

Styring av stort og smått

En studie av styringskravenes betydning ved
St.Olavs hospital HF

av

Toril Åsnes

Avhandling avlagt ved
Handelshøjskolen i København for graden
Master of Public Administration 2013





**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-
/BACHELOR-
/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER**

Forfatter(e): Toril Åsnes

Tittel: Om styringskravenes betydning ved St.Olavs Hospital HF

Studieprogram: Master of Public administration

Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre
Kan frigis fra: _____

Dato:

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

Innhold

Forord	6
Summary	7
DEL I: INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING	8
1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn og tema valg	9
1.2 Kort om utviklingstrekkene i spesialist helsetjenesten	9
1.3 Helse i relasjon til reformer i offentlig sektor.	11
1.4 Presentasjon av caset	13
1.4.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten	13
1.4.2 Styringskjeden	15
1.4.3 Styrende dokumenter for St.Olavs Hospital HF.....	15
1.4.4 St.Olavs Hospital HF.....	16
2.0 Utvikling av problemstilling	18
2.1 Referanseramme	18
2.2 Problemstilling.....	19
2.3 Forsknings spørsmål	19
2.3.1 Forsknings spørsmål og valg av teoretisk perspektiv	20
DEL 2 TEORETISK UTGANGSPUNKT OG METODE	21
3.0 Teori.....	21
3.2 Generelt om styring i helsesektoren	22
3.2.1 Regulering - Integrering.....	22
3.2.2 Prinsipal-agent teorien	23
3.2.3 Bestiller utfører modellen	23
3.3 Økonomistyring	24
3.3.1 Økonomistyringsprosessen	25
3.4 Mål og resultatstyring	26
3.4.1 Resultatstyringsmodeller	26
3.4.2 Om løse koplinger og resultatstyringsmodeller.	28
3.5 Ulike styringsrasjonale og dimensjoner av styring.....	30
3.6 Legitimitet	31
3.7 Styringsmodeller.....	33

3.7.1 Ouchis styringsmodell	33
3.7.2 Malmi og Browns rammeverk for styringssystemer	35
4.0 Metode	37
4.1 Vitenskapsteori.....	37
4.2 Forskningsdesign	38
4.2.1 Kvalitativ/kvantitativ	38
4.2.2 Deduktiv/induktiv	39
4.3 Datainnsamling.....	39
4.3.1 Datainnsamling av kvalitative data	40
4.3.2 Innsamling av data til dokumentundersøkelsen	41
4.3.3 Utvalg til intervju	42
4.3.4 Gjennomføring av det åpne individuelle intervju	42
4.5 Dataanalysen	44
4.6 Validitet og reliabilitet.....	44
4.6.1 Intern gyldighet	44
4.6.2 Ekstern gyldighet	45
4.6.3 Reliabilitet	45
4.3 Forskning i egen organisasjon	46
DEL 3 DATAPRESENTASJON OG ANALYSE	48
5.0 Hva er bakgrunn for styringskravene?	49
5.1 Innledning.....	49
5.2 Analyse	51
5.2.1 Regulator- integrator.....	51
5.2.1 prinsipal- agent.....	52
5.2.2 Styringskrav i bestiller- utfører- modellen	54
5.3 Oppsummering.....	56
6.0 Hvordan er styringskravene implementert i det interne styringssystemet ved St.Olavs Hospital HF?.....	57
6.1 Presentasjon av prosessene	58
6.1.1 Handlinger	58
6.1.2 Intern rapportering.....	58
6.1.3 Budsjett og handlingsplan 2013	60

6.2 Analyse	62
6.2.1 Handlinger	62
6.2.2 Rapportering og oppfølging.....	65
6.2.3 Budsjett og handlingsplan 2013	73
6.3 Oppsummering og diskusjon.....	75
7. Hvordan oppleves styringskravene på klinikknivå?.....	78
7.1 Presentasjon av prosessen	78
7.2 Analyse	80
7.2.1 Hvilken rolle spiller styringskravene for prioritering og ressursbruk	80
7.2.2 Hvordan blir kravene mottatt i fagmiljøet	85
7.3 Oppsummering og diskusjon.....	88
8 Konklusjon og refleksjon	90
Litteraturliste.....	92

Forord

Denne masteroppgaven er avslutning på det vel 2 år lange MPA studiet. Det har vært en interessant, lærerik og krevende periode. Jeg føler meg privilegert som har fått muligheten til å studere i «moden» alder. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått anledning til å anvende den kunnskap jeg har ervervet gjennom studietiden på et område som angår oss alle, styring av sykehusene en av bærebjelkene i den norske velferdsstaten.

Sykehus er både en politisk styrt organisasjon der samfunnsmessige verdier setter dagsorden, og en tjenesteytende kunnskapsorganisasjon. I en slik situasjon blir styring et dilemma, noe jeg som ansatt i sektoren kan ha god nytte av å ta med meg videre. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i de årlige styringsdokumentene fra eier og undersøkt hvordan dette påvirker det som skjer. Mitt utgangspunkt for valg av tema var å få en bedre forståelse av hvordan kravene påvirker økonomistyringen.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Leiv Opstad som med stor entusiasme har gjort utallige forsøk på å få meg til å løfte blikket, når jeg har fortapt meg i detaljer og sidespor. Mine respondenter som til tross for en travel hverdag, brukte av sin tilmålte tid slik at denne oppgaven kunne bli en realitet. I tillegg vil jeg rette en takk for velvilje fra arbeidsgiver, som gjorde det mulig å gjennomføre studiet og spesielt denne oppgaven.

Til slutt en stor takk til min familie for stor tålmodighet, og mine medstudenter for mange trivelige sammenkomster.

Summary

This thesis addresses the government of hospitals as a central part of the Norwegian welfare state. Hospitals are complex organisations with a social mission of great interest to the general public. This mission is executed by staff representing strong academic professions. These two aspects are reflected in current political discussions, and make it interesting to study how the governing models chosen by the state are functioning in the hospital domain. My thesis is using the annual governing documents as a starting point for investigating the following topic:

What roles do the governing requirements specified by the regional health administration, Helse Midt Norge, have for the governing of St.Olavs Hospital?

My examination of this question is divided into three parts.

The first part is looking at the background for the governing requirements. This part of my thesis presents an analysis of the different needs that politicians, government departments, and the regional health administration are required to fulfill by means of annual governing requirements. My analysis shows that the requirements must be viewed in terms of the politicians need to control the development of society, the department's need to implement the decisions made by the parliament, and the regional administration's need to complete their contract with the hospitals.

The second part is investigating how the governing requirements influence the organisation. This study reveals examples of loose couplings between the requirements and the governing system used in the hospital, and shows how requirements initiate actions. The large number of requirements makes it difficult to give each equal attention, and leads to a pragmatic approach.

The third part of my thesis studies how governing requirements are understood by the clinics. The findings made on this organisational level must be understood in terms of how requirements need to be transformed in order for them to be implemented. The general impression is that clinics are positive to high level governing requirements, and consider them as driving forces to achieve changes. The positive effects are reduced when goals are resource intensive. The most important factors limiting positive change are requirements presented as rules, or when requirements are not in line with the total management control systems package.

DEL I: INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING

1.0 Innledning

Helse er en sentral del av den Norske velferdsstaten som angår oss alle, noe som også bidrar til at det blir et viktig politisk område.

I forbindelse med at helsereformene er 10 år gammel ble det avholdt en konferanse, der helseministeren kom med følgende mål for styring av sykehusene.

Jeg ønsker at sykehusene skal styres etter klare signaler fra Storting og Regjering. De signalene skal være overordnede. De kan omfatte tydelige mål – som å få ned ventetid og å prioritere heltid foran deltid. Men det bør ikke bli en uoverkommelig smørbrøddliste av detaljerte signaler. Jeg ønsker at innsatsen fremover rettes mot innholdet i tjenestene, på en ambisjon for kvalitet og pasientsikkerhet. Jeg ønsker at vi – og jeg som minister – skal bruke krefter på å tilrettelegge for at ledere og ansatte i sykehusavdelinger og poliklinikker får best mulig rammebetingelser for å gjøre jobben – nettopp der pasientene er. Så ser jeg at dette er et dilemma, den rette graden av styring. Vi ønsker et system basert på tillit og tydelig ansvar, på den enkelte arbeidsplass. Og vi ønsker å sende klare signaler om hva samfunnet forventer. Lik behandling i hele landet. (Spekter konferansen 19.11.2012.)

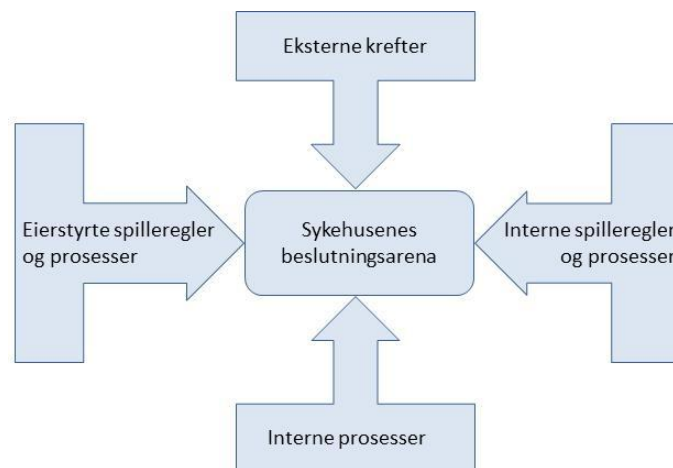
Styring av sykehusene skjer gjennom flere virkemidler der lover og rettigheter er et sentralt element. Et av virkemiddel er de årlige styringsdokumentene som sendes fra departementet. Jeg arbeider i dag som økonomirådgiver ved en klinikk og ble i løpet av studie nysgjerrig på hvordan styringskravene fra påvirker det som skjer i sykehuset.

Denne oppgaven handler om å se nærmere på hvilken rolle de årlige styringskravene fra eier har for den interne styringen på et sykehus.

1.1 Bakgrunn og tema valg

Sykehus er en kompleks organisasjon med sterke fagprofesjoner med et samfunnsoppdrag av stor interesse for befolkningen, noe som også gjenspeiles i den politiske diskusjonen. Dette gjør det interessant å studere hvordan styringsmetodene fungerer på sykehusnivå. Sykehus må forstås innenfor spenningsfeltet; politikk, økonomi, fag, organisasjon og ledelse.

Jan Grund (2006,s18) fremstiller sykehusenes beslutningsarena som en styringsklemme som består av 4 hovedtyper.



Figur 1 Sykehusenes styringsklemme (Grund 2006,s18)

Et viktig element i de interne prosessene er mange kunnskapsarbeidere med en sterk profesjonstilhørighet med et hovedfokus på helbredelse, som må utføre sitt arbeid med de ressurser som står til rådighet. De fristes av de muligheter faget gir dem, budsjett rammer og byråkrat kan oppleves som en i hindring for å nå det ypperste i medisin og pleie. (Grund, 2006,s17). Et eksempel på eksterne krefter er at teknologisk utvikling og hva som er mulig å behandle stadig endres og bidrar til økende forventinger i samfunnet.

De eierstyrte spilleregler og prosessene domineres i stor grad av lovverk og forskrifter, nasjonale veiledere og bestillingsdokument, heretter kalt styringsdokument. Styringsdokumentet er et av styringsverktøyene, her tildeles bevilgninger og det formuleres en rekke krav og målsetninger for budsjettåret.

1.2 Kort om utviklingstrekkene i spesialist helsetjenesten

Det har i perioden 1997 til 2003 vært gjennomført flere reformer i spesialisthelsetjenesten. Reformtrenden startet med innføring av innsatsstyrt finansiering, der siktemålet var å løse ventelisteproblemene gjennom å øke antall behandlede sykehuspasienter og innføre

«moderne» styringsprinsipper basert på aktivitetsavhengige budsjetter. Neste trinn var den statlige eierskapsreformen fra 01.01.2002. Her ble sykehusenes eierskap overført fra fylkeskommunene til fem regionale helseforetak og sykehusene ble omdannet til statlige foretak. Inger Johanne Pettersen gjengitt i (Busch et.al, 2011,s148) beskriver overgangen fra den sterkt politiserte fylkeskommunale sektor til sentralt administrert statsdrift som et paradigme skifte. Samtidig skjedde det en overgang fra en rammeorientert planstyring til kontraktstyring som delvis var basert på en bestiller utfører modell. I tillegg ble dette supplert med pasientrettighetslover med spesiell vekt på fritt sykehusvalg. Gjennom sykehusreformen har staten kommet i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten der både sektoransvar, finansieringsansvar og eierskap er samlet på en hånd.(Grund, 2006,s 211).

Trenden med pasientrettigheter er forsterket og fulgt opp med ventelistegarantier der vi de siste årene har sett en utvikling med krav knyttet til spesifiserte grupper. Den politiske dimensjonen er styrket ved å øke andelen politikere i styrene ved sykehusene, dette for å øke legitimitet og bedre lokal og regional forankring. Finansiering av sykehusene er i dag en blandingsmodell med aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering.

I forbindelse med lansering av oppdragsdokumentene for 2012 fastslår helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen på departementets hjemmeside. *For 2012 er det i oppdragsdokumentet satt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Tjenestene skal være av god kvalitet, trygge og tilgjengelige.* På Helse-Midt Norge sin hjemmeside uttrykker Styreleder for Marthe Styve Holte, det slik: *«Styringsdokumentene for 2012 legg til grunn at det er god økonomistyring.*

I 2012 ble samhandlingsreformen satt i verk, denne kan i følge Western og Simila (2012) uttrykkes med følgende overskrifter;

- En økt satsing på helsefremmende og forbyggende arbeid
- En større del av helse og omsorgstjenesten skal ytes av kommunen
- Mer helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp og tjenester.

Samhandlingsreformen vil i stor grad berøre spesialisthelsetjenesten, men vil ikke belyses i denne oppgaven. I perioden til og med 2008, har det vært stort fokus på kontroll på økonomien, de siste fire årene har samtlige helseregioner levert regnskaper i balanse. Siden 2005 har man gått fra nullvekst i budsjettene og store underskudd, til budsjettert aktivitetsvekst og økonomisk balanse.

Man står likevel overfor store utfordringer med å håndtere fremtidige behov og forventninger.

I en OECD rapport basert på data fra 2010 konkluderte Kunnskapscenteret i sin kommentarrapport. *«Innbyggere i Norge har god helse og gode helsevaner sammenliknet med innbyggere i de andre europeiske OECD-landene. Mens norske helseutgifter er blant de høyeste i Europa, leverer den norske helsetjenesten resultater både på, og over det europeiske OECD-gjennomsnittet på områder der vi har pålitelige data. På flere områder er vi blant de beste. Vi mangler sammenliknbare data om kvalitet og resultater for deler av helsetjenesten. Vi mener derfor det er nødvendig å styrke arbeidet med utvikling av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.»*

Rapporten som er basert på sammenlignbare data registeret frem til 2010 slår fast at Norge og Sveits er de to europeiske OECD landene som bruker mest penger på helsetjenester når en har justert for kjøpekraft. I Norge bruker man i 2010 100 euro mer per person enn Sveits. Ser man på utgifter til helsetjenester som prosent av den totale verdiskapningen (BNP), er Norge litt over snittet med 9,4% mot 9,0 for EU-landene i OECD i 2010. I perioden 2000-2009 har norske helseutgifter vokst mindre enn OECD. Den økonomiske krisen har satt sitt preg på helsetjenestene i mange land, og for land ser man en reduksjon i utgiftene fra 2009-2010. (Notat fra Kunnskapscenteret, Januar 2013)

Organisering og «oppskrifter» av Norsk Helsevesen ble også høsten 2012 vært diskutert i Norske media. Diskusjonenes fellestrekk er at det fokuseres på statens styring av sykehusene. I Dagens Næringsliv 20 November kan vi lese om evalueringen etter 10 år fra innføring av Helsereformen. Her hevdes det fra at spesielt de lederne som står nærmest pasientbehandling i dag ofte føler seg kvalt av regler og rapportering. Helseministeren uttrykker forståelse for at summen av mål og rapporteringen kan være for stor, selv om det bak hver enkelt rapportering kan ligge en mening. Han viser videre til de 13 ulike tilsyn som sykehusene er underlagt.

1.3 Helse i relasjon til reformer i offentlig sektor.

Dagen styringsform kan settes i sammenheng med reformtrenden New Public Management som er en samlebetegnelse for reformer som har preget offentlig sektor de siste tretti årene. Busch et.al. (2011,s22) henviser til Christopher Hood (1998) som hevder at når alt kommer til alt så har diskusjonen om «good government» de siste 2000 årene gått på spenningsforholdet mellom om man skal begrense offentlige virksomheter og de som leder

dem gjennom «strict regulatory rules», versus det motsatt om at ledere bør være «free to manage» og bli vurdert gjennom resultater heller enn prosesser.

Her kan vi se Webers byråkrati teori som en representant for bruk av regler mens NPM har mest fokus på resultater. Kurt Klaudi Klausen gjengitt i Busch et.al (2011,s49) drar frem det felles trekk at begge teoriene insisterer på en adskillelse av bestiller utfører rollen. Weber med bakgrunn i at embedsmannen ikke skulle drive politikk og NPM utfra argumentene om at politikeren ikke skal blande seg i administrasjon.

I samme bok (s51) gjengis Johan P. Olsens artikkel om tre bølger av utfordringer i den Nordiske Velferdsmodellen: En rød, som baserer seg på sosialistiske og solidariske verdier og et oppgjør med herskende orden, en grønn som skaper oppmerksomhet om hva som økonomisk og økologisk bæredyktig og en blå som representerer den blå bølge som representerer en nyliberalistisk og konservativ orientering som krever mer individualisering, konkurranse og bruk av markeder. New Public Management er en representant for den blå bølgen og er et samlekonsept for en rekke reformer med det til felles at inspirasjonen stammer fra private og/eller fra en økonomisk rasjonell tankegang. I den norske offentlige debatten finner vi mange av disse elementene igjen i det som benevnes modernisering.

Kurt Klaudi Klausen (Busch et.al 2011, s53) deler NPM opp i 2 søyler

- Privatisering og selskapsdannelse, som er basert på offentlig privat samarbeid, konkurranseutsetting, kontrakts styring, frie brukervalg og brukerbetaling. Denne søylen bygger på en markedsmessig styringslogikk der aktørene forventes å tilpasse seg ut fra en vurdering av konsekvensene for egen nytte, og der konkurransemekanismene og incitament styring står sentralt.
- Ledelsessøylen, som går på etablering av ledergrupper, strategisk ledelse og bruk av konsepter som TQM, Lean, evaluering, mål og resultatstyring og nye økonomistyringssystemer.

Vi finner elementer fra begge søylene i NPM i dagens helsevesen i form av brukerrettigheter, kvalitetssikringssystem, aktivitetsbasertfinansiering og mål og resultatstyring. Samtidig reguleres virksomheten i stor grad av lovverk og forskrifter.

Det er i rettet mye kritikk mot NPM bølgen, Tranøy og Østerud peker i sin artikkel på en historiens ironi. «*Forrige bølge av målstyringsoptimisme stod på sitt sterkeste i den keynesianske velferdsstaten på midten av 1960-tallet. Nettopp velferdsstatens overdrevne*

ambisjonsnivå og rigiditet gav næring til dagen markedstenkning, og fremveksten av New Public Management-bevegelsen. Hvis vi etter hvert får en ny reaksjon og demper ambisjonene også når det gjelder målstyring av forvaltningen, og får en økende orientering mot regelstyring, kan det se ut til at vi er i ferd med å vende tilbake til et tradisjonelt byråkratiideal, av Max Weber beskrevet som rasjonalisert forvaltning med formaliserte regler og tydelige skiller mellom administrasjon og politikk.» (Tranøy og Østerud,2001)

I 1998 skrev Johan P.Olsen i artikkelen Offentlig styring i en institusjonsforvirret tid følgende i forbindelse med innføring av mål og resultatstyring i statens økonomireglement *«Lukkede institusjons- og profesjonskulturer som har degenerert til privilegier-forsvar, dogmatikk og maktmisbruk, må fra tid til tid til annen korrigeres gjennom konkurranse eller overordnet resultatkontroll. Men institusjons- og profesjonsforsvar kan i andre tilfeller være et legitimt uttrykk for egenart og viktige verdier som ignoreres av rasjonalistiske reformatorer uten innsikt i virksomhetens og institusjonens egenart og virkemåte.»* Han beskriver videre Norge som et land der tillitsbaserte systemer kan virke bedre enn det revisjonsekspløsjonen forutsetter. *«Hvis det er riktig, er det også trolig at kontrollordninger som signaliserer manglende tillit, kan skape sterkere desillusjonssyklus og redusert effektivitet enn i land hvor ytre kontroll har vært vanlig.»*

Erik Johnsen (Busch et al. 2011.s180) beskriver i sin artikkel fra New Public Management til Profesjonell Public Management noe generelle utviklingstrekk. *Forventningene til velferdsstaten har gitt seg utslag i krav om at det administrative og produksjonsmessige system skal fungere effektivt. Både økonomisk, kvalitetsmessig og gjennom reel behovsdekning. Men også gjennom aktiv omstilling og utvikling. Han beskriver videre at kontrollen med at en administrerer og produserer «riktig» vokser, blir uoverskuelig og at kontrollen blir mer og mer politisk. Her definerer han politisk som folkevalgt, embedsmann eller dommer.*

1.4 Presentasjon av caset

1.4.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten

Jeg vil i dette avsnittet ta en kort presentasjon av organisering av dagens helsevesen. Den offentlige helsesektoren består i dag av primærhelsetjenesten som er organisert i kommunene og spesialisthelsetjenesten som driver somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er eid av staten og eierskapet forvaltes av 4 regionale helseforetak. Helse Sør Øst, Helse Vest, Helse Midt og

Helse Nord. Disse foretakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen og legge til rette for forskning og undervisning.

De regionale helseforetakene får sine bevilgninger i det årlige oppdragsdokumentet der det stilles en rekke styringskrav som følges opp i en styringsdialog mellom de regionale helseforetakene og departementet. Dette kan beskrives som en bestiller utfører modell der kontraktene fungerer som en rammekontrakt med en tildeling med produksjons og kvalitetskrav. Helsedepartementet bestiller, de regionale helseforetakene «sørger for» og helseforetak (sykehus) er utfører. De regionale foretakene er egne rettssubjekter noe som i følge Jan Grund (2006, s211) kan betraktes som «organisatorisk disiplineringsteknikk» da det blir styrenes ansvar å tvinge frem riktig rollemessig adferd. Den norske foretaksmodellen kjennetegnes av 2 parallelle styringsstrukturer: den formelle og den operative. Med den formelle ansvarsstrukturen mener en den hierarkiske styrings og ansvarslinjen fra Helsedepartement til RHF-styret og via RHF-administrasjonen til HF styrene og ned til HF-administrasjonen. Styringsansvaret på RHF-nivå er operasjonalisert i to roller: eierrollen og sørge-for rollen, den politiske styringen er lagt til det Norske Storting.

I følge Jan Grund (2006, s213) skal departementet forvalter sitt overordnede eier og styringsansvar gjennom tre hovedformer for styring.

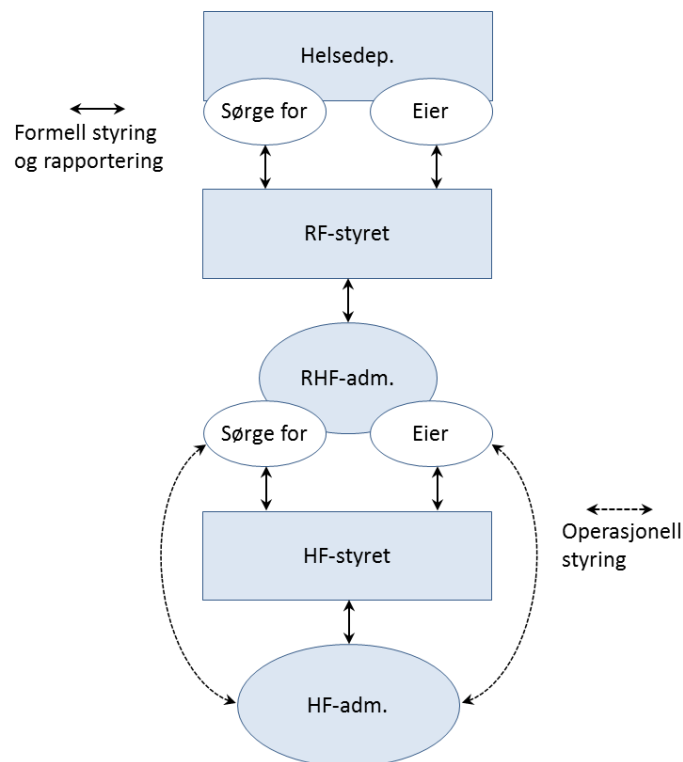
- Eierstyring, som utøves gjennom vedtekter, instruksjer, styreoppnevning, styringsdokumenter og protokoller og gjennom økonomiske og organisatoriske styringskrav. Disse kravene presenteres for de regionale helseforetakene på foretaksmøtene, som skal avholdes 2 ganger pr. år.
- Bestillerstyring, der kravene til helseforetakenes «sørge-for-ansvar» utøves gjennom finansielle overføringer. Hvert år, normalt like etter at det årlige statsbudsjettet behandles, utarbeides et styrings-/bestillerdokument der det formuleres strategiske resultatkrav, tildeles ressurser og stiller krav til hvilke oppgaver som skal utføres. Her formuleres nasjonale mål for hvordan de regionale helseforetakene skal håndtere sitt «sørge-for-ansvar»
- Myndighetsstyring dvs at departement og direktorat treffer vedtak med hjemmel i lov og forskrift og når departementets myndighetsavdelinger og direktoratet bruker andre virkemidler som kan være av økonomisk, faglig normerende eller strukturell karakter.

Denne oppgaven handler om bestiller styring.

1.4.2 Styringskjeden

Departement utfører sitt oppdrag for befolkning gjennom de regionale foretakene. Helse Midt Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik det er fastsatt i lover og forskrifter. De tilbyr pasientbehandling ved fem helseforetak: St. Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og Rusbehandling Midt-Norge. I tillegg driver Helse Midt Norge RHF: Sykehusapotekene, Ambulanse Midt-Norge, Helsebygg og Hemit.

Figuren viser styringskjeden fra Helse og omsorgsdepartementet til St.Olavs Hospital HF



Figur 2 Helseforetaksmodellen Kilde: Stokke(Grund 2006,s212)

1.4.3 Styrende dokumenter for St.Olavs Hospital HF

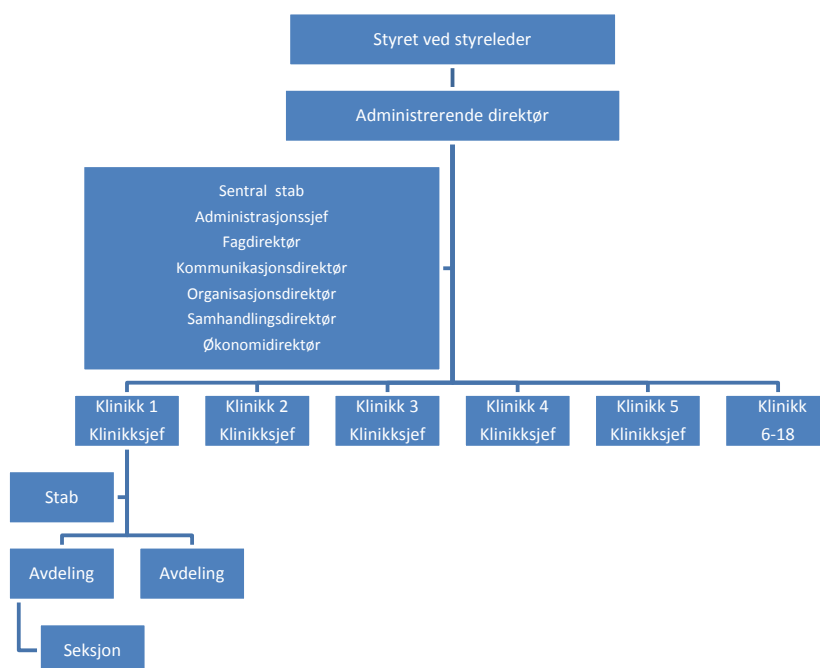
St.Olavs Hospital HF får sin tildeling og bestilling i foretaksmøte som avholdes mellom Styreformann ved St.Olavs Hospital HF og Direktør for Helse Midt Norge RHF. Dette møtet avholdes i februar og juni. I februar blir der styrings- og prestasjonskrav på økonomi og organisasjonsområdet fastsatt og styringsdokumentet overlevert. Styringsdokumentet inneholder tildeling av midler og en beskrivelse av hvilke oppgaver som skal løses. I tillegg til innholdet i styringsdokumentet, spesifiseres det konkrete mål fra foretaket i foretaksprotokollen. Det er de samlede styringskravene fra styringsdokument og foretaksprotokoll denne oppgaven handler om.

Rapporteringskravene er beskrevet i vedtektene for St.Olavs Hospital HF.

- Årlig melding, styret skal hvert år sende en melding til Helse Midt RHF som omfatter:
 - Styrets plandokument for virksomheten (budsjett og handlingsprogram).
 - Styrets rapport for foregående år. Rapporten om virksomheten fra foregående kalender år skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som et vilkår for økonomisk kompensasjon, er fullt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til St.Olavs Hospital HFs plandokument.
- Kvartalsvis rapportering
 - St.Olavs Hospital HF forplikter seg til å rapportere kvartalsvis til Helse Midt-Norge RHF.

1.4.4 St.Olavs Hospital HF

Jeg har så langt, forklart hvor de overordna styringssignalene kommer fra, og jeg vil her lage en kort beskrivelse av organisasjonen St.Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital er både universitetssykehus for Midt-Norge og lokalsykehus for befolkningen i fylket med 275.000 innbyggere. Virksomheten har 9600 ansatte med et årlig driftsbudsjett på 7 mrd. og er organisert med 18 klinikker eller divisjoner direkte underlagt administrerende direktør. I tillegg omfatter staben økonomidirektør, organisasjonsdirektør, samhandlingsdirektør og en fagdirektør. Hovedledelsen ved sykehuset består av klinikkjefer og direktører.



Figur 3 Organisasjonskart St.Olavs Hospital HF

18 kliniksjefer direkte underlagt direktør, men totalansvar for økonomi, personal og fag. Hver klinikk har egne stabspersoner på personal og økonomi. Under klinikknivå vil du finne avdelinger og seksjoner som betegnes som nivå 3 og 4.

2.0 Utvikling av problemstilling

2.1 Referanseramme

Jeg vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i den delen av eierstyring som går via styringsdokumenter. Eller som en av mine respondenter uttrykte: *det er departementets måte å styre virksomheten på og departementet skal lytte til folket, så sånn sett er det en måte hvor samfunnet styrer virksomheten på.*

Min referanseramme er å ta utgangspunkt i økonomisk teori, med hovedvekt på mål og resultatstyring. Bakgrunnen for dette valget er at mål og resultatstyring er fastsatt som et grunnleggende styringsprinsipp i statens reglement for økonomistyring og at utformingen av styringsdokumentet har sin bakgrunn i dette. Et sentralt poeng vil være hva som skjer i møte mellom de kravene som stilles og det interne styringssystemet.

Tema	Hvordan virker styringsverktøyet mål og resultatstyring på sykehusnivå. Har de målene som stilles noen betydning for det som faktisk skjer?
Faglig perspektiv	Økonomisk teori, men hovedvekt på mål og resultatstyring i en profesjonsorientert organisasjon.
Observasjon	Spenning fagprofesjonens verdier, styringssystem og ressursbegrensinger. Komplekse system der det er vanskelig å se sammenhenger. Måling og rapportering på uklare mål og uklare årsakssammenhenger.
Antakelser	Min grunnleggende antakelse var at dette betyr lite for det som skjer internt. Det har derfor vært viktig for meg å ha en induktiv tilnærming, nettopp for å «utfordre» mitt syn på virkeligheten.

2.2 Problemstilling

For å undersøke dette har jeg utformet følgende problemstilling.

Hvilken rolle spiller styringskravene fra Helse-Midt Norge for styringen ved St.Olavs hospital HF.

I begrepet rolle legger jeg hvilken virkning kravene og implementeringen har for det som skjer i form av handlinger som kan være, rapportering, tiltak, beslutninger og prioriteringer.

Med styringskrav mener jeg de årlige styringskrav som stilles til St.Olavs Hospital HF. Departement sender bevilgninger og bestilling til de regionale helseforetakene i form av et oppdragsdokument. Det regionale helseforetaket, står så fritt til å utforme egne styringsdokumenter til hvert sykehus og stiller i tillegg egne krav i «foretaksmøtet». Samlet utgjør dette en liste med 166 styringskrav til St.Olavs Hospital HF. Det er denne listen jeg referer til når jeg i denne oppgaven bruker begrepet styringskrav.

Med styring tar jeg utgangspunkt i definisjon av Christensen mfl. (2004;s106) som et «lederskaps forsøk på å fatte kollektive beslutninger og påvirke atferd gjennom et sett eller system av formelle styringsinstrumenter». Begrepene styring og ledelse henger tett sammen og Christensen et.al (2009,s126) forsøker å skille disse begrepene ved å definere «ledelse» som den direkte dialogbaserte påvirkning som utøves mellom den enkelte leder og den/de ansatte, men styring kan betraktes mer som påvirkning utøvd indirekte, blant annet gjennom utforming av organisasjonskultur og formaliserte prosedyrer og rutiner. Her er det komplekse sammenhenger, men denne oppgaven vil ha hovedfokus på det som Christensen her definerer som styring.

2.3 Forskningsspørsmål

Tanken bak problemstillingen er at den skal åpne for en diskusjon om effekter og bruk av dagens styringsmodell. Da med fokus på bakgrunn, utforming og møte med organisasjonen. Jeg vil fokusere på sammenhengen mellom styringskravene, implementering og effekter.

Utgangspunktet for diskusjonen vil være hva som skjer i møte mellom eksterne styringskrav og organisasjonens eget styringssystem.

For å belyse problemstillingen har jeg så stilt 3 forskningsspørsmål.

- Hva er bakgrunn for styringskravene?
- Hvordan er styringskravene implementert i det interne styringssystemet ved St.Olavs Hospital HF?
- Hvordan oppleves styringskravene på klinikknivå?

Jeg vil i utgangspunktet ha en induktiv tilnærming da jeg vil samle inn informasjon for så å systematisere data og lete etter relevant teori. Men samtidig har jeg lagt sterke føringer ved å velge et hovedfokus på økonomisk teori. Det har ikke vært noe mål å generalisere, men studien kan ha overføringsverdi til andre virksomheter i offentlig sektor. Jeg ønsker å få frem helheten i hvordan «organisasjonen» har implementert de styringskravene som kommer, og hvilken rolle de spiller i styringen, noe som peker i retning av et kvalitativt opplegg.

2.3.1 Forskningsspørsmål og valg av teoretisk perspektiv

Her vil jeg gjøre rede for valg av forskningsspørsmål og hvilket teoretisk perspektiv jeg vil se dem i lys av, det er en utfordring at teoriene henger sammen og ikke kan sees på isolert. Min problemstilling er rette mot hvilken rolle styringskravene fra Helse Midt Norge har for styringen ved St.Olavs Hospital HF. For å se dette i en større sammenheng kan det være nyttig å undersøke bakgrunnen og hva de skal ivareta.

Spørsmål 1 blir et bakteppe, der jeg med utgangspunkt i teori og dokumenter ser på styringskravene og de funksjoner de skal ivareta. Jeg har her valgt å ta utgangspunkt i teori om, regulator-integrator, prinsippal-agent og bestiller-utfører.

I spørsmål 2 vil jeg undersøke hvordan kravene er implementert mot det interne styringssystemet. Her vil jeg se på iverksettelsesform og iverksettelsessuksess. Jeg vil ta utgangspunkt i Ginzbergs hierarkiske nivå for iverksettelsessuksess (Johnsen, 2007,s201). Her vil jeg også diskutere legitimitet og ulike styringsrasjonale. Dette spørsmålet vil diskuteres på nivået ST.Olavs Hospital HF.

I spørsmål 3 har jeg stilt spørsmålet om hvordan dette oppleves på klinikknivå. Jeg avgrenset oppgaven til å gjelde klinikknivå, representert ved klinikkjef. Dette innebærer at jeg i denne oppgaven kun får frem hvilken rolle det spiller på klinikkjefnivå. Her vil jeg ta utgangspunkt i Ouchi's styringsmodell og Malmi & Browns rammeverk. Teoriene med referanser vil presenteres i teoridelen.

DEL 2 TEORETISK UTGANGSPUNKT OG METODE

3.0 Teori

Jeg vil i her presentere det teoretisk ramme som min undersøkelse må sees i lys av. For å beskrive kontekst har Jan Grunds sykehusledelse og helsepolitikk(2006) vært nyttig. Oddvar Eriksen beskriver i demokratiet sorte hull (2001) ulike handlingsinnstillinger som politikerne kan velge i forhold til helsevesenet. Bestiller utfører modellen er valgt som modell for det norske helsevesenet noe som også gjør principal-agent-teorien relevant. Jeg har her valgt pensumlitteratur fra Bush et.al. Det samme gjelder teori om legitimitet

For å sette meg inn i økonomistyring samt mål og resultatstyring, har Økonomi og helse av Inger Johanne Pettersen (2008) og når Styringsambisjoner møter praksis (Bentsen et.al 1999) har vært nyttig i tillegg til pensum litteratur fra Åge Johnsen, Leiv Opstad og Bush et.al.

Videre har Ouchi's «A conceptual Framework for the design of Organizational Control Mechanisms» vært sentral. Jeg har også brukt Malmi & Browns rammeverk, her har jeg støttet meg "Att mäta eller inte mäta av Gunnesby og Walling, samt SNF-rapport om lederes bruk av informasjon i styringssystemet av Susanne Ribe.

Alternativteori

Den konseptuelle foretaksmodellen kunne vært et alternativ for å studere koplinger mot det interne styringssystemet. Dette er en modell som deler organisasjonen inn i fire hovedsystemer, koalisjonssystemet, transformasjonssystemet, atferdssystemet og ledelsessystemet. Denne har jeg utelatt da jeg fant den «ideelle» økonomistyringsprosessen mest dekkende ut fra mitt valg om fokus på økonomisk teori.

Et sentralt element i den konseptuelle foretaksmodellen er hvordan systemene påvirker hverandre, dette er til dels dekket via Malmi og Browns modell om styringssystem. Det som ikke er dekket ved mine valg er interessentmodellen som belyser bidragsbelønnings balanse mellom interessentene. I en slik modell vil diskusjoner om makt og maktkilder være sentralt, noe jeg da har valgt å utelate i min undersøkelse.

Endringsledelse og annen generell ledelsesteori et annet alternativ som jeg har utelatt i denne oppgaven. Som bakgrunn for oppgaven kunne også alternativ teori fra statsvitenskap om den fragmenterte stat og kontroll med maktutøvelse være gode alternativer. Kontrakts teori og teori om incitament kunne vært en annen innfallsvinkel.

3.2 Generelt om styring i helsesektoren

Offentlig styring kan defineres som problemet med å utforme og produsere offentlig tjenester og å iverksette offentlig politikk (Hood 1998), gjengitt av Åge Johnsen (2007,s80). Helse er et sentralt element i den norske velferdsstaten og hvordan ressursene disponeres vil være en naturlig del av den norske politiske diskusjonen. Sentralt i diskusjonen om styringsprinsipper er forutsetningen om at det er knapphet på ressurser, og at styring dreier seg om å velge. Slike valg er en utfordring i offentlige organisasjoner da en ofte har komplekse og vage mål, og ønsker å prioritere mange ulike hensyn og aktiviteter samtidig. Helsetjenester angår alle og i følge (Grund, 2006,s119) er det knapt noe politisk område der det er formulert flere mål enn i helsepolitikken. Dette bidrar til at det kan være krevende oppgave å «velge» hvordan man skal prioritere, og dette sammen med interne styringsutfordringer og at helseorganisasjoner også må forholde seg til omgivelser i form av pasientorganisasjoner, tilsynsmyndigheter og sterke fagorganisasjoner bidrar til at helsesektoren er krevende å styre.

3.2.1 Regulering - Integrering

Helsevesenet fordeler en spesiell tjeneste, man skal bekjempe sykdom noe som førere til at det oppfattes som moralsk høyverdig. Helsearbeidere er i det «godes» tjeneste, de er pålagt å vise menneskelighet og respekt for individets autonomi. Problemene oppstår når alle forstår seg som bærere av den rette innsikt (Eriksen 2001,s157). Politikerne er satt til å se mål og midler i sammenheng. De må ta hensyn til helhetsinteresser og fordele goder mellom grupper og ulike sektorer på en slik måte at de tilfredsstillter behov og legitime krav. Eriksen (2001,s159) peker på at det er påkrevd at politikerne bruker 2 handlingsinnstillinger i forhold til en sektor som helsevesenet; «integrator» og «regulator». Integratorrollen går ut på at politikerne er aktive deltakere i normative debatter om hva som bør gjøres ved å ta stilling til prioritering og å sette grenser for aktiviteten. I tillegg til integratorrollen trengs det også en regulatorrolle for å få en overordnet styring, som kan gi grunnlag for kontroll og effektivisering. Mange av reformene i helsesektoren må sees i lys av regulatorrollen og bygger på «New – Public Management prinsippet» med klare målsetninger og suksessindikatorer. Dette er en form for styring hvor en lar formelle regler, rettigheter og pengestrømmer avgjøre hva som skal gjøres. Denne måten å styre på balanseres så av et kvalitetssikringssystem på grunnlag av standardiserte mål. Eriksen peker på at slike styringssystem er viktige for å bringe frem informasjon slik at en kan synliggjøre forskjeller i ressursbruk, og påtale skjevheter i behandlingspraksis. Et annet moment er at et slikt

styringssystem kan være et verktøy for regulere strategisk interessehevding og profesjonskamp. Det er likevel 2 hovedgrunner til at et slikt system ikke kan stå alene.

- Regulatorrollen vil skape problemer og har bivirkninger som politikerne må ta stilling til i en annen kontekst og på et annet nivå, de forplanter seg i pasientskader, rettssaker, reklamasjoner og avisoverskrifter. «Det ettlyses» noen som tar ansvar når noe går galt.
- Behovet for å reflektere over om økte problemer skyldes endringer i standarder og målestokk. «Loven om de stigende forventningers misnøye».

3.2.2 Prinsipal-agent teorien

Denne teorien er basert på inngåelsen av en kontrakt mellom prinsipal og agent, der oppgavene blir delegert fra prinsipalen til agenten. Prinsipalen har ansvaret for at målene blir nådd, og agenten er prinsipalens redskap for å nå de oppsatte mål. I denne situasjonen blir det sentrale spørsmålet hvordan agenten utøver en atferd som er i prinsipalens interesse. Prinsipalen er i en maktposisjon som agenten til en viss grad må akseptere for å forbli i systemet, samtidig er prinsipalen avhengig av de handlingene som utføres av agenten. Prinsipal agentrelasjonen kan forekomme i flere ledd. I følge Busch et. al (2011,s107) er det 3 hovedårsaker til at agentrelasjoner kan være problematiske. Ulik målstruktur hos prinsipal og agent, asymmetrisk informasjon og ulik risikoaversjon. . Grunnlaget i agentteorien er at individer er nyttemaksimerende, dette behøver ikke bety personlig nytte, men kan også være knyttet til fagområde eller annen form for nytte. Kombinert med ulik målstruktur kan dette medføre at agenten utnytter den friheten som ligger i dette handlingsrommet uten at det er avklart med prinsipalen og velger å opptre opportunistisk.

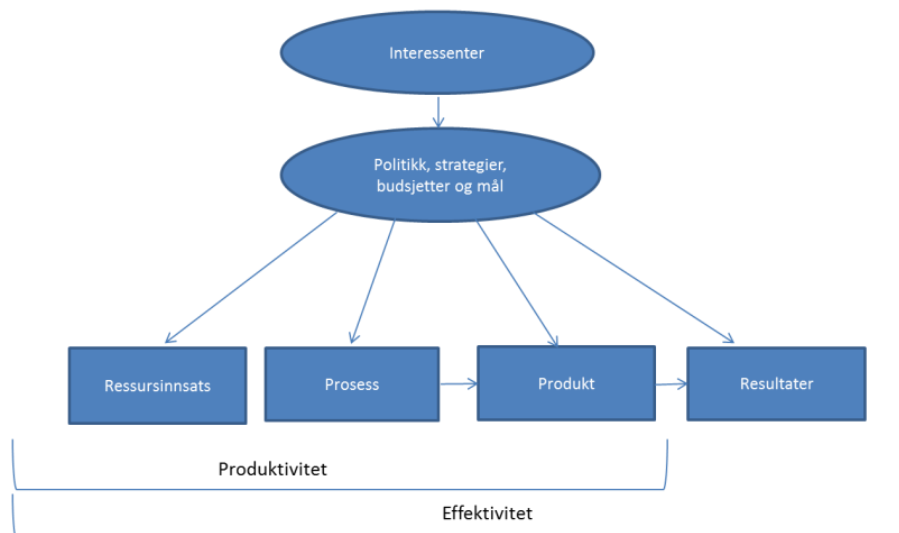
3.2.3 Bestiller utfører modellen

Bestiller-utfører-modellen er i dag et av styringsverktøyene i spesialisthelsetjenesten, dette kan betraktes som en overgang fra hierarkisk styring til kontraktstyring. I stedet for styring gjennom den autoritet som ligger i hierarkiet skal styringen ivaretas gjennom forhandlinger. Modellen synliggjør hvilke mål som skal legges til grunn for tjenesteproduksjonen og de resultatene som lar seg realisere. For utfører skal dette i prinsippet fungere som en form for mål og resultatstyring ved at det skal skje en overføring fra regelstyring til målstyring. Ved at utføreren gjøres ansvarlig for dokumenterte resultater, kan friheten til organisering av egen drift og utvikling økes. En utfordring er ofte at den hierarkiske styringen fremdeles vil være til stede og at det er vanskelig å måle resultatet. I følge Walsh, 1995 gjengitt av Busch et. al. (2011,s115) vil da denne formen for kontraktstyring føre til at en legger større vekt på kvalitetssikring og oppgaveutførelse hos utøver. Dette fører til et dilemma, hvem har den beste kompetanse knyttet til oppgaveutførelsen? Her blir det en avveining mellom

byråkratisering og fleksibilitet og et sentralt spørsmål blir hvilket handlingsrom de profesjonelle utøverne skal ha. I følge Mintzberg, 1993 gjengitt i Busch et.al (2011,s115) vil det oppstå et dilemma i spenningsfeltet mellom bestiller som vil standardisere og utføreren som ønsker mest mulig frihet i oppgave utførelsen.

3.3 Økonomistyring

Offentlig tjenesteproduksjon og politikktutforming er komplekse prosessen og her kan en legge til grunn flere modeller. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i produksjonsmodellen for å danne et bilde på hva som styres. Åge Johnsen (2007,s41) fremstiller produksjonsmodell for offentlige tjenester, koblet mot mål, strategier og budsjetter.



Figur 4 Produksjonsmodellen for offentlige tjenester

Sette fra det enkelte sykehus vil hoved interessentene her være både politisknivå, Helse Midt Norge RHF, styret, ansatte og brukere. Jeg vil ikke gå nærmere inn på det her, men det vil være komplekse sammenhenger mellom politikk, økonomi og faginteresser som påvirke det enkelte sykehus mål og strategier. I følge denne modellen omformer organisasjonen ressursene til tjenester i forhold til bestemte formål og målgrupper. Ved å legge denne modellen til grunn er produktivitet definert som produkt i forhold til ressursinnsats. Effektivitet handler om å gjøre de riktige tingene og inkluderer også å bestemme hvilke goder som skal produseres, allokering av ressurser og å finne en god nok (kvalitet) på produktet i forhold til krav eller forventninger. (Johnsen 2007,s46). Tjenestene skaper resultater med ulike virkninger, og et vesentlig problem er at det vanligvis er enklere å måle

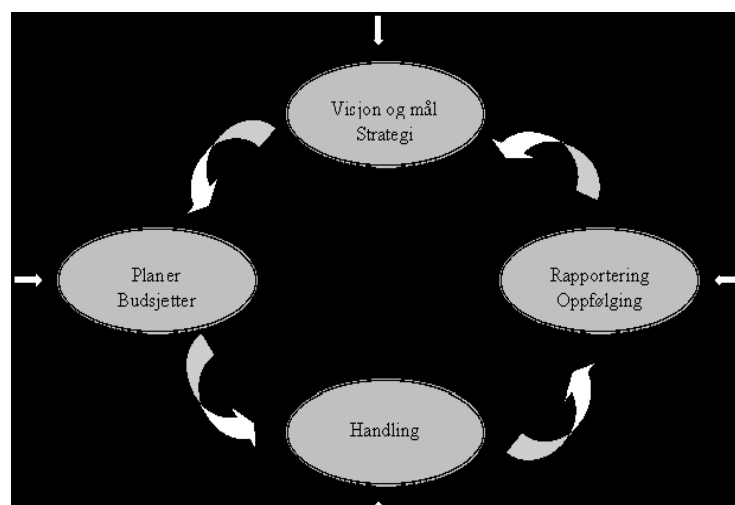
ressurs innsats og aktivitet enn resultater og virkninger. Disse prosessene og også lagt til grunn for den forståelse jeg finner av økonomistyring hos Elm-Larsen «*Økonomistyring rummer således styring af produktionens input, kapacitet-og aktivitetsstyring, samt resultatstyring*». (Krev, Udfordringer for økonomistyring på sykehusområdet, 2009)

Preben Melander (Bentsen et.al 1999,s265) har en noe utvidet forståelse når han skriver at økonomistyring er blitt en ledelsesform som gjennom samspill og påvirkninger skal sikre, at organisasjoner styrker sin handleevne med den hensikt å oppfylle omverdenens behov. Pettersen et.at (2008,s139) definerer økonomistyring som «den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruk mot maksimering av overordnet målsetninger». Styring dreier seg om å velge, ressursbruk på et område vil nødvendigvis føre til at det er andre områder som ikke kan bruke de samme ressursene. Ved å legge denne forståelsen til grunn dreier økonomistyring seg om å sammenstille graden av måloppnåelse med ressursbruken. Dette betyr at når vi skal diskutere økonomistyring i sykehus, inkluderer dette både en prioriteringsdiskusjon og diskusjonen om produktivitet og effektivitet. (Pettersen et.al:2008,s132). Inkludering av prioriteringsspørsmålet gjør økonomistyring i helsesektoren med sine sprikende målsetninger til en krevende oppgave.

3.3.1 Økonomistyringsprosessen

Økonomistyring fremstilles ofte som en prosess som foregår kontinuerlig over tid, og som består av fire elementer av tette koplinger.

- Definisjon av strategi og overordnet mål
- Planlegging (budsjettering)
- Aktivitetsoppfølging(handling)
- Rapportering (regnskap og evaluering)



Figur 5 Den idelle økonomiske styringsprosessen

Figur 5 viser den ideelle økonomiske styringsprosessen (basert på Anthony og Young, 2003) gjengitt av Nyland og Østergren (Notatserie i helseøkonomi nr 07/08).

Pettersen(2008,138) peker på at punktene over henviser til at styringsprosessen foregår på flere plan: Det strategisk overordna, det operative og det administrative som har ansvaret for å binde strategiene og det operative nivået sammen. De fire prosessene oppstår regelmessig hvert år i en kontinuerlig loop. Pilene inn til hver boks illustrerer at prosessen også påvirkes av eksterne forhold. Jeg vil i min oppgave studere det operative nivået ved St.Olavs Hospital HF og undersøke hvordan styringsdokumentet påvirker de ulike prosessene. Modellen forutsetter ideelt sett en kopling mellom strategi, budsjetter/planer og regnskap for at styringen skal være rasjonell. Ved brudd i koplingene oppstår det styringsproblemer. Pettersen(2008,s247) peker på noen av årsakene til at det skjer.

Kopling mellom mål og plan (budsjett).

- Innbyrdes motstridende målsetninger i styringskravene
- Planer med manglende utredning av økonomiske konsekvenser.
- Styringskrav og budsjett først klart en stykke ute i det nye året.

Kopling mellom planer (budsjett) og handling

- Noe av målsetningene fremheves som viktigere enn målsetningen om å holde budsjettene, Når dette aksepteres i form av tilleggsbevilgning oppstår et brudd i koblingene mellom budsjett og handling.

Kopling mellom handling og oppfølging (regnskap)

- Formålet med regnskapene er ansvarliggjøring av ledere. Og de organisatoriske enhetene er ikke sammenfallende med aktivitet, da pasientene er innom flere organisatoriske enheter under sine behandlingsforløp.
- Oppgaver som ikke er knyttet til antall pasienter som f.eks forskning og utdanning.
- Fokus på å forklare avvik.
- Introduksjon av behandlingsmetoder uten at det er gjennomført vurderinger av kostnader og ringvirkninger for andre avdelinger.

3.4 Mål og resultatstyring

3.4.1 Resultatstyringsmodeller

Resultatstyring kan i følge Talbot, gjengitt av Johnsen(2007,s133), brukes til å styre atferd og resultater på ulike nivå som individ, tjeneste, organisasjon og program. Han deler dagens resultatstyringsmodeller inn tre generelle modeller: målstyring, sammenligninger, og

overvåking. Modellene bygger på ulike forutsetninger, og har ulike styrker og svakheter, noe som gjør det interessant å diskutere hvilke modeller som egner seg i hvilke situasjoner.

Målstyring bygger på at resultatindikatorer inngår i et hierarkisk styringssystem hvor målformuleringer på overordnet nivå bestemmer resultatindikatorerne på lavere nivå i et forholdsvis tett integrert system. Overvåkingssystem måler produksjonsprosessen, gjerne som en verdikjede, tette koplet til de regjerende koalisjoner i organisasjonen med deres tilhørende målformuleringer. Sammenligninger bygger til forskjell fra målstyring på at det kan være løse koplinger mellom målsetningene i organisasjonen og resultatindikatorerne i informasjons og beslutningssystemene. Sammenligning og overvåkning brukes ofte i offentlige virksomheter for å oppnå åpenhet og læring.

Resultatstyringsmodeller må passe overens med behovene til profesjonsutøverne i deres fagstyring, økonomipersonale i deres økonomistyring og lederne i deres strategiske styring. (Johansen, 2007, s111) Dersom ikke dette er ivarettatt vil systemene degenereres og skape perverterende atferd som gjør at kostnadene med systemet blir større enn nytten. Det rettes i hovedsak 2 innvendinger mot at resultatstyring er egnet i offentlig sektor.

- Resultatmålinger reduserer komplekse tjenester til en dimensjon som måles
- Ved komplekse tjenester, må offentlige og profesjonelle ha frihet til å styre selv

I følge Brunijn gjengitt av Johnsen (2007, s111) er utfordringen for resultatstyring å yte kompleksiteten rettferdighet samtidig som det offentliges behov for innsyn ivareta. Johnsen presenterer 3 hovedstrategier for å redusere problemet med målbarheten av komplekse tjenester.

- Skreddersøm: Produktene må defineres særskilt for hver organisasjon, det må brukes indikatorer som dekker både kort og lang sikt, produktivitet og effektivitet, prosess og produkt. I tillegg må det tas hensyn til at resultatmålingsystemene ikke kan dekke alle forhold ved tjenesten.
- Måling av produkter og kvalitet i tillegg til resultater og kvantitet
- Bruk av resultatmålingene som et indirekte hjelpemiddel for styring, og unngå å bruke målsetningene direkte i beslutninger og belønninger.

Mål og resultatstyring er nedfelt som et grunnleggende prinsipp i statens reglement for økonomistyring. *Mål og resultatstyring innebærer at mål angis, at resultatene følges opp og sammenligner med målene.* (Bakgrunnsnotat om mål og resultatstyring, senter for statlig økonomistyring, 2005). Resultatmålinger kan brukes til å skape åpenhet, bidra til læring,

vurdere resultater og belønne ledere, ansatte og organisasjoner. Dette kan være viktige verktøy i organisasjonens produktivtetsarbeid. Samtidig kan målinger og belønningssystemer i seg selv skape perverterende atferd som reduserer produktivitet og effektivitet. Bruijin har i følge Johnsen fremsatt en hypotese om at graden av perverterende atferd fra et resultatmålingssystem øker med graden av (tvangsmessig) ambisjonsnivå for systemet. Når resultatmålingen kun brukes til å skape innsyn for andre utenfor den offentlige virksomheten, eller for å bidra til læring, fører målingene til lite perverterende atferd. Problemene øker når målingene brukes til å vurdere virksomhetens resultater og akselerer når målingen brukes til å belønne ansatte, ledere og organisasjon (Johnsen 2007,s113). For perverterende atferd eller dysfunksjonelle virkninger pekes det på fem typer virkninger som jeg kort vil nevne her. Mange av disse er knyttet til belønninger, men her kan også anerkjennelse sees på som en belønning. Dysfunksjonelle virkninger, eller perverterende atferd kan deles inn i fem hovedtyper;

- Når noen blir belønnet for å produsere mer effektivt enn før og dette går på bekostning av nyskaping og utvikling.
- Når en virksomhet blir belønnet med en fast pris per produserte enhet kan det forekomme fløteskumming, problemet oppstår dersom dette fører til en omfordeling av ressurser som ikke er legitim.
- Resultatmålingen kan hindre læring i stedet for å fremme læring, årsaken til dette er at mange resultatindikatorer er rapportering av aggregate og gjennomsnitt av underliggende statistikk. Informasjonen om årsak-virkning som fremmer læring, blir borte fra verdiskapningskjeden til rapporteringskjeden.
- Det svekker tjenesteutøverens profesjonelle innstilling og øker behovet for administrasjon.
- Den siste kan oppstå dersom gode resultater fører til straff og dårlige til belønning.

3.4.2 Om løse koplinger og resultatstyringsmodeller.

Det er en utbredt idealmodell at man skal begynne med mål og utvikle resultatindikatorer som viser grad av måloppnåelse i forhold til målene. Johnsen (2007,s194) beskriver 2 mulige årsaker til at utbredelse av myten om at tette kopl system er rasjonelle. Det *rasjonelle økonomiske menneske* og hva som oppfattes som *god styring i den hierarkiske styringskulturen*.

- Det rasjonell økonomiske menneske
 - Her velger aktørene det alternativet som har høyest mulig nytte med lavest mulig kostnad. Dette innebærer at systemet må inneholde noen målsetninger for organisasjonen som bidrar til å følge opp aktørenes behov. Deretter skal

systemet måle resultatet av det alternativet som er valgt og tilslutt skal denne informasjonen brukes til å vurdere måloppnåelse.

- Hva som oppfattes som god styring i den hierarkiske styringskulturen.
 - Man antar at ledelsen vet bedre enn ansatte hvordan målsettingene bør være og hvordan dette bør utføres.
- Det er formulert klare målsetninger
- En antakelse om at ledelsens vilje skal følges

I følge Johnsen (2007,s193) er det en myte at tette koplinger mellom mål og resultatstyringssystem er rasjonelle. Praksis viser at mange organisasjoner har løse koplinger mellom mål og resultatindikatorene. Resultatstyringsmodeller som overvåking og sammenligning har ingen direkte kopling mellom målene og resultatindikatorene. Han peker på at en mulig årsak til disse løse koplingene kan være at målformuleringer og prioriteringer er vanskelige og konfliktskapende. Det å knytte resultatinformasjon til disse målene kan gjøre strategiarbeid enda mer konfliktskyt og politisk ladet enn det vanligvis er, noe som kan utløse motstand mot å iverksette og bruke resultatmålinger.

I dag utfordres teorien om det økonomiske menneske av nyere forskning, det vises til at samspill mellom økonomiske intensiver og andre former for målstyring kan fortrenge indre motivasjon. Dette er relevant for helsesektoren der profesjonene tradisjonelt har hatt en sterk indre motivasjonen. Resultatet av operasjonalisering av mål kan derfor være svekket motivasjon og redusert innsats samlet sett. (Cappelen og Tungodden, 2012). I følge Johnsen (2007,s197) er det 3 ting som kan skje når måle- og kontrollsystemer bruker resultatindikatorer som en operasjonalisering av organisasjonens målsettinger.

- Målskyvning som følge av oversalg av politiske målsetninger.
- Tvetydighet i målsettingene gjør resultatindikatorene lite konkrete og nyttige utover symbolverdien.
- Frikopling hvor resultatindikatorene brukes for ekstern legitimitet, men får begrenset innvirkning på internstyring og læring, hvor tradisjonelle styringsformer som budsjettstyring og profesjonsstyring fortsetter som før.

Johnsen har videre beskrevet en teori om sammenheng mellom iverksettelse form og iverksettelsesgrad. Iverksettelsesform betegnes som tett når det er kopling mellom mål, strategier og resultatindikatorer. I denne oppgaven vil jeg se på iverksettelsesform mot det interne styringssystemet. Med iverksettingssuksess mener vi i hvilken grad et system som har blitt adoptert, blir iverksatt, brukt og skaper positive tilsiktede eller utilsiktede

virksomheter. Graden av iverksettingssuksess kan måles på hierarkiske nivåer (Ginzberg 1980) gjengitt av Johnsen (2007,s201)

- Første nivå er adoptering, systemet må være adoptert av beslutningstakerne i den dominerende koalisjonen.
- Andre nivå: Iverksetting, systemet kan være påtvunget brukerne fra høyere hold og tiltenkt eksterne legitimeringsformål eller systemet kan iverksettes for det ikke finnes alternativer til å bruke systemet.
- Tredje nivå er bruk av informasjonssystem, er resultatindikatorer faktisk nyttig i organisasjonens styringsprosesser for læring, beslutninger og tiltak.
- Fjerde nivå er om en får bedre oppgaveutførelsen som følge av systemet. Dette kan måles i produktivitet, effektivitet, fordeling, forutsigbarhet, åpenhet og ansvarlighet.

I følge Ginzberg må et resultatstyringssystem være adoptert, iverksatt og tatt i bruk før det gir positive nettvirkninger eller bedre oppgaveutførelse (Johnsen 2007,s201).

Johnsen beskriver 2 idealtyper. I idealtypen med løse koplinger risikerer organisasjonen stadig å finne informasjon som kaster nytt og kritisk lys på mål og strategier. Et tette koplet system kan relativt lettere brukes til å symbolisere og signalisere rasjonalitet og konsistens, og organisasjonen kan lettere få legitimitet enn i et system med løs kopling.

Han peker videre på det paradokset at en tett koplet iverksettelsesform lettere kan føre til frikopling og symbolsk bruk, mens en løst koplet iverksettelsesform fører til tett kopling og rasjonell bruk som på sikt kan skape virkninger som høyere produktivitet, effektivitet bedre fordeling og demokrati.

3.5 Ulike styringsrasjonale og dimensjoner av styring

Preben Melander skriver i sin artikkel «Økonomistyring og organisatorisk skizofreni» om spesialist helsetjenesten i Danmark (Bentsen et.al 1999,s266). Han peker her på at de ligger ulike styringsrasjonale til grunn for fagfolk, politikere og administratorer/økonome.

Han peker på 3 hovedpunktene som kampen mellom fagfolk og administrasjon har gått på.

- Hvem skal bestemme ressursfordeling og regler
- Hvem skal bestemme regler, kvalitet og oppgavene som igjen har stor betydning for hvor fritt fagfolkene kan utføre sin profesjonelle yrkesutøvelse
- Hvem bestemmer hvordan oppgavene skal måles og veies, hvilke måleenheter er legitime for produksjonen.

Sykehusenes produksjon kan ikke kontrolleres direkte, men indirekte gjennom produksjonsfjerne indikatorer og detaljerte regler for ressursbruk, han peker på at dette fører til en ond sirkel der stadig mer av ressursene medgår til kontroll. Han konkluderte med at kommunikasjon mellom fagfolk og administratorer blir informasjonsfattig, ensidig, formell, lukket urealistisk og problemskjulende og at en kommer i en ond sirkel som er til tap for samfunnet som helhet. Problemet med å analysere verdiskapingsprosessen fra behov til ressursforbruk blir så komplisert at politikere, leder og helsepersonell, bruker ulike språk og måleenheter for å vurdere om produksjonen lykkes. Melanders løsning for å snu den onde sirkel er dialogstyring. Han peker videre på at det faglige og politisk verdibeskrivende språket, er like viktig i beslutningsprosessen som de produksjons og ressursbeskrivende måleenhet.

Nyland og Østergren(2008), gjengir Simons som beskriver flere dimensjoner av styring som på ulike måter påvirker organisasjonens suksess i implementering av sin strategi. Jeg vil her gjengi 2 av dem.

- Diagnostisk oppmerksomhetsskapene, som er styring ved hjelp av indikatorer som gir informasjon om hvorvidt organisasjonen er på vei mot sine mål. Tradisjonelle styringssystem som budsjetter, regnskap og oppfølging av ulike nøkkeltall er ofte konstruert for denne bruk og skal bidra til å motivere, overvåke og gi grunnlag for iverksetting av tiltak.
- Interaktiv styring, der informasjonen brukes i dialog for å motivere til læring og fokus på strategisk mål. Simons argumenterer for at den interaktive bruken av styringssystemet hjelper til å fokusere organisasjonens oppmerksomhet på strategisk usikkerhet og til å finjustere og forandre strategien i et konkurranseutsatt marked.

I følge Nyland og Østergren (2008) er det da dialogen som knytter sammen de formelle og uformelle elementene i kontrollsystemet. Her blir det bruken av systemet som skiller om det blir diagnostisk eller interaktivt. De peker også på at mens man i det diagnostiske systemet har fokus på output og at ved avvik må noe gjøres, vil det interaktive har fokus på overvåkning av organisasjonsprosessen.

3.6 Legitimitet

Adoptering og iverksetting av modeller kan sees i lys den teorien Rørvik (2007), gjengitt av Busch et.al (2010, s.107), bruker ved spredning av organisasjonsoppskrifter. Dette er generelle modeller. Organisasjonsoppskrifter kan institusjonaliseres, det vil si få egenverdi og tas for gitt. Videre skjer det en spredning av oppskriftene mellom organisasjonene eller

for å bruke Rørviks terminologi: de spres som virus. Denne spredningen kan skje på ulike måter.

- Tvangsmessig spredning: en organisasjon blir tvunget til å implementere oppskriften
- Normativ spredning: en organisasjon tilpasser seg normer ut fra forventninger i omgivelsene
- Imiteringsmessig spredning: organisasjonen kopierer andre organisasjoner i omgivelsene, gjerne for å framstå som moderne og å øke sin legitimitet.

De ulike spredningsformene er nært knyttet til legitimitetsbegrepet. For min bruk av begrepet legitimitet i denne oppgaven, finner jeg Suchmans (1995), gjengitt av Busch et. al. (2010) definisjon hensiktsmessig:» *Legitimiteter en generalisert antagelse om at spesielle handlinger er ønskelige og aksepterte innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner.*» Årsaken til at denne definisjonen er hensiktsmessig er at den vektlegger at legitimitet er noe man får eller opprettholder, så lenge handlingene er i samsvar med det som oppfattes som riktig innen det gjeldende normsystemet. Dersom en tar utgangspunkt i institusjonell teori kan en identifisere fire ulike former for legitimitet. Disse er: pragmatisk, legal, kognitiv og normativ legitimitet (Busch et.al, 2010, s.102-107). Pragmatisk legitimitet er basert på nytteperspektiv. Legal legitimitet handler om regler og lover, og er knyttet til tvangsmessig spredning. Normativ legitimitet handler om hva som er akseptert innenfor normsystemet, og knyttes til normativ spredning. Kognitiv legitimitet handler om særtrekk eller kjennetegn ved organisasjonene som tas for gitt, og knyttes til imiteringsmessig spredning.

Rørvik peker på tre mulige utfall når en organisasjonsoppskrift fanges opp av en organisasjon; Adopsjon, frastøting eller frikobling. Ved frastøting blir ikke oppskriften akseptert og den får ikke innpass i organisasjonen, ved frikobling blir oppskriften tatt inn, men får ingen betydning for den atferden som utøves i organisasjonene. Oppskrifter er ofte generelle og det er ofte en stor jobb å oversette oppskriftene, Rørvik hevder det er 3 former for oversettelse. Rasjonelt kalkulert oversettelse, der en primært legger vekt på å finne en utforming med positiv effekt på effektiviteten. Uintendert oversettelse der organisasjonen ikke er bevisst på at det er foretatt en oversettelse, og oversettelse som identitetsforvaltning der organisasjonen er bevisst på at det er foretatt en oversettelse. I følge Rørvik kan dette betraktes som en identitetsforvaltning, ved at man oversetter oppskrifter i henhold til hvem man vil være lik.

3.7 Styringsmodeller

3.7.1 Ouchis styringsmodell

Ouchi, W(1979) analyserte eksempler på styringsmekanismer i organisasjoner for å løse problemet med å få til samarbeid mellom enheter eller individer med bare delvis sammenfallende mål. Han kom frem til 3 ulike mekanismer som organisasjoner kan bruke for utvikling og kontroll. Marked, byråkrati og klan. Markedet håndterer kontrollproblemet gjennom sin evne til presis mål og belønning. Byråkratiet beskriver han som en mix av bedømmelse og sosialisering. Her spiller regler, overvåking og oppfølging av underordnede en rolle. Reglene kan ta for seg enkelte sider av produksjonsprosessen i motsetning til marked som samler informasjon om «produktet» i en tallstørrelse. Reglene som legges til grunn for styringen, innebærer at man må vurdere faktisk prosess eller tjeneste (produkt) opp mot reglen (budsjettet) for å fastslå om resultatet er tilfredsstillende. Klanmekanismen, tar utgangspunkt i at en rekrutterer ansatte som en antar identifiserer seg med organisasjonens kultur og er lojale mot reglene i sitt arbeid. Virksomheten styrer seg selv gjennom systematiske obligatorisk «trening» eller utdanning og kollegial disiplin. Generelt vil et kontrollsystem som baserer seg på å velge ut de «rette personene» forvente seg høy forpliktelse som et resultat av at de har internalisert organisasjonens verdier. Her er det en utfordring å «finne» de personene som passer inn. Et alternativ er å ansette personer som ikke passer helt inn og foreta opplæring. Her kan det da bli en utfordring at de ansatte identifiserer seg enten med leder, arbeidsgruppe eller avdeling. Klan er basert på en form for selvregulering, men marked og byråkrati er basert på antakelsen av at det er mulig med en viss presisjon kan måle ytelsene eller resultatet. Et system som krever mye overvåking, evaluering og rettledning, kan virke støtende på de ansattes oppfatning av selvstendighet, og kan i verste fall føre til atferd som bare i begrenset grad bidrar til organisasjonens måloppnåelse (Ouchi 1979).

Ouchis poeng er at alle tre mekanismene er viktig for styring av organisasjoner. Ved valg av modell vil transaksjonskostnader være sentralt. Transaksjonskostnader er de ressursene som går med til å organisere og styre virksomheten. Transaksjonskostnader kan være administrasjonen med selve systemet, perverterende atferd, tillitssvikt etc. Ved vurdering av transaksjonskostnader må en også ta hensyn til at nytte og kostnader kan være ujevnt fordelt over tid og mellom brukergrupper.

Dimensjonene i Ouchis analyse er blitt en utbredt modell for å forklare når resultatstyring er egnet, og i praksis vil en ofte se en blanding av de ulike overordnede styringsformene.

Ouchi's styringsmodell er basert på 2 dimensjoner. Den ene dimensjonen angir usikkerhet

som er knyttet til den kunnskap vi har om sammenheng mellom ressursinnsats (årsak) og resultat (virkning) kalt kausalkunnskap. Den andre dimensjonen angir tvetydighet om resultatmål som går på i hvor stor grad det er enighet om målene og om kunnskapsgrunnet for hvordan produktene skal måles. Forholdet mellom dimensjonene er basert på observasjonen om at en høy grad av målkonflikter bare kan tolereres så lenge utførelsen kan måles med en viss presisjon.

Kausalkunnskap			
		Gode	Dårlig
Resultatmål	Klare	Mål og regelstyring	Målstyring
	Uklare	Regelstyring	Profesjonsstyring (klan, rituelle, politisk)

Figur 6 Ouchis modell gjengitt av Opstad (2006,s245)

Jeg skal gi en kort forklaring av de ulike situasjonene.

Mål og regelstyring: Når målene er klare og det er god kunnskap om hva som skal til for å nå målene, kan man benytte regelstyring for å styre adferden til aktørene for å få utnyttet ressursene best mulig, men dette er ikke nok og må kombineres med målstyring.

Målstyring: Når det er en klar oppfatning av hva målet er og alle tolker dette likt, men det er ikke en entydig sammenheng med tiltak og virkning.

Regelstyring: Når vi har god kunnskap mellom årsak og virkning, men uklart hvordan man skal vurdere resultatet i forhold til måloppnåelse

Klan/profesjonsstyring: Ved uklar sammenheng mellom innsats og resultat og målene er uklare eller tvetydige. Ifølge Ouchi var sykehus en organisasjon som kunne plasseres i denne kategorien.

Ouchi peker på at vekst, turnover og spesialisering undergraver muligheten for å utvikle målkongruens og innebærer dominans av byråkrati og marked. På kort sikt handler organisasjonsutforming om å finne balanse mellom sosialisering og måling, som på den mest effektive måte skaper samarbeid og måloppnåelse for en organisasjon. På lengre sikt er problemet å forstå hvordan organisasjoner kan oppnå styring i et økende grad pluralistisk samfunn – hvor målkonfliktene blir klarere, interesseorganisasjonene mer utpregede og hvor

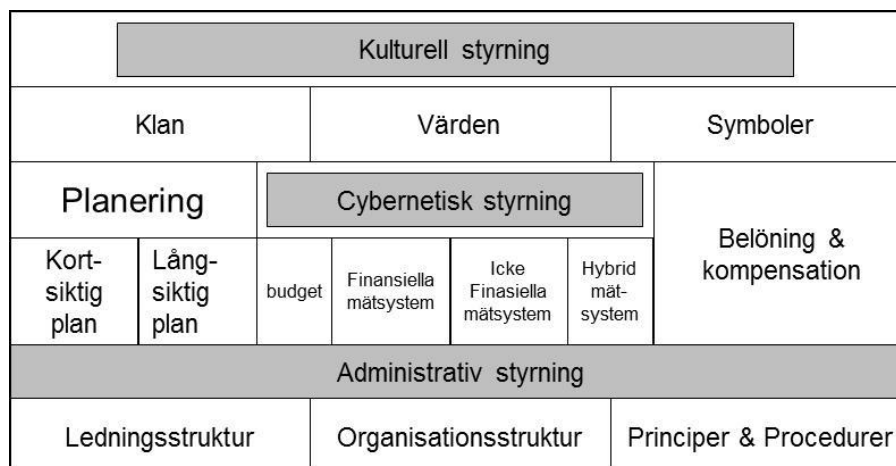
felleskapsfølelsen blir svakere – uten å ta i bruk en hardhendt versjon av byråkratisk styring, som vil stride mot den økende gjensidige avhengigheten og tvetydigheten som preger økonomiske organisasjoner (Ouchi gjengitt av Johnsen (2007,s168).

Ouchis konklusjon er at i forhold preget av tvetydighet, løse koplinger og usikkerhet vil måling med høy pålitelighet og presisjon ikke være mulig. Et styringssystem som er basert på slike målinger, vil sannsynligvis belønne et begrenset sett uønsket atferd som i det lange løp fører til at organisasjonen forvitrer (Johnsen 2007:s168, Ouchi 1979 :845).

Denne pluralistiske samfunnsforståelsen er i følge Johnsen (2007,s168) en av forklaringene på hvorfor resultatmålinger i forskjellige forkledning er mye brukt i offentlige hierarkier. Han peker på at resultatstyringsmodeller i det offentlige kan sees på som et verktøy for å forbedre driften tilsvarende den forbedring som konkurranse gir i privat sektor. Dette skjer ved at målinger, sammenligninger og evalueringer bidrar til konkurranse og omstilling på lik linje med prisme mekanismer.

3.7.2 Malmi og Browns rammeverk for styringssystemer

Jeg vil på bakgrunn av Ribe (SNF- rapport nr. 15/09) presentere Malmi og Browns rammeverk som består av 5 ulike dele systemer. Det kulturelle, planleggingssystemet, det cybernetiske system, belønning og kompensasjon og administrativ styring.



Figur 7 Rammeverk av Malmi&Brown (2008) Kilde:Gunnesby og Walin (2011)

Malmi & Brown argumenterer for at påvirkningskraften mellom styringsprinsippene er så viktig at prinsippene ikke bør analyseres i isolasjon, men bør sees på som en helhetlig pakke. De hevder at ulike prinsipper for styring henger sammen i et større system. Når målet er å designe en effektiv styringspakke, er det nødvendig å vite om, eller hvordan, prinsippene i

pakken utfyller eller overlapper hverandre. Dersom styringssystemet ikke studeres i sin helhet, står man i fare for å overse avhengighet og påvirkningsfaktorer, noe som kan føre til at en trekker feilaktige slutninger. De kulturelle prinsippene fungerer som styringsmekanisme gjennom verdistyring, klanstyring og symbolstyring. Det administrative kontrollsystemet beskriver hierarkiet og ansvarlinjer i organisasjonen. Disse prinsippene benyttes for å bestemme den interne maktstrukturen i organisasjonen, gjennom ansvarlinjer, administrativ inndeling og regler og prosedyrer. De økonomiske prinsippene er styring gjennom planlegging. Prinsipper for planlegging er en beskrivelse av prosessen for fastsetting av mål, korttids- og langtidsprognoser. Den kybernetiske kontrollfunksjonen består av alle virkemidler som kvantifiserer organisasjonens aktiviteter. Dette kan være budsjetter måltall, både finansielle og ikke-finansielle, som kan påvirke organisasjonens fokus, samt hvordan disse evalueres og analyseres. Kulturell styring inkluderer det jeg har beskrevet som klan, men inkluderer i tillegg symboler og verdier. Det administrative beskriver hierarki og ansvarlinjer i organisasjonen og den interne maktstruktur gjennom ansvarlinjer, administrativ inndeling og regler og prosedyrer.

Gunnesby og Walin (2011) har foretatt en studie der de har sett på variablene kulturell styring og prestasjonsmålinger ved usikkerhet i omgivelsene. Under høy grad av usikkerhet finner de at de mest effektive organisasjonene har omtrent like stor vekt på kulturell styring og prestasjonsmåling, og deres antagelse er at styringsmekanismene fungerer som et komplementære i denne type omgivelser. Deres funn tyder på at kulturell styring er nødvendig for og komplementere målinger i omgivelser med høg grad av usikkerhet. Dette er i strid med Ouchi's modell, og forklares med at man gjennom den kulturelle styringen skaper forståelse og aksept for målinger. Stor bruk av målinger i usikre omgivelser, forklares her med at ledelsen vil ha mer kontroll under slike forhold, og deres funn peker i retning av at måling faktisk kan være effektive i slike omgivelser. De forklarer sine funn med at ledelsen tross alt har bedre kunnskap enn de ansatte om hvilke beslutninger som bør tas, og at ulempene med usikre mål er kanskje ikke så stor som den er fremstilt hos Ouchi. En annen forklaring som gis er at man ikke har «våget» å slippe målingene.

4.0 Metode

Jeg har redegjort for oppgavens problemstilling i kapittel to. Her vil jeg beskrive og begrunne valg av metode. Den opprinnelige greske betydningen av ordet metode er veien til målet (Kvale og Brinkmann 2009,s99) og i denne sammenhengen blir metode kunnskap om hvordan en samler inn data om virkeligheten. Kunnskap om metode er viktig for en kritisk drøfting av i hvor stor grad resultatet av en undersøkelse skyldes metoden, eller om resultatet er et riktig bilde av virkeligheten. (Jacobsen 2005,s19).

Det viktig å ha en bevisst holdning til valg av metodisk tilnærming ved datainnsamling for å finne svar på de spørsmål en stiller. Jeg har i denne undersøkelsen vektlagt å se styringsperspektivene i et helhetsperspektiv.

4.1 Vitenskapsteori

Vitenskapsteorien er opptatt av å forklare hvordan mennesker forstår verden og hvordan en tilegner seg kunnskap. Sentrale begreper er: virkelighet, sannhet, og kunnskap. For å belyse disse må jeg i tillegg definere 2 sentrale begreper: ontologi og epistemologi

Ontologi er av gresk opprinnelse, og betyr «slik ting faktisk ser ut». Ontologi kan betraktes som hvilket syn man har på virkeligheten. En sentral debatt i dag er hvorvidt systemer består av lovmessigheter, eller om alt vi studerer er unikt. Positivismen har som grunnleggende antakelse at sosiale systemer består av lovmessigheter. Personer med et slikt syn vil en lete etter lovmessigheter i form av årsaks- / virkningsforhold siden de mener det finnes en objektiv verden utenfor oss selv som kan studeres på en objektiv måte og at det er mulig å opparbeide kunnskap om denne objektive verdenen. (Jacobsen 2005,s25). Den konstruktivistiske hermeneutiske retning sier at vi alltid ser og forstår det nye i lys av det vi allerede kjenner- eller at all erkjennelse er basert på for-dommer eller for-meninger på forutsetninger som gir mening til det vi opplever og observerer. Disse forutsetningene endres sakte gjennom at vi som mennesker endrer oss gjennom erfaring, hvilket innebærer at hermeneutikken inkluderer det som skjer med det erkjennende subjektet når kunnskapen og erkjennelsen øker (Frode Nyeng, 2008:27).

Valg av ontologiske utgangspunktet vil ha stor betydning for hva en leter etter, leter vi etter sammenhenger i form av lovmessigheter, eller er vi ute etter en forståelse av det spesielle. Jeg har undersøkt hvilken rolle styringskravene spiller for styringen ved St.Olav HF. Jeg har i denne oppgaven hatt et ønske om å være åpen for det spesielle. Et annet moment er at mine «for-dommer» og «for-meninger» bygger på forutsetninger basert på den kunnskap jeg

har i dag. Valget om å ta utgangspunkt i helheten i styringskravene er basert på et konstruktivistisk hermeneutisk utgangspunkt. Dette da jeg ønsker å inkludere vurderinger, kunnskap og erkjennelse jeg måtte tilegne meg underveis i undersøkelsen, vel vitende om at jeg som økonom ansatt i sykehus både har en fagbakgrunn og en arbeidsplass som tradisjonelt har sine røtter i positivismen.

4.2 Forskningsdesign

Valg av undersøkelsesopplegg kan i grove trekk klassifiseres etter 2 dimensjoner. Om studien går i bredden (ekstensiv) eller dybden (intensiv), og om den er beskrivende eller forklarende. I følge Ottar Hellevik, gjengitt i Jacobsen (2005), kan en betrakte disse to tilnærmingene som valg mellom dimensjonene; hvor mange nyanser (variabler) vi ønsker å ha med, og hvor bredt (hvor mange enheter) vi skal undersøke. Det er ingen motsetninger mellom disse to valgene, men i praksis vil en møte utfordringer i forhold til ressursbruk og informasjonsmengde. Jeg har definert St. Olavs Hospital HF som et nivå i undersøkelsen der analysen vil gå på ulikheter mellom mål og implementer, målet har ikke vært å beskrive ulikheter ved enhetene ved St. Olavs Hospital HF. Beskrivende design er best egnet til å beskrive en situasjon eller utvikling for en spesiell gruppe eller enkeltpersoner. Jeg skal beskrive og fortolke hvilke rolle styringskravene har for styringen høsten/vinteren 2012/2013, jeg skal med andre ord gjennomføre en beskrivende/fortolkende tverrsnittstudie. Min undersøkelse er basert på dokumenter fra høsten 2012 og intervjuer foretatt tidlig i januar 2013. Det skjer stadig endringer, noe som gjenspeiles ved at flere av styringskravene er inkludert i rapporteringsmalen for 2013, dette påpekes.

4.2.1 Kvalitativ/kvantitativ

I spørsmålet om kvalitativ/kvantitativ kan de rendyrkede variantene av disse metodene betraktes som to ytterpunkter på en skala der begge metodene er like gode, men egner seg til å belyse ulike spørsmål og problemstillinger Jacobsen (2005).

Kvantitativ metode har den fordelen at den standardiserer informasjonen. Metoden egner seg best til å beskrive hyppighet eller omfang av et fenomen (Jacobsen 2005). Kvalitativ metode har sin styrke i åpenhet, fleksibilitet og vektlegging på det detaljerte, nyanserte og unike med hver respondent. De som intervjues kan selv definere forståelsen og hvilken informasjon de vil gi, noe som bidrar til at kvalitativ metode ofte har høy begrepsgyldighet Jacobsen (2005). Et kvalitativt opplegg er best egnet dersom en ønsker å få frem hvordan mennesker fortolker og forstår en gitt situasjon, og når man ønsker å få en nyansert beskrivelse, og når man vet lite om tema på forhånd. En av ulempene med kvalitativ metode

er at den er ressurskrevende, prioriterer mange variabler i stedet for enheter, og er lite eget til generalisering.

I min problemstilling ønsker jeg å få frem hvilke rolle styringskravene spiller for styringen ved St.Olavs Hospital HF, noe som krevde at jeg satte meg inn i styringskravene. I utgangspunktet skulle det at jeg er ansatt i organisasjonen tale for at jeg vet mye om temaet på forhånd, men til tross for at dokumentet er kjent, så har jeg aldri sett på dette utfra et helhetsperspektiv. Ved å ta i betraktning det store antall (variabler) og ikke minst at den store variasjonen i innholdet i variablene så ble kvalitativ metode det naturlige valget. St.Olavs Hospital HF blir enheten som skal studeres, mens målene blir variablene, der forklaringen og analysen vil gå i skjæringspunktet mellom målene og organisasjonens tilpasning. Kvalitativ og kvantitativ metodene kan brukes om hverandre og det kan være et alternativ å utforme en kvantitativ undersøkelse på bakgrunn av resultatene i en kvalitativ. Da kan man teste gyldigheten (validerer) til funn ved den ene metoden. I denne undersøkelsen kunne det være et alternativ å foreta en kvantitativ analyse av enkelt mål. Dette er ikke gjort, da jeg her har valgt å vektlegge helhetsperspektivet.

4.2.2 Deduktiv/induktiv

En annen sentral diskusjon er hvilken metode som er best egnet for å få tak på virkeligheten, deduktiv eller induktiv. Deduktiv metode tar utgangspunkt i en teori om hvordan virkeligheten ser ut, og samler empiri for å se om det stemmer. Mens i induktiv forskningsmetode går forskeren ut og samler informasjon med et åpent sinn, for så å systematisere data i etterkant (fra empiri til teori).

Det har vært et poeng for meg å ha en så åpen tilnærming som mulig, og for å få et helhetsperspektiv på styringskravene har jeg valgt induktiv metode. Kritikken mot den induktive metoden er at det er naivt å tro at mennesker kan gå ut i virkeligheten med et helt åpent sinn, da mennesket ikke har kapasitet til å samle inn all relevant informasjon og alltid vil foreta en avgrensning av informasjonen. For å redusere dette problemet, har jeg begrenset tema i problemformuleringen. Dette er noe som i følge Jacobsen (2005) omtales som mer eller mindre åpne tilnærminger, forskerne legger sterke føringer på forhånd ved og bare å studere noen forhåndsdefinerte fenomener. Min oppgave er avgrenset til å se på hvilken rolle styringsdokumentene spiller i forhold til styring.

4.3 Datainnsamling

Når man skal samle inn data om et fenomen så er det naturlig å ta utgangspunkt i hvilke metode som er best egnet til å belyse nevnte problemstilling. Jeg har valg en induktiv

metode, med bakgrunn i ønske om å være åpen for det jeg ser. Bakgrunnen for dette er at jeg som ansatt i organisasjonen kan ha mange forutinntatte oppfatninger som jeg var redd ville prege undersøkelsen dersom jeg valgte en deduktiv tilnærming. Som nevnt vil det være naivt å tro at en unngår dette, men jeg mener dette har gitt meg en mer åpen tilnærming og bidratt til et større element av forståelse for helheten. Innen for intensiv design er case-studier og små N-studier det mest vanlig. Små N-studier egner seg best når vi vil belyse flest mulig sider av et fenomen, mens casestudie egner seg best når vi ønsker å få tak i hvordan samspillet er mellom en spesifikk kontekst og et fenomen (Jacobsen 2005:s90). Jeg har valgt casestudie da formålet med undersøkelsen er å si hvordan styringsdokumentet brukes. Jeg må inkludere samspillet mellom konteksten St.Olavs hospital HF og fenomenet (bruk av styringsdokumentet). Casestudier krever en nærmere definisjon av hva som er undersøkelsesenheten. Det kan være mange type enheter som kan avgrenses i tid og rom. Min undersøkelse er avgrenset til «rommet» St.Olavs Hospital HF, og ifølge Jacobsen (2005:s91) kan en slik enhet beskrives som en kollektiv enhet.



Figur 8 Ulike nivå på en undersøkelses enhet, på bakgrunn av Jacobsen (2005,s91)

Figuren viser nivåene organisasjonen St.Olavs Hospital HF, jeg har begrenset min undersøkelse til å gjelde de kollektive nivåene St.Olavs Hospital HF og klinikknivå. Dette valget er tatt med bakgrunn i mitt ønske om å ha et helhetsperspektiv, klinikknivået har en ensartet organisering der klinikksjef har er overordnet ansvar for økonomi, personal og fag. Ved å inkludere avdelingsnivå kunne ulik organisering blitt en forklaringsfaktor, noe jeg ikke ønsket i inkludere i denne undersøkelsen

4.3.1 Datainnsamling av kvalitative data

Jeg har nå diskuterte ulike valg for det grunnleggende undersøkelsesdesignet, og vil nå diskutere hvilke datainnsamlingsmetode som egner seg for den informasjonen jeg ønsker. Innsamling av data kan splittes i innsamling av primærdata og sekundærdata. Primærdata er

datainnsamling direkte fra mennesker, mens sekundærdata er tekster, statistikker, regnskapsrapporter, etc. Jacobsen (2005) fremhever fordelene med å bruke flere typer data, slik at man kan bruke dem til å kontrollere hverandre. Her kan dataene styrke hverandre eller de kan benyttes til å få frem kontraster eller motsetninger. Jeg har valgt en kvalitativ undersøkelsesmetode. Jacobsen (2005) har beskrevet følgende 4 hovedmetoder for denne typen undersøkelse. Det individuelle, åpne intervju, gruppeintervju, observasjon, og dokumentundersøkelse.

Dokumentanalyse blir av (Jacobsen, 2005) beskrevet som spesielt godt egnet når det er umulig å samle inn primærdata, og når vi ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort. Denne typen analyse er også godt egnet til å undersøke hvordan andre fortolker en viss situasjon. Dokumentet skal analyseres i den konteksten det er laget for. Jeg unngår derved utfordringene med påliteligheten som bruk av sekundærdata kan ha, siden dokumentet ikke er tiltenkt et annet formål. Spørsmål 1 er i sin helhet basert på innholdet i styringskravene. I spørsmål 2 skal jeg undersøke hva som er implementert i eksisterende styringssystem, noe som krever en innhenting og kartlegging av formelle dokumenter som brukes ved planlegging og rapportering. Dokumentanalysen vil her suppleres med informasjon fra intervju. I spørsmål 3 ønsker jeg å få frem informasjon fra klinikklederne om hvordan styringskravene oppleves og jeg har valgt det individuelle åpne intervju. Her vil jeg supplere med en analyse av rapportering og budsjettnotater.

4.3.2 Innsamling av data til dokumentundersøkelsen

Alle dokumentene jeg har brukt i min dokumentanalyse ligger offentlig tilgjengelig på St. Olavs Hospital HF intranett og jeg har ikke sett noen grunn til å innhente samtykke for å bruke disse. Min dokumentstudie inkluderer følgende dokumenter

- Rapporteringsmatrise - styringskrav
- Rapportering fra direktør til styret (27 sep, 25 okt, 20 Desember)
- Referater fra hovedledelsesmøter som består av alle klinikkjefer og direktør med sin stab. (22. Oktober til og med 3 Desember)
- Månedlig økonomirapportering for oktober fra 18 klinikkjefer til direktør.
- Hovedprogram for forbedring 2013, mål for 2013 forankra i overordna strategi og handlingsplan for klinikkovergripende forbedringsprosesser.
- Budsjettsak til styret for 2013
- Referat fra styremøter 27 september, 25 oktober og 20 desember.
- Årlig melding som er rapportering på alle styringskravene.

Det har eksistert en lederavtale for klinikkssjefer for 2012, som ikke er inkludert i min undersøkelse. Saken er tatt opp i ledermøte 03.12.2012 (sak 103/12). Her pekes det på at det var lagt opp til en ambisiøs og krevende rapportering som i praksis ikke har vært gjennomførbare.

4.3.3 Utvalg til intervju

Klinikkssjefen har et overordna ansvar for fag, personal og økonomi og en undersøkelse på et lavere nivå, ville inkludere forklaringer i tilknytning til ulik handling fra de ulike lederne. Jeg ser ikke at en slik oppgave ville være mulig innenfor omfanget av en masteroppgave og har valgt flere klinikker for å få frem bredden på bekostning av dybde for å svare på problemstillingen. For å svare på problemstillingen er det også relevant å hente inn informasjon på direktør nivå. Dette nivået består av direktør, økonomidirektør, organisasjonsdirektør, fagdirektør, og direktør for samhandling. Både direktør, fagdirektør, og økonomidirektør kunne vært relevant. Dette er travle personer, og jeg har valgt økonomidirektør som respondent, da jeg mener han er den som best kan bidra med informasjon utover den informasjon jeg får fra klinikkene. Spørsmål 3 har fokus på hvordan styringskravene oppleves på klinikknivå og stod valget mellom 18 klinikker. Jeg har valgt klinikkssjefen som respondent for min undersøkelse. Jeg har lagt vekt på å få frem mangfoldet og har gjort et utvalg på totalt 5 klinikker, utvalget består av 1 divisjon, 2 store klinikker, en middels stor klinikk og en liten. Heretter omtales alle som klinikker og klinikkssjefer. Jeg har bevisst valgt «bort» medisinske service klinikker som akutt/anestesi, laboratoriemedisin og bildediagnostikk. Dette med bakgrunn i at det vil komplisere bilde, mange av kravene vil komme til disse klinikkene via de som er direkte ansvarlig for pasientbehandling. Det vil være vanskelig å skille på hva som kommer av krav fra styringsdokumentet og hva som har sin bakgrunn i andre endringer. Jeg er selv ansatt i en slik klinikk og mener det styrker min rolle som forsker at jeg utelater egen enhet. Utvalget består av både menn og damer, leger og ledere med annen helsefaglig bakgrunn. Alle mine respondenter er erfarne ledere som har hatt lederoppgaver i systemet i mange år.

4.3.4 Gjennomføring av det åpne individuelle intervju

Det åpne individuelle intervju er kjennetegnet ved at undersøger og undersøkt prater sammen om ulike forhold, og at undersøgeren noterer seg hva respondenten sier enten skriftlig eller via lydbånd (Jacobsen 2005: s142). Det åpne intervju har sine styrker og svakheter, og er best egnet når det er relativt få enheter som skal undersøkes, og når en er interessert hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen. Jeg ønsket å få til en åpen dialog for å få frem mest mulig informasjon, og at den enkelte respondent fikk fortalt sin historie. Jeg startet med en telefon der jeg først presenterte meg med navn og tittel for så å forklare at jeg i denne sammenheng tok kontakt som student. Dette var

naturlig da jeg har truffet alle i ulike sammenhenger og at de da viste hvem jeg var. Med tanke på at de er travle personer spurte jeg om jeg skulle finne et møterom eller om det var enklest for dem at intervjuet foregikk på deres kontor. Samtlige valgte å la intervjuet foregå på eget kontor. Forstyrrelser var ikke noe problem, det kimet i noen telefoner uten at noen lot seg avspore av den grunn. Jeg var usikker på tidsaspektet og avtalte 1,5 time for første respondent. Vedkommende var en erfaren respondent, jeg fortalte at det var mitt første intervju og at jeg gjerne ville ha tilbakemeldinger på selve intervjuet. Her avtalte jeg også at jeg kunne komme tilbake å be om ytterligere informasjon. Etter denne runde viste det seg at en ½ time var tilstrekkelig til de øvrige ble det avtalt ½ til 1 time. Tiden må sees i sammenheng med at jeg kjenner både organisasjonen og respondentene og ikke behøvde noe lang oppvarmings tid. Dette kan virke kort, men de kom raskt inn i spørsmålene, og siden jeg gjennomførte intervjuene alene er det begrenset hvor lenge en klarer å holde fokus og ikke la samtalen flyte ut.

Jeg fortalt kort om tema når jeg ringte, men sendte ikke spørsmålene på forhånd. Flere kommenterte underveis at de kanskje burde lest styringsdokumentet på forhånd. Dette var bevist fra min side da jeg ønsket å få frem hvordan «styringskravene» ble opplevd av klinikksjefene. Dersom jeg hadde bedt dem om å lese gjennom dokumentet på forhånd ville jeg gå glipp av elementet av hva de fokuserer på noe jeg mener er et poeng. Jeg ble overrasket over hvor positive de var til å bruke de små smutthullene de hadde i sin timeplan. Under intervjuet benyttet jeg meg av båndopptaker, jeg så ingen mulighet til å ta notater og samtidig rette min oppmerksomhet og konsentrasjon om respondenten. Jeg ba om tillatelse til å ta opp samtalen og bruk av sitater i min oppgave. Noen av respondentene ønsket å bli forelagt bruk av sitater, andre ville gjerne få tilsendt intervjuet og få anledning til å komme med tilleggs kommentarer.

Jeg har tidligere beskrevet at jeg ønsker en åpen tilnærming for å få frem respondentens historie, men da jeg er uerfaren både i analyse og intervjusituasjon laget jeg meg noen faste tema for å sikre at jeg får frem den informasjon som er relevant for problemstillingen. Mine tema gikk på opplevelsen av styringskrav, hvilke krav som ble dratt frem var i stor grad opp til respondenten, selv om jeg hadde med noen stikk ord som pasientsikkerhet og kvalitet. En slik strukturering kan sees på som en form for lukking av datainnsamling og at undersøkelsen da beveger seg i retning kvantitativ undersøkelse. Motargumentene er at uten noen form for strukturering vil dataene bli så komplekse at det blir umulig eller svært krevende å analysere. I tillegg kan det hevdes at det alltid vil forekomme en pre-strukturering selv om den er ubevist gjennom forskernes «før-dommer» (Jacobsen 2005). Jeg åpnet med et åpent spørsmål for så å komme med stikkord underveis. Jeg hadde på forhånd undersøkt om det

var noen av kravene som var rette direkte mot den aktuelle klinikk og hadde disse med meg til intervjuet. Dersom de ikke kom inn på disse selv, så nevnte jeg dem mot slutten av intervjuet. Jeg avsluttet også med et åpent spørsmål om det var andre ting de mente var viktig med styringsdokumentet.

Jeg opplevde at jeg fikk frem mye relevant informasjon, og vil rette en stor takk til erfarne og reflekterte respondenter.

4.5 Dataanalysen

Utgangspunktet for min undersøkelse var styringskravene til St. Olavs Hospital HF, dette er et dokument på 37 sider, noe som i seg selv har vært en utfordring. En første forenkling var å ta utgangspunkt i de punktene der man skal rapportere om måloppnåelse, men jeg satt likevel i igjen med 166 krav, og det ble umulig å foreta en grundig undersøkelse i forhold til hvert enkelt krav. Jeg har derfor latt dokumentanalyse i form av rapportering og budsjettnotat pluss intervju med 5 kliniksjefer og økonomidirektør være førende for hva som er fokusert på i denne oppgaven. Dette da jeg mener det er meste relevant for å få frem informasjon i forhold til problemstillingen om hvilken rolle kravene spiller for styring ved St. Olavs Hospital HF.

4.6 Validitet og relabilitet

Jacobsen (2005) påpeker at en ved gjennomføring av undersøkelser alltid skal forsøke å minimere problemene knyttet til gyldighet(validitet) og pålitelighet(relabilitet). En må være kritisk til kvaliteten til data en har samlet inn (intern gyldighet) og om en kan overføre funnene til andre sammenhenger (ekstern gyldighet).

4.6.1 Intern gyldighet

Intern gyldighet går på om resultatene oppfattes som riktige. I samfunnsvitenskapen snakker man ofte om intersubjektivitet istedenfor objektiv sannhet. Begrepet innebærer at det nærmeste vi kommer sannheten, er at flere personer er enige at noe er en riktig beskrivelse. Jeg har valgt en induktiv tilnærming og valgte å la respondenten fremheve det de mente var viktig, samtidig hadde jeg noen temaer som jeg ønsket å få belyst fra flere og jeg trakk da frem noen temaer. I min undersøkelse så har de ulike klinikkene ulike oppgaver og jeg fant det naturlig at de fokuserte på ulike områder. Jeg mener dette bidrar til bredden i undersøkelsen. 2 av respondentene ønsket å få tilsendt intervjuet i etterkant og responsen som kom tilbake var av klargjørende og utfyllende art, noen som jeg tolker i retning av at vi hadde felles oppfatning av spørsmålene. En annen måte er å sjekke resultatene mot andre

funn i andre undersøkelser, her har jeg sett på funn fra riksrevisjonen, samt fulgt med i diskusjonen i media. En av diskusjonene i media har vært at man «kveles av rapportering», både riksrevisjon og en sefo rapport henviser til dette ved undersøkelser rettet mot 3 og 4 nivå. Min undersøkelse er rettet mot nivå 2 med fokus på styringskrav.

I en undersøkelse skal man alltid være oppmerksom på om respondentene svarer taktisk og ikke alltid forteller sannheten eller gir et skjevt bilde av virkeligheten. Mitt tema er ikke spesielt tabubelagt så jeg tror ikke det er noe skal være et problem. Men det kan stilles spørsmål om undersøkelse opplegget gir den hele sannhet, jeg har spurt om hva de opplever og latt respondentene «definere» hva som kommer fra styringsdokumentene. Her er omfanget med styringskrave en utfordring. Observasjoner i egen klinikk har i løpet av vinteren har fortalt meg at mange av de tiltak og saker som kommer via direktør har sin forankring i styringskravene, uten at dette fremkommer når de behandles på klinikknivå. Undersøkelsesopplegget gir ikke den hele sannhet for hvordan styringskravene påvirker organisasjonen, men det har validitet i forhold til hvordan dette «*oppleves*» på klinikknivå, definert som klinikkjef.

4.6.2 Ekstern gyldighet

Ekstern gyldighet går på i hvilken grad funnene fra en undersøkelse kan generaliseres. Jeg skal gjennomføre en kvalitativ undersøkelse og hensikten med undersøkelsen er ikke å generalisere, men å utdype og forstå. I følge Dey gjengitt av Jacobsen (2005) er det ulike former for generalisering. Fra empiri til teori omtales som teoretisk generalisering, og fra utvalg til populasjon. Ved utvalg av enheter har jeg lagt vekt på relevans i forhold til problemstillingen og min undersøkelse er av den grunn i lite egnet for generalisering fra utvalg til populasjon. Det kan derimot være en tilsvarende situasjon også ved andre sykehus, resultatene i denne undersøkelse har sammenheng både med iverksettelse form og fokus fra ledelsen.

4.6.3 Relabilitet

Relabilitet defineres av Kval og Brinkmann (2009) som om forskningen er konsistent og pålitelig og henviser til om et resultat kan gjentas på andre tidspunkt og av andre forskere ved hjelp av samme metode. Jacobsen (2005) stiller spørsmålet om det er trekk ved selve undersøkelsen som har skapt de resultatene vi har kommet frem til og han mener at det i dette spørsmålet ligger en anerkjennelse av at undersøkelsesmåten kan påvirke resultatet. Han peker spesielt intervju effekt og kontekst effekt. Intervju effekt er den erkjennelsen at både den som intervjuer og den som intervjues kan påvirke både stil og innhold med forhold som humør, kroppsspråk, hvordan en snakker etc. Jeg har her bevist forsøkt å holde en nøytral stil og samtidig vist forståelse for at det er mange krav og krevende å ha oversikten.

Dette for at de ikke skulle oppleve dette som noen «prøve», men en samtale om hvordan kravene oppleves fra deres ståsted. Noe som kan påvirke den informasjonen som kommer inn er om det er spesielle problemstillinger som har fokus i ledergruppen, dette kan jeg ikke kontrollere for, men jeg må være åpen for at det kan skje. Alle intervjuene ble foretatt tidlige i januar, alle budsjettdiskusjoner var ferdig og man «ventet på kravene for inneværende år. Jeg tror dette var et «ideelt» tidspunkt, man har startet på et nytt år og nye prosesser og omstillinger var enda ikke kommet i gang juleferien. I forbindelse med at jeg sendte ut et transkribert intervju, meddelte en av klinikkjefene at han var invitert til å delta på et fellesmøte der Helseministeren ville presentere kravene for 2013, et intervju i etterkant av dette kunne gitt et annet fokus. Men jeg mener det ikke ville fått noen betydning for den analyse som er gjort.

Jeg har transkribert alle opptak av intervjuene og kan gjøre disse dataene tilgjengelige slik at det i prinsippet er mulig å foreta en sjekk mot rådata. I denne undersøkelsen mener jeg at det kan dempe undersøkelseeffekten at jeg kjenner organisasjonen. Jeg kommer tross alt og spør hvordan de opplever styringskravene fra overordnet myndighet, noe som nok kunne blitt opplevd som en slags kontroll om man gjør det man skal. Jeg var bevist på dette under intervjuet. Jeg innledet med at studien hadde fokus på mål og resultatstyringsteori og at dette intervjuet var ment som et supplement til det jeg fant i formelle rapporter og planer. Jeg opplevde at dette ble oppfattet som svært «ufarlig» og at de gjerne delte sine refleksjoner. Det at jeg har vært ansatt i organisasjonen i mange år bidrar til innblikk i konteksten og noe som kan redusere faren for å dra feilslutninger. Ulempen er at jeg identifiserer meg med deres fremstilling og ikke har fått frem momenter som kan sette organisasjonen i et dårlig lys. Et annet moment er om det er momenter jeg overser fordi jeg er «institusjonalisert» i samme organisasjon som mine intervjuobjekter.

4.3 Forskning i egen organisasjon

Konvensjonell forskning har som utgangspunkt at det er viktig å være nøytral og fremstå som objektiv i sitt forskningsfelt. Tradisjonelt er synspunktet at det kun er gjennom objektivitet og uavhengighet at forskning blir troverdig. Med et slikt utgangspunkt vil det være viktig å skille mellom forsker og det fenomen som undersøkes og det perfekte metodiske opplegg er der forskeren ikke kan påvirke resultatene. Med et slikt utgangspunkt vil nærhet til forskningsenheten være en utfordring. Dette synet utfordres av Richard Rorty gjengitt i (Nyeng og Wennes, 2006:S30) han stiller spørsmålet, om spørsmålet om sannhet og krav til objektivitet er viktig i praksis og konkluderer med at «sannhet ikke trengs som et absolutt

begrep for at vitenskapen skal kunne forvalte et strengt krav til argumentasjon og bevisførsel».

Rye Nilsen og Repstad (Nyeng og Wennes, 2006) diskuterer at forskning på egen arbeidsplass i hovedsak er problematisk fordi en ofte vil foreta en selektiv persepsjon og av at ens perspektiv er begrensa og fastlås på grunn av lang, grundig og gjerne skjult sosialisering. Jeg har vært ansatt ved St.Olavs i 14 år og må ha et bevist forhold til selektiv persepsjon og hvilket perspektiv jeg har. Samtidig vil lang erfaring være en fordel med kjennskap både til språkbruk og strukturene i en så kompleks organisasjon.

Problemstillingen er å undersøke hvordan styringsdokumentene påvirker styringen fra St.Olav HF og jeg har strevet med å skifte fokus fra å se dette innenfra og ut, til å se utenfra og inni organisasjonen. Jeg hadde ikke noe spesielt forhold til styringsdokumentet når jeg startet dette arbeidet, men i mitt søk etter å finne en oppgave i tilknytning til økonomistyring så vekket dette min interesse. I følge Rye Nilsen og Repstad gjengitt i Nyeng og Wennes (2006) kan det personlige engasjement være en fordel, forutsatt at engasjementet er koblet til solidaritet med organisasjonens hovedmål. Mål ved drift i sykehus er komplekst og arbeid med denne oppgaven har gitt meg bedre innsikt i totaliteten. Den personlige drivkraften har vært å få knyttet den kunnskap jeg har ervervet gjennomstudietiden til det spenningsfeltet det er å være økonomirådgiver ved et sykehus. Forskning i egen organisasjon vært både mer krevende og lærerikt enn jeg trodde på forhånd.

DEL 3 DATAPRESENTASJON OG ANALYSE

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen min og forskningsspørsmålene i lys av det teoretiske rammeverk jeg har redegjort for tidligere. Utgangspunktet for diskusjonen er bakgrunnen for styringskravene som styringsmekanisme, og hva som skjer i møte mellom styringskrav og organisasjon. Denne delen av oppgaven har følgende inndeling.

I kapittel 5 vil jeg svare på spørsmålet *Hva er bakgrunn for styringskravene?* Her starter jeg med en liten innledning før jeg presenterer empiri og analyse underveis.

I kapittel 6 er spørsmålet *hvordan er styringskravene implementert i det interne styringssystemet ved St.Olavs Hospital HF?* Her starter jeg med og presentere det interne styringssystemet og koplingene til styringskravene. I analysedelen suppleres dette med informasjon fra mine respondenter.

I kapittel 7 belyses spørsmålet *hvordan oppleves styringskravene på klinikknivå?* Kapitlet starter med en liten innledning før jeg besvarer spørsmålene med bakgrunn i følgende underspørsmål

- Hvilken rolle spiller styringskravene for prioritering og ressursbruk?
- Hvordan blir kravene mottatt i fagmiljøet?

Jeg vil foreta en oppsummering i forhold til hvert forskningsspørsmål

5.0 Hva er bakgrunn for styringskravene?

5.1 Innledning

Den grunnleggende bakgrunn for all styring er forutsetningen om knappe ressurser. For 2013 skal det brukes 115 milliarder på drift og aktivitet ved norske sykehus. Midlene bevilges av det norske Storting og skal forvaltes i henhold til de politiske føringene.

Helseministeren er ansvarlig for den overordna styringen av sektor og vil også være den som blir stilt ansvarlig for forvaltning av midlene. Midlene fordeles mellom helseregionene og det sendes et oppdragsdokument til det regionale helseforetaket. I oppdragsdokumentet til Helse Midt Norge RHF heter det *«Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet de midlene som Stortinget har bevilget til Helse Midt-Norge RHF for 2012 til disposisjon. Helse Midt-Norge RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet.»* Helse Midt-Norge RHF utformer så et styringsdokument til sine sykehus. Styringsdokumentet til St. Olavs Hospital HF inneholder en lignende innledning. *«Helse Midt-Norge RHF (HMN) stiller gjennom styringsdokumentet de midlene som styret i HMN har bevilget til disposisjon for St. Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet.»*

Her gis årets bevilgninger og målene angis. Bevilgningen har sin bakgrunn i Stortinget og er underlag statens reglement for økonomistyring. I økonomireglementets grunnleggende styringsprinsipper §4 heter det. Alle virksomheter skal:

- Fastsette mål og resultatkrav innenfor rammen av disponible ressurser og forutsetninger gitt av overordnet myndighet.
- Sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, ressursbruken er effektiv og at virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler, herunder krav til god forvaltningsskikk, habilitet og etisk adferd.
- Sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag.

Departementene skal i tillegg fastsette overordnede mål og styringsparametere for underliggende virksomheter, jf. § 7.

Styring, oppfølging, kontroll og forvaltning må tilpasses virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet.

Jeg vil her presentere noen klipp fra Finansdepartementets veiledning for etatsstyring som diskuterer hva som det skal legges vekt på ved utforming av styringskrav.

Underliggende virksomhet har et betydelig ansvar for å definere og utforme sin utførerrolle slik at den opptrer lojalt mot politiske beslutninger og gir departementet innspill til den faglige utviklingen av sektoren og virksomheten. Dette er viktig av to grunner; fordi statsrådsansvaret ligger som et premiss som virksomheten skal bidra til å ivareta, og fordi det er en asymmetri i tilgangen på informasjon mellom virksomhet og departement. Underliggende virksomhet vil ofte ha et bedre informasjonsgrunnlag enn overordnet departement på de aktuelle områdene hvor virksomheten har en utførerrolle (Statens veileder for etatsstyring, 2011).

Vi ser at statsrådsansvaret er lagt som en premiss og at kravene også skal ivaretas av underliggende enheter, vi finner videre.

Virksomheten skal innenfor disponible ressursrammer og med hjelp av virkemidlene de har til disposisjon, realisere de mål og nå de resultatkrav som oppdragsgiver fastsetter. Økonomiregelverket legger opp til at virksomheten skal ha stor frihet til selv å velge hvordan målene realiseres. I dette ligger det en forutsetning om at fordelingen av ansvar og myndighet må stå i riktig forhold til hverandre, slik at virksomheten både har reell myndighet til og reelt ansvar for å kunne nå fastsatte mål. (Statensveiler for etatsstyring, 2011)

Dagens spesialisthelsetjeneste er basert på en bestiller- utførere modell, der de regionale helseforetakene får en konsernlignende rolle i overordnede og strategiske spørsmål som gjelder alle helseforetakene. I vedtektene til de regionale helseforetakene fremgår det at de har ansvaret for å samordne virksomhetene i de helseforetakene de eiere, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. (Riksrevisjon 2009,s29)

Styringskravene fra departementet videreføres fra de regionale helseforetakene, og i tillegg formulerer det regionale helseforetakene egne krav i foretaksprotokollen.

I de totale styringskravene til St.Olavs Hospital HF ser vi følgende fordeling.

Kilde	Antall styringskrav
Styringsdokument	87
Foretaksprotokoll	54
Vedlegg foretaksprotokoll	25
Sum antall styringskrav	166

Tabellen viser at 87 har sin bakgrunn i oppdragsdokumentet fra departementet, 54 fra foretaksprotokoll og i tillegg inneholder foretaksprotokollen et vedlegg om 25 rapporteringskrav til ulike nasjonale register.

5.2 Analyse

Vi ser av innledningen at styringskravene til St.Olavs Hospital HF skal ivareta politikernes styringsbehov, departementet og de regionale helseforetaket. Jeg vil videre analysere disse kravene i lys av 3 ulike teorier. Regulator-integratorrollen, prinsippal- agent og bestiller-utfører

5.2.1 Regulator- integrator

Som tidligere beskrevet er spesialist helsetjenesten et område med stor politiske interesse og jeg har i kapittel 3.2 beskrevet noen av de utfordringene man står overfor når man skal styre en sektor som spesialisthelsetjenesten. I følge Eriksen (2001,s159) er det påkrevd at politikerne bruker 2 handlingsinnstillinger overfor en slik sektor.

Regulatorrollen bygger på «New – Public Management prinsippet» med klare målsetninger og suksessindikatorer. Denne måten å styre på balanseres så av et kvalitetssikringssystem på grunnlag av standardiserte mål. Fordelen med et slikt system er synliggjøring av forskjeller i ressursbruk og muligheten for å påtale skjevheter i behandlingen.

Oppdragsdokumentet styrer bevilgningene og setter krav om hvilke oppgaver som skal løses. Et av disse kravene er «Antall produserte DRG-poeng». På et overordna nivå vil dette gi en forutsigbarhet på aktivitetsnivå og det gir en mulighet for å sammenligne ressursbruk mot aktivitet. Dette gir overordna myndigheter muligheter til å synliggjøre forskjeller i ressursbruk. Et annet krav er «makstid» for gjennomsnittlig ventetid». Dette er et krav som skal sikre en maksimums ventetid for alle typer pasienter, noen som innebærer at kapasiteten må innrettes etter pasienttilgang. Dette kan være et virkemiddel for å regulere strategisk interessehevding og profesjonskamp mellom de ulike spesialitetene. I tillegg rapporteres det på en rekke kvalitetsindikatorer som kan betraktes som et kvalitetssikringssystem som ligger offentlig tilgjengelig for norske borgere og politikere. Jeg vil her presentere 2 slike eksempler med en kort kommentar

- Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4.
- 20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.

Fødselsrifter finner jeg også brukt i rapporten om Norske helsetjenester sammenlignet med andre europeiske land (Kunnskapscenterets 2013,s17). Internt viser rapporteringen at det er satt i gang forbedringsarbeid med gode resultater.

Kravet om trombolyse ble kommentert av en av mine respondenter.

«Man oppgir hvor stor % av slagpasientene som får trombolyse, men det er ingen som veit hva som er den riktige %, så sånn sett oppleves det ikke veldig meningsfullt. Vi kan godt rapportere på det, men det sier jo egentlig veldig lite om kvaliteten på slagbehandlingen».

Her er det tvil om målet gir positive helsegevinster, tilbake rapporteringen fra St.Olavs Hospital HF henvises til internasjonal forskning, og peker på at 15% er mer i tråd med internasjonale indikasjoner. Her ser vi at målet er omstridt, men synliggjøring kan bidra til diskusjon og bevissthet.

Den andre handlingsinnstillingen er integratrorollen, som går ut på at politikerne er aktive i normative debatter om hva som bør gjøres ved å ta stilling til prioritering og sette grenser for aktivitet. Det er mange eksempler på prioritering, og noen få er vist nedenfor.

- Aktivitet - økning i antall v-konsultasjoner – BUP (Barn psykisk helse).
- Aktivitet - økning i antall v-konsultasjoner – VOP(Voksne psykisk helse).
- 80 % av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider.

Vi ser her at det stilles konkrete krav om økning innen psykisk helse og krav om forløpstider for kreftpasienter, noe som innebærer en prioritering. Vi ser en bruk av integratrorollen, men jeg finner ingen grenser med unntak av budsjetter. Vi ser bruk av både regulator og integratrorollen der grensene for aktiviteten settes i form av finansiering.

5.2.1 prinsipal- agent

Prinsipal-agent teorien er en teori basert på inngåelse av en kontrakt mellom en prinsipal og en agent, der agenten gjennom sitt arbeid skal nå prinsipalens mål. Dette er en modell som er godt egnet for å beskrive styringsprinsippene for spesialisthelsetjenesten. Styringskravene kan her betraktes som en bestilling der prinsipalen setter krav om hvilke tjenester han ønsker utført. Vi ser dette tydelig gjennom formuleringen *«skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet»*

Vi har en prinsipal-agent relasjon med flere ledd

- Departementet- regionalt foretak
- Regionalt helseforetak – Sykehus
- Sykehus - klinikk

I tillegg kompliseres kjeden av at hvert foretak har et styre, noe som innebærer at det også er en prinsipal-agent relasjon mellom styre og administrerende direktør. Internt i sykehuset finnes enda flere ledd i kjeden. Dette fremgår av det interne organisasjonskartet presentert i avsnitt 2.4.4. Teorien bygger på at prinsipalen er i en maktposisjon som agenten må akseptere for å forbli i systemet. Styringskravene kan her sees på som et virkemiddel prinsipalen bruker, for å sikre at agenten skal realisere de mål som er angitt i Stortinget. Grunnlaget i agentteorien er at individer er nyttemaksimerende. I denne sammenheng kan nytte være knyttet til fagområder eller andre former for nytte. I helsesektoren kan vi her nevne den utfordring som kan oppstå som følge av helsepersonells «dobbelte» lojalitet ved at de må være lojal mot institusjonen, og mot sitt fag og sine pasienter. Jan Grundt(2006,s32)

I følge teorien er det 3 hovedårsaker til at en slik relasjon kan være problematisk. Ulike målstruktur, asymmetrisk informasjon, og ulik risikoaversjon. I Finansdepartementets veileder for etatsstyring(2011), heter det at *underforliggende virksomheter er tillagt et betydelig ansvar for å opptre lojalt mot politiske beslutninger og gi innspill til den faglige utviklingen*. Her legger man vekt på at systemet skal begrense utfordringene med asymmetrisk informasjon, og underforliggende enheter blir bedt om å gi innspill til faglig utvikling. Eksempelet med trombolysse pasienter viser at rapportering på styringskrav kan bidra, men her er det en utfordring med komplekstjeneste med mange ledd. Her kan det lett bli en hårfin balansegang mellom hva som blir betraktet som tilbakemelding og hva som oppfattes som opportunistisk adferd. Mange ledd kan også skape utfordringer i forhold til ulik målstruktur. Både prinsipalen og agenten i en slik relasjon kan være opptatt av å skape gode tjenester. Her kan ulik tolkning av «gode tjenester» føre til at agenten opptre opportunistisk.

La oss gå tilbake til formuleringen i oppdragsdokumentets innledning. Agenten skal *«gjennomføre styringskravene innenfor de ramme og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet»* Dette er i henhold til intensjonene i statens reglement for økonomistyring som sier at man skal «nå de mål og de resultatkrav» som oppdragsgiver fastsetter. Vi ser her at styringskravene skal bidra til å redusere utfordringen med ulik målstruktur. Et sentralt spørsmål er jo om de gjør det?

«Det er da ca 160 krav til St.Olav som er alt fra den minste detalj opp til helt overordna ting, og alt det der klarer vi ikke å følge opp i like stor grad» (Økonomidirektør)

Utsagnet indikerer at styringsverktøyet, som skal bidra til å redusere ulik målstruktur, selv bidrar til å genere problemer. Økonomidirektøren henviser til detaljer, og dette kan indikere at styringskravene legger opp til en sterkere kontroll av agenten enn det økonomiregelverket legger opp til. *Virksomheten skal ha stor frihet til selv å velge hvordan målene realiseres.*

En tredje utfordring i en prinsipal-agent relasjon er risikoaversjon, dette innebærer at selve adferden kan ha en annen karakter enn det prinsipalen ønsker. Følgende mål kan indikere at også dette forsøkes ivaretatt gjennom styringskravene.

- St. Olavs Hospital HF skal sikre at kvalitetssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.
- Følger opp evalueringer med tiltak for å styrke kvaliteten i offentlige anskaffelser av helsetjenester og anskaffelser generelt.

Jeg har beskrevet de utfordringene som kan føre til opportunisme, noe som kan beskrives som styringskostnader eller transaksjonskostnader som jeg vil bruke senere i oppgaven. Vi kan her se på styringskravene som prinsipalens verktøy for å redusere den opportunistiske adferden som kan forekomme for de 3 hovedutfordringene: ulik målstruktur, asymmetrisk informasjon, og ulik risikoaversjon.

Jeg har her vist at vi kan sette styringskravene inn i en prinsipal-agent relasjon, der styringskravene skal sørge for at agenten utføre sine oppgaver i henhold til prinsipalens overordna mål. Den overordna prinsipalen blir her Storting og regjering. En av utfordringene er at omfanget styringskrav i seg selv kan bidra til ulik målstruktur, og at vi har mange ledd der hvert ledd i kjeden representerer en fare for opportunistisk adferd.

5.2.2 Styringskrav i bestiller- utfører- modellen

Teorien bygger på de samme prinsippene som prinsipal agent, men i stedet for tradisjonell hierarkisk styring er denne teorien basert på at det inngås en kontrakt mellom bestiller og utfører. Styringskravene til St.Olavs Hospital HF er basert på signert foretaksprotokoll og styrings dokument. Kravene i styringsdokumentet er en videreføring av krav fra departementet. Vi ser også at foretaket stiller egen krav i foretaksprotokollen. Denne kontrakten består så av 166 punkter som utfører i henhold til kontraktteorien skal utføre. Jeg

har i innledningen til dette spørsmålet vist fordelingen av krav fra departement og eget foretak. Her fremgår det også at det regionale helseforetaket har ansvar for å samordne virksomhetene med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.

Et av prinsippene i denne teorien er at i stedet for å styre gjennom autoritet, så skal styringen gjennomføres gjennom forhandlinger. Her er forhandlingsdelen foretatt i foretaksmøtet, men det har også vært dialog på andre områder, noe følgende uttalelse viser. *«Ja, det ble sendt til meg på høring i går for å sjå på det og gi tilbakemelding, det har ikke noe med at dem prøver å omformulere oppdragsdokumentet, det har noe med språkbruken sånn at det fikk en annen betydning enn det som egentlig var meninga».*

Hvor mye forhandlinger det er rom for her vil jeg la stå åpent. En annen utfordring som pekes på i teorien er at ved komplekse tjenester skaper modellen større behov for informasjon. 166 styringskrav illustrerer at dette er tilfelle. Begrunnelsen for dette er at kontraktstyring krever sterkere kontroll for å fungere da den hierarkiske styringen i prinsippet skal løses opp. (Bush et.al.2011,s113). Vi ser eksempler på dette ved at kontrakten inneholder krav om å delta i ulike fora.En har ikke autoritet eller myndighet til å styre hierarkisk, men via kontrakten.

- St. Olavs Hospital HF deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.

For utfører skal kontrakts styring fungere som en form for mål og resultatstyring. Utfører skal gjøres ansvarlig for dokumenterte resultater og gjennom dette skal frihet til drift og utvikling økes. Når det er vanskelig å måle resultater, kan dette føre til at det legges større vekt på kvalitetssikring. Følgende styringskrav kan være en pekepinn på at dette er tilfelle.

- Foretaksmøtet ba St. Olavs Hospital HF sikre at sykehusene har rutiner for kvalitetssikring av data før rapportering til NPR.
- Følge opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling.
- St. Olavs Hospital HF har etablert mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf vedlegg 3.

I vedtektene til de regionale helseforetakene fremgår at de har ansvaret for å samordne virksomhetene i de helseforetakene de eiere, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og

rasjonell ressursutnyttelse(Riksrevisjon, 2009,s29). Dette gjenspeiles i noe av kravene fra foretaksprotokollen.

- Forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt.
- Etablerer og følger opp periodiserte mål for bemanningsutvikling, sykefraværsutvikling og heltidsandel.

Dette fører til følgende dilemma. Hvem har den beste kompetansen knyttet til oppgave utførelsen? Dette blir en avveining mellom byråkratisering og fleksibilitet, og et sentralt spørsmål blir hvilket handlingsrom de profesjonelle utøverne skal ha (Mintzberg, 1993 gjengitt i Busch et.al 2011,s115).

Her ser vi St.Olavs Hospital HF pålegges å etablere og følge opp periodiserte mål for bemanningsutvikling, sykefravær og heltidandel. Dette kan betraktes som en instruks for hvordan dette skal følges opp.

Jeg har her vist at mange av styringskravene kan sees med bakgrunn i kontrakten mellom bestiller-utfører modellen.

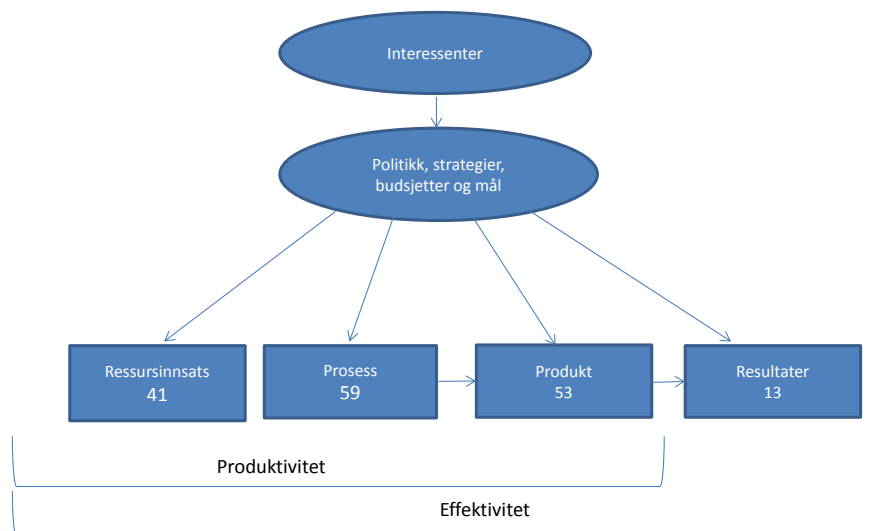
5.3 Oppsummering

Jeg har her vist at styringskravene har sin bakgrunn politikernes handlingsinnstillinger der man gjennom regulator-integratorrollen skal fordele goder mellom grupper, og tilfredsstille behov og legitime krav. De er et styringsverktøy for å begrense styringskostnadene i en prinsipal agent relasjon med mange ledd, og med sprikende målstruktur og ulik risiko. De skal ivareta forholdet mellom bestiller – utfører, der bestiller ikke kan styre gjennom hierarki, men skal styre gjennom kontrakten.

For utfører skal disse styringskravene i prinsippet fungere som en form for mål og resultatstyring. Hvordan dette fungerer hos utfører vil bli belyst i de påfølgende forskningsspørsmålene.

6.0 Hvordan er styringskravene implementert i det interne styringssystemet ved St.Olavs Hospital HF?

Jeg vil i dette kapitlet undersøke hvordan «mål og resultatstyringen», som styringskravene i prinsippet skal fungere som, er implementert mot det interne styringssystemet ved St.Olavs Hospital HF. Jeg har her valgt å ta utgangspunkt i den «idelle» økonomiske styringsprosessen og vil starte med å begrunne det valget.



Figur 9 Styringskrav til St.Olavs Hospital HF plassert i produksjonskjeden

I figur 9 har jeg plassert styringskravene til St.Olavs Hospital HF i produksjonsmodellen for offentlige tjenester som er presentert i teoridelen. Det stilles krav om prioritering og det stilles krav om rette mot prosessen i form av kvalitetssikring. Det stilles krav til produkt i form av andel pasienter som skal gjennomføre en viss type behandling, og det stilles krav til resultat i form av maksimum ventetider og redusert risiko for infeksjoner. Hvert av styringskravene fører så til ulike virkninger både for måloppnåelse og ressursbruk, og inkluderes derved i den definisjonen for økonomistyring presentert i teoridelen. Den ideelle økonomistyringsprosessen forutsetter koplinger mellom strategi, budsjett/planer, regnskap for at styringen skal være rasjonell. Dette er imidlertid ikke alltid i overensstemmelse med virkeligheten, og mange virksomheter har manglende kopling mellom strategi, aktivitet/handling, og regnskap (Pettersen 2008,s252).

Mitt utgangspunkt har vært styringskrav 2012. Disse blir først klare i februar, mens budsjetter for St. Olavs Hospital vedtas i desember året før. Jeg vil i dette spørsmålet undersøke hvordan styringskravene påvirker prosessene, handling, rapportering, og budsjett. Jeg vil starte med handlinger, før jeg går videre til rapportering, og avslutter med å

se hvordan dette har påvirket budsjett og handlingsplaner for 2013. Med bakgrunn i at jeg tar utgangspunkt i de årlige styringskravene, er prosessen (mål, visjon og strategi) utelatt. Besvarelsen er delt inn etter prosessene handling, rapportering og budsjett.

Jeg vil avslutte med felles oppsummering der jeg diskuterer mine funn i lys av mål og resultatstyringsteori.

6.1 Presentasjon av prosessene

Jeg vil starte med en presentasjon av prosessene, og hvilken informasjon jeg har lagt til grunn for å vurdere hva som påvirker de ulike prosessene. I analysedelen presenteres informasjon fra mine respondenter fortløpende.

6.1.1 Handlinger

Styringskravene påvirker handlingene gjennom tiltakene som iverksettes. Det er laget en egen rapportering for alle styringskravene som ligger åpen på foretakets hjemmeside. Denne består av en oppstilling av alle målene med ansvarlig og saksbehandling. Rapportering og status på de ulike punktene legges inn underveis og ved årets slutt, og inneholder en beskrivelse av hvilke tiltak som er iverksatt og en vurdering av måloppnåelse. Det foretas så en risikovurdering utfra sannsynlighet for å ikke nå mål og konsekvensene det vil ha. Alle kravene kategoriseres så med samme farger, som et trafikklys rødt, gul og grønt. Farge på «trafikklyset» avgjør hvor hyppig kravene skal følge opp. Denne risikovurdering finner jeg som grunnlag for en egen rapportering til styret. Tabellen nedenfor viser rapportering til styret for 2 tertial 2012.

	Grønn	Gul	Rødt	Totalt
1. tertial 2012	80	66	5	151
2. tertial 2012	82	74	3	166

I rapportering til styret omtales kravene som er vurdert som røde, og det beskrives hvilke tiltak som er iverksatt for å løse dem. Som vi ser er det totalt 74 «gule» krav. Dette er krav der sannsynligheten for å nå målene ansees som svært liten, men der konsekvensene vurderes som ubetydelig eller lav. Her havner også krav der sannsynligheten for å nå målene ansees som meget liten eller liten, men der konsekvensene kan være alvorlige eller svært alvorlige.

6.1.2 Intern rapportering

De faste rapporteringene på St.Olavs Hospital HF nivå består av.

- Direktørens rapport til styret, etter en fastlagt mal.

- Klinikksjefens rapport til direktør, en hver måned etter fastlagt felles mal.

Jeg har med utgangspunkt i rapportering til styret, laget en tabell basert på hovedpunktene i rapportering til styret. Tabellen viser i tillegg hvilke punkter som rapporteres fra klinikkene, og hvilke av punktene som har sin bakgrunn i styringskravene.

Styrerapportering	Klinikk Rapport	Styrings-Krav
Helsefag		
Aktivitet		
DRG-poeng	X	X
Poliklinisk refusjon	X	X
Konsultasjoner barn og vokse Psykisk helsevern	X	X
Ventetid og fristbrudd		
Gjennomsnittlig ventetid		X
Fristbrudd		X
Kvalitetsindikatorer		
Andel epikrise sendt ut innen 1 uke		X
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 dg		X
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager		X
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager		X
Økonomi		
Regnskap mot budsjett	X	X
Prognose på hovedpostnivå	X	
Likviditet		
Investeringer		
Raskere tilbake		
Personell HR		
Utvikling brutto månedsverk	X	
Andel deltid	X	X
Utvikling mertid/overtid fast personell		
DRG-poeng per brutto månedsverk		
Sykefravær	X	
Ansatte under 40% helt eller delvis ufør		
Avviksmeldinger skader personell		
Pasientsikkerhet		
Meldinger om pasientskader		
Varsling om alvorlige hendelser		
Meldinger om system avvik		
Medisinsk klagesaker		

Tabellen viser at av de faste rapporteringspunktene til styret, så har 11 sin bakgrunn i styringsdokumentet. For 5 av punktene er det gjennomgående rapportering fra klinikknivå. Internt på St.Olavs Hospital HF avholdes det hovedledelses møte mellom klinikksjefene, direktør og stabsdirektører. En gjennomgang av referatene for høsten 2012, viser ingen fast rapportering, men punktene ventetid og fristbrudd er satt opp som eget rapporteringspunkt på flere av møtene.

6.1.3 Budsjett og handlingsplan 2013

For budsjett og handlingsplan, vil jeg presentere gangen i selve budsjettprosessen for 2013. Den viser prioriteringene som fremkommer i budsjettsaken til styret, og hovedpunktene fra det klinikkovergripende handlingsprogrammet.

6.1.3.1 Prosessen

- Overordna føringer fra direktør, vanligvis med et generelt effektiviseringskrav
- Forslag fra klinikkene. Her beskrives endringer fra fjorårets budsjett og det legges frem forslag til nye tiltak som skal iverksettes, og tiltak for å komme balanse dersom det er avvik mellom regnskap og budsjett.
- Diskusjonsmøte mellom hver klinikk og økonomidirektør/fagdirektør.
- Nytt forslag fra klinikkene.
- Møte med hver enkelt klinikk, økonomidirektør, fagdirektør og et panel av klinikkjefer.
- Budsjettet forslag fra direktør sendes klinikkene.
- Budsjettsaken legger frem for styret.

I tillegg diskuteres overordna prinsipper og strategier i hovedledelsen.

6.1.3.2 Prioriteringer

Styret vedtar i sak 42/12 direktørens budsjett der han prioriterer følgende områder.

- Økt aktivitet for å innfri krav til fristbrudd og ventetider.
- Økt satsing på pasientsikkerhet.
- Bedre lokaler i akutt psykisk helsevern.
- Økt satsing på kompetanse og forskning.
- Tiltak for å fjerne brudd på arbeidstidsbestemmelsene.
- Tilpasning behandlingsskapitet.
- Samhandlingsreformen.
- Økt satsing på IKT.
- Innføring av PET.

Det kommenteres også på hvilke områder det er foretatt kutt i forhold til de forslag som er fremmet gjennom klinikkenes siste forslag.

- Lavere kostnadsøkning enn noen av klinikkene hadde lagt til grunn for aktivitetsvekst.
- Begrenset vekst innenfor nye behandlingsmetoder hjertemedisin.
- Lavere vekst enn ønske når det gjelder årsverk.
- Ansettelse av HIV- koordinator.

- Utsatt fullføring opptrapping av fysikalsk rehabilitering Lian.
- Utsatt opptrapping av senger ved kirurgisk klinikk.
- Økte investeringer medisinsk teknisk utstyr ikke gjennomført.

For de områdene som ikke er prioritert, kommenteres at man ikke anser at det vil medføre risiko for liv og helse. Det kommenteres videre at det er krevende å etablere en behandlingskapasitet som er stor nok til å ta unna økt pasienttilgang. Jeg finner også følgende formulering « *Det forhold at vi i budsjettet har forutsatt en stor aktivitetsvekst uten tilhørende ressurstillgang, og medfører behov for tett oppfølging av fristbrudd og ventelister*». Under risikovurdering finner jeg også følgende formulering. «*Administrerende direktør betrakter det fremlagte budsjett og dermed driftsopplegget for 2012 som krevende. Realisering av de tiltak som er planlagt og samtidig opprettholdelse og forbedring av faglig kvalitet, vil kreve stort engasjement fra hele organisasjonen.* (styresak 42/12)

6.1.3.3 Handlingsplan 2013

I forbindelse med budsjettet ble det også vedtatt et hovedprogram for forbedring. Dette dokumentet kan betraktes som direktørens handlingsplan for gjeldende budsjettår, og har som mål å bidra til bedre kvalitet og mer effektiv ressursutnyttelse. Hovedprogrammet har fem hovedområder. Universitetssykehusefunksjonen, kvalitet og pasientsikkerhet, pasientlogistikk, organisering av og utredning for kreft og samhandling, organisasjonen og ressursene. Det er for hvert område definert måling, oppfølging og rapporterings krav. Mange av målene er overlappende med kravene i styringsdokument, men det er ikke beskrevet kobling mot styringskravene. Her ser vi imidlertid at målene er koblet direkte mot overordna strategi, Helse Midt Norge RHF Strategi 2020, Nasjonal strategi for kreftområder og regional kreftplan. Det er spesifisert 24 delmål og av disse finner jeg 5 som har direkte kobling til styringskravene.

- Gjennomsnittlig ventetid skal ikke overstige 65 dager.
- Redusere forekomst av sykehusinfeksjoner, men her spesifisert med et konkret mål på 3%.
- DPS skal være både veien inn i og ut av psykisk helsevern.
- Kreftbehandling 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.
- Bidrar til å styrke samhandlingen og stimulere til etablering av tilbud i kommunene, herunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

6.2 Analyse

Jeg vil her diskutere forskningsspørsmålet i lys av teori om løse og tette koplinger.

Jeg vil analysere dette utfra 2 variabler; iverksettelsesform, og iverksettelsesgrad. Iverksettelsesformen sier noe om hvordan dette er koplet mot andre prosesser, men iverksettelsesgrad vil si noe om hvordan det brukes.

Iverksettelsesform vil karakteriseres som løs eller tett mot det interne styringssystemet. Iverksettelsesgraden vil vurderes i forhold til de hierarkiske nivåene som er beskrevet i teoridelen (Ginzberg, gjengitt i Johnsen 2007,s201). For å diskutere iverksettelsesgraden vil jeg trekke inn teori om legitimitet og ulikt styringsrasjonale. Jeg vil videre foreta en diskusjon av hvordan dette påvirker koplingene i den økonomiske styringsprosessen med utgangspunkt i hovedmomentene presentert i teorikapittelet (Pettersen 2008,s138). Jeg vil starte med handling, før jeg går videre til rapporteringsprosess og budsjettprosess.

6.2.1 Handlinger

Jeg vil her analysere hva som påvirker prosessen handlinger. Jeg har tatt utgangspunkt i den interne rapporteringsmatrisen, som består av en opplisting av de 166 styringskravene. Dette kan betraktes som en operasjonalisering av eiers overordna mål.

Sett innenfra fremkommer denne som en liste med krav uten koplinger det interne styringssystemet. Denne rapporteringen danner grunnlag for rapportering til styret og intern oppfølging. Som jeg har vist i empiridelen, er denne basert på en risiko analyse som viser antall mål basert på et trafikklys system. Riksrevisjonens rapport peker på at dette er en utbredt metode for å holde oversikten, og at de fleste regionale foretak har utviklet lignede maler. «Disse vurderingene brukes aktivt i styringsdialog mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene» (Riksrevisjonen 2009,s43). Det henvises her til at dette brukes aktivt, noe som kan tyde på at det har skjedd en rasjonelt kalkulert oversettelse av oppskriften risikoanalyse. Listen ved St.Olavs Hospital HF er etter mal fra Helse-Midt Norge RHF.

Målene er mange, og definerte mål er fastsatt fra eier. Som vist i spørsmål 1 skal dette være grunnlag for forhandlingene i foretaksmøtet. For organisasjonene som helhet er dette påtvunget. Målene er initiert av en ekstern prosess, og kan betraktes som et system påtvunget brukerne fra høyere hold og tiltenkt eksterne legitimeringsformål. Dette kan karakteriseres som andre nivå iverksetting. Rapportering til styret med forslag til iverksetting av tiltak for krav som ikke imøtekommes, kan indikere en tettere oppfølging. Vi nærmer oss

tredje nivå, som beskrives ved at det fører til læring, beslutninger og tiltak. Jeg vil likevel stoppe litt her. Rapporteringen viser 75 «gule» punkter. Ansvarlig leder og saksbehandler fremkommer i matrisen, noe som muliggjør ansvarliggjøring. Men med bakgrunn i teorien om ulike styringsrasjonale blant fagfolk, politikere, og administrasjon (Bentsen et.al 199,s266), kan det likevel være grunn til å spørre hvem som vurderer konsekvensen?

Svarene fra noen av klinikkjefene peker i retning av at rapportering kan ha betydning utover å ivareta ekstern legitimitet.

«Det er jo rapportering for at styret skal vite hva vi holder på med, samtidig så er det en påminnelse til oss, er vi kommet godt nok av gårde og er vi der vi skal være underveis.

(Klinikkjef)

Innholdet i rapporteringen i matrisen bidrar også til dette inntrykket. Her beskrives status, hva som er gjort, og hvilke tiltak som iverksettes for å i møtekomme kravene. Dette er i tråd med en diagnostisk bruk av styringssystemet der rapporteringen viser om man er på vei til målet eller om det er behov for å sette inn tiltak. (Nyland og Østergren, 2008).

«Det fungerer som en huskeliste for meg som leder. Jeg bruker det til å ta opp spørsmålene i ledermøter med de aktuelle personene, og sier at nå er det på tide at jeg skal rapportere, har det skjedd det noe nytt i saken». (Klinikkjef)

Svarene fra mine respondenter kan indikere at kravene påvirker det som reelt skjer i organisasjonen. Men det gir likevel grunn for ettertanke at man har behov for en huskeliste over de krav som stilles fra eier. Dette kan betraktes som et uttrykk for detaljeringsgraden, og forteller oss at selv om man er positiv til kravene og opptre lojalt mot systemene, så er det likevel tegn på at dette har begrenset betydning for den daglige driften.

Når jeg begynte her da var det her nesten en bordøvelse. Nå har vi fått det mer inn i et system, vi legg det jo inn i et system som ligg åpent på virksomhetsportalen hvor vi følger opp de 160 tiltak som ligg der, fordelt ut på personer, så det er større deler av foretaket som er involvert i oppfølging enn det var før. (Økonomidirektør)

Antall personer som er involvert kan bidra positivt til iverksettelsesgraden, når ledere er ansvarliggjort og kravene er kjente så øker mulighet for at det blir en del av den normative legitimiteten, noe som innebærer en større sannsynlighet for at det blir en naturlig del av de vurderinger som foretas. Så langt kan vi konkludere med at det har en iverksettelse grad på

tredje til fjerde nivå. Dette svekkes imidlertid av at alle kravene fremstår som en lang liste, der det er en stor utfordring å få en helhetlig oversikt. Omfanget innebærer at en ikke kan ha like tett oppfølging på alle punkter. Følgende uttalelser viser at det nok vil være store variasjoner.

«Vi legg ned forholdsvis mye arbeid på det vi syns er viktig, det andre rapporterer vi fordi vi er bedt om det». (Klinikksjef)

«Det er da ca 160 krav til St.Olav som er alt fra den minste detalj opp til helt overordna ting, og alt klarer vi ikke å følge opp i like stor grad, så jeg synes det blir vidt og bredt. Det blir omtrent opp til oss å foreta en vurdering av hva som er viktigst, og sånn skal det muligens være, men jeg synes det blir for lite overordna».(Økonomidirektør)

Omfanget bidrar til at det både bevist og ubevist skjer en utvelgelse. Antall personer som er involvert bidrar positivt til iverksettelsen.

Med bakgrunn i mine data, vil jeg konkludere med at det generelle inntrykket er at iverksettelsessuksessen kan plasseres på tredje nivå ved at det er nyttig for beslutninger og tiltak. Det store omfanget bidrar imidlertid til at man både bevist og ubevist kan bruke dette pragmatisk, noe som vil føre oss til andre nivå der rapporteringen kun vil fungere for eksterne legitimeringsformål. Offentlig tilgjengelig rapportering drar i retning av fjerde nivå i form av at det til en viss grad ivaretar forutsigbarhet, åpenhet, og ansvarlighet. Når det gjelder punktene effektivitet, produktivitet, og fordeling så har jeg ikke noe data grunnlag som sier noe om det, men utsagnet nedenfor kan indikere det ikke er ivaretatt.

«Det som kan være vanskelig med styringsdokumentet er hvis det krever økonomiske spørsmål, eller altså involverer økonomiske spørsmål hvor man krever ressurser, og de ressursene er ikke alltid lagt i budsjett og da får du en konflikt mellom hva har vi råd til og hva bør vi gjøre. Da må jo så best man kan prøve å gjennomføre». Når jeg i slutten av intervjuet spør om det er noe vedkommende klinikksjef ønsker å fremheve ved styringsdokumentet, kommer følgende. *«Nei noen ganger så skulle jeg ønske at når vi får et krav at det fulgte noe øremerket økonomi med. Det er nok det som jeg sitter igjen med generelt og som jeg oftest tenker på»*

Dette indikerer at koplingene mot den økonomiske styringsprosessen ikke er ivaretatt.

Oppsummering

Iverksettelsesformen mot det interne styringssystemet må karakteriseres som løs. Samtidig kan dette betraktes som en tett kopling ved at kravene fremkommer som en operasjonalisering av eiers krav og innebærer rapportering til styret. Her vil bruken og oppfølgingen være avgjørende. Iverksettelsesgrad kan plasseres på nivå 3 som innebærer iverksettelse av tiltak, men betydning for effektivitet er uklar. Koplingene til økonomistyringsprosessen må og beskrives som uklare.

6.2.2 Rapportering og oppfølging

Styret er organisasjonens øverste instans, og jeg vil her se på styrets rapportering koplet mot styringskravene. Diskusjonen er delt inn etter hovedpunktene i styrerapportering som vises i sin helhet i avsnitt 6.1.2. Som vist i foregående kapittel, er det en egen rapportering på selve styringskravene. I dette kapittelet vil jeg se på koplingene mellom den ordinære rapportering og innholdet i styringskravene.

6.2.2.1 Helsefag

Aktivitet

For aktivitet er det gjennomgående rapportering mot klinikknivå, og målene har sin bakgrunn i styringskravene. Aktivitet har vært en del av den faste rapporteringen i mange år, og det er definert klare mål i form av DRG-poeng og antall konsultasjoner for hver klinikk. Vi ser en tett iverksettelsesform for pasientrelatert virksomhet.

Følgende utsagn forteller at dette er blitt en naturlig del hverdagen.

«Jeg har klinikkens aktivitetsmålinger som jeg ser på, sjølvsagt, og sammenholder med kravene, for eksempel epikriser, fristbrudd, ventetider etc. Det brukes i styringslinjen. Det samme med økonomi.» (Klinikksjef)

Svarene indikerer at aktivitet og økonomi sees i en sammenheng. Aktivitet er også en del av budsjettet og sentral i diskusjoner om budsjettfordeling, noe som gir en viss forutsigbarhet både for klinikk, direktør og styret. Det neste utsagnet peker i retning av dette er et punkt som har stor legitimitet.

«Eller så er det jo viktig å følge budsjettet og holde opp aktiviteten for å bli truverdig i systemet.» (Klinikksjef)

Uttalelsene tyder på at kravet har normativ legitimitet. Aktivitet i forbindelse med oppgaver som forskning, utdanning, og pasientopplæring, er ikke koplet mot den interne rapportering, dette ble også kommentert av klinikksjefene.

«Det rapporteres mye på økonomi en gang i måneden, det rapporteres på hvor mange pasienter vi behandler, men når det gjelder hva vi produserer av vitenskap f.eks som også er et av sykehusets og spesielt et universitetssykehus viktigste oppgaver, så er det nesten ikke. Det er også når det gjelder undervisning, det er lite tydelig i rapportering, det er viktige oppgaver som skal gjøres uten at det rapporteres». (Klinikksjef)

Styringskravene inneholder derimot konkrete krav om at en viss prosent skal publiseres på ulike nivå. Manglende rapportering på viktige område som forskning og utdanning, kan representere et styringsproblem, da det oppstår brudd i koplingen mellom regnskap og handling. Her kan utfordringer med målformulering være en forklaring. Vil styringskravene som er satt til antall publikasjoner, være en legitim måleenhet for måling av den forskning som skjer? Kravene til utdanning er generelle og vanskelig å operasjonalisere. Begge deler er oppgaver der en operasjonalisering i konkrete mål kan føre til diskusjoner om legitime måleenheter. Ved å la koplingene forbli løse unngår man diskusjon om måleenheten, og rapporteringen kan foretas på sykehusnivå slik at den eksterne legitimiteten opprettholdes. Forskningsaktivitet i seg selv setter ikke krav til registrering på samme måte som pasientbehandling og en rapportering vil øke registeringsbehovet. Her kan transaksjonskostnader være et argument for å la koplingene forbli løse, men samtidig oppstår det en fare for brudd i koplingene i økonomistyringsprosessen. Utsagnet fra klinikksjefen kan indikere at dette er et område der iverksettelsesgraden er høy og har stor legitimitet. Vi ser en tett iverksettelsesform og høy iverksettelsesgrad, for pasientrelatert virksomhet og løs iverksettelsesform for annen aktivitet. Selve oppgaven ansees som viktig, men her har jeg ikke tilstrekkelig informasjon til å si noe om selve kravet.

Ventetider og fristbrudd

For ventetid er styringskravene koplet til både prosessene budsjett og rapportering. Det er ikke rapportering fra klinikk, men punktet er rapportert pr. klinikk i hovedledelsen. Dette kravet kan fremstå som det som har den tettteste iverksettelsesformen ved at det i løpet av høsten har vært det eneste rapporteringspunktet i hovedledelsen. For dette kravet er det også knyttet en felles økonomisk «straffesanksjon» til manglende måloppnåelse ved «tilbake hold» av ramme fra eier. Internt er rammen fordelt og dette blir et «felles problem» på sykehus nivå. Utsagnet nedenfor viser at ventetid har stor legitimitet.

«Jeg tror det er viktig å ha en den type kanal for å legge litt trøkk på hva vi skal gjøre. For det er klart at hvis vi fikk drevet det her selv, uavhengig av styringssignaler så hadde nok det sett litt annerledes ut fordi da ville vi kanskje suboptimalisere saker og ting». «Vi ser jo at det har hatt effekt, de tingene som har vært lagt vekt på. Ventelistegarantien for eksempel det har jo gått raskt nedover på pasienter som har hatt fristbrudd og det er jo fordi det er satt fokus på det. Jeg mener jo det er en effektiv måte å styre sykehuset på, ved at man en tar område for område som da prioriteres. Det vil være svært vanskelig å få til alt på en gang» (Klinikksjef)

«Krav om lavere ventetider, ingen fristbrudd etc mener jeg er bra. Det skjerper systemet at det fokuseres på slik ting».(Klinikksjef)

«Fristbrudd er nå fremheva som det viktigste fra statsråden og ned, og så lenge han Gunnar har sittet på RHF'et så er det veldig spissa det som han synet er det viktigste og det snappe naturligvis han opp fra statsråden. Vi blir nok påvirka av den daglige styringsdialogen fra Helse Midt Norge, sånn at vi prioriterer utfra det, så det er ikke noe tvil om at fristbrudd og ventetid har stor fokus nå». (Økonomidirektør)

Antall fristbrudd er også offentliggjort på foretakets hjemmeside og viser en reduksjon fra 2011 til 2012. Dette kan tolkes som at iverksettelsesgraden har vært stor. Hvordan dette så slår ut i produktivitet og effektivitet er mer uklart. Det kan jo tolkes som en bedring av effektivitet ved at man når målet, men her er ressursinnsatsen uklar. Her er noen alternativer

- Målet innfris uten at det går utover andre oppgaver som er viktig for «overordna måloppnåelse» noe som bidrar til økt effektivitet.
- Målforskyvning, budsjettbalanse, eller andre mål som er viktig for «overordna måloppnåelse nedprioriteres, noe som vil bidra «negativt» for effektiviteten.

Her ser vi av uttalelsen fra økonomidirektøren at denne prioriteringen antas å ha sin bakgrunn i signaler fra statsråden, noe som stemmer med innholdet i talen som jeg presenterte i innledningen til oppgaven.

Her ser vi en tett iverksettelsesform for et politisk mål. Kravene har stor legitimitet, det er rettighetsfeste, og i tillegg har det skjedd en normativ spredning gjennom politiske signaler og ledelsen. Det ser også ut til å være i overensstemmelse med fagprofesjonen i form av klinikksjefens oppfattelse av hva som er riktig prioritering. Her ser vi sammenfallende styringsrasjonale mellom gruppene.

Vi ser en tett iverksettelsesform og iverksettelsesgrad på nivå 3-4, fra 2013 er dette implementert i den faste rapporteringen fra klinikkene.

Kvalitetsindikatorer

Alle kvalitetsindikatorerne som rapporteres til styret har sin bakgrunn i styringskravene, men det er mange av styringskravene som ikke er med i rapporteringen. Når jeg spør økonomidirektør om bakgrunn for valg av kvalitetsindikatorer, får jeg ikke noen klart svar. *«Det som hovedsakelig rapporteres er vel en gammel etterlevning som heter epikrisetid. Nei men det er kreftforløpet, det har vi jo satt i gang et arbeid på, men vi har ikke kommet så langt som vi har tenkt enda»*. Jeg vil karakterisere dette som en løs iverksettelsesform selv om dette rapporteres.

For kvalitetsindikatorer, har all rapportering til styret sin bakgrunn i styringskravene. Kvalitetskravene i styringsdokumentet er mangfoldige og det er ikke mulig å gi noen fullstendig oversikt her. Jeg ser at mange av disse presenteres i Helsen Norges nasjonale kvalitetsregister. Jeg har her valgt å presentere 2 utsagn som viser noe av mangfoldigheten.

«Et annet eksempel er kvalitetsindikatoren 100 % av epikrisene sendt innen 7 dager. Det er jo ingen som bryr seg om hva som står i epikrisene, De bryr seg kun om hvor fort de kommer ut. Kvaliteten er det ingen som prøver å måle.» (Klinikksjef)

Epikrisetid presenteres i det nasjonale kvalitetsregisteret med følgende tekst. *«For at du som pasient skal få best mulig oppfølging etter sykehusopphold, er det viktig at andre deler av helsetjenesten raskt får relevant informasjon fra sykehuset.»*

Her ser vi ulike styringsrasjonale, og legitimiteten vil være avhengig av hvordan dette brukes. En annen klinikksjef kom med følgende uttalelse når jeg spør om kvalitetskrav.

«Det at det nå settes ekstra fokus på oppleves som riktig. Det er jo ikke noe som har påvirket den daglige virksomheten, annet enn det at det blir satt fokus på slagpasienter det var jo gjort i god tid før det her kom som et krav.» (Klinikksjef)

«Kvalitet er lett å selge inn, det ligger i sjela til fagfolka.» (Klinikksjef)

For kvalitetskrav ser vi tett form for epikrise og nye krav om kreftforløp, men ikke gjennomgående på klinikknivå. Kreft forløp er de kravene som var markert rød i rapporteringsmatrisen, noe som innebærer store konsekvenser og liten mulighet for å nå målet. For vurdering i denne sammenheng vil jeg med bakgrunn i omfanget av kvalitetskrav beskrive iverksettelsesformen som løs. Kvalitetskrav generelt ser ut til å ha stor legitimitet, og det peker på at det er riktig å sette fokus på. Noe som kan tolkes som den oppmerksomhetskapende delen kan være viktig. For enkelt indikatorer ser at det kan være ulike styringsrasjonale. En løs iverksettelsesform indikerer at målingene brukes for innsyn og læring. I følge Johnsen (2007,s113) vil målinger som brukes for å skape innsyn eller bidra til læring føre til lite perverterende adferd. Problemene øker når målingene brukes til å vurdere resultater, og akselerer når målingene knyttes til belønning (Johnsen, 2007,s113) Kvalitetsindikatorene er løst koplet og iverksettelsesgraden vil jeg plassere på nivå 3, med bakgrunn i uttalelsen om at det var satt fokus før det kom som krav.

6.2.2.2 Økonomi

For økonomi rapporteres det om avvik fra budsjett på alle nivå. Jeg betrakter dette som en tettkoplet iverksettelse form.

«Økonomirapportering er det ja, og det er jo månedlig rapportering som må gjøres, det synes jo jeg er greit at det kreves. Da vet vi jo mer hvor vi ligger an økonomisk.» (Klinikksjef)

Ja, vi rapporterer jo først og fremst på økonomi, og det har jeg oversikt over. Og sykefravær, overtidsbruk .ol. parametre.»(Klinikksjef)

Her ser vi at de er opptatt av økonomirapportering, men jeg er litt usikker på hvordan dette skal tolkes da rapportering på klinikknivå viser store avvik, for flere klinikker inklusiv noen av mine respondenter. Her angis økt aktivitet og økte varekostnader som hovedforklaringen på avvikene. Dette må sees i lys av at organisasjonen som helhet styrer mot balanse. Her kan innbyrdes motstridene målsetninger være en forklaring.

Kravet om økonomirapportering ser ut til å ha stor legitimitet, og det anses som viktig å vite hvordan man ligger an. Iverksettelsesgraden kan på mange måter tolkes som høy ved at alle klinikksjefene nevner at de er opptatt av økonomi. Store avvik på flere av klinikkene drar i motsatt retning, men så lenge organisasjonen styrer mot balanse kan også dette tolkes som uttrykk for et behov om å endre «fordelingen» underveis. Her kan det være grunn til å stille spørsmål om målene om aktivitet eller ventelister har bidratt til en målforskyvning.

Inntrykket så langt er at dette kravet har stor legitimitet. Det store spørsmålet er om den er så «sterk» at det legitimerer at noen får økte ressurser på bekostning av andre?

Vi ser en tette iverksettelses form, iverksettelsesgraden vil jeg med bakgrunn i uttalelsene og rapportering plassere på nivå 2-3.

6.2.2.3 Personell HR

For HR er det kun punktet om redusert heltid som har direkte sammenheng med styringskravene. Her stiller foretaksprotokollen flere krav om iverksetting av tiltak. Disse kravene kan være koplet mot bruk i personalsystemet, men det er ikke noe som rapporteres i styringslinjen og jeg vil karakterisere dette som en løs kopling.

Den interne rapporteringen på HR kommenteres i forhold til utvikling, og avvik relateres til tilfeldige svingninger og aktivitet. Jeg spurte om betydningen av kravene på personell uten å få annen respons enn at sykefravær er viktig. Klinikksjefene virker ikke opptatt av kravene på dette området. Dette kan være fordi de er ukjente med at tiltak har sin opprinnelse i styringskravene, og det kan være at de er lite involvert da denne typen tiltak ofte går gjennom stabspersonell til avdelingsledere og seksjonsleder.

Økonomidirektøren kommer imidlertid inn på målet om redusert deltid:

«Det var jo et vedtak etter politisk press mot daværende Helseminister som da tydeligvis hadde fått et press rundt det med deltidsansatte, så kom det sånn plutselig over natta beskjed på vårparten et år og inn i styringsdokumentet for neste år som en veldig viktig sak. Vi skulle ned 20% for 2012, så må vi da etter press fra høyeste hold inn og jobb med det her. Så viser det seg at dersom vi skal få ned deltidsandelen med 20% så må vi begynne å si opp folk. Når vi gjorde undersøkelser blant dem som hadde deltid, av forespørsler til over 600 personer og så var det bare 12-13 stykker som kunne tenke seg å gå i full stilling. Og da er det egentlig sånn som vi tolker det at ufrivillig deltid nesten ikke noen problem.»

Jeg spør så om krav om periodiserte mål på bemanning og sykefravær fortsetter

«Jeg synes ikke det er noe viktig, uansett om krav eller ikke så prøver vi nå å jobbe med sykefravær, det er nå sjølv sagt. Det tror jeg ikke påvirker, tror ikke vi jobber noe mer med det om av den grunn. Men det med deltid er det blitt en større bevissthet omkring som følge av det. Det var jo ikke noe veldig fokusområde før, deltid har jo vært en viktig del av det å få turnusene til å få opp. Spesielt helgeturnuser fordi deler av de som har jobbet deltid har jobbet mer i helgene, så har vi fått det til å gå opp uten å bruke altfor mye ressurser, ved å fått konsentrert deler av arbeidsinnsatsen i helgene.»

Her nevnes sykefravær som noe som ansees som en selvfølgelighet. I kontrakten finner vi følgende mål.

- *Etablerer og følger opp periodiserte mål for bemanningsutvikling, sykefraværsutvikling og heltidsandel.*

Vi ser eksempler på styringskrav der målet er en selvfølge og der styringskravene stiller krav om hvordan dette skal jobbes med.

Her kan vi gå tilbake til helseministerens tale som jeg har presentert i innledningen av denne oppgaven der han definerer heltid foran deltid som et eksempel på et tydelig mål. Her er det etablert en fast kopling og uttalelsen fra økonomidirektøren kan indikere at fokus kan få betydning. Men med bakgrunn i omfanget kan man likevel stille spørsmål om iverksettelse graden i en organisasjon med 9600 ansatte.

Vi ser en løs iverksettelsesform, med unntak av deltid. Her har jeg lite grunnlag for å vurdere totalen, men med bakgrunn i utsagnet om deltid har jeg plassert dette på nivå 2

6.2.2.4 Pasientsikkerhet

For pasientsikkerhet har ingen av punktene i det interne styringssystemet sin bakgrunn i styringskravene. Det er imidlertid flere punkter i styringskravene som er rettet mot pasientsikkerhet. Her ser vi at styrerapportering har preg av resultater, mens mange av styringskravene har preg av tiltak. Pasientsikkerhet var et av områdene jeg kom innpå i intervjuet, og er belyst i sitatet nedenfor fra intervjuet med klinikkssjefene.

«Det kan ha effekt at det blir fokusert på en del områder, det trur jeg, folk blir mer bevisst på ting. Så slik sett så har det effekt, men samtidig så brukes jo veldig mye ressurser som trekkes bort fra pasientbehandlingen, jeg er veldig skeptisk til sånne kampanjer av den grunn. Det er veldig vanskelig å måle at det har effekt, det er vanskelig å måle hva effekten er. Du kan sjølvsagt se om antall sykehusinfeksjoner går ned, men sånne ting er ikke så lett å måle og det er så mange forstyrrende faktorer i et slikt bilde. Det er ikke bare kampanjen som påvirker dette, det gjør andre ting også». (Klinikkssjef)

«Når det gjelder infeksjoner, så har det vært et rapporteringssystem som har fungert i mange år da. Det er jo greit å ha kontroll med hvor mye infeksjoner som er på de ulike avdelingene. Det er ikke kommet så mye særlig mye ut av så vidt jeg kan forstå, annet en at man er omtrent på den samme prosenten hver eneste gang, og innfri prosjektet har heller ikke ført

til at man er blitt noe vesentlig lavere infeksjonsfrekvens. Så man kan jo lure litt på hva det beror på» (Klinikksjef)

«Vi er jo opptatt av det, kravene hjelper oss og systematisere» (Klinikksjef)

Her ser vi en løs iverksettelsesform, og iverksettelsesgraden må også betegnes som høy med tanke på at det sette i gang tiltak som betraktes som viktige med tanke på fokus og hjelp til å sette ting i et system. Her har målene om økt pasientsikkerhet stor legitimitet, og den oppmerksomhetsskapende funksjonen anses som viktig. Det stilles i imidlertid spørsmål om ressursinnsats sett i relasjon til nytte noe som bidrar negativt til iverksettelsesgraden. Dette bidrar til at jeg vil plassere denne på nivå 3.

6.2.2.5 Oppsummering rapportering

Jeg har valgt å oppsummere mine funn knyttet til rapportering i det interne systemet i tabellen nedenfor.

	Iverksettelses form	Iverksettelses grad	Koplinger til Økonomstyringsprosessen
Helsefag			
Aktivitet	Tett for pasient aktivitet, løs for annen aktivitet	Høy 3-4. Stor legitimitet Forskning og utdanning nevnes. Men ikke styringskravene	Oppgaver som krever økonomi en utfordring. Løse koplinger for forskning, utdanning og pasientopplæring.
Ventetid og fristbrudd	Tett	Høy 3-4 Stor legitimitet Felles styringsrasjonale	Uklar, fare for målforskryvning
Kvalitetsindikatorer	Løs	Nivå 3, Stor variasjon Eksempel på ulike styringsrasjonal. Det overordna målet har stor legitimitet	Uklar
Økonomi			
Regnskap mot budsjett	tett	Høy for å vite retning. Uklar på reel betydning for handlinger.	Høy, men avvik på klinikknivå, begrunnet med aktivitet og varekostnader
Personell HR			
	Løs med unntak av deltid	Nivå 2	Uklar
Pasient-sikkerhet			
	Løs	Nivå 3 Stor legitimitet, tiltak bidrar til systematisering	Uklar Spørsmål om effekt i forhold til innsats.

Vi ser tettiverksettelsesform for aktivitet, ventetid, og økonomi. Iverksettelsesgraden må beskrives som nær nivå 3-4. For kvalitet og pasientsikkerhet kan iverksettelsesformen

beskrives som løs og jeg har plassert denne i iverksettelsesgrad 3, men her er det store variasjoner.

6.2.3 Budsjett og handlingsplan 2013

Jeg vil her diskutere implementering av styringskravene mot budsjett og handlingsplan.

Styringskravene kommer etter at budsjettet er vedtatt, noe som nevnes som en utfordring, men de store linjene er stort sett kjent. På bakgrunn av svarene fra klinikksjefene, ser styringskravene ser ut til å gi legitimitet til å be om økte ressurser.

«Jeg finner det som har relevans for egen klinikk og brukar sjølvsagt det, eller prøver å bruke det som en brekkstang for å få ressurser til egen klinikk, der jeg vurderer det slik at jeg ikke klarer kravet med de ressursene jeg har. Eksempelvis var det umulig å innfri kravet om null fristbrudd uten ressurstilførsel innen ett av mine fagområder». (Klinikksjef)

«Alle kravene krever ressurser, vi får jo sjelden de ressursene som skal til for å løse oppgavene» (Klinikksjef)

En annen klinikksjef drar frem et eksempel på en spesifikk sak, og jeg følger opp dette ved å spørre om må du da prioritere innfor eget budsjett, eller «sloss» innad ved St.Olavs Hospital HF.

Ja og så er det jo det siste man ofte gjør, det er da man kan bruke det for å gi legitimitet at nå står det i styringsdokumentet, nå må man få det i gang, men for å få det i gang så må man få midler til det. Og sånn sett så kan man bruke det positivt for da teller det mer enn hvis det ikke stod i et styringsdokument. Det gjør det altså, det gjør det. Sånn at i forhold til saker som ikke står i et styringsdokument så er det nok letter å få ting igjennom. (Klinikksjef)

Jeg har i kapittel 5 presentert direktørens prioriteringer, her ser vi at fristbrudd og ventetider er satt øverst på prioriteringslisten. Dette er også den indikatoren der vi finner de sterkeste koplingene. Flere av klinikksjefene fremhever at krav i styringsdokumentet legitimerer å stille krav om økte ressurser. Når jeg spør økonomidirektør om styringskravene er til hjelp ved prioritering gir han et litt annet bilde.

Nei jeg synes ikke det, det eneste som vi veit er at vi hele tida skal ha større aktivitetsvekst i psykisk helsevern enn i somatikken. Det neste er jo da at de store pasientgruppene herunder

kreft skal vektlegges. Kikker vi på kreftklinikken så er ikke veksten veldig stor, kanskje tvert imot, veksten i ressursinnsats, men kreftklinikken er jo bare en liten del av den totale kreftbehandlingen. Det er jo kirurgisk klinikk som er den største kreftbehandlingsklinikken. Jeg synes ikke prioritetsdiskusjonene primært har sitt utspring i styringsdokumentet, det med kreft ligg der som en åpenbar prioritering, men jeg synes den diskusjonen også blir litt avstumpa. Det står jo enkelte detaljer i det som gjør at vi må ta noen prioriteringer, men det er en liten del av det, så jeg syns ikke det er noen hjelp i det.

Her ser vi at kravene innebærer en prioritering, men internt kompliseres dette av fordelingsdiskusjonen. Sett i et overordna perspektiv er det lite hjelp til prioritering, og han fortsetter:

Det havner som alltid hos ledelsen og styret på overordna nivå, så kan vi som sitt i ledelse og styre holde på så mye vi vil, men det havner nå på den enkelte leges bord uansett. «Vi gjør ting på 90 åringer i dag som vi ikke gjorde på 70 åringer for 10-15 år siden, og der syns jeg at nå vi alle fall kjem til ressursdiskusjoner så skulle vi hatt mer sånne, men kanskje er det ingen som tør å ta dem fordi du havner så fort i avisa, fordi pasientene kjem til å reagere. Ikke på prinsippdiskusjoner, men når de sitter der med sin mor eller bror og ikke blir prioritert. Sånne diskusjoner synes jeg at vi har alt for lite av i sykehuset og i landet. Det her havner dessverre utpå den enkelte lege, enkelte avdelingssjef/klinikkssjef og ta beslutninger på. Du får aldri en helseminister til sette noen sånne grenser og stortinget vil ikke ta i dem engang, og det står det ikke noe mye om i styringsdokumentet.» (Økonomidirektør)

Vi ser her at økonomidirektøren etterlyser den delen av integrator rollen som går utpå å sette grenser beskrevet i spørsmål1. Et fellestrekk for det som er nedprioriter er utsettelse av opptrapping eller forsøk på å begrense kostnadsveksten. Budsjettsaken til styret vitner om at direktøren ser at dette kan bli problematisk, som vist i følgende sitater. «*Det forhold at vi i budsjettet har forutsatt en stor aktivitetsvekst uten ressursøkning, medfører behov for tett oppfølging av utvikling i fristbrudd og ventelister*»

Dette innebærer at det å sette grenser i realiteten presses nedover i organisasjonen. Dette kommer også til uttrykk i intervjuene av klinikkssjefene, som vist i følgende sitat.

«Vi effektiviserer jo det vi kan, men det er da ikke nok»(Klinikkssjef)

På kort sikt kan det se ut som om «budsjettet» setter grensen. Dersom dette skal gjennomføres må klinikkene effektiviserer ved å øke aktiviteten uten tilsvarende

ressursøkning. Dette kan være planer med manglende utredning av økonomiske konsekvenser og at kravene oppfattes som innbyrdes motstridene noe som i følge (Pettersen 2008,s247) er årsakene til styringsproblemer. Eller det kan være et uttrykk for at prinsipalen mener dette kan være mulig å få til gjennom effektivisering. Her ser vi ulikt styringsrasjonale mellom økonomidirektør som anser styringskravene til liten hjelp til prioritering med unntak av detaljer og klinikkjefen som mener styringskravene gir legitimitet til å be om økte ressurser.

Hovedprogram for forbedring

Direktørens forbedringsprogram har som mål å bedre kvaliteten og bidra til effektiv ressursutnyttelse. Fem av punktene fra styringskravene er inkludert i forbedringsprogrammet. Dette indikerer at, i tillegg til den tvangsmessige spredningen som styringskravene representerer, skjer en normativ spredning ved at forbedringsprogrammet som har vært under utvikling i flere år har mange sammenfall med det som fremheves som satsingsområder i styringsdokumentet.

Her ser jeg et paradoks i statens reglement for økonomistyring, der står det at «*virksomhetene skal ha stor frihet til selv å velge hvordan målene realiseres*». I stedet for at styringssignalene er overordna konkrete mål som organisasjonen plasserer inn i et målhierarki og finner virkemidler, ser vi her eksempler på at de mål og virkemidler som er beskrevet i styringssignalene og plassert inn en mer overordna handlingsplan.

I forhold til budsjettet, må vi betrakte både iverksettelsesformen som forholdsvis lav. Det er ingen direkte kopling, men styringskrav ser ut til å legitimere krav om økning i ressurser. Når det kommer til iverksettelsesgraden kan styringskravene se ut til å ha betydning, men dette kompliseres av fordelingsdiskusjonen.

6.3 Oppsummering og diskusjon

Jeg vil her foreta en samla oppsummering for hvordan styringskravene er implementert i økonomistyringsprosessen.

Gjennom handlingene ser vi en implementeringsgrad som kan beskrives på nivå 3 ved at de bidrar til iverksettelse av tiltak. Omfanget bidrar til pragmatisk bruk, noe som kan indikere rapportering for å ivareta ekstern legitimitet for noen områder. Iverksetting av tiltak kan

bidra til økte måloppnåelse, men vi har i liten grad oversikt over målforskyvning og ressursbruk.

Rapporteringsprosessen, viser tette koplinger for aktivitet, ventetid, fristbrudd, økonomi og deltid. For kvalitet, og pasientsikkerhet, kan iverksettelsesformen beskrives som løs. Iverksettelsesgraden varierer fra forbedringer til rapportering, men her er det store variasjoner. Det stilles kritiske spørsmål om ressursbruk, noe som indikerer fare for målforskyvning. Respondentene peker på oppmerksomhet som viktig.

Budsjettprosessen viser tette koplinger for aktivitet, ventetid, og økonomi, men internt kompliseres dette av fordelingsdiskusjonen. Budsjettsaken til styret indikerer fare for målforskyvning, enten for andre mål eller ved brudd mellom budsjett og handling.

I min undersøkelse fremstår det som tette iverksettelses form har den høyeste iverksettelsesgraden, iverksettelsesgrad for pasientsikkerhet og kvalitet må imidlertid tolkes med forsiktighet da plasseringen kun er gjort utfra et fåtall av indikatorene.

Sette i et overordna perspektiv og tatt i betraktning de usikkerhetene som er for kvalitet og pasientsikkerhet, kan jeg ikke se noen sammenheng mellom iverksettelsesform og iverksettelsesgrad. Løse koplinger kan i min undersøkelse være rasjonelt utfra omfang. For områdene pasientsikkerhet og kvalitet kan det være rasjonelt da dette er områder der det er overvåking som er være viktig, noe uttalelsene fra en av mine respondenter kan tyde på.

*Det er jo greit å ha kontroll med hvor mye infeksjoner som er på de ulike avdelingene.
(klinikkjef)*

Iverksettelse graden kan betraktes å være på nivå 3 som innebære at det iverksettes tiltak og gjøres beslutninger noe som kan føre til læring. Rapporteringsmatrisen bidrar til åpenhet og ansvarliggjøring, men det er uklare effekter for effektivitet da det stilles spørsmål om ressursbruk i forhold til effekt. Styringskravene bidrar ikke til fordeling.

Av nye styringskrav i 2012 har 2 av kravene fått tett iverksettelsesform, deltid og fristbrudd. Begge deler er påpekt som viktige satsningsområder i Helseministerens tale presentert i innledningen til denne oppgaven. Fristbrudd fremstår som et krav med høy intern legitimitet, mens for deltid kan det stilles spørsmål om effekter utover ivaretagelse av ekstern legitimitet.

Min undersøkelse viser at styringskravene bidrar til utvikling, og har positiv virkning for demokratiske verdier som ansvarliggjøring og åpenhet. Styringskravene kan sees på som en operasjonalisering av eiers krav. Internt i organisasjonen er de, med unntak av økonomi, aktivitet, fristbrudd og ventetid løst kopla til det interne styringssystemet. Det er likevel eksakte krav som krever tilbake rapportering.

Jeg har ingen direkte funn om perverterende adferd. Når jeg nå ser alle observasjonene i en sammenheng, er det likevel grunnlag for en liten refleksjon i forhold til mulige dysfunksjoner.

Mange av styringskravene har preg av rapportering på iverksettelse av tiltak. En dysfunksjonsgruppe er: Resultatmålingen kan hindre læring i stedet for å fremme læring. Årsaken til dette er at mange resultatindikatorer er rapportering av aggregate og gjennomsnitt av underliggende statistikk. Informasjonen om årsak-virkning som fremmer læring, blir borte fra verdiskapningskjeden til rapporteringskjeden. (Johnsen 2007,s113)

På noen områder brukes ordene selvfølgelig, noe som kan indikere at de tas for gitt. Det kan da være grunnlag for å spørre om effektene av å ha slike krav med i «kontrakten». Dette kan knyttes til en annen dysfunksjon; Det svekker tjenesteutøverens profesjonelle innstilling og øker behov for administrasjon.(Johnsen 2007,s113)

7. Hvordan oppleves styringskravene på klinikknivå?

Jeg har stilt spørsmålet «*Hvordan oppleves styringskravene på klinikknivå*».

Jeg har nå beveget meg fra Departement, via Helse region og direktør nivå på St.Olavs Hospital HF til klinikknivå. Lederne på dette nivået har et helhetlig ansvar for fag, økonomi, og personal. Klinikksjefene er ledere, 3 med legebakgrunn og 2 med annen helsefaglig bakgrunn. Hver klinikksjef har dedikert stabspersonell for å ivareta økonomi og personal. I denne delen av oppgaven vil jeg forsøke å utdype hvordan klinikksjefene opplever styringskravene i møte med den enheten de er leder for.

Jeg vil belyse forskningsspørsmålet ved å svare på følgende to spørsmål:

Hvilken rolle spiller styringskravene for prioritering og ressursbruk?

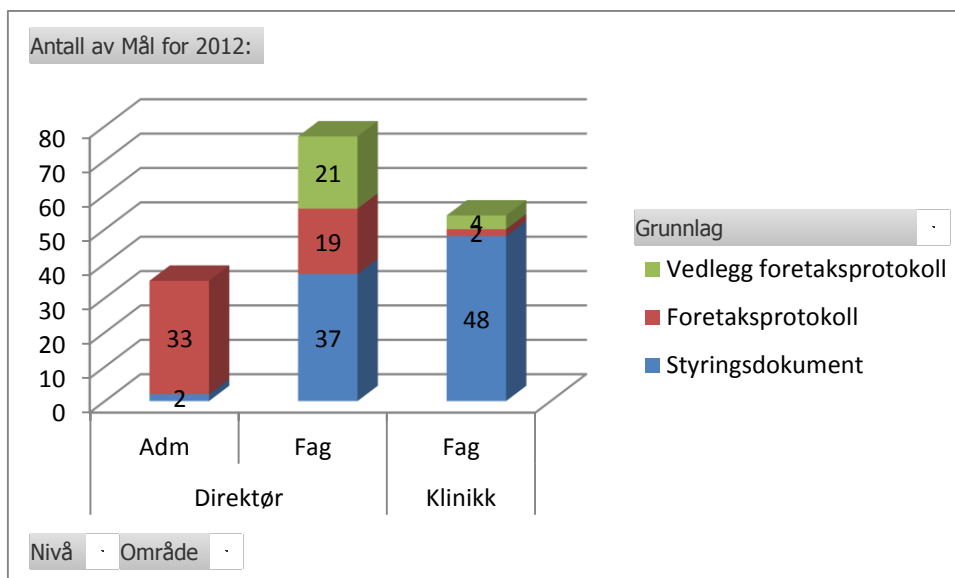
Hvordan blir kravene mottatt i fagmiljøet?

Jeg vil starte med en beskrivelse av hvordan kravene er implementert på klinikknivå, der empiri presenteres fortløpende i analysen. Alle svarene i denne delen er fra klinikksjefer. Jeg vil her at utgangspunkt i Ouchi's rammeverk og Malmi & Brown som er presentert i teoridelen.

Funnene oppsummeres samlet i et eget kapittel.

7.1 Presentasjon av prosessen

St. Olavs Hospital HF har totalt 166 styringskrav som skal rapporteres på gjennom året. Når foretaksprotokoll og styringsdokument kommer gjennomgås de og kravene fordeles på ansvarlig leder av direktør/direktørens stab. Styringskravene på St.Olavs Hospital HF har følgende fordeling.



Figur 10 Fordeling av styringskravene til St.Olavs Hospital HF

Figur 10 viser bakgrunn for styringskravene og hvordan dette er fordelt mellom direktørens stab og klinikkene. Vi ser at for de kravene der en kliniksjeff er ansvarlig, så har de fleste sin bakgrunn i styringsdokumentet fra departementet. Dette innebærer at prioriteringen av spesifikke fagområder vil være i denne gruppen. Jeg startet intervjuet med et generelt spørsmål om deres forhold til styringskravene.

«Vi er veldig ivrig på styringsdokumentet, vi passer som på som en smed når oppdragsdokumentet kommer fra departementet. Det følger vi med, så vi bruker det aktivt, så ligg det på virksomhetsportalen og jeg er jo en av de ansvarlige»

«Klinikk nivået, får dette gjennom hovedledelsen, det er klart at vi får jo tilsendt de her styringsdokumentene direkte, men det er jo en lang rekke med krav og ønsker som er vanskelig å forholde seg til i det daglige, det en forholder seg til i det daglige er de kravene tingene som blir klargjort på møte i hovedledelsen».

«Jeg leser styringsdokumentene og går igjennom hva som berører min klinikk, og vi tar det opp i ledermøte og til strategimøter i begynnelsen av året når det kommer og i tillegg så rapporterer jeg på fire områder helt konkret. En god del av kravene som står i styringsdokumentet, det blir jo på en måte, en kan bruke et ord som oversatt gjennom behandling i hovedledelsen, ikke sant. Sånn at det som kommer opp i hovedledelsen av saker og som også står i styringsdokumentet det prøver man jo å forholde seg til»

Vi ser at en av klinikkjefene bruker ordet oversettelse, dette kan sees i sammenheng med teori om adopsjon av oppskriften i følge teorien er det 3 hovedgrupper: rasjonelt kalkulert oversettelse, der en legger vekt på å finne en utforming med positiv effekt på effektiviteten. Uindtendert oversettelse der organisasjonen ikke er bevist på at det er foretatt en oversettelse. Oversettelse som identitetsforvaltning, ved at man oversetter oppskrifter på hvem man vil være lik (Busch et. al 2010,s107). Utsagnene kan tyde på at kravene har vært grunnlag for diskusjon, noe som kan indikere en, rasjonelt kalkulert oversettelse. Jeg har ingen sikre funn på dette, og informasjon og analyse i neste kapittel må sees i lys av at det har funnet sted en oversettelse.

7.2 Analyse

I dette spørsmålet vil jeg ta utgangspunkt i Ouhci's modell for å besvare spørsmålet. Det underliggende i modellen er kombinasjonen av hva som får individer eller enheter til å jobbe mot fellesmål, sett i relasjon til transaksjonskostnadene, som er de ressursene som går med til å organisere og styre virksomheten. Dimensjonene i modellen er klare/uklare mål og klare/uklare årsakssammenhenger.

7.2.1 Hvilken rolle spiller styringskravene for prioritering og ressursbruk

Gjennom styringsdokumentet presenteres nye krav som har betydning for de oppgavene som skal løses på klinikknivå.

«Hjelp til prioritering er det vel ikke, men det er en hjelp for klinikken med tanke på om hva må vi altså ta med i våre egne strategiplaner, hva må vi jobbe med.» Prioriteringen må vi gjøre selv utfra det budsjettet vi har, og de oppgavene som vi må prøve å løse som best vi kan. Når det står flere oppgaver i styringsdokumentet, så sier jo ikke det styringsdokumentet at vi skal prioritere det fremfor».

Utsagnet viser at det ikke er angitt noen prioritering, noe som kan betraktes som en situasjon med uklare mål. Kravet som kommer kan være klart, men klinikkjefen må likevel vurdere dette i sammenheng med andre mål. Her må vi anta at klinikkjefen har god kunnskap om hva som skal til for å løse oppgaven, men ettersom dette krever en omprioritering vil det også være uklare årsakssammenhenger. I en slik situasjon vil det i henhold til Ouchis modell være best egnet å benytte profesjonsstyring. Utsagnet om at *prioritering må vi gjøre selv utfra de budsjetter vi har*, viser at dette også er tilfellet.

I neste utsagn er retningen tydeligere.

«Det som er veldig tydelig i styringsdokumentet er hvilken retning vi skal bevege oss og det er nok signal til meg for å starte på prosesser og på starte utviklingsarbeid. Det er ikke alle oppgavene det går an å løse det året det står, men at en ikke setter kravet så strengt bare vi beveger oss i riktig retning».

Her opplever klinikkjefen at kravene angir retning. Vi ser fortsatt en stor grad av profesjonsstyring men her er retningen angitt, noe som bidrar til at målet blir klarere, og vi ser her en kombinasjon om profesjonsstyring og målstyring.

«Det kan godt være motsetninger mellom en del ting. Da tenker jeg det er i den rekkefølgen vi har ei ramme og da må vi få til utviklingsarbeid innfor den ramme som går i retning av det oppdragsdokument og styringsdokument sei.

Her pekes det på motsetninger. Vi kan her se på budsjettet som en regel som skal overholdes. Samtidig forsøker man å få til en utvikling som går i retning målet, men hvordan dette løses blir opp til leder. Vi ser her en kombinasjon av regelstyring, målstyring, og profesjonsstyring.

«Akkurat no så vil det komme et prosjekt som går på akutfunksjon inne psykisk helsevern. Det synes jeg ikke er så veldig tydelig i styringsdokumentet, men på mange måter så er jeg litt takknemlig for det, fordi det betyr at når de ikke detaljerer mer, så får vi bruke fornuften. Hva er hensiktsmessig med tanke på ressursbruk?»

Her er både målene uklare og årsakssammenhengene uklare, noe som i henhold til modellen tilsier profesjonsstyring. Vi ser vi også at vedkommende leder mener det er riktig med tanke på ressursbruk. Her ser vi overensstemmelse mellom det leder mener er hensiktsmessig med tanke på ressursbruk og anbefalinger i modellen.

Jeg vil gå videre med noen andre utsagn om prioritering.

«Det kan hjelpe meg å prioritere, men det er ikke helt enkelt. Men jeg må da prioritere de fagene der trykket fra bestiller er størst i forhold til de ressursene jeg har fra før.

Her ser vi at «trykket» fra bestiller bidrar til en prioritering mellom ulike fagområde, noe som peker i retning av målstyring. Det neste utsagnet viser at styringskravene også kan bidra som en hjelp for å få gjennomført ønskede endringer.

Jeg vil også se på det som en god måte å få sakene igjennom sakene i klinikken fordi man kan henvise til styringsdokumentet, bruke det overfor legegruppe og ansatt, att dette er faktisk et krav til oss. At dette er faktisk et krav til oss, det må ta innover oss og eventuelt implementere.

Utsagnet over peker i retning av at styringskravene kan være en drahjelp.

Vi skal her ser litt nærmere på teorien. Profesjonsstyring er en form for selvregulering der sosialiseringprosessen skal bidra til at de ansatte handler i tråd med overordna målsetting. Ouchi beskriver utvelgelsen som en utfordring med «klan» mekanismen. I en organisasjon med 9000 ansatte er det «utenkelig» å bare ansatte personer som passer inn. Det må foregå en opplæring, og de ansatte vil da, ifølge Ouchi (1979) identifisere seg med «treneren», arbeidsgruppen, eller avdelingen. I et sykehus med mange profesjoner kan dette bidra til at en identifiserer seg med de pasienter og det fagområdet man har tilhørighet til, noe som kan bidra til at alle kjemper for sitt fagområde, noe som også vil være en utfordring internt på de ulike klinikkene. Her kan målstyring ansees som et hjelpemiddel til å gjennomføre krav, og redusere effekten av de motsetningene som kan ha oppstått i den «treningen» som har skjedd i de ulike gruppene. Vi kan så langt konkludere med at i de tilfellene der styringskravene angir retning, så kan de være til hjelp til prioritering og en drahjelp ved gjennomføring av endringer.

I spørsmålet 2, om koplinger mot budsjettprosessen på sykehusnivå, fremkom styringskravenes betydning for prioritering mer sammensatt. Her kan totaliteten på mange måter betraktes som en situasjon med uklare mål og uklare årsakssammenhenger. Uttalelsen fra økonomidirektør viser at dette kompliseres ytterligere når dette skal videreføres på klinikknivå.

«Det eneste som står, som vi veit er at vi skal vokse mer innenfor psykisk helsevern, større aktivitetsvekst i psykisk helsevern enn i somatikken. Det neste er jo da at de store pasientgruppene herunder kreft skal vektlegges. Kikker vi på kreftklinikken så er ikke veksten veldig stor, kanskje tvert imot, veksten i ressursinnsats, men kreftklinikken er jo bare en liten del av den totale kreftbehandlinga»

Dette utsagnet indikerer at man har dårlige kausalkunnskaper om hvordan ressursfordelingen mellom klinikkene kan løses for å nå det overordna målet. Denne situasjonen kan sees i lys av prinspal- agenteorien, og her vil spesielt utfordringen med asymmetrisk informasjon og ulik risikoaversjon være av betydning. Tiltaket med å inkludere

et panel av klinikkjefer i budsjettforhandlingene med de enkelte klinikker kan her betraktes som et tiltak for å redusere disse utfordringene, og kan betraktes som et forsøk på å inkludere profesjonsstyring i diskusjonen om budsjettfordeling. Men modellen gir ingen åpenbare løsninger for hvordan dette kan løses

Ouchi peker på at vekst, turnover, og spesialisering undergraver muligheten for å utvikle målkongruens. Ved St.Olavs Hospital HF ble løsningen vedtak av et budsjett der det i følge budsjettsaken til styret er store utfordringer. «*Det forhold at vi i budsjettet har forutsatt stor aktivitetsvekst uten tilsvarende ressursøkning, medfører behov for tett oppfølging av utvikling i fristbrudd og ventelister*». I samme sak står også. «*Realisering av de tiltak som er planlagt og samtidig opprettholdelse og forbedring av faglig kvalitet, vil kreve stort engasjement fra hele organisasjonen*» (Styresak 42/12). I henhold til teorien kan dette være en krevende kombinasjon, man skal ha en tett oppfølging budsjett og fristbrudd, samtidig som det krever et stort engasjement fra hele organisasjonen. Hvordan skal vi så løse dette? Ouchis konklusjon var at på lengre sikt er problemet å forstå hvordan organisasjoner kan oppnå styring i et pluralistisk samfunn – hvor målkonfliktene blir klarere, interesseorganisasjonene mer utpregede, og hvor fellesskapsfølelsen blir svakere – uten å ta i bruk en hardhendt versjon av byråkratisk styring (Johnsen, 2007 s168). Ouchi's svar ser ut å være at enten må man redusere målkonfliktene og skape fellesskapsfølelse, eller så er svaret en hardhendt byråkratiskstyring. I følge Simons (1995) er det et foreldet syn at ledere kan utøve kontroll i en stor organisasjon. I sin artikkel fra 1995, "Control in an Age of Empowerment", argumenterer han for at den nye tidsalderen vi er inne i krever mer fleksibilitet, kreativitet og innovasjon, og derfor en ny måte for lederen å styre på. Utfordringen blir å finne et styringssystem som balanserer et dynamisk miljø der de ansatte har tilstrekkelig med frihet, mot de nødvendige kontrollmekanismer. (Simons, 1995 gjengitt i SNF- rapport nr. 15/09). Konklusjonen må vel her være at dette også ser ut til å være direktørens utfordringer.

Jeg vil vende tilbake til klinikkjefen og noen flere sitater.

Medisinere deltar gjerne i forbedringer hvis forbedringene er rasjonelt begrunna og ikke bare politiske slagord, og det er det en del av no dessverre. Jeg kan gjerne nevne eksempel på det. For eksempel denne 20 dagers fristen på cancer forløp, det høres veldig fint ut. Jeg er for at pasienter som har stilt diagnosen kreft skal få rask behandling, der burde det vært satt en frist på 10 dager, det er jeg absolutt for, men å sette frister på 20 dager før diagnosen er stilt lager problemer. De store pasientgruppene i min klinikk kommer jo bare med et eller flere symptom, for eksempel vondt i magen. Og det er klart, det blir nå på en måte som å lete

etter en nål i en høystakk og finne den ene, eller de få av alle som har et symptom som skal igjennom et pasientforløp på 20 dager.

Her ser vi en situasjon der målet er klart og det er utformet en klar regel, ved at kreftpasienter skal ha raskest mulig behandling. For å nå det målet er det laget en regel om maks antall ventedager. Dette kan betraktes som mål og regelstyring. En styringsform som i følge modellen er å foretrekke dersom både målene og årsakssammenhengene er klare. Her ser vi av uttalelsen at årsakssammenhengene for hans type pasienter ikke er klare. I følge modellen vil da målstyring være den foretrukne styringsformen. Sitatet fortsetter.

Når diagnosen er stilt, da skal det gå fort. Det skal også gå fort å få utredning, men vi har Helsedirektoratets prioriteringsveileder, som vi nå har forholdt oss til de siste åra og den prioriteringsforskriften kan vi ikke følge viss vi skal forholde oss til myndighetskravet om 20 dagers frist på cancerforløp, da klarer vi ikke å nå det målet. Jeg oppfatter de fristene som i prioriteringsveiledningen som veldig gode, godt faglig begrunna. De må vi bare legge bort nå, og sånne myndighetskrav som kommer der de er dårlig begrunna medisinsk sett, altså her cancer- biologisk, vil være kostnadsdrivende. Systemet blir satt under press for å ta seg av en bestemte pasientgruppe, det virker kostnadsdrivende, også vil andre pasientgrupper som ofte kan ha en betydelig reduksjon i sin livskvalitet blir/får senere utredning og behandling, altså uheldig.

Her ser vi at det er valgt en annen modell enn anbefalingen i Ouchi's rammeverk, noe klinikkjefen mener er kostnadsdrivende i dette tilfelle. Her ser vi også at prioriteringsveillederne, som har vært profesjonens retningslinjer, er tilsidesatt av regelen.

Vi får beskjed om å prioritere diabetesomsorgen, men så har da Helse Midt Norge i mange, mange år forsømt seg med å utdanne spesialister i faget. Det fins jo nesten ikke spesialister i helse midt Norge i faget, det er ikke helt enkelt å prioritere et fagområde som ligg nede med antall spesialister»

Her ser vi et eksempel på at måloppnåelse ansees som vanskelig, uavhengig av styringsform og ressurser. Utdanning av spesialister ligger utenfor klinikkjefens handlingsområde. Her vil også tidsperspektivet ha betydning, da det vil gå mange år fra det blir gitt signaler om prioritering til det faktisk er mulig for klinikkjefen å prioritere området.

«Jo ressurser er penger, kompetanse, det er areal, det er alt, ressurser kommer du ikke bort i fra, det er ikke bare penger. Slik spesialisthelsetjenesten ved ST.Olav er organisert så har vi

som rapportere til direktøren ikke kontroll over innsatsfaktorene. Og det er jo et grunnleggende styrings og ledelse problem at en hele tida som ansvarlig må drive og forhandle med andre for å nå måla»

Her ser vi et eksempel på at både areal og organisering trekkes inn som elementer som gjør måloppnåelsen vanskelig. Jeg har i teoridelen presentert Malmi & Browns modell, som er basert på at ulike prinsipper for styring henger sammen i et større system. I denne modellen kan vi betrakte klanstyring som et av elementene i den kulturelle styringen, mens budsjetter og rapportering hører hjemme i det som her fremkommer som kybernetisk styring. I tillegg ser vi her punktet administrativ styring som består av organisasjonsstruktur, ledelsesstruktur, og prinsipper og prosedyrer. Punktene som pekes på av mine respondenter kan alle plasseres under administrativ styring. Malmi & Brown hevder at ulike prinsipper for styring henger sammen i et større system, når målet er å designe en effektiv styringspakke, er det nødvendig å vite hvordan prinsippene i pakken utfyller eller overlapper hverandre. (Ribe SNF-rapport 15/09). Punktene som nevnes om tilgang på spesialister, areal og organisasjonsstruktur, har ikke klinikkjefene «kontroll» over og styringskravene blir vanskelig å oppfylle som følge av at «prinsippene i styringspakken» ikke utfyller hverandre eller er samstemte.

7.2.2 Hvordan blir kravene mottatt i fagmiljøet

Jeg spør videre om hvordan klinikkjefene opplever det når de skal implementer kravene videre i egen klinikk.

«Vi lever i et samfunn hvor det foregår en diskusjon om helsetjenesten hele tiden og legegruppen og de styrende på klinikknivå vil bli påvirket av det da. Styringskrava som kommer ovenfra er ikke så veldig fremmed for folk, det tror jeg ikke. Jeg tror at det vil oppfattes som ganske rimelig, det med å kutte ned på ventetidene, det med økt i pasientsikkerhet, det med fokus på pasientsikkerhet oppleves jo som veldig meningsfylt for et utøvende nivå»

Denne uttalelsen kan betraktes som det for de punktene som er nevnt her er stor aksept blant klinikkjefen for disse målene, og på dette nivået er det heller ingen store frustrasjoner å finne over målinger i forhold til aktivitet, økonomi og ventetider.

Sykehus er beskrevet som en organisasjon men mange mål og interne motsetninger.

Ouchis konklusjon er at i forhold preget av tvetydighet, løse koplinger og usikkerhet vil måling med høy pålitelighet og presisjon ikke være mulig. Et styringssystem som er basert på slike målinger, vil sannsynligvis belønne et begrenset sett uønsket atferd som i det lange løp fører til at organisasjonen forvitrer (Johnsen 2007:s168, Ouchi 1979 :845). I forhold til krav om ventetid, ser dette imidlertid ut til å ha stor aksept i organisasjonen. En svensk undersøkelse konkluderer med at målinger i usikre omgivelser kan være effektivt og at ulempene med usikre målinger ikke er så stor som hos Ouchi (Gunneshby og Walin, 2011). Deres forklaringer er at man gjennom kulturell styring skaper forståelse og aksept for målinger, og at ledelsen har bedre kunnskap enn de ansatte om hvilke beslutninger som bør tas. Forklaringen om at ledelsen har bedre kunnskap om hvilke beslutninger som bør tas, kan her sees i lys av at i organisasjoner av en viss størrelse, så vil ikke alle ha den store oversikten.

Dette stemmer godt overens med den uttalelsen og det jeg har presentert om styringskrav for aktivitet, ventetid og økonomi. Så kan man spørre om det er fordi det gjennom flere år er blitt en del av kulturen at dette er viktig, eller fordi «noen» overordna har best kunnskap til å ivareta helhet, her passer det å ta med et lite utsnitt at et sitat jeg tidligere har presentert under ventetid.

«For det er klart at hvis vi fikk drevet det her selv, uavhengig av styringssignaler så hadde nok det sett litt annerledes ut fordi da ville vi kanskje suboptimalisere saker og ting».

Dette utsagnet kan tolkes som at det er stor forståelse for kravene og at det oppfattes som legitime måle enheter. Men alt er ikke like godt mottatt. To av klinikkjefene peker på at det at målene er lite «kunnskapsbaserte» .

«Mye av de styringskrava som kjem i fra staten dem er ikke kunnskapsbasert vi skal jo driv et kunnskapsbasert sykehus, det syns jeg mangler litt i styringsdokumentet, det er ikke alt som står der som er kunnskapsbasert, det er mye som har med tro»

«Vi er litt forsiktig med sånne typiske prosjekt som har med tro, at noen har bestemt seg og trur at det her er bra.»

Det er noen styringssignal som er vanskelige å få gjennomført fordi de er, dårlig begrunnet medisinsk sett, medisinsk faglig. Det er mer politiske dokument der bestillingene ikke er like rasjonelt begrunna.

Her er fagfolkene usikker på om dette bidrar til det overordna målet som er «bedre helsetjenester». Fagprofesjonen ved et universitetssykehus har sterk tilknytning til et fag som er basert på kunnskapsbasert forbedringsarbeid med basis i klare årsak-virknings forhold og grundig dokumentasjon av resultater. Uttalelsen *kunnskapsbasert sykehus* vitner også om at dette også brukes symbolsk. Her nevnes styringskrav som oppfattes å være i strid med de verdier fagprofesjonen er tuftet på og de symboler som brukes som en del av identitetsskapingen i organisasjonen. Her blir man pålagt å iverksette styringskrav som strider med de språk og verdier som er en del av deres ledelse. Vi ser også at statens veileder vektlegger at krav skal være kunnskapsbaserte. *Et kunnskapsbasert styringssystem bør inkludere bruk av både forhånds-, underveis-, og etter evalueringer. En forhåndsevaluering kan bidra til å gi et utgangspunkt for å lage et styringsopplegg. (Statens veileder for etatsstyring)*

Jeg vil avslutningsvis ta med et sitat som viser hvordan dette er løst
Og det er nok på enkelte områder der jeg er usikker på om dette er faktisk er viktig, så beveger vi oss litt sakte, for og se og høste resultat. Så viser det seg at mye av det som kjem i styringsdokument er fornuftig, så viser det seg at når vi får tren på det at det er bra for pasientene. Det kan hende at det ikke går glatt fremover alltid og at det stopper underveis. Men det å stoppe opp og sjå hvordan skal vi gå videre fordi at det er faglig uenighet, det må enn jo forvente litt, jeg må jo si jeg er glad for at fag folket bruker sin kunnskap og kompetanse for å si fra, det er jo helt riktig».

Her ser vi at klinikkjefen har «tilpasset» kravet til den kulturelle styringen ved å bevege seg «sakte» og definert dette som et prosjekt der resultatene ble evaluert underveis. Her er det også et element at fagfolkene internt ikke er enig og det blir da en krevende oppgave å gjennomføre endringer. Det hele må sees i lys av at endringsledelse må være rettet mot alle delsystemene og mot relasjoner mellom organisasjonen og dens omgivelser (Bush et.al 2007,s33). Noe som innebærer at endringer må sees i sammenheng med organisasjonens verdier og symboler. Dette er i overensstemmelse med at styringssystemer må studeres i sin helhet, ellers står man i fare for å overse avhengigheter og påvirkningsfaktorer. (Malmi & Brown Ribe SNF-rapport 15/09)

Da lar jeg en av mine respondenter avslutte dette spørsmålet.

Det er en del gode resultat som vi prøve å få med oss, men det krever faktisk at vi må være litt selvkritisk at man har satt i gang nye ting, at det blir evaluert. Og det syns jeg det er

kjempeviktig at vi som er universitetssykehus har et ekstra ansvar for at vi ikke ukritisk hopper på nye ideer.

7.3 Oppsummering og diskusjon

Jeg vil her oppsummere de 2 underspørsmålene mine.

Hvilken rolle spiller styringskravene for prioritering og ressursbruk?

Jeg har her vist at styringskravene som viser retning mer enn konkrete mål kan være en hjelp til prioritering på klinikknivå. Jeg har vist et eksempel på at regelstyring kan være kostnadsdrivende i en situasjon med uklare årsaksforhold. Styringskravene kan være en drahjelp til å gjennomføre endringer. Jeg har vist at mulighetene for å oppfylle styringskravene henger sammen med andre styringsprinsipper.

Hvordan blir kravene mottatt i fagmiljøet?

Styringskravene blir sett på som positive og kan bidra til utvikling og endring. Det er i stor grad overensstemmelse mellom signalene i styringskravene og fagmiljøet. Noen krav kan være vanskelig å oppfylle som følge av sammenheng med det administrative styringssystemet. Det pekes og på «lite kunnskapsbaserte og dokumenterte styringskrav noe som i strid med de kulturelle styringssystemet i et «kunnskapsbasert sykehus».

Funn på dette spørsmålet må sees i lys innhold i kravene og av «oversettelsen» og. I den forbindelse kan det være på sin plass å reflektere over hva som skjer med de kravene der direktøren er ansvarlig. Her vil det være krav om tiltak og kvalitetsprosedyrer som ikke nødvendigvis håndteres av klinikkjefene. Typisk saksgang i slike saker er at det tas opp på hovedledelsen for forankring hos klinikklederne, selv rapporteringen vil ofte skje via stab som samler inn relevant informasjon enten fra systemer eller ved å koble inn avdelingslederne som er ledernivået under klinikkjefen. Jeg vil ta med 2 utsagn som kan indikere at dette er en del av bildet.

«Det brukes stabsressurser til rapportering som skulle vært brukt til å støtte klinisk drift».

«Vi rapporterer jo fordi det er et krav om å rapportere, men vi burde hatt så pass gode datasystem at vi slapp å lage egne rapporter. Nei det er altfor mye rapportering, vi bruker

alt for mye ressurser, det er en grunn til at administrativ stab vokser sånn i helsevesenet, det er all den rapporteringa som vi er pålagt»

Dette indikerer at det er stor grad av rapportering som ikke brukes for styringen på klinikknivå, og det kan være grunn til å være oppmerksom på 2 av dysfunksjonsgruppene.

- Resultatmålingen kan hindre læring i stedet for å fremme læring, dersom informasjonen om årsak-virkning som fremmer læring, blir borte fra verdiskapningskjeden til rapporteringskjeden.
- Det svekker tjenesteutøverens profesjonelle innstilling og øker behovet for administrasjon (Johnsen 2007,s113).

På spørsmålet om hvordan dette oppleves på klinikknivå vil jeg konkludere med at klinikknivået opplever styringskrav som angir retning som positivt, dette kan bidra til utvikling og ser ut til å ha stor legitimitet dersom de er stemmer med de kulturelle styringsprinsippene.

8 Konklusjon og refleksjon

Hvilken rolle spiller styringskravene fra Helse Midt Norge for styringen ved St.Olavs hospital HF.

I spørsmål 1 her jeg vist at styringskravene kan sees i lys av politikernes behov for å styre utviklingen innen helsesektoren. Vi ser prioriteringer, men ingen signaler om hva som er mindre viktig, noe som innebærer at grensene settes i form av tildelinger. Styringskravene kan sees i lys av prinsipalens styringsbehov for å få agenten til å oppfylle målene, og de kan sees på som en kontrakt som skal være grunnlag for forhandlinger og vurdering av måloppnåelse. I styringskravene til St.Olavs Hospital finner vi elementer fra alle.

I spørsmål 2 har jeg vist at iverksettelses form mot det interne styringssystemet må karakteriseres som løs, med unntak av mål for økonomi, aktivitet, fristbrudd og ventetid. Dette må sees i sammenheng med detaljeringsnivået og omfang. Omfang og detaljeringsnivå er også en årsak til at man ikke klarer å følge opp alt i like stor grad. Dette muliggjør en pragmatisk bruk ved at man legger mye jobb i det man mener er viktig, og rapporterer på det man ikke finner like relevant. Det er i stor grad løse koplinger til det interne styringssystemet, styringskravene bidrar til iverksetting av tiltak og åpenhet, men effektene for læring og ressursbruk er uklare. Styringskravene prioriterer hva som skal fokuseres på, men det er opp til utfører å prioritere ned eller sette grenser. Grensene settes i form av budsjettbegrensninger som i stor grad presses nedover i organisasjonen. Dette kan bidra til effektivisering, men det kan også bidra til målforskyving.

I spørsmål 3 har jeg stilt spørsmål om hvordan dette oppleves på klinikknivå. Funnene på klinikknivå må sees i lys av at klinikkjefene svarer i forhold til hvordan kravene er implementert og oversatt ved St.Olavs Hospital HF. Det generelle inntrykket er at man ser positivt på overordna styringskrav og at det kan være drahjelp for å få til endringer. Det er vanskelig når det krever ressurser, når målene får preg av regler, og når de er utformet på en slik måte at det ikke er i overensstemmelse med andre styringsmekanismer i den administrative og kulturelle pakken. Målinger på økonomi, aktivitet, fristbrudd har stor aksept i organisasjonen.

Som en oppsummering så ser vi styringskravene har stor effekt for iverksetting av tiltak, de overordna signalene er i stor grad i overensstemmelse med fagmiljøene. Av 166 mål som skal rapporteres så er 11 operasjonalisert i det interne styringssystemet. Disse er rette mot,

aktivitet, ventetid, fristbrudd, epikrisetid, kreftbehandling, økonomi og heltid/deltid. Her spiller styringskravene en stor rolle for styringen ved St.Olavs Hospital HF. De resterende 155 er løst koplet til det interne styringssystemet, omfanget bidrar til at det skjer en utvelgelse både bevist og ubevist. Mange av kravene spiller en stor rolle for iverksettelse av tiltak, men her er mange uklare sammenhenger i forhold til måloppnåelse og ressursbruk.

Styringskravene spiller en stor rolle for styringen ved St.Olavs Hospital HF. Effektene i forhold til måloppnåelse og ressursinnsats er imidlertid uklare.

Kanskje spørsmålet heller skulle vært hvilke muligheter for styring gir det når du har 166 styringskrav?

Jeg vil la en av mine respondenter stå for avslutningen.

Det viktigste tror jeg er å utvikle systemet, men kanskje ikke gjør det så fort, men å se at det vi faktisk gjør, faktisk virke. Og at vi beveger oss med forsiktighet i en retning, men beveger oss med en sånn form for sikkerhet at vi får analysert det faktiske resultatet. Resultatene kjem ofte ikke med engang det skal utvikles nye kulturer, alle skal venne seg til.

Jeg startet arbeidet med å lage utkast til problemstilling til denne oppgaven våren 2012, utfra en nysgjerrighet om hvilken betydning dette hadde og da spesielt med tanke på økonomi og økonomistyring. Mitt utgangspunkt var å ha et helhetsperspektiv på kravene, noe som ble vanskelig i forhold til presentasjon og informasjonsinnhenting. Helhetsperspektiv har nok bidratt til at jeg ikke er kommet dypt nok i forhold til problemstillingen på noen områder, og man finner helt sikkert enkelt krav med andre effekter enn de jeg har trukket frem.

Litteraturliste

Bentsen, E, Z. Borum, F. Erlingsdottir, G og Andersson, S, A(1999): *Når styringsambisjoner møter praksis*, Handelshøjskolens forlag.

Bush, T. Vanebo, J.O, Dehlin, E: (2010) *Organisasjon og organisering*, 6 utgave Universitetsforlaget.

Bush, T. Johansen, E. Klausen, K, K. Vanebo, J, O.(2011) *Modernisering av offentlig sektor*, 3 utgave Universitetsforlaget.

Bush, T. Johnsen, E. Valstad, S, J. Vanebo, J, O.(2007) *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*, Universitetsforlaget.

Cappelen, A, W. Tungodden, B.(2012) *Insentiver og innsats*, Magma.

Christensen, T. Lægreid, P. Roness, P, G. Røvik, K, A.(2004) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, 2 utgave 2 opplag 2010 Universitetsforlaget.

Eriksen, Erik Oddvar(2001): *Demokratiets sorte hull: 2001*, 3 opplag 2009 Abstrakt forlag.

Grund, Jan (2006): *Sykehusledelse og helsepolitikk, Dilemmaenes Tyranni*, Universitetsforlaget.

Finansdepartementet (juni 2010) Reglement for økonomistyring i staten, bestemmelse om økonomistyring i staten, fastsatt desember 2003 med endringer, senest 8 juni 2010.

Finansdepartementet (november 2011) Veiledere i etatsstyring.

Gunnesby, M og Wallin, K (2011) *Att mäta eller inta mäta*, Ørebro Universitet, Handelshögskolan.

Jacobsen Dag Ingvar(2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*, Høyskoleforlaget.

Johnsen, Åge (2007): *Resultatstyring i offentlig sektor, konkurranse uten marked*, Fagbokforlaget.

Krevi (2009) Udfordringer for økonomistyring på sygehusområdet.

Kunnskapssenteret (januar 2013): Notat, Norske helsetjenester sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2012.

Kvale,S og Brinkmann,S (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Høyskoleforlaget

Olsen Johan P (1998): *Offentligstyring i en institusjonsforvirret tid*.

Ouchi Williams (1979): *A conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms*.

Nyeng Frode (2008) *Vitenskapsteori for økonomer*. Abstrakt forlag As

Nyeng Frode og Wennes Grete (2006) *Tall tolkning og tvil*. Cappelen akademisk forlag.

Nyland, K og Østergren, K (2008) *Økonomisk styring i helseforetak- avdelingslederens holdninger til økonomiansvar*. Notatserie i helseøkonomi nr. 07/08.

Pettersen, I,J. Magnussen,J. Nyland, K.Bjørnak,T. (2008): *Økonomi og helse*, 2 utgave 2 opplag 2012, Cappelen Damm AS.

Ribe Susanne (2009) SNF-rapport nr. 15/09 Lederes bruk av informasjon i styringssystemet.

Riksrevisjonen (2009); Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetak.

Senter for statlig økonomistyring (2005) Bakgrunnsnotat om mål og resultatstyring.

Tranøy,B,S.Østerud,Ø (2001): En fragmentert stat.

Westeren, Knut Ingar og Simila Jan Ole (2012) Arbeidsnotat, Samhandlingsreformen – styring og organisering.