimesig kompatibel med enhetens normer og verdier.

Kompatibiliteten kan koples opp mot den uavhengige variabelen, oppgavetype.

Forklaringskraften til frakplingshypotesen synes ikke å være tilstede i det empiriske materialet. Bestemmelsene i mål- og resultatstyringssystemet er en instruks til enhetene og de kan ikke unndra seg disse bestemmelsene. Ingen av undersøkelsesenheterne unnlater å følge prinsippene fordi det ikke samsvarer med organisasjonskulturen. Enhetene har implementert styringsteknikken. Organisasjonskulturen har tilpasset seg verdigrunnlaget som ligger til grunn for aktiviteten i mål- og resultatstyringsteknikken.

Funn viser at måten utvalgsenheterne tilpasser seg verdigrunnlaget i mål- og resultatstyringsteknikken er litt ulik. Et sykehus vektlegger faglig kvalitet og faglig autonomi som en sentral kulturell verdi. Komplekse oppgaver som sykehus har, kan gi mer komplekse kulturelle profiler. Sykehus har utviklet seg fra å ha en lukket organisasjonskultur og være internt rettet til større åpenhet og økt fokus på at det skal drives kostnadseffektivt. Utvalgsenheterne ledere er ansvarlig for å ta avgjørelser både i forhold til å utvikle organisasjonskulturen eller velge å skjerme enkelt individer.

Utvalgsenhet B tilpasser seg verdigrunnlaget i mål- og resultatstyringsteknikken ved å skjerme enkeltindivider. Intervjumaterialet viser til at tempoet i enheten er så høyt at for å få gjennomført alle primæroppgaver så må ansatte skjermes og noen få blir ansvarlige for å iverksette styringsteknikken. Enkelt individer som ikke har tilpasset seg styringssystemet blir fratatt oppgaver og andre tar ansvar for at oppgavene blir gjennomført.

Vi må alltid forstå handling ut fra den konkrete sosiale konteksten aktørene handler innenfor (Bukve, 2012, s. 48).

Utvalgsenhet A har en mer rituell tilnærming til verdigrunnlaget i mål- og resultatstyringsteknikken. Enheten handler ut fra mål og intensjonene i den strukturen enheten befinner seg i. Bestemmelsene er implementert fordi det er nedfelt i foretakets bestemmelser. Intervjumaterialet viser til at når det er et styringssignal for hele organisasjonen da er det ikke oppgaver som kan velges bort, men noe som enheten faktisk må gjøre. Enheten er opptatt av prosedyrene og rammene mål- og resultatstyringen skal foregå innenfor. Det er fokus på kontroll og adferd og enheten har i stor grad fått de formelle kravene til styring på plass.

Intervjumaterialet viser at praktiseringen av prinsippene i mål- og resultatstyringssystemet er like mye påvirket av eksterne faktorer som de interne. Informantene er opptatt av at det de gjør skal være korrekt og at det skal kunne kontrolleres, eksempelvis at prioritering av pasienter skal ivaretas i henhold til prioriteringsforskriften og pasientenes ansiennitetsdato klart skal være definert.

... ”ellers kommer vi vel i avisen” ...

Dette innebærer at det går med mange ressurser til ren kontrollfunksjon, mer enn fokus på resultater. Frykt for reaksjoner fra omgivelsene gjør at organisasjonsmedlemmene bestreber seg på å sørge for at mål- og resultatstyringsarbeidet skjer i henhold til bestemmelsene.

Institusjonelle omgivelser

I følge denne teorien befinner organisasjonene seg i institusjonelle omgivelser, hvor de blir utsatt for eksterne og sosialt skapte normer for organisasjonsutforming. Organisasjonene må forholde seg til disse normene, og forsøke å implementere og reflektere dem utad, selv om de ikke nødvendigvis gjør organisasjonen mer effektiv (Christensen et.al., 2013).

Ytre press skaper legitimitetsbehov for organisasjonene. De kan ikke bare overleve ved å være effektive, de må også ha legitimitet i sine omgivelser (Røvik, 2009). Forventningene fra omgivelsene frikoples fra forventningene organisasjons medlemmene har. Mål og resultatkrav presenteres i dokumentene, men er ikke styrende for den aktiviteten som foregår innad i organisasjonen.

Det kan forklare enhetenes forhold til innholdet i styringsdokumenter og målstruktur. Det som står i disse dokumentene kan i noen grad ha liten sammenheng med oppgavene som skal løses. Funnene viser at mål og resultatstyringsdokumentene har en sammenheng med oppgaveutførelsen når det gjelder de fleste mål og resultatkrav, men disse kravene er ført ned til hver enkelt enhet uavhengig av oppgavetype og størrelse og dermed blir mål som ikke er realistiske ført ut til samtlige enheter, eksempelvis sjekkliste for trygg kirurgi er oppført også i styringsdokumentet for ikke kirurgisk enhet.

Formuleringer i styringsdokumentet kan være tatt inn som et symbol for omgivelsene, eksempelvis ingen korridorpasienter eller fastlagte forløpstider for ulike lidelser. Dette kan tolkes som at overordnet myndighet søker å oppfylle krav om effektivitet samtidig med legitimitet overfor omgivelsene.

Gjennom intervjumaterialet kommer det frem at mål- og resultatstyring er den styringsteknikken som gir organisasjonen legitimitet i omgivelsene. Spesialisthelsetjenesten forvalter årlig store summer og har en forpliktelse overfor samfunnet å dokumentere hvordan disse enorme ressursene brukes. Mål- og resultatstyring er i så måte det beste alternativet.

Inntrykk gjennom intervjuene er at enhetene prøver å holde seg til de kravene som settes ved mål- og resultatstyring, men at det kan være vanskelig å praktisere denne styringsteknikken da denne fokuserer på konkrete tall og ikke hva som ligger bak tallene. Dette samsvarer med funn som Ørnsrud (2002) har oppsummert, der det største problemet synes å ligge i det å kvantifisere og måle offentlig virksomhet, det er vanskelig å måle de rette tingene. Det er også vanskelig å tilskrive ansvar for resultater slik mål- og resultatstyringsteknikken krever.

Dersom man oppnår reduserte ventelister kan det være vanskelig å fastslå hvilke tiltak som resulterte i dette. Kompleksiteten i sykehus tilsier at det kan være mange virkemidler som medfører måloppnåelse.

6.6 Oppsummering

Det synes som om intensjonen ved å innføre målstyring i offentlige organisasjoner var å øke effektiviteten, bedre ressursbruken og redusere kostnadene ved å styre de ansatte til å arbeide etter presise mål, en instrumentell tilnærming til organisasjonen.

Analysen av funn viser at mål- og resultatstyring har fått gjennomslag som styringsteknikk i spesialisthelsetjenesten. Det finnes forskjeller innad i undersøkelsesenheter med hensyn til

praktiseringen av mål- og resultatstyring, men forskjellene var mindre enn antatt på bakgrunn av uavhengig variabel.

Hvordan brukes mål- og resultatstyring i spesialisthelsetjenesten, og virker dette styringsprinsippet etter intensjonene?

Funn i denne studien tyder på at mål- og resultatstyring er implementert i undersøkelsesenheter uavhengig av oppgavetype og omgivelser. Det politiske formålet med virksomheten er klargjort, eksempelvis så konkretiserer departementet i størst mulig grad de formål spesialisthelsetjenesten skal dekke og det er utarbeidet resultatmål i tilknytning til bevilgninger. Disse planene og målene blir ganske konkrete når de blir ført ut og ned til enhetene i spesialisthelsetjenesten. Strategiplanene trekker opp langsiktige strategier på bakgrunn av analyser. Det er utarbeidet styringsdokumenter med kvantitative resultatmål og resultatoppfølgingen er fastlagt etter faste rapporteringsrutiner. Funn i studien viser at det er enighet om målene som skal nås og intervju materialet finner ikke at det utøves aktiv motstand mot målene, men informantene har kritiske refleksjoner rundt målene. Respondentene handler som forventet og handler aktivt for å følge opp resultater og bruker tid på å analysere manglende måloppnåelse. Funn viser at forekomsten av horisontal avhengighet mellom enheter er noe som presser mål- og resultatstyringsmodellen, og er noe som denne modellen ikke fokuserer på.

Forklaringene til disse empiriske resultatene kan knyttes opp mot de teoretiske variantene innenfor et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv og dette kan gi svar på

Hvordan kan vi forstå og forklare eventuell ulik praktisering og eventuelle mangler i målstyringssystemet sett i forhold til intensjonen?

Et instrumentelt perspektiv forventer implementering av mål- og resultatindikatorer. Begge enheter har iverksatt styringsteknikken. Enheterne fokuserer på målene de blir målt på og er tydelige på at andre oppgaver kan bli skadelidende som følge av dette.

Når det gjelder måten utvalgsenheterne har tilpasset seg resultatindikatorer så viser funn at styringssystemene er av en slik art at man ikke kan unndra seg rapportering. Enheterne opptrer lojalt i forhold til det som er bestemt. Men ikke mer lojalt enn at de velger bort oppgaver når de vurderer målingen som lite hensiktsmessig. De adopterer deler av oppskriften (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Et institusjonelt perspektiv er mindre tilpasningsvillig og her kan det forventes at undersøkelsesenheterne i noen grad yter motstand mot mål- og resultatstyringssystemene. I hvilken grad resultatindikatorer som er valgt er kompatible med verdigrunnlaget i de ulike enhetene spiller også en rolle innenfor dette perspektivet. Funn viser at det innad i begge enheter er diskusjoner i forhold til krav fra overordnet myndighet kontra faget, men det er ikke lenger den motstanden det var. Enhetene stiller spørsmål til hvor hensiktsmessig systemet er, men rapporterer på det man blir bedt om. Enhetene følger lojalt opp bestemmelsene i styringsteknikken.

Når det gjelder resultatindikatorer som er valgt så stilles det spørsmål til om det er de rette indikatorer som er valgt, eksempelvis i stedet for å bli målt på antall operasjoner så burde man heller bli målt på resultat etter operasjonen. Faren er at det blir for stort fokus på de mål og resultatindikatorer som er valgt og for lite på øvrig arbeid. Refleksjonene og kritiske merknader til tross, så ser det ut til at motstanden mot styringsteknikken kun i liten grad er til stede hos informantene. Det er lokale oversettelser og lokale tilpasninger til styringsteknikken, men kontrollen med den enkelte avdeling øker og det blir vanskeligere å omgå styringsstrukturen og overordnede styringssystemer som er tatt i bruk. Enhetene har tilpasset seg styringsteknikken uavhengig av oppgavetype og omgivelser.

Metodiske begrensninger

Studien er basert på gjennomgang av styringssystemet i spesialisthelsetjenesten fra departementsnivå og ned til enheter i lokalt helseforetak, i tillegg til intervju med ansatte i to utvalgsenheter. Utvalget er hentet fra somatikken, og de er typiske enheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Valget av utvalgsenheter er tatt på bakgrunn av strategisk variasjon på uavhengig variabel. Det er to delvis ulike enheter som har ulik grad av kompleksitet i forhold til oppgavetype og omgivelser. Samtlige av informantene tilhører ledergruppen ved utvalgsenhetene.

Det er intervjuet kun seks informanter, så funn kan ikke generaliseres. Funnene kan allikevel sannsynliggjøres opp mot teori og tidligere forskning som jeg har gjort i kapittel 6. I tillegg så var svarene jeg fikk fra utvalget ved de to enhetene forholdsvis samstemte. Innad i hver enhet var det ingen som utpekte seg i stor grad i forhold til de andre.

Det er viktig for meg å påpeke at det ikke kan trekkes noen konklusjon på bakgrunn av forskjellene ved to enhetene og konkludere med at slik er forskjellen på en medisinsk og en kirurgisk enhet.

Det jeg føler jeg har fått frem er at målingen og rapportering er omfattende og viktige grep for å gi befolkningen innsyn i hvordan spesialisthelsetjenesten jobber, prioriterer og bruker ressursene. Imidlertid så fremkommer det at alle mål, krav, dokumentasjon, rapportering og kontroller som lederne må forholde seg til kan ta tid og fokus bort fra pasientene og helhetstenkningen innad i enhetene. I tillegg er forekomsten av horisontal avhengighet noe som mål- og resultatstyringsteknikken i liten grad fokuserer.

For at måling og rapportering skal oppleves å være relevant for ansatte, må målene det styres etter være kvalitetsmål, eksempelvis helseeffekt, som gir mening for de som arbeider direkte med pasientene. Dersom måling og rapportering ikke oppleves relevant, vil fagfolkene lettere ignorere og unndra seg denne, og selv velge hva de vil forholde seg til og hva de velger bort.

Konklusjon – forslag til videre forskning

I lang tid har et av hovedtemaene i den helsepolitiske debatten vært om helsetjenesten leverer det den skal og om vi bruker ressursene rett.

Måling og rapportering har fått stor plass. Aktivitetsmål, for eksempel antall konsultasjoner og ventetid har stor oppmerksomhet. Aktivitetsmål forteller oss at noe skjer, men sier ikke noe om helseeffekten av disse målene.

Denne studien viser hvordan spesialisthelsetjenestens styringssystem er bygd opp og hvordan hovedfokusområdene er identiske uavhengig av enhetenes oppgavetype. Videre beskriver den hvordan ledere i spesialisthelsetjenesten leder på bakgrunn av forskjellige oppgavetyper.

Svarene har jeg påpekt i oppsummeringen. Ut fra dette presenterer jeg mine forslag til videre forskning.

I helseforetaksloven (2001) heter det at:

”endringer har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars og rollefordeling, og at det på denne måten skal legges bedre til rette for politisk styring og virksomhetenes produksjon av helsetjenester”

Helseforetaksreformen skulle gjøre det lettere å lede sykehusene. Funn tyder på at lederne må forholde seg til en mengde krav, mål, lover, regler, rapporteringer og kontroll.

Oppdragsdokumentet som hvert år gis fra departementet og ut og ned til de respektive sykehus skal gjennomføres av lederne i den enkelte enhet.

Mål blir gitt og resultat skal dokumenteres, rapporteres og kontrolleres. For å påse at så skjer har staten organisert seg med et stort antall tilsyn som påser at sykehusene utfører målene.

Konsekvensene dette har for lederne ved enhetene kan være overbelastning.

Det bør forskes mer på hvilke konsekvenser dette har for den enkelte leder og om dette i det hele tatt er mulig å følge opp. I tillegg bør det forskes på hvilke målsettinger og kontrollsystemer foretakene skal ha og hvilke mål som sier noe om helseeffekten og ikke bare aktivitetsbaserte mål.

Å vurdere helsetjenestens kvalitet og effektivitet etter aktivitet, kan innebære en risiko for feil bruk av ressursene fordi et produksjonsmål, eksempelvis antall konsultasjoner, kan være et

incentiv til lederne i forhold til hva de skal fokusere på. Dermed blir det å produsere antall konsultasjoner det viktige, mens en komplisert og krevende pasientbehandling bidrar kanskje til at det foretas færre konsultasjoner.

Det kan være vanskelig å måle helseeffekt, men i den senere tid har det blitt et stadig større fokus på måling av helseeffekt. Eksempel på dette er måling av overlevelse av hjerteinfarkt og hjerneinfarkt. Å måle overlevelse sier noe mer enn å telle antall konsultasjoner, men allikevel er det vanskelig å sammenligne effektene og ressursbruken.

Konsekvensene av feilmåling kan være mange. Vi trenger et bredere kunnskapsgrunnlag før vi kan konkludere med hva som faktisk utgjør god kvalitet og trygge helsetjenester.

Kunnskapsgrunnlaget bør baseres på ulike kunnskapssyn, ulike metoder, ulike fag- og forskningstradisjoner før vi kan konkludere.

Referanseliste

Arbeidsmiljøloven (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (arbeidsmiljøloven)*.

Hentet 27. Mars, 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Bukve, O., (2012). *Lokal og regionalstyring*, Oslo: Det Norske Samlaget

Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P.G., Røvok, K.A. (2013). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, Oslo, Universitetsforlaget 2. Utgave, 3. Opplag.

Dam, K. & Pérez-Castrillo, D., (2001). The principal- agent market. Paper; Hentet 7. April, 2013 fra <http://pareto.uab.es/wp/2001/50301.pdf>

Eisenhardt, K.,(1989). Agency Theory: An Assessment and Review, *Academy of Management*, 14 (1), 57-74 = 17

Greve, A., (2004). *Organisasjonsteori – nyere perspektiver*, Oslo: Universitetsforlaget

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Bergen: Fagbokforlaget.

Helgesen, S.B., (2001). *Aktivitetmåling og adferdskontroll. En studie av mål- og resultatstyring gjennom Økonomiregelverket for staten*. Rapport R0102, LOS – senteret, Bergen

Helsebiblioteket (2009). Den nasjonale databasen for minimetodevurdering. Hentet 12. april 2014 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering/veileder>

Helsedirektoratet (2013). Kvalitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten. Hentet 12. april 2014 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/finansieringsordninger/kvalitetsbasert-finansiering/Documents/KBF-presentasjon%20ISF%20informasjonsmøte%2017102013.pdf>

Helsedirektoratet (2008). Prevalens av sykehusinfeksjoner. Hentet 12. april 2014 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-003-somatikk-Prev.pdf>

Helsedirektoratet (2013). Samhandlingsreformen. Hentet 12. april 2014 fra: <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

Helseforetaksloven (2001), *Lov om helseforetak m.m.* Hentet 25. Mai, 2014 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Helse og omsorgsdepartementet. (2013). *Oppdragsdokument 2013, Helse Vest RHF*. Hentet 12. Oktober 2013 fra:

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/oppdragsdokument_2012/oppdragsdokument_2013_helse_vest_rhf.pdf

Hoff, K.G. & Holving P.A. (2002). *Balansert målstyring. Balanced Scorecard på norsk*. Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen: Fagbokforlaget

Johnsen, Å. (2007). *Resultatstyring i offentlig sektor. Konkurransen uten marked*. Bergen: Fagbokforlaget

Lægreid, P. (2001). Mål- og resultatstyring i offentlig sektor – erfaringar og utfordringar. A.L.Fimreite, H.O.Larsen, J.Aars (red.) *Lekmannsstyre under press* (s. 133 – 156), Oslo: Kommuneforlaget

Macho-Stadler, I. & Perez-Castrillo, D., (1997). *An introduction to the Economics of information, Incentives and Contracts*, Oxford University Press.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 3. Utg., Oslo: Universitetsforlaget

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten (2005). *...og bedre skal det bli*. Hentet 13. November 2012 fra: http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf

NOU 2003: 1 (2003). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet 15. November 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-1.html?id=453861>

Oppdragsdokumentet. (2013). *Oppdragsdokument 2013 Helse Vest RHF*. Hentet 15. November 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/OppdragsdokumentVest.pdf>

Opstad, L. (2006). *Økonomistyring i offentlig sektor*, 1. Utg., Oslo: Gyldendal

Pasientrettighetsloven (2012) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]*. Hentet 13. November 2012 fra: <http://www.lovdatabank.no/all/nl2012062246>

Pasientsikkerhetskampanjen (2011). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 12. April 2014 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/hva-kan-vi-tilby/pasientsikkerhetskampanje>

Pettersen, I.J., Magnussen, J., Nyland, K., Bjørnenak, T. (2008) *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag

Prioriteringsforskriften (2000) *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)*. Hentet 13. November 2012 fra: <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html>

Riksrevisjonen (2012) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011. Dokument 3:2 (2012 – 2013)*. Hentet 8. Desember 2012 fra: http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2012-2013/Dokumentbase_3_2_2012_2013.pdf

Ringdal, K. (2009). *Enhet og mangfold*, 2. Utg., Bergen: Fagbokforlaget

Rypestøl, A. (2008). *Balansert målstyring ved Ullevål Universitetssykehus*, (Mastergradsoppgave, Institutt for økonomi og ressursforvaltning, Universitetet for miljø og biovitenskap)

Røvik, K.A (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*, Oslo: Universitetsforlaget

Samstad, G.O. (2005). *Målstyring i sykehus – styring eller symbolikk?* En analyse av mål- og strategiarbeidet ved Regionsykehuset i Trondheim. (Hovedfagsoppgave i helsevitenskap, Norges teknisk – vitenskapelig universitet)

Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren*, Kristiansand: Høyskole Forlaget

Spesialisthelsetjeneteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet 01. Mai, 2013 fra: <http://www.Lovdata.no>

Strategi for helseregionen (2007), *Helse 2020, Visjon og mål, strategi og handlingsplan*. Hentet 1. Mars, 2014 fra: http://helse-vest.no/omoss/strategier/Documents/Strategi_for_helseregionen_NETT.pdf

Styringsdokument. (2013). *Styringsdokument 2013, Helse Bergen HF*. Hentet 15. November, 2013 fra: http://www.helse-vest.no/omoss/styret/Documents/2013/2013-03-06/Sak%2002213%20B%20Vedlegg_2_HBE_HF_Styringsdokument_2013.pdf

Sykehusreformen noen eierperspektiver (2001). Sosial og helsedepartementet, 2001, Statens forvaltningstjeneste. Hentet 1. Mars, 2014 fra: <http://www.sykehusplan.org/data/sykehusreformen.pdf>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3.Utg., Bergen: Fagbokforlaget

What is the Balanced Scorecard? Hentet 15. November, 2012 fra: <http://balancedscorecard.org/basics/bsc1.html>

Økonomireglementet for staten. Fastsatt ved kongelig resolusjon 26. Januar 1996. R-0564B. Oslo: Finans og tolldepartementet.

Ørnstrud, I.H. (2002). *Mål- og resultatstyring gjennom statlige budsjettreformer*. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning

Vedlegg - intervjuguide

Innledning

Organisasjon, ledelse, ledergrupper, delegering

Mål- og resultatstyring

Erfaringer og oppfølging

Tema 1: Styringsdialog

Ansvarsmessige forhold mål-/ resultatstyring.

Formalisering/ dialog mellom over-/ underordnet

Systematikk – veiledninger/ retningslinjer

Utarbeidelse av styringsdokumenter

Målstruktur – konkrete oppgaver/ styringssignal?

Resultatkrav – utforming/ Målformuleringer – utforming/ Prioriteringer

Styringsarenaer/ Møter i ledergruppen

Tema 2: Styringsdokumenter og målstruktur

Formelle krav til målstruktur/ rapportering/ oppfølging

Belønning/ sanksjoner/ oppfølging av informasjon som fremkommer via rapportering

Mål/ Målformuleringer/ Målstruktur

Tema 3: Resultat

Resultatmål/ krav

Innsatsfaktorer/ Ressursbruk/ Organisering av enheten

Mål- og rapporteringssystemer som brukes i forbindelse med planmessig drift av enheten

Oppfølging av mål i praksis/ Resultatrapportering/ Rapporteringskrav/ omfang

Redegjørelse for resultater og måloppnåelse/ Rapportering i forhold til prioriteringer

Resultatoppfølging og bruk av informasjon i videre styring/ Kobling mellom ressurser, mål og resultat

Avslutning

Hva medfører mål- og resultatstyring for enheten? Eventuelt