



UNIVERSITETET I
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

MASTEROPPGAVE

Fra krav til handling?

Har oppdragsdokumentet betydning for styring av klinikken?

**BE311E Masteroppgave
MBA i helseledelse**

Anne May Knudsen og Tove Skjelvik



Førord

Denne oppgaven setter punktum for to års erfaringsbasert masterstudium i helseledelse for Helse Nord (Master of Business Administration, MBA). Studiet er gjennomført ved Handelshøgskolen i Bodø, Universitet i Nordland.

Arbeidet med oppgaven har vært en utviklende prosess. I starten var det svært strevsomt og utfordrende å komme på rett spor. Etter å ha landet problemstillingen og metoden ble det derimot en positiv opplevelse. En stor takk til våre veiledere Kari Nyland og Inger Johanne Pettersen. Denne oppgaven hadde heller ikke vært mulig uten velvilje fra våre informanter. En særlig takk til dem.

Det er fordeler og ulemper ved å være to forfattere med sterke meninger. Alene vil man kanskje komme hurtigere til målet. Fordelen ved å være to med ulik bakgrunn er at vi hele tiden må begrunne overfor hverandre de valg vi tar. Det er også en sosial dimensjon ved å være to som driver arbeidet fram og vi motiveres av hverandre.

Vi takker våre menn og barn som har holdt fortet på hjemmebane i hele studietiden. En stor takk også til vår arbeidsgiver Helse Nord RHF som både har etablert masterstudiet og lagt til rette for å kunne kombinere jobb og studier.

Til slutt vil vi takke våre medstudenter for to morsomme og lærerike studieår. Vi er glade for å ha blitt kjent med dere og gleder oss til å treffes igjen.

Bodø 20. juni 2012

Anne May Knudsen og Tove Skjelvik

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilken betydning oppdragsdokumentet (OD) har i styringen av en sykehusklinikk. OD er den årlige bestillingen med mål og krav til helseforetakene. Undersøkelsen er utført i ett av helseforetakene i Helse Nord. Vi har intervjuet fem ledere for klinikken og en stabsleder i helseforetaket om deres syn på og bruk av OD i styringen av klinikken. I tillegg har vi gjennomført en dokumentanalyse av OD 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene.

Den empiriske undersøkelsen gir fire hovedfunn:

- Oppdragsdokumentet er en omfattende og upresis kontrakt.
- Det er en løs kobling mellom budsjett og kontrakt.
- Manglende måloppnåelse får sjelden konsekvenser.
- Krav som følges opp blir prioritert og utløser handling i klinikken.

Vi konkluderer med at OD er en hybrid som oppfyller flere roller. Hvor godt OD fungerer som styringsverktøy avhenger av hvilket perspektiv man velger når man vurderer OD. Tre forskjellige perspektiver gir oss disse konklusjonene:

1. OD er en kontrakt mellom RHF og HF, men den er ikke forpliktende. For styringen av klinikkene har det ikke den funksjonen en forpliktende kontrakt ville hatt, og veien fra krav til handling kan dermed ofte bli lang.
2. OD fungerer symbolsk og legitimerende på flere områder og overfor flere interessenter. OD gir tyngde og vektige argumenter hvis det er nødvendig. I tillegg er OD med på å legitimere selve styringssystemet i spesialisthelsetjenesten.
3. OD skaper grunnlag for dialog og kommunikasjon. Kommunikasjon er viktig i en organisasjon som et helseforetak hvor det er mange kvalitative og uklare mål. Det er nødvendig med dialog om hvordan målene skal nås. OD spiller en rolle i styringen av klinikken når ledelsen involverer og engasjerer.

Abstract

The purpose of this thesis is to examine how the Commissioner's Document (CD) affects the management of hospital clinics. The CD is a contract that communicates the targets and expected outcomes to the hospital trusts. The study is limited to one hospital trust in Northern Norway Regional Health Authority. We interviewed five heads of clinics and one head of administration to find out how they use the Commissioner's Document in the management of the clinics. We also analyzed the CD of Northern Norway Regional Health Authority for 2012.

Main findings:

- The Commissioner's Document is a comprehensive and imprecise contract.
- The contract is decoupled from the budget.
- There are rarely consequences when goals are not met.
- When goal achievements are reported, it gives attention and focus to the goals involved and triggers action in the clinic.

We conclude that the Commissioner's Document is a hybrid with several purposes. The importance of the CD as a tool for management depends on the perspective you have when you analyse it. Three different perspectives lead to three different conclusions:

1. The CD is a non-binding contract between the Northern Norway Regional Health Authority and the Hospital Trust. A binding contract would have affected the management of the clinics more than the CD does.
2. The CD has a symbolic function and legitimates the managerial hierarchy in Helse Nord. If necessary the CD gives arguments and power to implement decisions.
3. The CD gives a basis for dialogue in the Hospital Trust. Communication is important in organisations like hospitals where there are many and imprecise goals, and dialogue is necessary to achieve these goals. The CD becomes important in the management of the clinics if the head of clinic engage and inspires.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Aktualisering og problemstilling	2
1.3 Sentrale begreper	3
1.4 Videre oppbygging av oppgaven	4
2. Teori	5
2.1 Innledning	5
2.2 Prinsippal-agent-perspektivet	6
2.3 Hva er styring?	8
2.4 En normativ rasjonell styringsprosess	10
2.5 Målstyring	11
2.6 En helhetlig modell for realisering av en strategi	15
2.7 Dekobling og hykleriske organisasjoner	18
2.8 Planprosessen som en spillsituasjon	19
2.9 Oppsummering	21
3. Metode	22
3.1 Innledning	22
3.2 Vårt ståsted	22
3.3 Forskningsdesign	23
3.4 Utvalgsstrategi	24
3.5 Datainnsamlingsprosessen	25
3.6 Dataanalyse	26
3.7 Reliabilitet og validitet	26
3.8 Etisk refleksjon	28
3.9 Avgrensning	28
4. Empiri	29
4.1 Innledning	29
4.2 Dokumentanalyse av OD	29
4.2.1 Utarbeidelsen av OD	29
4.2.2 ODs design	31
4.2.3 ODs innhold	33
4.3 Informantenes erfaringer med OD	34
4.3.1 Målsetting	35
4.3.2 Fra mål til plan	38
4.3.3 Fra plan til handling	41
4.3.4 Fra handling til rapportering og evaluering	43
4.3.5 Andre empiriske funn	45

4.4	Oppsummering av hovedfunn	47
5.	Analyse	48
5.1	Innledning	48
5.2	OD er en omfattende og upresis kontrakt	48
5.3	Løs kobling mellom budsjett og kontrakt	51
5.4	Manglende måloppnåelse får sjelden konsekvenser	53
5.5	Krav som følges opp blir prioritert og utløser handling	55
5.6	Oppsummering	57
6.	Konklusjon og anbefalinger	58
6.1	Innledning	58
6.2	Tre konklusjoner	58
6.3	Anbefaling	60
6.4	Videre forskning	61
7.	Vedlegg	62
7.1	Vedlegg 1: Intervjuguide	62
7.2	Vedlegg 2: Innholdsfortegnelsen i OD 2012	66
8.	Litteraturliste	67

Figurliste

Figur 1: Styringsmodellen i spesialisthelsetjenesten for Helse Nord

Figur 2: Organisasjonsmodeller og eierstyring

Figur 3: Styringsformer i en virksomhet

Figur 4: Den ideelle økonomiske styringsprosessen, styringssirkelen

Figur 5: Kunnskap om mål-middel-relasjonen og konsekvenser for styringsform

Figur 6: Forholdet mellom målsetting og virkemiddel for deltakere i en virksomhet

Figur 7: De fire verdener i økonomisk styring

Figur 8: Faser i realisering av mål for endring

Figur 9: Milepæler i prosessen for å utarbeide oppdragsdokumentet

Tabelliste

Tabell 1: Diagnostisk og interaktiv styringsmetode

Tabell 2: Intervjustatistikk

Tabell 3: Oppsummering av analyse av OD 2012

Tabell 4: Oppsummering av informantenes vurdering av 11 viktige krav

Bilder

Bilde 1: En side fra oppdragsdokumentet 2012

Forkortelser

HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
NPM	New public management
OD	Oppdragsdokumentet
RHF	Regionalt helseforetak

1. Innledning

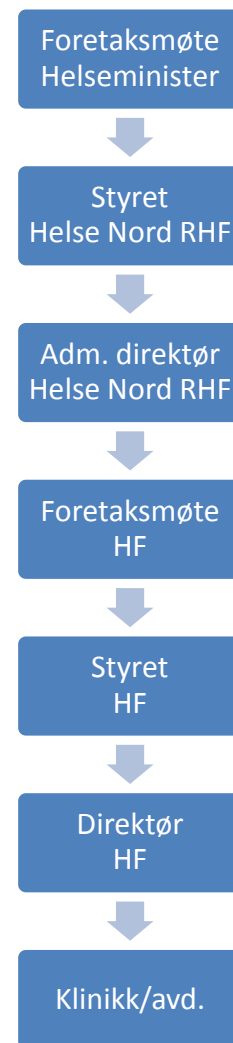
I dette første kapittelet redegjør vi for valgt problemstilling, bakgrunn og aktualisering av denne. Vi definerer sentrale begreper, deriblant begrepet oppdragsdokument, og vi viser videre oppbygging av oppgaven.

1.1 Bakgrunn

Å forbedre styringen av offentlig sektor har vært et viktig politisk tema siden begynnelsen av 1970-tallet (Berg, 2005). Helsesektoren er intet unntak. Helsebudsjettet var i 2011 tredje største utgiftspost i statsbudsjettet¹. Det er bred politisk enighet om et offentlig finansiert helsevesen i Norge. Samtidig er det et sterkt ønske om å få effektiv bruk og kontroll over offentlige helsekroner. Helseforetaksreformen fra 2002 er en organisatorisk endring som skal forsøke å få bukt med styringsutfordringene i spesialisthelsetjenesten. Med helseforetaksreformen ble oppdragsdokumentet (OD) introdusert som styringsverktøy. OD er den årlige bestillingen hvor eierne av spesialisthelsetjenesten stiller krav til hva helseforetakene skal gjøre og hvilke mål som skal nås. Denne oppgaven skal belyse oppdragsdokumentets rolle i styringen av en sykehusklinikk.

Spesialisthelsetjenesten eies av staten. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), med helseministeren på toppen, utøver helsepolitikken. Under seg har HOD fire helseregioner, der hver region styres av et regionalt helseforetak (RHF). Hvert RHF's sykehus og øvrige helseinstitusjoner er igjen delt inn i helseforetak (HF). Foretaksmøtene er det viktigste, formelle møtepunktet i styringen. Det er i foretaksmøte OD overleveres. Styringsmodellen for Helse Nord er vist i figur 1.

I helseforetaksreformens begynnelse var formålet at helseforetakene skulle fristilles fra direkte statlig styring. Helseforetakene skulle motta overordnede styringssignaler fra eieren fulgt av bevilgninger. HOD fastsetter styringsmålene i OD til RHF. RHF fastsetter på samme måte OD for sine underliggende HF.



Figur 1: Styringsmodellen i spesialisthelsetjenesten for Helse Nord.

¹ www.regjeringen.no/nm/dep/fin/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/2011-2012/meld-st-3-20112012/2.html?id=680067

1.2 Aktualisering og problemstilling

Det er en kjensgjerning at krav stilt i oppdragsdokument ikke alltid blir innfridd. Det mest åpenbare eksemplet er kravet om økonomisk balanse, et krav som i mange år ikke ble oppnådd. Et annet eksempel er kravet om at epikriser² skal sendes innen syv dager. Foretaksgruppen Helse Nord har hittil ikke innfridd dette. Til tross for manglende måloppnåelse skjerpet HOD i 2011 kravet. Tidligere ble det stilt krav om at 80 prosent av epikrisene skal sendes innen syv dager. Nå er kravet alle epikriser (100 prosent). Eksemplene på krav som ikke oppnås kunne vært mange flere.

Riksrevisjonen undersøkte økonomistyringen i helseforetakene i perioden 2002 til 2008 (Riksrevisjonen, 2009-2010). De rettet kritikk mot de regionale helseforetakene og fastslo at de i varierende grad har ivaretatt eiers økonomiske styringskrav. Som oppfølging av Riksrevisjonens kritikk ble det gjennomført en Stortingshøring hvor administrerende direktør Lars Vorland i Helse Nord RHF sier at han langt på vei er enig i at styringen ned i klinikkene ikke fungerer godt nok:

“Fra oss ned til HF-ene, altså direktører og klinikkjefer, fungerer det godt, men ute i avdelingene sliter vi nok fortsatt en del med å få godt nok fundament. Og det er vi opptatt av, bl.a. ved hjelp av ledelseskursing og utdanning. Men fortsatt er vi nok ikke helt i mål når det gjelder å få aktivert avdelingsledelsen og de enda lenger ned i systemet.” (Åpen høring i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité, 8. februar 2010.)

Vi ønsker i denne oppgaven å se på nettopp det Lars Vorland mener nok ikke er helt i mål: Hva skjer av gjennomføring av OD fra klinikklederne og nedover i organisasjonen? Vi mener vi vet for lite om hvilken betydning OD har i klinikken. Vår motivasjon for oppgaven er å finne ut hva ledere i klinikken mener om dette styringsverktøyet. Vår problemstilling er:

- Hva mener et utvalg klinikkledere om oppdragsdokumentets betydning for styring av klinikken?

Krav og mål i OD nås gjennom aktiviteten i klinikkene. Det er i vesentlig grad klinikkene som må handle for at mål skal nås og krav bli innfridd, nettopp slik vi stiller spørsmål om i

² En epikrise oppsummerer en pasients sykdomsstatus, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling/oppfølging. Sendes etter at pasienten har fått behandling i for eksempel sykehus til henvisende lege eller andre som skal følge opp pasienten.

tittelen på denne oppgaven: Fra krav til handling? Vi skal blant annet belyse hvilken rolle OD spiller i styringen av klinikken og hvor egnet OD er som styringsverktøy.

1.3 Sentrale begreper

Vår problemstilling inneholder flere sentrale begreper som det er viktig at leseren av denne oppgaven har en forståelse av. Vi definerer her i hvilken betydning vi bruker dem.

Oppdragsdokument Oppdragsdokumentet (OD) er spesialisthelsetjenestens årlige bestilling.

Bestillingen er formulert som krav og mål som skal innfris. Det er to OD per år: Ett fra HOD til RHF, og ett fra RHF til HF-ene. I vår oppgave studerer vi OD fra Helse Nord RHF til HF. Til grunn for innholdet i OD fra RHF ligger OD fra HOD, tidligere års OD, foretaksprotokoller og regionale styresaker. I OD gis HF-ene den årlige økonomiske bevilgning. Helseforetakene skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet. Dokumentanalysen i kapittel 4.2 vil omhandle OD 2012 nærmere.

Klinikk

Klinikk er en organisatorisk enhet ved et helseforetak. HF-ene organiserer klinikkene etter ulike prinsipper som for eksempel medisinske fagområder eller geografisk plassering.

I helseforetaket vår undersøkelse omhandler er klinikken organisert i direkte linje til administrerende direktør. Klinikkene varierer i størrelse, hvor de største er inndelt i avdelinger med underliggende enheter og de minste er inndelt i enheter uten avdelingsnivået. Klinikkene varierer i størrelse fra 200 til 800 årsverk.

Klinikksjef

Klinikksjefen er klinikkens øverste leder og rapporterer til administrerende direktør. Klinikksjefen har et samlet overordnet ansvar for klinikkens virksomhet. Dette er i tråd med krav om enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 (Molven, 2009:234). Det kreves i utgangspunktet ingen bestemt profesjonsbakgrunn for å være

klinikkleder, men dersom det er nødvendig av medisinsk-faglige grunner, skal klinikksjefen ha medisinsk-faglige rådgivere (avdelingsoverleger/klinikkoverleger) (Molven, 2009:235).

Styring

Styring er et omfattende og mangeartet begrep uten klare og entydige definisjoner. Begrepet styring brukes i ulike sammenhenger som for eksempel økonomisk styring, ressursstyring, risikostyring, verdistyring og profesjonsstyring. Med styring mener vi i denne oppgaven de aktiviteter og valg som gjøres for å oppnå mål, kontrollere om målene er nådd og foreta nødvendige korrigerende handlinger. I teorikapitlet beskrives styringsmodeller nærmere. Alternativet til å styre (ikke å styre) kan etter vår mening sammenlignes med å tro på skjebnen, det vil si at det som skjer er uavhengig av våre valg og handlinger.

1.4 Videre oppbygging av oppgaven

Videre i denne oppgaven skal vi i kapittel 2 redegjøre for relevant teori for vår problemstilling. I kapittel 3, metode, beskriver vi vår forskningsdesign og forskningsmetode. Kapittel 4, empiri, oppsummerer de funnene vi gjorde i dokumentanalysen av OD og fra intervjuer med seks informanter. I kapittel 5, analyse, knytter vi våre empiriske funn til teoretiske perspektiver fra teorikapitlet. Til slutt, i kapittel 6 konkluderer og anbefaler vi.

2. Teori

2.1 Innledning

Tenkningen rundt styringen av offentlig sektor har endret seg mye de siste tiårene. I erkjennelsen av at offentlig sektor ikke klarer å løse stadig økende behov og krav, etterlyses alternative styringsformer. Å få mest mulig tjenester ut av en begrenset økonomi er en av hovedutfordringene. For sykehusene er det en særlig utfordring å styre konsekvensene av økt medisinsk kunnskap og spesialisering og den enorme teknologiske utviklingen.

Helseforetaksreformen er et forsøk på organisatorisk endring av spesialisthelsetjenesten for å løse de stadig økende utfordringer.

Helseforetaksreformen preges av mange av ideene innen New public management (NPM). Tankegodt fra bedriftsøkonomi og det private næringsliv er noen av kjennetegnene i NPM (Hood, gjengitt i Eriksen, 2008:138). NPM kan forstås som en kritikk av styringsideologien i offentlig sektor, med utgangspunkt i at offentlig sektor er for stor, for lite effektiv, for regelbundet og for lite fleksibel, med for svak ledelse og med liten brukerorientering. Samtidig er det offentlige blitt stilt overfor skjerpede krav om effektivitet, fleksibilitet og målrettethet. Således kan NPM ses på som en trend der offentlige organisasjoner skal lære av privat virksomhet. Trenden er preget av større vekt på konkurranse, større vekt på resultatmålinger, søkelys på kundene, sterkere styring og mer vekt på ansvarliggjøring (Hood, gjengitt i Eriksen, 2008:138).

I helseforetaksreformen ble det innført en tanke om organisering med bestiller og utfører av helsetjenester. De regionale helseforetakene fikk både et ”sørge for”-ansvar og et eieransvar. ”Sørge for”-ansvaret innebærer å oppfylle befolkningens behov for helsetjenester i tråd med lovverket i form av en bestilling, finansiering og oppfølging av denne, mens eieransvaret innebærer et ansvar for å organisere og følge opp driften eller utførelsen i helseforetakene. Dette betyr at de regionale helseforetakene har rollen både som bestiller og utfører i Norge (Pettersen, Magnussen, Nyland, Bjørnenak, 2008:65). Helseforetakene derimot har kun en rolle som utfører av tjenestene.

I denne oppgaven ønsker vi å se på betydningen den årlige bestillingen oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene har for styring av klinikken. For å undersøke dette velger vi å legge hovedtyngden av det teoretiske fundamentet på økonomiske teorier om

virksomhetsstyring. Med et annet teoretisk perspektiv, for eksempel sosiologisk eller statsvitenskapelig, ville fokus og vinkling i oppgaven bli forskjellig fra vår. Teoriene som benyttes er prinsipal-agent-teori, normativ rasjonell styringsteori, diagnostisk og interaktiv styring, kommunikativ ledelse og nyinstitusjonell teori.

2.2 Prinsipal-agent-perspektivet

I prinsipal-agent-teorien fokuseres det spesielt på styringsproblemer mellom en prinsipal og en agent (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2001:79). Prinsipalen kan være et departement og agenten en underliggende etat, eller prinsipalen en leder og agenten en medarbeider i en virksomhet. Spesialisthelsetjenesten er mangeartet og kompleks med mange interessenter, blant andre pasienter, politikere, ansatte, byråkrater og media. Det vil derfor være mange ulike prinsipal-agent-forhold på ulike nivå, for eksempel mellom politisk ledelse/HOD og RHF, mellom RHF og HF, internt i det enkelte helseforetak og mellom behandler og pasient. Forholdet mellom bestiller og utfører, her RHF og helseforetakene, kan betegnes som et prinsipal-agent-forhold. En definisjon på en prinsipal-agent-relasjon er:

Contract under which one or more persons (the principals) engage another person (the agent) to performe some service on their behalf which involves delegating some decision-making authority to the agent. (Jensen & Mecling gjengitt i Busch m.fl., 2001:79)

Sentralt i prinsipal-agent-perspektivet er at prinsipalen er avhengig av handlingene til agenten for å oppnå egne mål. Et annet av hovedpoengene er at det inngås en kontrakt mellom prinsipalen og agenten, der oppgaver delegeres fra prinsipalen til agenten. I vår oppgave vil kontrakten være oppdragsdokumentet fra RHF til et HF. Spørsmålet blir: Hvordan skal prinsipalen sikre at agenten utøver en adferd som er av prinsipalens interesse?

I teorien framheves tre hovedårsaker til utfordringer i prinsipal-agent-forhold (Busch m.fl., 2001:79). For det første kjennetegnes et slikt forhold med at prinsipalen og agenten har ulik målstruktur. En rasjonell målstyringsmodell forutsetter at det kan fastsettes mål som de ulike aktørene i fellesskap vil forsøke å oppfylle. I et prinsipal-agent-forhold er ikke alltid dette tilfelle, og i offentlig spesialisthelsetjeneste vil det finnes mange eksempler på at dette ikke samsvarer med virkeligheten. Prinsipalen ser de ulike virksomhetene i sammenheng og fokuserer generelt mer overordnet og helhetlig enn agenten. Agenten derimot har nærhet til brukeren og fokuserer mer på deres behov. Enkelt formulert vil for eksempel RHF sine overordnede målsetting være knyttet til å oppfylle "sørge for"-ansvaret med mest mulig

kostnadseffektiv ressursbruk. I en kompleks sykehusorganisasjon med mange ulike profesjonsgrupper vil det være vanskelig å beskrive de samlede målsettingene på en slik enkel måte. Dette kan fremstilles som at et sykehus vil forholde seg til en målfunksjon med tre forhold hvor økt aktivitet og kvalitetsfremmende aktiviteter er et gode, mens effektivitetsfremmende aktiviteter er negativt og vil forsøkes minimert (Pettersen m.fl., 2008:68). Dersom denne antakelsen er riktig, vil det være en åpenbar konflikt mellom RHF's og helseforetakets samlede målsettinger. En annen årsak til at slike målkonflikter oppstår kan være at de vedtatte målsettingene fra prinsipalen ikke lengre oppfattes som aktuelle av agenten. Ulik målstruktur i seg selv trenger ikke å være et problem, men forholdet kompliseres dersom agenten opptrer opportunistisk og i det skjulte arbeider for å realisere mål som ikke er forenlig med prinsipalens målsettinger.

Et annet kjennetegn i prinsipal-agent-forhold er ofte asymmetrisk informasjon. Det vil si at agenten generelt vil ha bedre informasjon om kvalitet, effektivitet og kostnadsforhold enn hva prinsipalen har. I spesialisthelsetjenesten vil klinikkjefer og behandlere ha stor grad av innsikt i tjenesteproduksjonen, stå nært pasienten, og ha en spesifikk kompetanse som RHF eller foretaksledelsen ikke har. Klinikkledelelsen eller behandler kan derfor forklare manglende måloppnåelse med at dette skyldes forhold som denne ikke kan påvirke, og prinsipalen eller RHF har liten mulighet for å kontrollere dette. Prinsipalen vil også ha utfordringer med å vurdere prestasjonene eller måloppnåelsen til agenten.

Et siste forhold som kompliserer prinsipal-agent-relasjonen er at prinsipalen og agenten kan ha ulik risikotilnærming. Det vil si at det er ulikheter med hensyn til hvor mye risiko man er villig til å påta seg. I spesialisthelsetjenesten vil for eksempel behandler kunne være villig til å ta et stort antall prøver av pasienten, noe som kan medføre en risiko for økte kostnader ut over hva helseforetaksledelsen eller RHF ønsker.

Det finnes ulike måter en prinsipal kan innrette styring av agenten. Mulige styringsmekanismer kan være (Opstad, 2003:223):

- 1) Spesifisere mål med svært detaljert innhold – konkrete arbeidsmål
- 2) Sentralisere beslutninger
- 3) Stort omfang av pålagte oppgaver – lite frihet og handlingsrom
- 4) Detaljerte arbeidsinstruksjoner i oppgaveutførelse (når og hvordan)

- 5) Løpende rapportering og begrunnelser for avvik
- 6) Etablere felles kultur
- 7) Innføre belønningsordninger som er i samsvar med mål, straff for avvik
- 8) Innføre kontraktsstyring basert på forutgående konkurranse
- 9) Omorganisere
- 10) Utskifting av personell

Samtlige styringsmekanismer medfører mer eller mindre betydelige styringskostnader for prinsipalen. Styringskostnader er knyttet til alle kontroll- og styringsrutiner som blir etablert for å unngå at agenten utøver andre handlinger enn hva prinsipalen ønsker. Resultatet av strenge kontrollsystemer og omfattende styringsmekanismer kan også resultere i kostnader i form av demotiverte medarbeidere som føler seg mistenkeliggjort, og et resultat av det kan igjen være økt opportunistisk atferd.

En annen type kostnader knyttet til opportunistisk atferd, er det resttapet prinsipalen blir påført på grunn av at agentens handling ikke oppfyller prinsipalens mål (Busch, 2001:81). Økte styringskostnader skal bidra til å redusere dette resttapet. Økte styringskostnader må alltid vurderes opp mot hvilken effekt som er mulig å realisere i form av økt måloppnåelse.

2.3 Hva er styring?

Anthony definerer økonomistyring som:

"The process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficient in the accomplishment of the organization's objective." (Anthony gjengitt i Nyland og Østergren, 2008).

Styring av en organisasjon kan defineres å ha to hensikter: forandring og kontroll (Nyland og Østergren, 2008). Sentralt innenfor økonomistyring er at informasjonen i seg selv ikke skaper forandring, men at informasjonen benyttes for å ta beslutninger som skaper handling og forandring. Offentlig styring kan i prinsippet skje på to hovedmåter: Staten kan være eier av virksomheten og ta beslutninger som eier, eller staten kan inngå kontrakter med andre aktører om leveranser av tjenester, (Pettersen m.fl., 2008:123). Figur 2 illustrerer disse ulike styringsformene.

Organisasjonsmodell	Staten er eier	Staten er deltaker
Offentlig forvaltning	Eierstyring gjennom regler	Avtale innenfor forvaltningen
Selvstendig statsforetak for eksempel helseforetak	Eierstyring gjennom formelle styringskrav	Kontrakter – juridisk bindende
Ikke statlig eid/selvstendig virksomhet	Ikke aktuelt	Kontrakter – juridisk bindende

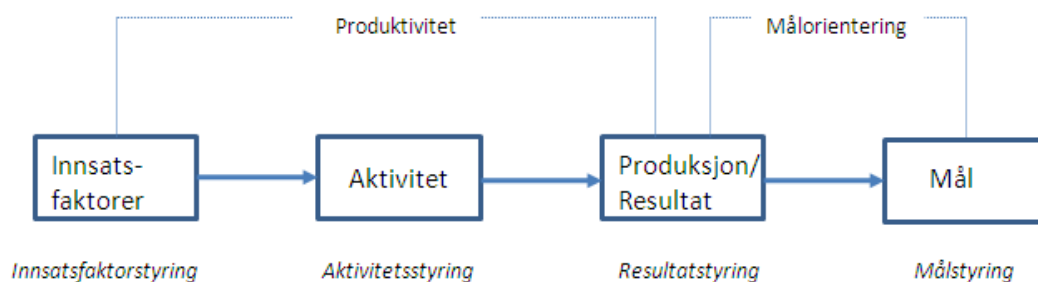
Figur 2: Organisasjonsmodeller og eierstyring (Pettersen m.fl., 2008:124).

I teorien omtales helseforetaksmodellen som en hybridmodell hvor de regionale helseforetakene styrer gjennom hierarkisk utviklede organisasjoner som fungerer både som forvaltningsorgan og som virksomheter med kontraktsstyring hvor helseforetakene er egne juridiske enheter (Pettersen m.fl., 2008:124). Oppdragsdokumentet vil i denne modellen være å betrakte som en formell kontrakt hvor eier framsetter sine styringskrav, fra HOD til RHF og fra RHF til HF. I tillegg styrer eier gjennom lover og styringsdialog.

En kontrakt som OD er viktig for å regulere forholdet mellom bestiller og utfører (eller prinsipal og agent, slik vi kjenner fra forrige kapittel). Forholdet mellom bestiller og utfører må inneholde informasjon om ett eller flere av følgende punkter (Pettersen m.fl., 2008:66):

- Hvor mange tjenester som skal produseres (aktivitetsnivå)
- Hva slags type tjenester som skal produseres (aktivitetssammensetning)
- Hva slags innhold det skal være i behandlingen (kvalitet)
- Hva slags oppgjørsordning det skal være for aktiviteten (finansiering)
- Eventuell grense for oppgjør (kostnadsramme)

Verdiskapingsprosessen og styringsformer i en virksomhet kan illustreres med figur 3 fra innsatsfaktorer, gjennom aktivitet, til produksjon eller resultat til fastsettelse av nye mål. Styringsformer kan rettes inn mot enten innsatsfaktor-, aktivitets-, resultat- eller målstyring.



Figur 3: Styringsformer i en virksomhet (Pettersen m.fl., 2008:125).

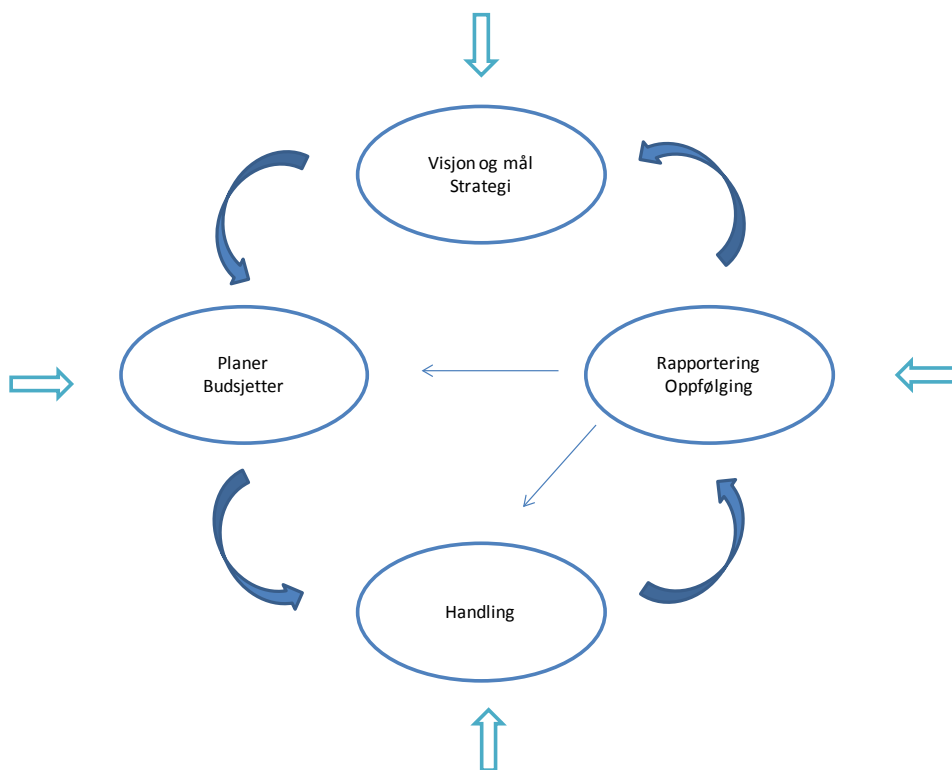
Oppdragsdokumentet har primært sitt styringsfokus innenfor mål- og resultatstyring. Dette handler om rene produksjonsmål (resultatstyring), samt hva man ønsker å få ut av aktiviteten og produksjonen (målstyring). Med et slikt perspektiv vil en ofte også være opptatt av kvalitet på tjenestene. Det er det området som kan være vanskeligst å gjennomføre i praksis (Pettersen m.fl., 2008:127). Vi vil komme tilbake til ulike utfordringer med målstyring i kapittel 2.5.

2.4 En normativ rasjonell styringsprosess

For å analysere bruken av oppdragsdokumentet i styring ned på klinikknivå tar vi utgangspunkt i en normativ rasjonell modell for en styringsprosess (Pettersen m.fl., 2008:140). Denne rasjonelle modellen beskrives ofte som en prosess med fire tett koblede elementer som foregår kontinuerlig over tid og omtales heretter som styringssirkelen. De fire elementene i modellen er:

1. Definisjon av strategi og overordende mål
2. Planlegging og budsjettering
3. Aktivitetsoppfølging eller handlinger
4. Rapportering og evaluering

Styringssirkelen i dette perspektivet er illustrert nedenfor.



Figur 4: Den ideelle økonomiske styringsprosessen, styringssirkelen (Pettersen m.fl., 2008:140).

I styringssirkelen foregår styringsprosessen både på strategisk overordnet nivå og på operativt nivå. Det administrative nivået skal binde disse sammen. For denne oppgaven er dette relevant for hvordan oppdragsdokumentet påvirker helseforetakenes eller klinikkens prosesser på nivåene eller elementene i styringssirkelen. Pilene inn til hver boks i figuren indikerer at det er andre eksterne forhold som også vil påvirke prosesselementene. Dette kan for eksempel være krav fra pasientgrupper, medieoppmerksomhet eller lovendringer.

Styringsprosessen skal i prinsippet starte med å utforme strategiske plandokumenter. Ideelt sett skal ledelsen koordinere plandokumentene med styringssignaler fra eier som for eksempel de som gis i OD. For å kunne styre en virksomhet er det en forutsetning at det finnes klare og entydige mål for hva som skal oppnås, når og av hvem (Hoff, 2005:16). Manglende målavklaringer mellom eiere og foretak vil kunne skape frustrasjoner og gal ressursbruk. Aktørene har ulikt målfokus, og sluttresultatet kan bli annerledes enn det eier har planlagt.

I andre steget i styringssirkelen skal mål- og strategidokumentene eller kravene i OD operasjonaliseres til årsplaner eller budsjetter for de ulike klinikkene og produksjonsenhetene. Den årlige planen bør uttrykkes i kvantitative og monetære størrelser og være basert på den overordnede strategiske planen. Eksempel på dette kan være antall behandlinger, prøver, prosjekter eller tilgjengelige ressurser. Ideelt sett skal aktivitetsmålene periodiseres utover året, og handling skal utføres i tråd med planene. Uttrykt på en annen måte: at det i tredje trinn er samsvar mellom det som planlegges og den aktiviteten som faktisk utføres. Aktivitet eller måloppnåelse skal i siste trinn kunne evalueres for å se om kravene i OD er nådd. Måloppnåelsen vurderes på bakgrunn av økonomiske regnskapstall og andre kvalitative og kvantitative rapporteringer. På grunnlag av evalueringen justeres deretter mål- og strategidokumenter (som OD), planer eller aktivitet.

Modellen kalles en normativ rasjonell styringsmodell fordi den forutsetter at de enkelte delene av modellen er formålsrasjonelle. At noe er formålsrasjonelt betyr her at det er samsvar mellom det som planlegges og den aktiviteten som skjer.

2.5 Målstyring

I kapittel 2.3 var vi innom at styring kan innrettes mot innsatsfaktorstyring, aktivitetsstyring, resultatstyring og målstyring. Vi vil i dette kapittelet gå nærmere inn på og beskrive

målstyring og teori om utfordringer ved denne type styringsform. Dette gjør vi fordi vi betrakter målstyringsprinsippet som det mest fremtredende elementet i oppdragsdokumentet.

Æren for målstyringsmodellen tillegges som regel Peter Drucker, som lanserte denne tenkemåten på 1950-tallet (Strand, 2007:444). Drucker kalte målstyring “Management by objectives” (MBO). I Norge har modellen siden 1980-tallet ifølge Strand vært en autorisert og regelbestemt måte å målrette og styre virksomheter på gjennom såkalt virksomhetsplanlegging.

Mål- og resultatstyring er et styringsprinsipp hvor overordnede mål (fra politisk ledelse), hovedmål (fra sykehusets ledelse) og konkrete driftsmål (på klinikk-/avdelingsnivå) utgjør en helhetlig, avledet struktur. Målstyring fokuserer på sammenhengen mellom resultat/prestasjoner og målsettinger (Pettersen m.fl., 2008:127). Målstyring betinger derfor krevende prosesser for å klargjøre og utvikle målene. Det må også være mulig å måle resultatene.

Gode mål kan karakteriseres slik (Hoff, 2005:63):

- Enkle og presise, som er forståelige og kan kommuniseres, samt at de ikke gir rom for tolkninger.
- Operasjonelle, mulig å beregne handlingsalternativer og lar seg måle.
- Dekomponerbare, det vil si at de kan brytes opp i delmål.
- Oppnåelige, slik at de motiverer.
- Akseptable og realistiske, slik at de inspirerer.
- Etterprøvbare, slik at de kan følges opp.

Det kan føyes til at målene bør være utviklende, tidsbestemte og konsistente (ikke motstridende) (Høst, 2005:150). Det er også anført at det kan være nødvendig å koble målene mot belønningssystemer, og at det må være en stram, hierarkisk organisert organisasjon med tette koblinger mellom nivåer. I offentlig helsetjeneste vil mange av disse forutsetningene ikke være tilstede. Offentlig virksomhet er ofte preget av kvalitative mål framfor kvantitative mål (Hoff, 2005:52). Det kan derfor være betydelige vanskeligheter med å omsette disse målene til konkrete arbeidsmål.

Det spesielle ved målstyring er at styring mot målene i prinsippet skal skje ved hjelp av målene i seg selv. Det betyr at for at målstyring skal kunne gjennomføres er det flere betingelser som må være oppfylt (Pettersen m.fl., 2008:127):

- Det må være en felles forståelse for aksepterte mål blant deltakerne.
- Det må være mulig å gjennomføre kontroll på handlinger og sammenligne med en norm for evaluering og godkjenning.
- Det må finnes muligheter for å korrigere framtidige handlinger på bakgrunn av evalueringene.

Ifølge Ouchi er det bare to forhold som kan måles i forhold til å nå målsettingene (Pettersen m.fl., 2008:128):

1. Aktørenes atferd, det vil si hvordan de utfører handlingene.
2. Resultatene av aktørenes atferd, det vil si hva man får ut av handlingene.

For å styre virksomheten mot mål må det dermed fokuseres enten på atferd eller resultat. Hvilken styringsform man bør velge vil avhenge av hvor godt resultatmålene kan defineres og hvor god kausalkunnskap som finnes i organisasjonen. For å drive atferdstyring må det finnes kausalkunnskap, det vil si at aktørene må forstå hvilken aktivitet som skal til for å oppnå en målsetting. For å benytte resultatstyring på den annen side må det finnes gode og konkrete uttrykk for resultater. Ouchi mener at valg av fokus i styringen vil avgjøres av om det finnes gode resultatuttrykk og graden av kausalkunnskap, se figur 5.

		KAUSALKUNNSKAP	
		GOD	DÅRLIG
RESULTATMÅL	KLARE	Resultat/atferdsstyring	Resultatstyring
	UKLARE	Atferdsstyring	Rituell styring/ profesjonsstyring

Figur 5: Kunnskap om mål-middel-relasjonen og konsekvenser for styringsform (Pettersen m.fl., 2008:129).

Spesialisthelsetjenesten er sammensatt og mangfoldig, og graden av kausalkunnskap og klarhet i resultatmål varierer. Innenfor mange områder er derfor rituell styring/ profesjonsstyring mest fremtredende i sektoren.

Helseforetakene har mange ulike grupper av profesjoner som anses som eksperter på sitt felt, og kalles derfor gjerne en ekspertorganisasjon eller en fagorganisasjon (Strand, 2007:121). Fagkompetanse anses ofte som viktig for styring og ledelse (profesjonsstyring). Regler og eksterne systemer har derimot mindre betydning i ekspertorganisasjonen. Fagnormene, situasjonen eller pasientene gir viktige premisser for løsninger og adferd (Strand, 2007:270). Disse forholdene skaper spesielle utfordringer for styringen. I tillegg har mange ansatte i en ekspertorganisasjon en status og kyndighet som de har opparbeidet uavhengig av organisasjonen de jobber i. Ifølge Strand bruker de organisasjonen som et ”serviceapparat” eller ramme for utøvelse av egen virksomhet. Samtidig er deres anerkjennelse av den samme rammen varierende. De kan monopolisere sine tjenester eller kunder, og utelukke andre utøvere som ikke er sertifiserte i faget. Ekspertene er i stor grad selvgående når det gjelder mål og midler (Strand, 2007:271). I et helseforetak vil oppgavene ofte gi seg selv ut fra pasientgrunnlaget. Eksperten vurderer også selv resultatet av tjenesten, og behovet for veiledning og resultatvurdering blir oftest oppfylt av kolleger. Den viktigste mekanismen for styring er trening gjennom felles fag.

Målstyring forutsetter en diskusjon i ledelsen om virksomhetens hovedvalg/strategi. Hver enkelts oppfatning om egne og andres bidrag til virkeliggjøring skal tilkjennegis (Strand, 2007:444). Videre kreves en diskusjon om gjensidig avhengighet og felles forutsetninger for å kunne bidra, og den enkeltes konkrete mål og bidrag kan fastlegges. I neste kapittel skal vi se at andre teoretikere omtaler denne nødvendige diskusjonen som interaktivitet eller kommunikativ ledelse. Klassisk teori har en rasjonell harmoniseringsmodell som forbilde for samhandling mellom ulike interessenter (Pettersen m.fl., 2008:132). Forutsetningen er blant annet at det finnes felles målsettinger. Figur 6 illustrerer forholdet mellom enighet om målsetting og virkemiddel for deltakerne i en organisasjon. Ved uenighet og konflikter vil lederskap og kommunikasjon være avgjørende for beslutningenes kvalitet.

		Målsetting	
		Enig	Uenig
Virkemiddel	Enig	I Harmoni	II Usikkerhet
	Uenig	III Forhandling	IV Konflikt

Figur 6: Forholdet mellom målsetting og virkemiddel for deltakere i en virksomhet (Pettersen m.fl., 2008:133).

2.6 En helhetlig modell for realisering av en strategi

Den normative rasjonelle styringsprosessen vil ikke alltid være et fullgodt verktøy for å implementere en strategi i en organisasjon. En teori som kan utfylle styringssirkelen er introdusert av Robert Simons i boken *Levers of control* (1995). Simons beskriver hvordan man bør bruke fire ulike styringsdimensjoner for å implementere en strategi i en virksomhet. Styringsdimensjonene er:

- Beliefs systems (verdier, visjoner)
- Boundary systems (lover, regler, forretningsmoral eller etikk)
- Diagnostic control systems (diagnostiske styringsmetoder)
- Interactive Control systems (interaktive eller kommunikative styringssystemer)

De ulike dimensjonene tjener ulike hensikter og er like viktige for å implementere en strategi. Det er derfor viktig at de skal virke samtidig og de er til en viss grad overlappende, men tjener ulike hensikter. Samlet utgjør styringsdimensjonene ifølge Simons nødvendig kraft og styringsmekanismer for å implementere strategien.

Verdier og visjoner er grunnleggende veivisere for hva virksomheten skal drive med og hvilken retning den skal utvikles i. Denne styringsdimensjonen er spesielt viktig når det er store endringer i omgivelsene eller når ledelsen ønsker å endre strategisk retning. Det er da ofte nødvendig å endre verdier og visjoner. Boundary systems setter grenser for hva bedriften kan gjøre og hvordan den kan utøve sin virksomhet. Eksempler på dette er forretningsidé, geografi, markeder eller lover og regler.

Innenfor de diagnostiske styringsmetodene sorterer budsjetter, handlingsplaner, målstyring, regnskap osv. Dette er systemer som skal overvåke, gi tilbakemelding og iverksette tiltak ved avvik fra vedtatte mål/handlingsplaner og kritiske suksessfaktorer³. Forutsetninger for at et diagnostisk styringsverktøy skal fungere er redegjort for i kapitlene om rasjonell styringsprosess og målstyring. Det er et viktig poeng at et diagnostisk styringssystem skal virke mer eller mindre rutinemessig uten mye kommunikasjon/dialog, hvor deltakerne som regel "automatisk" vet hvordan aktivitet skal korrigeres for å nå mål.

³ Kritiske suksessfaktorer er forhold og variabler hvis endring gir størst mulig utslag på virksomhetens resultater eller mål. Dette er med andre ord forhold og forutsetninger som må være på plass eller beherskes, skal målene kunne nås (Hoff og Holving, 2002:394).

Den siste styringsdimensjonen, interaktive eller kommunikative kontrollsystemer, skal ifølge Simons hjelpe virksomheten til å fokusere på strategisk usikkerhet og risiko, fremheve læring og utvikle nye mål, tiltak og strategier. Det er denne styringsdimensjonen som spesielt kan supplere styringssirkelen fra kapittel 2.4. Diagnostiske styringssystemer (styringssirkelen) er en top-down prosess for å realisere en vedtatt strategi/handlingsplan. Interaktiv styring er en bottom-up prosess hvor lederen deltar i aktiv dialog med de ansatte, og hvor fokus er å utfordre kjente sannheter, stille spørsmål ved daglig virksomhet, forutsetninger og kjente rutiner. Tabell 1 viser forskjellen på diagnostisk og interaktiv styring, hvilket formål styringsmetoden har og når den er best egnet for å oppnå formålet. Teksten er oversatt fra engelsk til norsk av oss.

	Diagnostisk styringsmetode	Interaktiv styringsmetode
Når	Hvis strategien er å nå et omforent og klart mål, med fokus på etablerte kritiske suksessfaktorer	Hvis strategien er en visjon med klarhet om mål og tiltak
Formål	Skape motivasjon og retning for å oppnå mål	Stimulere dialog og organisatorisk læring
Hensikt	Unngå overraskelser	Kreativ søkning/problemløsning
Analytisk metode	Deduktiv/instrumentell	Induktiv
Kompleksitet i metode	Kompleks (kreve mye systemstøtte)	Enkel
Tidshorisont	Nå og fortid	Nå og framtid
Målsettinger	Fastlagte/endelige	Bevegelige/reestimeres
Tilbakemelding	Negativ (avvik)	Positiv (muligheter)
Tilpasning/tiltak i virksomheten	Endrer input/eller prosesser	Double loop learning - kan endre målsettinger
Kommunikasjon	Eliminer behovet for dialog	Utvikle felles språk og forståelse
Stabsrolle	Eier av informasjon og systemet/gir til ledelse	Fasilitatorer i prosessen

Tabell 1: Diagnostisk og interaktiv styringsmetode (Simons, 1995:124).

Diagnostiske styringssystem er designet for å iverksette kjente strategier og forutsetter aksepterte, klare målsettinger med god kausalkunnskap, hvor deltakerne vet nesten umiddelbart og automatisk hvordan aktivitet korrigeres ved avvik. I en motsatt situasjon og med mer uklare og sammensatte strategier vil det kreves mer kommunikasjon og interaktivitet i organisasjonen for å utvikle de rette tiltak, finne de rette kritiske suksessfaktorene, justere målene og være omforent om disse. Dette er nødvendig for å takle usikkerhet og for å bygge opp under innovasjon, nytenkning og læring.

Vi finner det nyttig å fylldiggjøre Simons' helhetlige syn på styring med synspunkter fra Erik Oddvar Eriksens (2008) undersøkelse av målstyringens utilstrekkelighet i sykehus. Simons bruker begrepet interaktiv styring. Vi finner at Eriksen mener mye av det samme i det han omtaler som kommunikativ ledelse. Eriksen bygger teorien om kommunikativ ledelse på sin deltakelse i evalueringen av ny organisasjonsplan for Regionsykehuset i Tromsø (RiTØ) i regi av Norut-samfunnsforskning fra 1990-1993. RiTØ var prøvesykehus i 1987 for innføring av mål- og resultatstyring som styringsform (Eriksen, 2008:106). Oppsummeringen av prøveprosjektet er at målstyringskonseptet i praksis ble mislykket (Eriksen, 2008:112). At det mislykkes er knyttet til de store vanskelighetene med å danne kvantifiserbare mål i offentlig sektor, noe som vi i forrige kapittel viste er en forutsetning for målstyring. Men det er viktige lærdommer å hente ut av prøveprosjektet, blant annet kommunikativ ledelse.

Kommunikativ ledelse kan benyttes i den tradisjonelle hierarkiske organisasjonsformen, som helseforetakene i dag er organisert etter. Eriksen, i likhet med Simons, mener kommunikativitet/interaktivitet ikke er en fullstendig erstatning for andre styreformene, men kan være en vesentlig del av den totale styringen og kontrollen som er nødvendig i sykehus utover den selvgående medisinsk-faglige logikk (Eriksen, 2008:123) eller profesjonsstyringen vi har omtalt tidligere. Denne kommunikative samhandlingsmodellen kan ikke erstatte den overordnede politiske styringen og den hierarkiske kontroll, men kan benyttes innenfor og mellom delsystemer der det trengs koordinering mellom forskjellige faginstanser og institusjonstilhørighet (Eriksen 2008:64). Det er viktig å understreke at Eriksen ikke er imot å sette mål som en organisasjon skal arbeide mot, men han har et annet syn på hvordan det bør arbeides for å nå målene enn den tradisjonelle målstyringsteorien.

Eriksen mener det offentlige ikke bør bygge en organisasjonsstruktur utformet for å produsere bestemte resultater, slik NPM i stor grad etterstreber, men heller en struktur som underbygger

en prosedyre for felles problemløsning (Eriksen 2008:143). Denne prosedyren skal bygge på det enkle prinsipp at aktører som er avhengige av hverandre, snakker sammen. Dette i erkjennelsen av at sykehus/helseforetak har blitt stadig mer komplekse organisasjoner⁴ og skal ta mange hensyn på en gang. Kommunikativ ledelse bygger på flere trender som gjenfinnes i styringen av offentlig sektor i dag: delegering av handlefrihet og beslutninger, ansvarliggjøring, medbestemmelse og teamarbeid. Det handler om å organisere seg slik at det finnes arenaer for kommunikasjon mellom ulike samarbeidende aktører (eks. leger, sykepleiere, administrasjon). Kommunikasjonsarenaer må etableres både internt i klinikken og mellom klinikker. Problemer som oppstår begrunnes i manglende samarbeid (Eriksen, 2008:143).

Kommunikativ ledelse handler i tillegg til en organisatorisk ramme (arenaer for kommunikasjon), også om hvordan selve kommunikasjonen foregår i møtet mellom aktørene. Argumentasjon, gjensidig overveielse av fakta (deliberasjon) og evne til helhetlig tenkning er viktig for å finne de beste løsningene på et problem. Kritik er ønsket velkommen. En slik åpenhet og dialog med medarbeidere vil føre til beslutninger med legitimitet og større oppslutning når de skal gjennomføres. Det blir i denne oppgaven for omfattende å gå nærmere inn på kommunikasjon i grupper i praksis, og vi må henviser til Eriksens vurderinger av fordeler og ulemper, og anbefalinger (se bl.a. Eriksen 2008, kapittel 6).

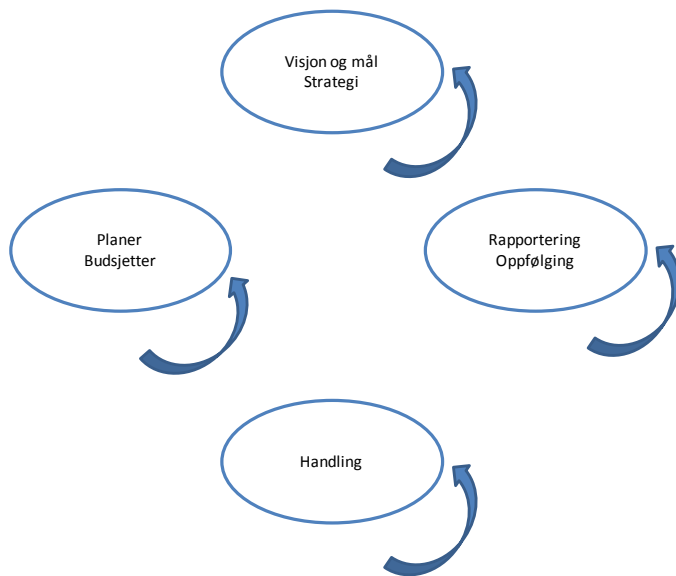
Eriksen poengterer at det for eksempel i en sykehusavdeling ikke er nødvendig at absolutt alle beslutninger tas gjennom den samme kommunikative prosessen og å søke konsensus. Men ved å lede med utgangspunkt i kommunikasjon, åpenhet og involvering, og at møteplassene er etablert, får ledere en reell autoritetsbasis (Eriksen 2008:142). Medarbeiderne får tillitt til lederne gjennom at de vet at det er etablert møteplasser hvor de kan fremme eventuell kritikk, og at ledelsen vil involvere og kommunisere.

2.7 Dekobling og hykleriske organisasjoner

Offentlig virksomhet inkludert spesialisthelsetjenesten blir kritisert for at det kan være liten eller manglende sammenheng eller grad av integrering mellom strategi, budsjetter, aktiviteter, handlinger og regnskap (Pettersen m.fl., 2008:252). Dette er illustrert med en styringsmodell

⁴ Scott og Shortell betegner sykehusets historie som den suksessive inkluderingen av stadig flere mål, interesser og hensyn som legitime beslutningspremisser (Scott og Shortell, 1988:423, gjengitt i Eriksen, 2008:120).

hvor det er løse koblinger, eller sterkere sagt dekopling, mellom elementene i den rasjonelle normative styringssirkelen.



Figur 7: De fire verdener i økonomisk styring (Pettersen m.fl., 2008:252).

I nyinstitusjonell teori betegnes dekopling som en standard for styring som blir benyttet symbolsk eller som ritual (må ikke forveksles med profesjons-/rituell styring vist i figur 5), men som ikke alltid er inkludert i organisasjonens daglige virksomhet. Brunsson beskriver dette som at organisasjoner har mulighet til å løsrive tale, beslutning og handling fra hverandre (Brunsson referert i Strand, 2007:169). Brunsson kaller dette hyklerisk atferd hvor organisasjonen kan tilfredsstille eller berolige ulike interessegrupper gjennom ulike virkemidler: noen ved det som sies og gode målsettinger, andre gjennom vedtak og planer og noen gjennom den praktiske handling. I en slik verden vil det kunne være langt mellom tale og handling. Brunsson påpeker videre at det kan være en funksjonell nødvendighet å kunne ha løse koblinger mellom ord, vedtak (eller planer) og handlinger. For å opprettholde organisasjonen må den vise legitimitet overfor ulike interessenter, og resultatet blir ofte uklarhet og liten sammenheng mellom de ulike elementene. Uklarheten får i seg selv en sammenbindende virkning og håndterer på en måte inkonsistensen i krav og forventninger til organisasjonen.

2.8 Planprosessen som en spillsituasjon

I situasjoner hvor det er uenighet om visjoner og mål, og styringsbildet er preget av interessekonflikter og debatt (slik som i helseforetak), vil det være vanskelig å bedrive styring

etter rasjonelle normative modeller. I slike situasjoner kan det være mer relevant å beskrive styringsprosesser som en spillsituasjon mellom ulike interessenter.

En slik modell for å forstå styring i offentlig sektor kan være en tilpasningsmodell (Pettersen m.fl., 2008:137) eller ”de små skritts metode” (Jacobsen m.fl., 2010:302). Modellen kjennetegnes med at den tar utgangspunkt i situasjoner med uklare mål og usikre omgivelser. Den beskriver og forklarer hva som skjer når mange aktører i en organisasjon, relativt uavhengig av hverandre fatter mange beslutninger over tid uten at det er klare retningslinjer eller mål som samordner. De involverte i styringsprosessen vil i en slik modell velge ut mer eller mindre tilfeldig noen få delmål som følges opp. Et poeng er at styringen og planprosessen mangler et overordnet perspektiv, og bærer mer preg av kompromisser og ”prøve- og feile”-logikk hvor organisasjonen utvikler seg med små skritt i ulike retninger. Man velger ikke bestandig det beste tiltaket, men det tiltaket flest er enig om. Analyser og konsekvenser av tiltak er ufullstendig, og det gjøres ikke et klart skille mellom mål og midler. Beslutningene bygger på tidligere beslutninger og gjøres inkrementelt med små steg i gangen blant annet for ikke å framprovosere konflikter eller uønskede reaksjoner. Denne utviklingen kan medføre organisatorisk handlingslammelse, konflikter og splittelse i stedet for handling. Man holder heller fast på den kjente praksisen, fordi den har vist å gi akseptable resultater.

En annen modell for å beskrive en spillsituasjon er ”søppelbøtte-modellen” også kalt tilfeldighets- og kompromissmodellen (March og Olsen referert i Pettersen m.fl., 2008:137). Dette beskrives som en mer ekstrem modell hvor beslutninger og løsninger finner hverandre i beslutningssituasjonen i et mer eller mindre tilfeldig mønster, som i en søppelbøtte. Interessentene slipper sine problemer og løsninger i ”søppelbøtten”, og beslutningene ristes sammen i et tilfeldig mønster. Dette kan skje i situasjoner hvor det er vanskelig å bestemme hva som er utfordringen eller problemet, og hvilke virkemidler som kan løse det (Jacobsen m.fl., 2010:303).

Felles for begge disse modellene er at beslutningene ikke nødvendigvis et resultat av et bevisst valg hos beslutningstakerne. Beslutningene forklares heller som resultat av flere uavhengige aktørers handlinger i hurtig skiftende omgivelser hvor ingen har den fullstendige oversikt eller kontroll.

2.9 Oppsummering

Når man skal styre en organisasjon og utforme tiltak for å realisere mål er det viktig å ha klart for seg hvilken situasjon, organisasjon eller kontekst man befinner seg i. Det er store forskjeller mellom hva som vil være virkningsfullt fra én organisasjon til en annen.

Helseforetak er ekspertorganisasjoner med spesielle styringsutfordringer. Det kan også være store forskjeller mellom hva som vil virke innenfor ulike deler av en og samme virksomhet.

Situasjonen eller konteksten vil påvirke hvordan de ansatte tenker og handler, og hva som skal til for at mål oppfylles, jf. figuren under (Thorsvik, forelesningsnotater MBA 30. mars - 1. april 2011).



Figur 8: Faser i realisering av mål for endring

Thorsviks hovedpoeng er at organisasjoner for ofte setter seg mål og utformer tiltak uten å ta inn over seg hvilken kontekst man befinner seg i. For å få til endring er det vesentlig å finne tiltak som stemmer med hvordan de ansatte vil tenke og handle innenfor organisasjonsmessig, sosial og kulturell kontekst.

I dette teorikapitlet har vi pekt på at oppdragsdokumentet kan betraktes som en kontrakt mellom RHF og HF. Kontrakten er ifølge prinsippal-agent-perspektivet en metode for RHF å kontrollere eller styre helseforetaket. Vi har gjennomgått ulike rasjonelle styringsmodeller og samtidig pekt på utfordringer som kjennetegner spesialisthelsetjenesten hvor det ofte er sammensatte, kvalitative og uklare mål, liten grad av kausalkunnskap, mange interessenter og sterke faggrupper. Spørsmålet blir hvordan disse forholdene påvirker muligheten for å styre gjennom OD. Det skal vi se nærmere på i empiri og analyse (kapittel 4 og 5).

3. Metode

3.1 Innledning

Denne oppgaven har til hensikt å bidra med kunnskap om en avgrenset problemstilling som definert i kapittel 1.2. I dette kapitlet beskrives metoden vi har benyttet for å kunne besvare problemstillingen. En metode er en planmessig framgangsmåte (Nyeng, 2008:187). I metoden gjøres valg om forberedelser, datainnsamling, dataanalyse samt rapportering. I metodeteorien framheves det at det ikke finnes en framgangsmåte som passer for alle problemstillinger. Vi har derfor valgt å tilpasse framgangsmåten slik vi mener vi best kan få belyst vår problemstilling.

3.2 Vårt ståsted

Vår oppfatning av verden og faglige ståsted gir føringer for innhold, metodevalg og analyser i oppgaven. Det er derfor viktig å reflektere over vårt ståsted og forsøke å klargjøre dette. Valget av problemstilling er preget av vår erfaringsbakgrunn. Ontologi dreier seg om grunnleggende antakelser om hvordan verden ser ut, mens epistemologi er oppfatninger om hvordan man kan skaffe seg kunnskap om denne verden (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011:58).

I vår oppfatning av verden mener vi mennesket ikke kan betraktes som et avgrenset subjekt som det kan gjøres analyser på. Derimot mener vi menneskene inngår i sosiale sammenhenger med tilhørighet i ulike fellesskap. Dette kalles en kollektivistisk ontologi (Nyeng, 2008:125), hvor mennesket forstår og utvikler seg selv gjennom og i møte med andre. For oppgaven har dette betydning for metodevalg og analyser.

Vår faglige bakgrunn og erfaringsbakgrunn er også en del av vårt ståsted, og påvirker våre holdninger, vurderinger og tankesett i denne oppgaven. Vi er begge ansatt i Helse Nord RHF. Den ene har utdanning som journalist og jobber som kommunikasjonsrådgiver ved kommunikasjonsavdelingen i RHF-et. Den andre er utdannet siviløkonom og jobber som rådgiver i eieravdelingen. Vi har begge bred kontakt med og utstrakt grad av samarbeid med ansatte i helseforetakene. Vi jobber i svært liten grad med utforming og oppfølging av OD i RHF, men har begge i årenes løp vært bidragsyttere til utforming av krav på enkeltområder.

3.3 Forskningsdesign

Formålet med vår oppgave er å beskrive hvilken betydning klinikklederne mener OD har i styringen av klinikken. Det vil si at vår undersøkelse er deskriptiv. For å gjøre undersøkelsen har vi valgt en kvalitativ forskningsdesign med en casestudie og intervju.

Vi har valgt en kvalitativ design fordi vi mener fenomenet vi studerer ikke kan la seg studere fysisk utenfra med for eksempel naturvitenskapelige målemetoder. Vi ønsker å forstå mer om oppdragsdokumentets rolle i styringen av spesialisthelsetjenesten. Et viktig grunnlag for å øke denne forståelsen er å finne tak i meningene til klinikksjefene. For å gjøre dette mener vi at vi må i aktiv dialog med klinikksjefene.

Det finnes flere kvalitative forskningsdesign. Vi har valgt å bruke en casestudie som gir oss en klar avgrensning slik at vi har mulighet til å få en relativt grundig undersøkelse av fenomenet selv om vi har begrenset tid og ressurser til rådighet. Design for casen er en enkeltcase med flere analyseenheter (Johannesen, m.fl., 2011:92). Casen eller fenomenet vårt er ODs betydning for styring av klinikken. Analyseenheter er klinikksjefenes mening om dette fenomenet. Konteksten for casen vår er ett helseforetak.

Hovedtyngden av empiri har vi hentet inn gjennom seks kvalitative intervjuer. I tillegg har vi foretatt en dokumentanalyse av oppdragsdokumentet 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene. Vi valgte intervju som metode fordi problemstillingen vår krever at vi skal få fram og forstå klinikksjefenes mening. For å få dette til mener vi det er nødvendig å ha en dialog med toveis kommunikasjon med informantene. Intervju er egnet som metode når det er behov for at informanten skal ha frihet til å uttrykke seg slik at han eller hun kan dele erfaringer og oppfatninger (Johannesen m.fl., 2011:144). Videre var vårt mål å få fram kompleksitet og nyanser, noe et strukturert spørreskjema gir mindre mulighet for.

Det er OD 2012 vi har hatt som utgangspunkt for intervjuene våre, men også tidligere års OD og synspunkter på dem har vært sterkt til stede i spørsmålene vi har stilt. Intervjuene har vi foretatt som semistrukturerte intervjuer. Dette kalles også intervju basert på en intervjuguide (Johannesen m.fl., 2011:147). Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres. I vår intervjuguide (vedlegg 1) vektla vi åpne spørsmål og hadde rom for oppfølgingsspørsmål.

I teorikapittelet vårt beskrev vi en normativ rasjonell styringsprosess, illustrert i figur 4, styringssirkelen. Vi strukturerte intervjuene etter deltemaene i styringssirkelen. Vi forklarte intervjuobjektene underveis når vi endret tema. At vi har knyttet intervjuet så sterkt til teori, ga oss etter vår mening en fordel da vi analyserte intervjuene i etterkant. Vi kunne på en enklere måte identifisere svarene og klassifisere meningene inn i styringssirkelen.

3.4 Utvalgsstrategi

Som beskrevet i casen er intervjuene gjort i ett helseforetak i Helse Nord. Det er flere årsaker til at vi velger å gjøre undersøkelsen innen bare ett helseforetak. For det første har klinikksjefene det samme oppdragsdokumentet å forholde seg til. For det andre deltar klinikksjefene i samme ledergruppe sammen med administrerende direktør i foretaket. Vi antar at administrerende direktør opptrer relativt likt overfor klinikkene når han⁵ formidler styringssignaler nedover i organisasjonen. Klinikksjefene vil dermed i utgangspunktet ha like forutsetninger for å omsette krav i oppdragsdokumentet i styring av klinikken. Eventuelle forskjeller i funn kan da med større sannsynlighet tilskrives andre forhold enn at de tilhører ulike helseforetak.

En ulempe ved bare å velge ett helseforetak er at vi ikke får tak i om oppdragsdokumentet oppfattes å ha en annen betydning for styringen i et annet helseforetak. Vårt utvalg i denne oppgaven er uansett så lite at om vi hadde intervjuet i flere helseforetak, ville det ikke vært gode nok data til et forsøk på å trekke opp ulikheter mellom foretak.

Vi har intervjuet fem klinikksjefer og en administrativ leder. Dette omfatter ikke alle klinikksjefene i helseforetaket. Vi valgte informanter med relativ lang erfaring i helseforetaket. I utvelgelsen av informanter la vi også til grunn kjønnsbalanse. Utvalget av informanter er ikke tilfeldig, men kan betegnes som et strategisk utvalg fordi vi mente at klinikksjefer med erfaring kunne gi oss mest relevant informasjon om fenomenet. Noen av informantene har vi personlige relasjoner til, flere av dem jobbmessig og en privat, men dette lå ikke til grunn for utvelgelsen. Vi har hatt et bevisst og kritisk forhold til de av informantene vi har et jobbmessig eller privat forhold til. Vi har vurdert vår objektivitet og habilitet overfor informantene. Vi mener vi har behandlet alle informantene på samme måte.

⁵ I og med at alle adm. direktører i helseforetakene i Helse Nord i 2012 er menn, velger vi å omtale adm. direktør som "han" og ikke kjønnsnøytralt.

Det første intervjuet ble gjort som et ”prøveintervju”, og det ble foretatt endringer på intervjuguiden etterpå. Vi valgte likevel å la dette intervjuet inngå i empirien på lik linje med de øvrige. Årsaken til at vi valgte å intervju en administrativ leder var for å få innsikt i styringsprosessene samlet i helseforetaket sett fra et ståsted utenfor klinikkene.

3.5 Datainnsamlingsprosessen

Intervjuene ble i hovedsak gjennomført i perioden fra 19. - 28. mars. Prøveintervjuet ble gjennomført 8. mars. Intervjuene hadde en varighet på 1,5 til 2 timer. Intervjustatistikk er samlet i tabellen under.⁶

	Intervju A	Intervju B	Intervju C	Intervju D	Intervju E	Intervju F
Dato	8.03.2012	19.03.2012	21.03.2012	22.03.2012	22.03.2012	28.03.2012
Tid	105 min.	85 min.	119 min.	109 min.	82 min.	83 min.
Sted	Møterom i HF	Informantens kontor	Informantens kontor	Informantens kontor	Informantens kontor	Informantens kontor

Tabell 2: Intervjustatistikk

Før vi kontaktet de utvalgte informantene, forespurte vi adm. direktør i helseforetaket om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Han var velvillig og formidlet vårt ønske i møte med lederne. Etter klarsignal fra ham sendte vi deretter informantene e-post med forespørsel om intervju. I e-posten forklarte vi formålet med intervjuet. Alle seks ga positiv tilbakemelding på at de ville delta. I forkant av intervjuene hadde vi understreket at informanten måtte ha lest OD og valgt ut to krav som var viktige for sin klinikk. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert av oss. Informantene fikk deretter tilsendt intervjuet med invitasjon om å komme med presiseringer eller innspill. Vi fikk konkret tilbakemelding med noen presiseringer på ett av intervjuene.

I tillegg til intervjuene har vi også analysert oppdragsdokumentet fra RHF til helseforetaket. Det er viktig for vår oppgave at vi er godt kjent med form og innhold i OD. Vi arbeider begge i Helse Nord RHF, og har derfor et relativt godt kjennskap til OD. Denne oppgaven krevde at vi skaffet oss mer inngående kunnskap om ODs oppbygning og innhold. Vi har på forhånd en

⁶ For å bevare anonymiteten velger vi bevisst ikke å identifisere hvem av informantene som er administrasjonssjef eller klinikksejer.

oppfatning om at det er svært mange krav i OD, men vi har aldri gjort en systematisk oppstilling og analyse. Vi har derfor gått detaljert til verks med OD 2012.

3.6 Dataanalyse

Som resultat av de transkriberte intervjuene satt vi igjen med 157 sider tekst. Før vi startet selve analysearbeidet har vi redusert datamengden. For å gjøre dette har vi valgt ut relevant tekst og kodet disse etter tema i et regneark. I regnearket har vi også merket hvilket intervju og spørsmål utsagnet tilhører. I neste omgang har vi gjennomgått hvert enkelt tema for å få tak i meningen til informantene og eventuelle fellestrekk mellom de ulike informantene. Meningene har vi deretter gruppert slik at de samsvarer med elementer i rasjonell styringsteori. Dette er grunnlaget for tolkning og hovedfunn.

Dokumentanalysen av OD besto i at vi identifiserte alle formuleringer i dokumentet som vi tolker som krav til helseforetakene. For å systematisere kravene har vi også her benyttet et regneark hvor vi har kategorisert kravene etter ulike parametre: Hvor mange krav er det? Er kravene presist formulert? Hvor mange kvalitative og kvantitative krav finnes? Hvor mange av kravene skal det rapporteres på, enten til RHF eller andre?

3.7 Reliabilitet og validitet

Det vil i all forskning være en utfordring å sikre pålitelighet eller reliabilitet i innsamling av data. God reliabilitet betyr at man får samme resultat hver gang man undersøker samme fenomen. Reliabilitet kan sikres ved testing, for eksempel ved å gjenta samme undersøkelse på samme gruppe på to ulike tidspunkt (Johannesen m.fl., 2011:44) eller at flere undersøker samme fenomen og kommer fram til samme resultat. Innenfor rammene av vår oppgave er det ikke lagt opp til testing av reliabilitet av innsamlede data. For å sikre reliabiliteten i vår undersøkelse har vi derfor lagt vekt på å gjøre informantene trygge slik at de virkelig sier sin mening. Det var viktig for oss, som ansatte i RHF-et, å sørge for at informanten ikke oppfattet at vi kommer fra RHF-et for å påvise feil eller mangler i styringen av helseforetaket. Vi ønsket i størst mulig grad å unngå at de holdt tilbake synspunkter fordi de var usikre på oss som RHF-ansatte. Vi understreket både i e-posten vi sendte med intervjuforespørselen og i intervjusituasjonen at vi var studenter som stilte med åpent sinn. I etterkant av tre av intervjuene spurte vi informantene om de hadde lagt bånd på seg fordi vi kom fra RHF-et. Alle tre svarte at de hadde gitt oss sine ærlige svar. Dette var også vår oppfatning i alle seks

intervjuene; vi mener informantene ikke har lagt bånd på seg fordi vi er ansatt i RHF-et.

Vi har også forsøkt å sikre reliabiliteten ved å gi informantene anonymitet. Ved å være anonym vil det kunne være lettere å si sin oppriktige mening. Vi velger derfor ikke å navngi helseforetaket. I tillegg til dette sendte vi de transkriberte intervjuene tilbake for kvalitetssikring for å styrke reliabiliteten ytterligere.

Det vil også være reliabilitetsutfordringer knyttet til at vår tolkning av data og analyser vil påvirkes av vår subjektive oppfatninger og erfaringsbakgrunn. Vi har forsøkt å være bevisst denne utfordringen. At vi er to med ulik faglig bakgrunn og fra ulike avdelinger i RHF-et som samarbeider tett om denne oppgaven, gjør at vi til en viss grad har kunnet korrigere hverandres synspunkt og oppfatninger. Dette gjelder også for kategoriseringen av OD hvor vi har vært nødt til å benytte stor grad av eget skjønn og erfaring. Det var blant annet ikke like lett å vurdere om kravet er presist eller gir rom for tolkninger. Det vil derfor være sannsynlig at andre som kategoriserer det samme OD vil kunne komme til et noe annet resultat. Vi reflekterer mer over betydningen av dette i kapittel 4.2.3 når vi beskriver innholdet i OD nærmere.

Validitet betyr gyldighet. Det skilles mellom to typer validitet: begrepsvaliditet og ytre validitet. Begrepsvaliditet vil si hvor godt, eller relevant data representerer det fenomenet som skal undersøkes (Johannsen m.fl., 2011:448). For å styrke begrepsvaliditet i undersøkelsen organiserte vi intervjuguiden etter relevant teori om rasjonell styring. Vi benyttet intervjuguiden ved alle intervjuene. I analysen av intervjuene reflekterte vi bevisst over validiteten i intervjuene; måler vi det vi skal måle? Er spørsmålene vi har stilt gode for å få svar på det vi ønsker å belyse eller svarer informantene på det vi spør om? I disse vurderingene er vi avhengig av å bruke eget skjønn og sunn fornuft.

Ytre validitet dreier seg om det er relevant å overføre resultatet fra en undersøkelse til andre områder og situasjoner (Johannsen m.fl., 2011:462). I vår casestudie tror vi at noen av funnene kan være overførbare til andre helseforetak i Helse Nord fordi det er mange likhetstrekk i helseforetakene og ytre forutsetninger for styring, men generelt vil utvalget i en casestudie som vår være for lite til å kunne trekke gyldige konklusjoner for andre.

3.8 Etisk refleksjon

Vår oppgave og forskningsmetode må følge etiske prinsipper og retningslinjer. I tråd med forskningsetiske prinsipper og regler har vi vurdert om datamaterialet og krever konsesjonssøknad. Datamaterialet består ikke av personsensitive data og informantene er anonymisert. Lydopptakene av intervjuene slettes etter transkribering. På basis av disse vurderingene har vi kommet til at undersøkelsen ikke er konsesjonsbelagt.

En annen etisk vurdering er å kunne sikre anonymitet på det nivået vi undersøker: klinikksefer. Det er relativt få klinikksefer i hele foretaksgruppen, og spesielt innen bare ett helseforetak. Dette er våre informanter innforstått med. Når vi i denne oppgaven siterer fra våre informanter, har vi enkelte ganger vært nødt til å ta ut tekst som identifiserer helseforetaket eller klinikken informanten arbeider i. Vi har imidlertid beholdt meningen i sitatet.

Vi har også lagt vekt på å være åpne overfor informantene om vårt ståsted og hensikten med undersøkelsen. Informantene har samtykket frivillig til deltakelsen. Et vesentlig etisk moment for oss er å behandle informantene med respekt i intervjusituasjonen og ved behandling og analyse av data i etterkant.

3.9 Avgrensning

Da vi redegjorde for styringsmodellen i spesialisthelsetjenesten i kapittel 1.1, viste vi at oppdragsdokumentene overleveres i foretaksmøtet. Det holdes i snitt tre til fem foretaksmøter i løpet av året, der også andre saker enn OD står på agendaen. Det skrives protokoller fra foretaksmøtene. Vi har i denne oppgaven ikke innlemmet foretaksprotokollene for å undersøke eventuelle krav i tillegg til kravene som stilles i OD. Vi mener eventuelle krav som Helse Nord RHF gir i tillegg til OD i så fall er så få, at de i liten grad har betydning for vår problemstilling.

En annen avgrensning i vår undersøkelse er, som nevnt tidligere at vi forholder oss til ett av helseforetakene i Helse Nord. Vi har valgt å gjøre undersøkelsen bare på klinikksefnivå. Vi har ikke undersøkt meningene til andre medarbeidere i klinikken.

4. Empiri

4.1 Innledning

Vi skal i dette kapittelet redegjøre for våre empiriske funn. Vi starter med dokumentanalysen av oppdragsdokumentet i kapittel 4.2. I kapittel 4.3 redegjør vi for informantenes erfaringer med OD. Vi strukturerer empirien etter den rasjonelle styringssirkelen. I tillegg viser vi funn knyttet til andre tema enn styringssirkelen. Til slutt, i 4.4, oppsummerer vi i fire hovedfunn.

4.2 Dokumentanalyse av OD

Oppdragsdokumentet som styringsverktøy ble innført ved helseforetaksreformen i 2002. Dokumentet er en skriftlig samling av mål og krav som eieren stiller til den underliggende virksomheten. OD er basert på mål- og resultatstyring. Som beskrevet i kapittel 1 er en vesentlig bakgrunn for helseforetaksreformen å forbedre styringen. Målstyring, resultatevaluering og kontroll er styringsvirkemidler som OD bringer med seg. Det rapporteres på OD fra HF-ene til RHF i forbindelse med utarbeidelse av årlig melding⁷ påfølgende år. I tillegg rapporteres det månedlig og tertialvis på utvalgte krav.

Et hovedmål med OD er å sette ut i live den sittende regjeringens helsepolitikk. Da Stoltenberg I-regjeringen (sosialistisk regjering) vedtok helseforetaksreformen, het OD *styringsdokument*. Bondevik II-regjeringen (borgerlig regjering) endret navn, og fra 2004-2006 het det *bestillerdokument*. Bondevik-regjeringen ønsket tydeligere å skille mellom bestiller og utfører, og det ble opprettet egne bestillerenheter i RHF-ene. Da det igjen ble sosialistisk regjering i 2005, endret Stoltenberg II-regjeringen navnet til *oppdragsdokument*. Dette kan være for å distansere seg fra den bedriftsøkonomiske tenkningen som “bestiller”-begrepet assosieres med. Fra 2007 og fram til i dag heter den årlige bestillingen oppdragsdokument. Helse Nord RHF har i årenes løp fulgt samme navngiving som HOD.

4.2.1 Utarbeidelsen av OD

Det er to oppdragsdokument hvert år; ett fra HOD til RHF og ett fra RHF til HF. RHF skal ivareta HODs styringssignaler i sine OD til HF-ene. I 2012 var ellefte gang OD ble utarbeidet. Både HOD og RHF legger hvert år ned mye arbeid i å utarbeide oppdragsdokument, uten at vi kan anslå hvor mange årsverk selve utarbeidelsen utgjør. Det skal også rapporteres på mange av kravene. Utarbeidelse og rapportering krever betydelige

⁷ Årlig melding er dokumentet som viser HF-enes og RHF-ets rapportering samlet på krav stilt i OD.

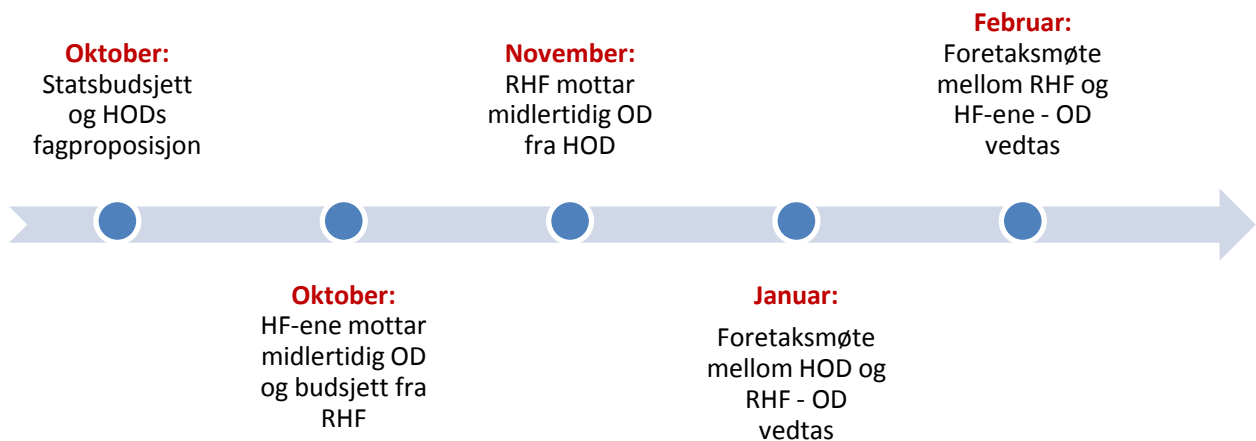
administrative ressurser. I tillegg krever OD at fagfolk i klinikkene involveres når kravene skal gjennomføres og måloppnåelsen rapporteres.

Helse Nord RHF starter arbeidet med OD like etter at statsbudsjettet er lagt fram i begynnelsen av oktober. De styringssignaler RHF-et finner i statsbudsjettet og HODs tilhørende fagproposisjon benyttes i OD. Samtidig gjøres en første runde internt blant medarbeiderne i RHF-et med innspill og utvelgelse av krav. I slutten av oktober eller begynnelsen av november behandler styret i Helse Nord RHF sak med midlertidig OD og foreløpig budsjett. Midlertidig OD oversendes til HF-ene. Etter at midlertidig OD er sendt ut, benytter RHF-et de eksisterende kanaler for å få innspill fra HF-ene. Dette er for eksempel felles møter mellom RHF og HF: direktørmøtet, fagsjefmøtet, personalsjefmøte m.fl. Det finnes ikke en skriftlig prosedyre på hvem som bør/kan/skal komme med innspill til OD eller hvordan innspill som kommer skal behandles. Etter vår mening vil vi kalle organiseringen av utarbeidelsen av OD i Helse Nord RHF en akkumulert, ikke-skriftlig sedvane bygd opp gjennom elleve års erfaring.

RHF-et har koblet arbeidet med OD og budsjett tettere de siste årene. I erkjennelsen av at OD for gjeldende år først kommer i januar/februar det året OD gjelder for, har både RHF og HOD de senere år innført å sende ut midlertidige OD. Selv om disse dokumentene ikke er endelig vedtatt, skal de kunne benyttes i RHF og HF-enes interne planlegging, samt at det kan gis innspill på dem. I slutten av november mottar RHF-et midlertidig OD fra HOD. Det er en slags høring fra HOD, der RHF-et kan komme med innspill. RHF-et endrer ikke sitt midlertidige OD og sender det ut på nytt til HF-ene på bakgrunn av HODs hørings-OD. Begrunnelsen for det er at det bare er halvannen måned til endelig OD kommer fra HOD.

Helse Nord RHF mottar det endelige OD fra HOD i foretaksmøte i slutten av januar hvert år. Når dette er vedtatt, ferdigstiller en arbeidsgruppe i RHF-et på tre-fire personer RHF OD til HF-ene. Arbeidsgruppen bruker innspillene som er mottatt fra HF-ene, samt at rådgivere og ledere i RHF-et på ulike vis (e-post, møter, samtaler) konsulteres for kvalitetssikring. I begynnelsen eller midten av februar vedtas OD i styret i Helse Nord RHF. Umiddelbart holder RHF foretaksmøter med HF-ene der de får sine OD for gjeldende år.

Milepæler i prosessen for å utarbeide OD kan vises i følgende tidslinje:



Figur 9: Milepæler i prosessen for å utarbeide oppdragsdokumentet

4.2.2 ODs design

Nytt av året i 2012 er at Helse Nord utarbeidet ett samlet OD til alle helseforetakene. Alle krav er samlet i samme dokument, også krav som gjelder for andre HF. Tidligere har det blitt utarbeidet egne dokumenter for hvert helseforetak, selv om størstedelen av kravene har vært de samme til alle HF.

Bildet på neste side viser en side i OD 2012:

4.2.3 Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige

Målene i regional handlingsplan og nasjonal opptrappingsplan for rusfeltet skal være retningsgivende.

Helseforetakene skal:

- Legge til rette for registrering og rapportering på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Øke oppmerksomheten på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.
- UNN HF: Etablere en rusmestringsenhet i samarbeid med Tromsø Fængsel, innen 01.05.2012.
- Helse Finnmark HF: Opprette rusteam i tilknytning til DPS Vest-Finnmark i Alta.
- NLSH HF: Overta ansvaret for LAR²⁰-behandling inkl. stillinger i Bodø fra 01.02.2012.

4.2.4 Somatisk virksomhet og tilbud til pasienter med kroniske og langvarige sykdommer

Helse Nord's strategi er å samle lavvolumtjenester og desentralisere tjenester som mange har behov for.

Helseforetakene skal:

- Samarbeide med Helse Nord RHF om gradvis implementering av handlingsplanene i lunge- og nyremedisin.
- Følge opp nasjonalt krav om at 20 % av pasienter under 80 år med hjerteinfarkt får trombolysebehandling.
- Rapportere data til norsk hjerneslagsregister.
- Styrke den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene.
- Implementere seleksjonskriteriene og følge opp kommende tiltaksplan for fødselsomsorgen i Helse Nord.
- Delta i utarbeiding av regional handlingsplan for kreftbehandling.
- Delta i utarbeiding av regional handlingsplan for plastikkirurgi.
- Iverksette funksjonsfordeling i ortopedi i henhold til Helse Nord RHF's styresak 135/2011 om elektiv ortopedi.
- UNN HF: Øke antall hjerteflimmerablasjoner til minimum 120 i 2012. Statusrapport for dette arbeidet skal leveres innen 01.05.2012.
- UNN HF: Rapportere på bruk og effekt av øremerkede midler gjennom "Raskere tilbake" til Arbeids- og miljømedisinsk avdeling.
- UNN HF: Rapportere innen 01.06. 2012 på plan for etablering av forsøksordning på tannhelsetjenester.
- UNN HF: Iverksette tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon.

²⁰ Legemiddelassistert rehabilitering

Bilde 1: Bildet viser en side i OD 2012 fra Helse Nord RHF til HF-ene for å illustrere oppbyggingen av dokumentet.

OD er tematisert under ulike overskrifter (se vedlegg 2 for detaljert innholdsfortegnelse i OD). De fleste avsnitt starter med en kort innledende tekst. Deretter kommer en liste med kulepunkter under overskriften *Helseforetakene skal*. Det er to typer kulepunkter. Helt svarte kulepunkter betyr at kravet skal rapporteres på til RHF. Hvite kulepunkter (åpne sirkler) betyr at kravet skal følges opp internt i HF-et, men ikke rapporteres til RHF. Tekst i kursiv skrift markerer at kravet gjelder ett eller flere navngitte HF (se eksempler nederst i bildet). Tekst i vanlig skrift viser at kravet gjelder for alle HF.

Vår analyse av OD viser at den innledende teksten foran listen med kulepunkter har en uklar rolle. Vi finner ofte det vi vil betegne som krav i den teksten. Fra bildet ovenfor står det i den innledende teksten til avsnittet om TSB (avsett 4.2.3) at "Målene i regional handlingsplan og

nasjonal opptrappingsplan for rusfeltet skal være retningsgivende”. Dette er etter vår analyse et krav stilt til HF-et som like gjerne kunne stått som et kulepunkt.

4.2.3 ODs innhold

Helse Nord RHF stiller i OD 2012 over 450 krav til helseforetakene samlet.

Fortsettelsen av denne dokumentanalysen vil kun omhandle krav til det helseforetaket vi studerer. Helse Nord RHF stiller etter vår analyse 376 krav til dette HF-et. 230 av disse kravene er nye krav stilt i 2012, mens 146 krav er krav som fortsatt gjelder fra tidligere OD. Etter vår kjennskap til OD har RHF alltid ment at tidligere krav i OD som ikke er oppfylt fortsatt gjelder. Dette ble ikke presisert skriftlig før i OD 2011 da det sto: *”Det presiseres at tidligere stilte krav fortsatt gjelder selv om de ikke gjentas i årets oppdrag”* (OD 2011 fra Helse Nord RHF til HF-ene, side 3).⁸ Det samme er gjentatt i OD 2012. I 2012 har RHF-et i tillegg gjennomgått alle tidligere OD og laget en tilleggsliste med krav som fortsatt gjelder.

”Den vedlagte tilleggslisten (vedlegg 5) er et hjelpemiddel for at Helse Nord RHF og helseforetakene skal ha oversikt over aktuelle krav fra tidligere år. Det skal ikke rapporteres til Helse Nord RHF på kravene i tilleggslisten” (OD 2012 fra RHF til HF-ene, side 3).

102 av de totalt 376 kravene skal RHF-et ha skriftlig rapport på, månedlig, tertialvis eller årlig. 274 krav skal følges opp internt i HF-et. RHF sier lite om hva som menes med intern oppfølging, men for noen få av disse kravene sier RHF at de skal behandles i HF-styret.

Vi har vurdert hvert av de 376 kravene etter to parameter. For det første vurderer vi om kravet kan sies å være presist formulert (ikke til å misforstå) eller om det er rom for tolkning. For mange av kravene har det vært utfordrende å bestemme dette blant annet fordi vi som vurderer ikke har god nok innsikt i saksfeltet på alle områder. Kanskje vil et krav vi vurderer som presist, oppleves som upresist for den som bedre kjenner hva kravet gjelder, eller omvendt. Krav som er formulert som “HF-et skal bidra til...” eller “HF-et skal legge til rette for...” er vurdert som upresise. Mens krav som er formulert som “HF-et skal øke andelen...” eller “HF-et skal ta i bruk...” er vurdert som presise. Vi har også vurdert krav som henviser til

⁸ Denne presiseringen kom etter kritikk fra Helsetilsynet i kjølvannet av den såkalte kirurgi-saken i Nordlandssykehuset i 2010. Nordlandssykehuset hadde ikke fulgt funksjonsfordelingen for kreftkirurgi slik det var stilt krav om i OD 2004. Helsetilsynet mente at det ikke er tilstrekkelig av RHF å stille krav ett år uten at kravet ble gjentatt senere. www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Kirurgisaken-Nordlandssykehuset-HF-brudd-pa-spesialisthelsetjenesteloven--2-2/

en annen kilde som presise, for eksempel “HF-et skal implementere seleksjonskriteriene (...)” Vi forutsetter dermed at seleksjonskriteriene ikke gir rom for tolkning. Når vi oppsummerer, har vi funnet at 149 krav er presist formulert. 227 krav, altså størstedelen, er upresist formulert og gir tolkningsmuligheter. Den innsikten vi har fått gjennom analysen av OD, gjør at vi anser det som sannsynlig at det heller kan være flere upresise krav enn flere presise krav. Dette blant annet på grunn av at vi har valgt å anse krav som henviser til andre kilder som presise. Hadde vi slått opp i slike kilder er det sannsynlig at det er tolkningsrom i flere nasjonale veiledere, retningslinjer o.a. Tross denne usikkerheten mener vi vårt funn om at størstedelen av kravene er upresise gir et riktig bilde av kravene i OD.

For det andre har vi vurdert om kravet er kvalitativt eller kvantitativt. I det legger vi om det er stilt tallfestet krav om måloppnåelse. For eksempel kan kravet å “følge opp nasjonalt krav om at 20 % av pasienter under 80 år med hjerneinfarkt får trombolysebehandling” telles i ettertid. Det er kvantitativt. Mens kravet å “ivareta veilednings- og opplysningsplikten overfor kommunehelsetjenesten” vurderer vi å være kvalitativt. Det er ikke tallfestet hvordan kravet skal oppfylles. Vi har funnet at det er stilt 329 kvalitative krav og 47 kvantitative krav. Vi kan vise vår analyse i følgende tabell:

Totalt antall krav	Nye krav	Krav fra tidligere OD	Rapporteringskrav til RHF	Krav uten rapportering	Presise krav	Upresise krav	Kvalitative krav	Kvantitative krav
376	230	146	102	274	149	227	329	47

Tabell 3: Oppsummering av analyse av OD 2012

Oppsummert gir dette følgende funn:

- Det stilles langt flere upresise enn presise krav i OD.
- Det stilles langt flere kvalitative enn kvantitative krav i OD.
- De fleste krav i OD skal det ikke rapporteres på. Det er uklart hvilken funksjon disse kravene skal fyller.

4.3 Informantenes erfaringer med OD

I det følgende går vi nå over til empiriske funn fra våre seks intervjuer. Vi omtaler informantene som A, B, C, D, E og F. En vesentlig ramme for vår studie av OD som styringsverktøy for klinikken er styringssirkelen som vi redegjorde for i kapittel 2.4. Vi vil i

kapittel 4.3 organisere våre empiriske funn etter fasene i styringssirkelen: målsetting, planlegging, handling og evaluering. Til slutt presenteres andre funn fra informantene.

4.3.1 Målsetting

I OD er det vanskelig å skille klart mellom mål og krav. Det går mye over i hverandre. Derfor bruker vi i denne oppgaven mål og krav som synonymmer. Når vi som første del av styringssirkelen tar for oss målsettingsprosessen, handler det om hva informantene mener om kravene i OD, om de deltar i å sette mål og hvordan målene blir kommunisert til dem.

Når vi ber informantene beskrive kravene, brukes følgende adjektiver: mange, omfattende, ullen, overordnet, detaljert, urealistisk, motstridende, lite gjennomtenkt, gjentakende, kurant, betimelig. Som vi ser beskriver de krav som spriker fra det de anser som å være på sin plass (kurant og betimelig), til krav som de har ulike motforestillinger mot. Informant B sier: *“Det er veldig mange krav, og det er omfattende. Mye går igjen fra det ene året til det andre. (...) Noen krav er litt motstridene også. OD er både overordnet og detaljert.”* Alle informantene mener mange krav gir rom for tolkning, slik som informant C: *“Noen krav er kanskje litt for ullen. Det blir veldig vanskelig å vite om det vi har gjort er det vi skal gjøre.”*

Alle våre informanter er enige om at det totalt sett stilles for mange krav i OD, og at OD som helhet er svært omfattende å skulle oppfylle. Informant C uttrykker det slik: *“Det kan umulig være meningen at vi skal ha akkurat like stort fokus på alle områdene som står i OD. Vi spør oss hva eier egentlig vil at vi skal fokusere på.”*

Vi ba i intervjuene informantene plukke ut krav fra OD som er viktige for deres klinikk eller HF-et. Deretter ba vi dem vurdere det enkelte krav mot parameter vi ga dem; om de synes kravene er konkrete, realistiske, relevante, etterprøvbare og motiverende. Resultatet ble slik:

Totalt antall krav: 11	Konkret	Realistisk	Relevant	Etterprøvbart	Motiverende
Ja	9	4	10	11	4
Nei	1	5	0	0	3
Både og	1	2	1	0	4

Tabell 4: Oppsummering av informantenes vurdering av 11 viktige krav.

Et signifikant flertall av de kravene informantene mener er viktige, ses på som konkrete, relevante og etterprøvbare. Men det er interessant å merke seg at et flertall av kravene også anses som urealistiske å oppnå, selv om informantene mener kravene er relevante. Når kravet på forhånd vurderes som urealistisk, blir ikke våre informanter motivert til å arbeide med det. Krav kan ifølge våre informanter være urealistiske på flere måter. Det ene er at krav kan være motstridende. Et eksempel på slike krav, er på den ene siden et krav som har vært stilt om produktivitet. Beregningen av produktivitet, og dermed grunnlaget for fastsettelsen av kravet, tok utgangspunkt i bare deler av aktiviteten. På den andre siden ble det stilt krav om å delta i aktiviteter som ikke ble beregnet inn i produktiviteten. Urealistiske krav kan også være krav som det gis for kort tid på å utføre, eller krav hvor informantene mener det åpenbart er behov for ekstra finansiering (som ikke gis samtidig eller aldri gis), eller det mangler fagkompetanse som er svært vanskelig å få tak i. Informant C sier det slik:

”Enkelte av kravene synes vi kanskje er lite gjennomtenkt før de kommer ut i skriftlig form. Da tenker jeg mest på at innholdet i dem er mer omfattende å greie å følge opp enn det som vi både er forberedt på og evner å gjøre på kort varsel. (...) Vi har tilfeller hvor vi opplever at de som spør ikke helt vet hvordan vi jobber.”

Om krav som er urealistiske fordi det mangler finansiering sier informant C dette:

”Hvis eier på den ene siden ikke vil legge friske penger inn og på den andre siden stiller krav hvor vi har varslet at dette forutsetter friske midler, og det heller ikke kommer noen tydeliggjøring om hvordan vi er ment å skulle håndtere det, så blir det jo selvsagt slik at vi kanskje tar kravet litt mindre på alvor.”

Informant F sier eierne sender ut oppdrag uten å se arbeidsomfanget og realismen:

”Ja, man gjør det. Det er noe av grunnen til at legene ikke forholder seg til det og bare hiver det i skuffa. Og så vet vi at så lenge vi gjemmer det her og ingen andre får se det, så er det ingen som etterspør dette.”

Flere av våre informanter gir oss eksempler på krav som de selv eller fagfolkene ikke forstår eller ikke er enige i. Informant D gir følgende eksempel:

”Kravene om epikriser ut innen syv dager har vært der ganske lenge, og er et tydelig krav som vi i klinikkledelsen synes er helt rimelig. Det har møtt motstand i klinikergruppa. Det er ikke til å komme fra. Vi har argumentert, prøvd å piske og vi har dratt fram gulrot. Det har vært vanskelig å få til.”

Krav man er uenige i kan angripes på to måter: Enten utfører man oppdraget fordi eieren har sagt det. Eller så sier man seg uenig i oppdraget og lar være å gjøre det. Oppdrag man lar være å gjøre kan man enten la forbigå i stillhet og håpe ikke får noen konsekvenser (jf. sitatet ovenfor om legene som legger OD i skuffa), eller man kan forsøke å argumentere overfor eier for å få endret på kravet. I kapittel 4.3.4 om evaluering skal vi komme inn på konsekvenser av manglende måloppnåelse. Våre informanter mener full oppslutning om alle mål er umulig. Informant A ordlegger seg slik:

”Nei, vi klarer aldri å få 100 % oppslutning. Det er ikke nødvendig heller. Det er nødvendig at vi har tilstrekkelig oppslutning og kan manøvrere. Det kan være positivt at det finnes fornuftig kritikk.”

Vi spurte også om informantene på noen måte var involvert i å gi innspill til krav som bør være i OD. Vi finner at de selv ikke er i direkte kontakt med RHF-et, de følger styringslinja. HF-ledelsen er kanalen som brukes mot RHF hvis det vil meldes inn forslag eller innspill til OD. RHF-et ber HF-ene komme med synspunkter på det foreløpige OD som sendes ut i oktober. Våre informanter bruker av og til den muligheten, og sender da innspill til HF-ledelsen. Informant A gir oss et av flere eksempler på krav som har kommet i OD etter kontakt mellom RHF-et og HF-et:

”Vi påvirket bestillingen ved å sette i gang prosesser. Vår ledelse tok det til RHF-et. Det er mulig å sette i gang initiativ som fanges opp i OD. (...) Det var ikke målsetting å komme i OD. Målet var å lage en handlingsplan. Vi er veldig glade for at det kom i OD. Så var vi litt skuffet over at det ikke kom med penger.”

Oppsummert mener informantene:

- Det stilles for mange krav.
- Mange krav er betimelige.
- Mange krav er utydelige (i tråd med funn i kapittel 4.2.3 med 227 upresise krav).
- Noen krav er svært detaljerte.
- Noen krav er urealistiske fordi det er lite gjennomtenkt hva som skal til for å få dem gjennomført.
- Det finnes uenighet om mål i klinikken.
- Det finnes en kanal for å gi innspill og synspunkter på OD. Bruk av kanalen varierer.
- Det er liten dialog mellom RHF og HF om mål.

4.3.2 Fra mål til plan

Når kravene er stilt i OD, må det planlegges hvordan oppdraget skal utføres. Vi spurte våre informanter hvilke andre skriftlige styringsdokumenter klinikkene utarbeider for egen virksomhet. Foruten budsjettet er det svært få. Tre av klinikkene lager virksomhets-/ eller driftsplaner. Det kan av og til også utarbeides strategier eller planer på enkeltområder. Informant D forklarer slik hvorfor hans klinikk svært sjelden utarbeider andre planer enn budsjettet: *”Produksjon av planer krever administrativ kapasitet. Vi ønsker å bruke klinikerne i klinisk arbeid.”* Informant F, som er en av dem som lager virksomhetsplaner for klinikken, mener spesialisthelsetjenesten generelt ikke er god på planlegging:

”Man må jo lage en plan. Man har behov for å planlegge en del aktiviteter gjennom året, men planlegging er vel ikke det vi er best på. Man er opptatt av å møte de daglige oppgavene og behovene, og er vel i mindre grad i stand til å lage planer og særlig langsiktige planer, særlig der man skal ha gjennomført noe over tid.”

For alle klinikkene er budsjettet, i tillegg til OD, det viktigste styringsdokumentet. Men det endelige OD kommer i februar, lenge etter at klinikkens budsjetter er lagt. Noen klinikker starter budsjettprosessen for kommende år allerede før sommeren. Alle klinikker er i gang med budsjettprosessen i september der de tar utgangspunkt i økonomiske rammer gitt av HF-ledelsen. De endelige økonomiske rammene vedtas sammen med OD i januar/februar. RHF oversender i oktober HF-ene det foreløpige OD. Dette mottar alle våre informanter, men det brukes svært lite i den interne budsjettplanleggingen. Alle våre informanter mener OD kommer for sent til å kunne tas inn i budsjettplanleggingen. Informant B sier: *”OD er ikke koplet så tett på budsjettet. Det lever litt sitt eget liv.”* Informant A: *”Problemet er jo det at budsjettet er spikret før vi får oppdraget.”* Informant C sier det slik:

”Det er jo et problem. Spesielt de kravene som kommer inn veldig sent. Det er i praksis umulig dersom de krever økonomi for gjennomføringen. Det betyr at vi må gjøre en omprioritering på kort varsel, men også det midlertidige OD kommer jo for sent. Det kommer vel parallelt med at vi beslutter våre rammer i oktober. (...) Det gjør at vi har en forventning om at det ikke stilles nye krav i det endelige OD.”

Det har hendt at nye krav har kommet i OD mellom det foreløpige og det endelige, satsninger som krever penger. Eksempler fra 2012 er satsning på lunge- og nyresykdommer. Denne var ikke antydning i det foreløpige OD, og informanten mener det ikke fulgte med penger.

En av våre informanter sier noe interessant om ODs status sett mot andre krav, for eksempel mål HF-et eller klinikken selv setter seg. Et eksempel er HF-ets vedtak om store budsjettkutt. Da ble andre krav enn de økonomiske i OD sett helt bort fra. Informant A sier OD overhodet ikke har vært med i budsjettplanleggingen i 2012: *”Nei, i år ble det ikke gjort for da hadde vi evig nok med andre utfordringer å ta tak i. (...) Vi hadde noen millioner vi skulle rette opp. (...) Innsparingstiltakene var mer poengtert.”* Informanten sier altså at hvis andre krav utenom OD blir ansett som viktigere, har klinikkene aksept for å fokusere sin virksomhet på disse kravene og å planlegge for krav i OD i den grad de klarer det i tillegg.

To av klinikkjefene kritiserer måten budsjettet lages på i helseforetaket, og mener budsjettet baserer seg for mye på det som ble gjort i fjor og ikke på det som kommer. Informant F:

”Det er rett og slett for mye kikkning i bakspeilet, framfor å se framover på hva som skal planlegges i året som kommer. Det blir et veldig dårlig styringsverktøy, og ikke det styringsverktøyet det burde ha vært.(...) I manges øyne er budsjettet en veiledning, i stedet for å ta ned risiko og sårbarhet.”

Informant F sier videre at tiltak de vet kommer, det være seg krav i OD eller andre, ikke alltid blir tatt inn i budsjettet:

”Vi visste at det kommer, vi visste at vi måtte gjøre det, men ingen ting av det er budsjettet. Vi spurte (HF-ledelsen, vår anmerkning) om vi ikke burde planlagt og budsjettet, men får til svar at ”vi får ta problemet når det dukker opp”.(...) Dette ville aldri foregått i en annen bransje enn denne”.

Når det endelige OD er vedtatt i foretaksmøte i februar gjør vårt HF umiddelbart dette: OD distribueres på flere måter (e-post, saksbehandlersystemet, vedlegg til saksframlegg) til klinikkjefene, som igjen distribuerer til sine avdelings-/enhetsledere. HF-ledelsen, som også omfatter klinikkjefene, har OD som helhet oppe på ett ledermøte i løpet av året. Det er et av ledermøtene kort tid etter at OD er mottatt. På møtet fordeles ansvar for rapportering på de ulike kravene til rapportering (de 102 krav som vises i OD som svarte kulepunkter). Krav som ikke er rapporteringskrav (hvite kulepunkter) eller krav som står i innledende tekst, blir etter vår oppfatning i liten grad drøftet. Et eksempel på et slikt krav er at HF-et skal ”videreutvikle sin forskning” (OD 2012 side 5). Når vi etter dokumentanalysen av OD vet at HF-et har 102 krav som er rapporteringskrav til RHF, og informantene forteller oss at det er disse kravene som absolutt har størst oppmerksomhet, blir det tankevekkende å stille seg

spørsmålet om rollen, formålet og nytten til de 274 kravene det ikke stilles krav om rapportering på. Empiren mener vi viser oss at disse 274 kravene arbeides det svært lite med.

Det er ifølge våre informanter lite diskusjon i HF-ledelsen om hvordan målene i OD skal nås og hvilke tiltak som må settes i verk. Dette forklarer informantene med at antall krav er for mange. Informant C sier: *"I forhold til omfanget av OD så har vi jo ikke mulighet til å gå detaljert inn på det enkelte krav."* Her tenker informanten kun på de 102 rapporteringskravene. Når klinikken eller HF-ledelsen har fått rapporteringsansvar for et krav, finner vi at alle våre informanter mener at det da er den ansvarlige som skal sørge for å omsette kravet i handling. Informant E sier: *"Rapporteringsansvar betyr jo også at du har ansvar for utredning og iverksetting. Det har jeg aldri vært i tvil om."* Informant C sier: *"Det er det som ligger i å delegere ansvar."*

Mange av kravene i OD gjelder for alle klinikkene eller fordrer samarbeid på tvers av klinikkene. Ansvar for å rapportere på slike krav settes ofte på den sentrale HF-ledelsen og ikke på hver klinikk. Vår oppfatning av denne arbeidsdelingen er at det skal mer til for at klinikkene selv tar tak i krav som andre har fått ansvar for å rapportere på. Eksempler på slike krav som gjelder flere klinikker kan være: bedre informasjonen til pasienter om fritt sykehusvalg, redusere ventetiden til under 60 dager eller ikke ha fristbrudd. Klinikkene har nok med kravene de har fått eksplisitt rapporteringsansvar for og den daglige drift, og skal de gjøre noe med andre krav må dette etterspørres av andre. Informant F mener klinikkene ikke er gode nok på å diskutere måloppnåelse på krav som krever samarbeid: *"Det skulle vi gjerne ha gjort, men det er vi ikke så gode på. Det kunne vært bedre."* Informant B peker på at den ansvarlige for kravet må ta kontakt før noe blir gjort:

"Koordinerende enhet og pårørendeansvar i sykehus er et område som går på tvers. Der har vi hatt noen innledende møter, men vi har ikke hatt tid til å få gjort det. Det krever litt mer når man må gå på tvers av klinikkene. For det første hvem er ansvarlig for dette og tar kontakt på tvers, og så må en jo bruke tid på å finne løsninger."

Helt til slutt i dette kapitlet om planlegging skal vi vise til noe to av våre informanter påpeker: Det finnes en type krav i OD som de mener ikke er nødvendig å planlegge gjennomføring av. Disse kravene er så grunnleggende og implisitt at de oppfylles i selve tjenesteutøvelsen. Dette er krav som for eksempel at alle pasienter skal tilbys likeverdige helsetjenester og at sosiale helseforskjeller skal reduseres. Informant A sier: *"Dette er implisitt i det vi gjør til daglig."*

Det mener jeg. Det er grunnleggende prinsipper for hele helsetjenesten. Det forutsetter jeg at vi oppfyller.” Slik vi tolker våre informanter er slike implisitte krav av en slik art at de er innbakt i kulturen og yrkesutøvelsen. Det kan også være krav som det har vært jobbet lenge med og som er oppfylt, og dermed er blitt en del av kulturen og ligger implisitt i tjenesten.

Oppsummert mener informantene:

- Budsjettet er klinikkens viktigste styringsdokument, men er ikke det styringsverktøyet det burde være.
- OD er ikke koblet mot budsjett, det kommer for sent.
- Rapporteringskrav til RHF har større fokus enn krav som HF-et skal følge opp internt.
- Krav som gjelder flere klinikker avventer initiativ fra den som har ansvaret før det blir grepet tak i.
- Det er lite samarbeid på tvers av klinikkene om tiltak.
- HF-ledelsen har liten dialog med klinikkene om løsning på krav som er delegert.
- Noen krav er implisitt i den daglige yrkesutøvelsen og trenger ikke synliggjorte tiltak eller resultat.

4.3.3 Fra plan til handling

Det er en realitet at mange krav i OD ikke blir oppfylt. Hvorfor oppfylles ikke krav i OD? I kapittel 4.3.1 og 4.3.2 ga vi noen forklaringer på det: Det er altfor mange krav til å klare å ha fokus på alle. Krav oppleves som urealistiske, motstridende og det er uenighet om kravene. Det påpekes også manglende planlegging. Manglende samarbeid på tvers av klinikkene gjør det også vanskelig å oppfylle krav.

Men så er det også krav som blir oppfylt og som jobbes med i klinikkene. Det skjer en handling, selv om planleggingen kanskje ikke alltid er så god og selv om målet ikke alltid nås. Hva er det som trigger handling i klinikkene? Vi finner to klare handlingstriggere:

- 1) HF-ledelsen etterspør kravet.
- 2) Det er et krav klinikken har fått ansvar for å rapportere på.

Informant E sier det slik om hvordan områder ledelsen er opptatt av også gjør at utførerne av tjenesten blir opptatt av det:

”Jeg kan love deg at vi blir fulgt opp. Kontinuerlig. HF-ledelsen følger opp kvalitetsarbeid, tiltaksarbeid på budsjett, driftsresultat, aktiviteten, ventetid, fristbrudd, epikriser, korridorpasienter og strykninger av operasjoner.”

Når vi allerede har vist at informantene mener det stilles for mange krav i OD til at alle kan følges like godt opp, viser sitatet over at de kravene som lettest får fokus er kravene noen jevnlig etterspør resultater på. Informant D sier: *”I enhver organisasjon, og det vil jeg gjerne at noen prøver å motbevise, er det slik at det som sjefen er opptatt av er organisasjonen opptatt av.”* Det er viktig å understreke at HF-ledelsen etterspør også krav som ikke står i OD, slik at klinikkene har mange andre arbeidsområder de samtidig blir fulgt opp på.

Det er også slik at krav i OD klinikken har fått ansvar for å rapportere på følges tettere av klinikken. Det kan vi illustrere gjennom svaret informant E gir på spørsmål om hvor aktivt klinikkens sjef bruker OD i løpet av året: *”Ikke veldig mye. Jeg leser det vel når det kommer, og så holder jeg meg oppdatert på de punktene jeg skal rapportere på.”*

Fordi det er så mange krav i OD, spurte vi hvordan informantene prioriterer mellom krav. Svaret er unisont at det ikke er tillatt å prioritere. Informant E: *”Jeg oppfatter det som står her som endelige krav. Jeg oppfatter ikke at det er rom for prioritering.”* Informant C: *”Det er i grunnen forutsetningen at alle kravene skal prioriteres like høyt.”* Det er altså en oppfatning om at alle krav i OD er like viktige, og at det ikke er aksept for å si at et krav nedprioriteres. Men faktumet at alle krav ikke oppfylles, viser jo at det må skje en form for prioritering; noen krav arbeides mer aktivt med enn andre. Vi ser at i praksis gjør våre informanter en prioritering. Dette velger vi å kalle en uutalt prioritering. Et eksempel på krav som uutalt prioriteres ned, viser informant E: *”Det er liksom ikke det viktigste for meg å bli miljøsertifisert på avfallshåndteringen. Jeg kjenner at jeg ikke klarer å bli entusiastisk på det.”* Men dette kan informanten ikke tilkjenne i de offisielle kanalene, hvor forventningen er at alle krav skal prioriteres like høyt.

Ledere kan ikke nå mål alene. Medarbeiderne, som er tjenestuteøverne, må være med for at mål skal nås. Alle våre informanter er samstemte i at organisasjonskulturen i klinikken har stor betydning for å nå mål. OD har et top-down-perspektiv; eierne på toppen gir målene som organisasjonen nedover skal omsette og oppfylle. Flere av våre informanter gir eksempler på hvordan organisasjonskulturen er en betingelse for om målene nås. Informant A sier det slik:

”Du møter to typer logikker. Klinikerne ser enkeltpasienten og gjør alt for den som sitter foran seg. Men OD er jo mer strategi og holdning i stor målestokk. (...) Det er to typer logikker som krasjer. Og da må vi få folk til å skjønne at vi er en del av en forretning og ikke en forvaltning, og at det faktisk er noen som bestiller noe hos oss. Det er en helt ny måte å tenke på.”

Informant D sier:

”Organisasjonskulturen har kjempestor betydning. Har du en kultur som har et snev av respekt for beslutningsveier, så har du en organisasjon som kan gjennomføre de kravene som kommer. Men har du en organisasjon som består av helt autonome enheter der folk gjør som de vil, så er det tilfeldig hva du får til. (...) Vi har erfart at enkelte fagmiljøer har motarbeidet sentrale krav. Det ser vi stadig vekk.”

Det våre informanter her viser, er at organisasjonskulturen under klinikksjef og nedover i for stor grad ikke er tilpasset styringsmetoden med at eieren gir et oppdrag til utøveren. Selv etter ti år med helseforetaksmodellen har ikke denne måten å tenke og styre på satt seg.

Oppsummert mener informantene:

- Alle krav i OD skal innfris, man kan ikke utad vise at et krav prioriteres foran et annet.
- Det skjer en uuttalt prioritering. Dette fordi krav HOD, RHF, HF-ledelsen etterspør eller klinikken selv har rapporteringsansvaret på blir prioritert.
- Organisasjonskulturen har stor betydning for om OD skal bli vesentlig for styringen i klinikken, men tenkningen rundt bestiller-utfører har ikke satt seg.

4.3.4 Fra handling til rapportering og evaluering

Til slutt i den rasjonelle styringssirkelen skal man rapportere og evaluere. Da skal man se om planleggingen og handlingen har ført til at målene er nådd. Rapporteringen er en viktig del av OD. Det ser vi både i selve ODs design (hvor rapporteringskrav fremheves i svarte kulepunkter) og gjennom det fokuset HF-et har på å fordele rapporteringsansvar. RHF-et krever skriftlig rapportering fra HF-et på 102 krav (se tabell 3). Våre informanter har ulikt syn på om de mener det er for stort eller passe omfang på antall krav de skal rapportere, både til RHF og til egen HF-ledelse. Dette henger sammen med at det varierer hvor mange krav den enkelte klinikk skal rapportere på. Det informantene er samstemte i, er at det er absolutt sterkest fokus på økonomirapportering.

Det er ingen samlet drøfting av måloppnåelsen av OD i HF-et. Hver klinikk rapporterer til HF-ledelsen på sine krav. HF-ledelsen syr dette sammen til rapporteringsdokumentet årlig

melding til RHF. Informant A sier: *”Forum for å drøfte måloppnåelse på oppdragsdokumentet finnes ikke. Verken oppover (fra klinikksjef til HF-ledelsen) eller nedover (fra klinikksjefen til sine avdelinger). (...) Når rapporteringen er sendt, så er det stille.”* Informant B sier det ikke er noen tilbakemeldinger på resultatoppnåelsen i OD: *”I forhold til oppdragsdokumentet er det ikke noe, da er det mer i forhold til budsjett.”* Vi mener empirien viser oss at HF-et i svært liten grad bruker rapporteringen de gjør i årlig melding til å evaluere og eventuelt lære eller justere kursen. Dette forklarer våre informanter med at det er så mange krav at en slik samlet evaluering nærmest er umulig. Enkeltkrav som har fokus i utgangspunktet blir tettere fulgt opp og evaluert.

Noen informanter trekker fram positive sider ved å rapportere. Blant annet blir systemene for å hente ut data bedre, selv om det fortsatt er store mangler. Det er også positivt at noen følger med på virksomheten, til tross for få tilbakemeldinger. Informant D sier: *”Jeg tenker at det er rimelig å ha en viss kontroll på hvordan ressursene brukes. Det har samfunnet krav på.”*

Men rapporteringen har også sine negative sider. Tre av våre informanter trekker fram at de av og til stiller spørsmål ved om hvorfor kravet skal rapporteres på og om svaret er nyttig for noen. Informant D: *”Noe rapportering oppleves som at den skjer bare for rapporteringens skyld.”* Informant E: *”Noen ganger registrerer de jo bare for å registrere. Det skal ikke brukes til noe annet enn å vise at vi har fokus eller ikke har fokus.”*

Men manglende måloppnåelse på krav – får det konsekvenser? Nei, det får det ikke. Det sier alle våre seks informanter. Informant B: *”Nei, det får ingen konsekvenser. Når du kan forklare den og har en god begrunnelse, så er det greit.”* De gangene klinikksjefene blir spurt om årsaker til manglende måloppnåelse på krav, må de altså forklare. På særlig viktig krav (som for eksempel økonomisk kontroll), kan de bli avkrevd å omstille eller foreslå og iverksette nye tiltak. Men dette gjelder få krav. Informant F ser det slik:

”Vi kommuniserer og forklarer et problem, og når det er gjort er det greit. Jeg tror knapt nok noen leder i helsevesenet har fått kniven på strupen. Ja, vi får krav om nye tiltak. Men veldig mange tiltak vi ser dukker opp i helsevesenet er jo fiktive tiltak hvor man drømmer om effekt. Og når effekten ikke kommer sier man at det kommer neste år. Og da har man glemt det for da er man inne i et nytt budsjettår.”

En av klinikkene har likevel innført konsekvenser av manglende måloppnåelse som er verd å nevne, for å illustrere at mulige konsekvenser ikke er totalt fraværende. Klinikksjefen sier:

”I ytterste konsekvens gjør vi noe som er litt spesielt. I forbindelse med lønnsoppgjøret kommuniserer vi ut mål og krav og vi går igjennom i hvilken grad kravene er innfridd og i hvilken grad jeg er fornøyd med hva avdelingslederne har bidratt til. Måloppnåelsen får betydning for lønnsoppgjøret. Dette har vi hatt et par-tre år. Dette er mål som er satt for den enkelte leder.”

Oppsummert mener informantene:

- Klinikksjefer blir ikke fulgt opp på alle krav i OD som gjelder klinikken, men jevnlig på enkeltkrav.
- Informantene er delt i synet på om det er mye rapportering. Det stilles spørsmål ved formålet med noe av rapporteringen.
- Rapporteringen benyttes i liten grad til læring og å justere mål/aktivitet.
- Det får ingen konsekvenser når mål i OD ikke nås.

4.3.5 Andre empiriske funn

De funnene vi så langt har presentert har vært systematisert etter den rasjonelle styringssirkelen. Vi skal til slutt presentere noen funn vi ikke finner naturlig å ta inn der.

Vi viste i kapittel 4.3.1 at det er uenighet om mål. Vi har påpekt at når fagfolk er uenige om et mål, kan de la være å bidra til å nå målet. Å ikke nå mål har ingen konsekvenser. Men at fagfolk på den ene siden er uenige i mål og mener det mest rasjonelle er å ikke oppfylle målet, kan eieren på den andre siden likevel kreve gjennomført. Informant A sier dette: *“Det er ikke gitt at dette (kravet) er det mest fornuftige vi kunne funnet på. Men men... Det står nå at vi skal gjøre det, og vi har fått penger for å gjøre det, så da må vi gjøre det.”* Pasienttilbudet klinikksjefen her snakker om (som vi ikke kan gå nærmere inn på for å beholde anonymiteten til klinikksjefen og helseforetaket), ville ikke blitt opprettet hadde ikke eieren krevd det. Fagfolkene mener det finnes viktigere tjenester å holde på med, og de hadde ikke selv vært pådrivere for å gi dette behandlingstilbudet til pasientgruppen. Dette er et av flere eksempler på at politikk, vist gjennom krav stilt i OD, faktisk styrer utviklingen av helsetjenesten.

I en kompleks og mangeartet organisasjon som helseforetak er, er det mange oppgaver som skal utføres. Mange flere enn de 376 kravene HF-et blir stilt overfor i OD. I denne virkeligheten, og med vissheten om at ikke alle 376 krav oppfylles, påpeker informant E:

”Jeg er en av pådriverne for at det (kravet) bør være i OD eller så kan de glemme at det blir gjort noe med det.” Klinikksjefen uttrykker her den holdningen at skal kravet ha noen sjanse til å få fokus og bli oppfylt, må det stå i OD. Dette viser igjen at OD oppfattes som viktig, og hvis RHF eller HF velger å følge kravet tett opp, gir det tyngde at det står i OD.

Alle våre informanter sier at OD er viktig, særlig for HF-ledelsen. Det varierer hvor viktig de mener det er for klinikken. Informant B: *”Jeg synes det er viktig at vi har et dokument som peker i den retningen vi skal gå i, og som stiller krav til oss også. Jeg synes det er viktig, og jeg tar det på alvor.”* Informant B sier samtidig at hun savner en overordnet strategi:

”Jeg skulle ønske vi hadde et strategidokument, både på Helse Nord-nivå og HF-nivå, hvor HF-ets nødvendigvis skulle samsvare med Helse Nords. Det hadde vært et ønske å ha et strategidokument som gikk en del framover i tid, og som ser for seg utviklingen innenfor ulike områder. Det savner vi egentlig. Det er det fyrtårnet vi skal gå mot, som vi burde ha hatt.”

Når vi ber våre informanter utdype hva de mener med at OD er ”viktig”, får vi følgende svar: Det er oppdraget, det gir retning (jf. sitatet fra informant B ovenfor) og det gir tyngde overfor autonome fagfolk. Tyngde betyr at ved behov for å argumentere overfor fagfolk som er vant til å ha stor handlefrihet, kan det å henvise til OD være et vektig argument. Vår oppfatning er at i mangel av andre strategi- og plandokumenter, blir OD et viktig dokument.

Vi skal helt til slutt trekke fram et funn som tangerer det vi tidligere har skrevet om organisasjonskulturens betydning for å nå mål. Alle våre informanter er samstemte i at det er viktig at ledernivået under klinikksjefene kjenner til at det finnes et OD og gjerne også hvilke krav som stilles til klinikken i OD. Informant A sier: *”Det er viktig at de vet at det er noe som finnes som heter oppdragsdokument. Så basal må vi være. Og at det er å anse som arbeidsordren vår.”* Samtidig er informantene våre ærlige på at kjennskapen til og bevisstheten rundt OD i nivået under klinikksjefene nok er ganske liten. Informant C sier: *”Jeg tror nok ikke alle enhetslederne er kjent med OD, hvis jeg skal være ærlig.”* Årsaken til at våre informanter mener at kjennskap til OD er viktig, er fordi det letter implementeringen av kravene. Informant F: *”Det sier noe om styringslinjene, at det kommer et oppdrag fra eier. (...) Det betyr at du får en følelse av å være en del av noe større.”*

Oppsummert mener informantene:

- Tilbud opprettes fordi det står i OD. Enkelte tilbud hadde ikke blitt opprettet hvis fagfolk fikk bestemme.
- Krav må stå i OD for at det skal gjennomføres.
- OD er viktig i mangel av andre strategi- eller plandokumenter.
- Å henvise til at krav står i OD gir tyngde og vektige argumenter.
- Det er viktig at ledernivået under klinikk sjef kjenner til OD. Det hjelper på i implementering at de vet hvor ordren kommer fra.
- Mange i ledernivået under klinikk sjef kjenner ikke til OD.

4.4 Oppsummering av hovedfunn

Vi har i dette kapittelet presentert en rekke empiriske funn. Vi har funnet at informantene mener det er for mange krav i OD. Et flertall av kravene er også upresise og gir rom for tolkning. OD brukes svært lite i planleggingen av driften, det vil helt konkret si i budsjettplanleggingen siden budsjettet er klinikkens mest operative styringsverktøy. Vi finner også at selv om klinikkene får ansvar for å rapportere på krav i OD, noe som også betyr ansvar for gjennomføring, har det ingen konsekvenser om kravet ikke oppfylles. Det er mange tilfeldigheter som avgjør om krav i OD blir oppfylt eller ikke: Andre interne krav kan prioriteres foran, eller krav som av en eller annen årsak blir etterspurt får mer oppmerksomhet enn andre krav. Vi vil oppsummere våre delfunn i fire hovedfunn som vi skal bringe med oss videre i analysen i neste kapittel.

Oppsummert er hovedfunnene:

- OD er en omfattende og upresis kontrakt.
- Det er en løs kobling mellom budsjett og kontrakt.
- Manglende måloppnåelse får sjelden konsekvenser.
- Krav som følges opp blir prioritert og utløser handling i klinikken.

5. Analyse

5.1 Innledning

Oppdragsdokumentet er basert på tanken om styring gjennom å stille krav og sette mål, med andre ord resultat- og målstyring, jf. figur 3 (Pettersen m.fl., 2008). Helse Nord RHF stiller krav og forventer at HF-ene utfører handling for å nå målene. I tittelen på vår oppgave stilte vi spørsmålet ”Fra krav til handling?”. Empirien har vist oss at veien fra krav til handling er mangslungen. Vi tar nå med oss de fire hovedfunnene fra empirikapittelet for å analysere dem mot relevant teori. Vi skal forstå og drøfte empirien i lys av våre egne erfaringer og synspunkter, samt forklaringer vi finner i teorien i kapittel 2. Til sammen skal dette gi oss en bedre forståelse av oppdragsdokumentets betydning for styring av klinikken.

5.2 OD er en omfattende og upresis kontrakt

Det kan diskuteres om omfanget av krav i OD er stort. Våre informanter mener 376 krav er for mange. Spesialisthelsetjenesten er en stor sektor med mange oppgaver innen ulike fag- og ansvarsområder. Helseforetakene er store organisasjoner og ofte største lokale arbeidsplass. Tjenestene som tilbys benyttes av samtlige innbyggere en eller flere ganger i løpet av livet. Det er altså behov for å regulere svært mange forhold i en kontrakt mellom RHF og HF-ene. I teoriene vi har redegjort for finnes ingen klare svar på hvor omfattende en slik kontrakt bør være, men teorien belyser hvilke områder en kontrakt bør regulere (Pettersen m.fl., 2008). Annen teori beskriver også forhold som kan forklare årsaken til at OD kan bli omfattende.

Prinsipal-agent-perspektivet beskriver utfordringer i forholdet mellom RHF og HF og mulige måter prinsipalen kan styre agenten på (Busch m.fl., 2001 og Opstad, 2003). En av tankene bak helseforetaksreformen var at helseforetakene (agenten) skulle fristilles fra direkte statlig styring (prinsipalen). De skulle motta overordnede styringssignaler fra eieren fulgt av bevilgninger, jf. prinsippene i NPM (Hood i Eriksen, 2008). Et poeng i målstyringsteorien og også bak reformen er å delegere handlingsfrihet slik at de som skal oppnå målene selv kan velge strategier. Prinsipalen gir agenten handlefrihet og på den måten skal motivasjonen øke hos bevisste og ansvarlige medarbeidere. Men vår undersøkelse viser at oppdragsdokumentets mange krav spenner fra det helt overordnede til det svært detaljerte. Våre informanter påpeker dette spennet. OD opptrer ikke som et overordnet styringssignal fra agenten der prinsipalen skal finne beste vei for å nå målet. Vi ser gjennom OD at prinsipalen har styringsutfordringer med agenten og derfor tar i bruk ulike styringsmekanismer for å få agenten til å opptre som

ønsket (Opstad, 2003). En styringsmekanisme er å gi detaljerte mål. En annen er at prinsipalen krever at agenten utfører et stort omfang av pålagte oppgaver. Hele OD er en pålagt oppgave, uten noen form for opp- eller nedprioritering av krav. Når OD blir omfattende og detaljert kan det forklares ut fra disse styringsmekanismene hvor RHF pålegger mange oppgaver og detaljstyrer HF for å kontrollere opportunistisk atferd.

Andre styringsmekanismer Opstad viser til er å kreve løpende rapportering (månedlig og tertial i tillegg til årlig) på utvalgte mål. Rapportering omtaler vi nærmere i kapittel 5.4 og 5.5. Vi har også eksempler på at Helse Nord RHF tar i bruk omorganisering og kulturbygging som styringsmekanisme for å kontrollere opportunistisk atferd, for eksempel nedleggelse av Hålogalandssykehuset eller prosjektet Verdibasert hverdag hvor det ble satt søkelys på felles verdier. Belønningsordninger har vært uvanlig, og det vil vi fortsatt si det er. Men det finnes eksempler. I empirien viste vi til en klinikk der måloppnåelse hos mellomlederen var knyttet til lønnsoppgjøret. Et annet eksempel er at RHF-et nylig har satt i gang en konkurranse om 250 000 kroner for det beste forbedringsarbeidet i et helseforetak.

Helse Nord RHF får stadig tilbakemeldinger fra HF-ene om at de har for mange oppgaver å løse.⁹ I tillegg til OD er det også en mengde andre arbeidsoppgaver å utføre. Vår egen erfaring med utforming av OD er at RHF-et forsøker å favne så mange oppgaver og krav som mulig. Dette fordi RHF-et oppfatter at skal en oppgave utføres med bidrag fra HF-et, må den stå formulert i OD. Dette er i tråd med det empiriske funnet vi fant om at krav må stå i OD for at det skal gjennomføres. Det kan altså se ut til at det har blitt en spiral hvor flere og flere krav må stå i OD for å sikre at oppgavene blir utført. Vår erfaring fra RHF-et er at det er en oppfatning om at det er færre muligheter i løpet av året til å komme med pålegg utenom OD.

Omfanget av OD kan også forklares ut fra spillteorier (Pettersen m.fl., 2008 og Jacobsen m.fl., 2010). RHF skal tilfredsstillere mange interessenter med OD. De mest åpenbare er nasjonale myndigheter, politikere, pasientgrupper og fagfolk. I denne situasjonen vil det være uenighet om mål, konflikt og debatt. Dette medfører at planprosessen med OD kan beskrives som en "søppelbøttemodell" hvor interessentene slipper sine problemer og løsninger i søppelbøtten (March og Olsen referert i Pettersen m.fl. 2008). Det store antallet interessenter gjør at omfanget av OD blir stort. Resultatet blir et OD som til en viss grad er preget av

⁹ Dette er bl.a. referatført fra møter i RHF-administrasjonen.

tilfeldigheter, og altfor ofte blir krav og tiltak satt på dagsorden uten å hensynta hvordan de ansatte vil tenke og handle når kravet skal iverksettes i praksis (kravet er ikke kontekststøttet, jf. Thorsviks modell i figur 8). Kravene i OD blir derimot et resultat av flere ulike aktørers handlinger i hurtig skiftende omgivelser hvor ingen har den fullstendige oversikt og kontroll. Et viktig poeng i denne sammenheng er at RHF-et viderefører mange krav fra HOD i sitt OD, og kan ikke på fritt grunnlag utforme eget OD til HF.

Ifølge teori om kontrakter (Pettersen m.fl. 2008) må kontrakten inneholde informasjon om aktivitetsnivå, aktivitetssammensetning, kvalitet, finansiering og kostnadsrammer. OD er en kontrakt som inneholder informasjon om alle punktene. Vi har ikke gitt en oversikt over hvordan disse punktene framkommer eksplisitt i OD, men har konsentrert vår dokumentanalyse i kategorisering av krav. Vår analyse og empiri viser at kravene på mange områder er upresist formulert. Noe av det mest presist formulerte er de økonomiske kravene og bevilgningene som tallfestes i dokumentet.

Gjennom dokumentanalysen av OD har vi påvist at det stilles langt flere upresise enn presise krav (227 av totalt 376 krav), noe også våre informanter påpekte. Dette betyr at 60 prosent av kravene er upresise og gir dermed rom for diskusjon og tolkning. I OD stilles det nesten bare kvalitative krav (329 av totalt 376). Dette er et paradoks hvis det er slik at OD virkelig er ment som et mål- og resultatstyringsverktøy. Etter normativ teori oppfyller ikke oppdragsdokumentet kravene om at målene er enkle, presise, operasjonelle, oppnåelige (motiverende), akseptable, realistiske, konsistente og etterprøvbare (Hoff, 2005 og Høst, 2005). OD florerer av mål med motsatt fortegn.

I teorien har vi også vist til at spesialisthelsetjenesten er kjennetegnet av liten grad av kausalkunnskap, hvilket betyr at det også vil være uenighet om virkemiddel for å oppnå mål jf. figur 5 (Pettersen m.fl., 2008). Ett av delfunnene fra empirien er at det er uenighet om kravene i klinikken. Uklare mål sammen med uenighet om virkemiddel gir utfordringer for styringskraften inn i klinikken. I figur 6 (Pettersen m.fl. 2008) er dette beskrevet som en konfliktsituasjon. Er målene klare og det er enighet om dem vil det være en forhandlingsituasjon om bruk av virkemidler. Et sentralt poeng i teorien (Ouchi gjengitt i Pettersen m.fl., 2008) er at profesjonsstyring eller rituell styring er den mest fremtredende styringsformen i virksomheter med lav kausalkunnskap og uklare mål. Vi har vist at OD preges av uklare mål og det er uenighet om virkemidlene i klinikken. Ifølge nyinstitusjonell

teori (Brunsson referert i Strand, 2007) blir styring benyttet symbolsk eller som ritual for å tilfredsstille mange ulike interessegrupper. Det kan i slike situasjoner oppleves som en nødvendighet å gjøre målformuleringene vage og uklare. En annen forklaringsfaktor er at helsetjenester er vanskelig å beskrive, tallfeste og resultatmåle. Hva som for eksempel er likeverdige og trygge helsetjenester er vanskelig eller kanskje umulig å beskrive presist.

5.3 Løs kobling mellom budsjett og kontrakt

I henhold til normativ styringsteori skal mål og visjoner operasjonaliseres til årlige planer og budsjett med sterk kobling, jf. styringssirkelen i figur 4 (Pettersen m.fl., 2008). Det betyr blant annet at det skal være mulig å gjenfinne mål i monetære størrelser i budsjettet. I HF-et vi undersøkte er det få andre styringsdokumenter enn budsjettet, derfor vier vi dette funnet mot budsjettet og ikke styringsdokumenter generelt.

I empirien har vi funnet at informantene mener budsjettet er klinikkens viktigste styringsdokument. De deltar i omfattende prosesser med mye ressursinnsats på å utarbeide budsjettet. Budsjettet for helseforetaket er imidlertid i liten grad knyttet sammen med OD, og dermed blir ikke budsjettet det styringsverktøyet det burde være for å realisere krav i OD. Dette kalles løse koblinger eller dekobling, jf. figur 7 (Pettersen m.fl., 2008).

Hovedårsaken til at OD ikke er koblet mot budsjett er ifølge informantene at det kommer for sent. Budsjettet er nesten ferdigstilt når OD mottas. Da er det ikke mulig å innarbeide kravene. Selv om OD kommer sent, mener vi det alene ikke kan forklare den løse koblingen. Informantene sier selv at mange av kravene i OD går igjen over flere år, og dette bør gi mulighet for å koble OD bedre mot budsjettet. Informantene oppfatter ofte at de ikke får midlene til å gjennomføre oppdraget, spesielt for nye oppdrag som ikke er særskilt finansiert. Generelt mener de det er vanskelig å se sammenhengen mellom oppdraget og finansiering. I OD gis den samlede bevilgning til helseforetakene. Den økonomiske rammen beregnes etter modeller¹⁰ som ikke er direkte knyttet til oppdraget i OD. Det er derfor ikke enkelt å se sammenheng mellom OD og finansieringen på alle områder.

Budsjettet utformes som en plan basert på innsatsfaktorstyring jf. figur 3 (Pettersen m.fl., 2008) med ramme for stillinger, lønnsutgifter, andre driftskostnader og investeringer. For

¹⁰ Helse Nord RHF fordeler basisramme etter egen inntektsfordelingsmodell. Kriterier i modellen finnes ikke direkte igjen i OD.

noen områder planlegges aktiviteten i form for eksempel antall polikliniske undersøkelser, antall liggedøgn, antall DRG-poeng. Produksjonskrav i OD vil dermed gjenspeiles i budsjettets inntekts- og utgiftsside for denne type kvantitative krav. På dette punktet er det en kobling mellom krav i OD og budsjett. For andre kvalitative mål, som utgjør nesten 88 prosent av kravene i oppdragsdokumentet, er det sjelden en direkte kobling mellom kravene og budsjettet. Dette kan forklares med at mange kvalitative mål er svært krevende å operasjonalisere og dekomponere til et tall som vises i budsjettet (Hoff, 2005). Eksempel på dette kan være bidrag inn i ulike prosjekt, faggrupper, utredninger eller kvalitetskrav som ikke synliggjøres i budsjettet. Krav om etablering av nye tilbud eller funksjoner som ikke følges av egne midler blir heller ikke alltid synliggjort i budsjettet, men må forutsettes gjort med de midlene man har.

En løs kobling mellom budsjett og kontrakt er et brudd med logikken i den rasjonelle styringssirkelen. Som vi viste til i forrige kapittel kan dette i henhold til nyinstitusjonell teori (Brunsson referert i Strand, 2007) likevel være en funksjonell nødvendighet for å tilfredsstille de ulike interessentene i samfunnet. Mål og visjoner som OD utformes ifølge denne teorien ikke bare for å planlegge drift og aktivitet i helseforetakene jf. den rasjonelle styringssirkelen, men som et svar til andre interessegrupper i samfunnet. Det er et politisk dokument direkte fra HOD for å besvare befolkningens krav til helsetjenester. I denne form får dette mer preg av symbolsk og rituell styring.

Vi har også vist at ikke alle mål i OD blir oppfylt. En forklaring vi allerede har gitt på det er at OD oppfattes å være for stort og omfangsrikt. Men en annen forklaring kan også finnes i teori om planprosesser som en spillsituasjon (Pettersen m.fl., 2008 og Jacobsen m.fl., 2010). Der beskrives ”de små skritts metode” eller en tilpasningsmodell hvor mange aktører fatter beslutninger relativt uavhengig av hverandre uten at det er klare retningslinjer eller mål som samordner dette. Dette kan passe som en beskrivelse av styringen innenfor helseforetaksmodellen. Spesialisthelsetjenesten er stor, det er mange aktører som relativt uavhengig av hverandre fatter mange beslutninger over tid (beslutningstakere kan være HOD, styret i RHF, styrene i HF-ene, RHF-administrasjonen, HF-ledelsen, klinikksjefer og avdelingsledere). I denne sammensatte verdenen er det en stor utfordring å ha et overordnet perspektiv på styringen og planprosessene. Resultatet blir styring gjennom tilpasning eller små skritt; Beslutninger og tiltak bygger på kompromisser og prøving og feiling, og på den måten utvikler organisasjonen seg med små skritt i ulike retninger. De involverte vil da velge

ut mer eller mindre tilfeldig hvilke delmål som følges opp. Når våre informanter mener at krav ikke er realistiske og at de ikke har fått midler til å følge dette opp, vil de kunne distansere seg fra disse kravene, jf. figur 7 (Pettersen m.fl., 2008). De velger heller andre krav til oppfølging som ikke framprovoserer konflikter eller uønskede reaksjoner. Man velger ikke bestandig det beste tiltaket, men det tiltaket flest er enige om. I lys av et slikt perspektiv kan vi forstå at mål det er uenighet om eller er krevende å gjennomføre, lettere forbigås i stillhet, særlig når det ikke har noen konsekvenser. Dette skal vi komme nærmere inn på i neste kapittel.

5.4 Manglende måloppnåelse får sjelden konsekvenser

Våre informanter mener at manglende måloppnåelse svært sjelden får konsekvenser. Ansvar for de har for å rapportere på krav, betyr ikke at det følger med konsekvenser hvis kravet ikke innfris. Den mest åpenbare forklaringen vi finner i teorien på dette fenomenet, er den løse koblingen mellom de fire elementene i styringssirkelen, vist tidligere i figur 7. De fire elementene er hver sine verdener, uten kobling. Verdenen handling, der målene skal nås, lever atskilt fra verdenen rapportering og oppfølging, hvor konsekvensene skal komme.

Prinsipal-agent-teorien påpeker utfordringen med asymmetrisk informasjon (Busch m.fl., 2001). Prinsipalen, RHF, har ikke like god kjennskap til kvalitet, effektivitet og kostnadsforhold som agenten har. Uten god nok kunnskap om dette må RHF-et stole på de forklaringene som HF-et gir. Det er også vanskelig for prinsipalen å gi straff eller belønning når det ikke er entydig hva årsaken til resultatet er. Her er vi igjen inne på den store utfordringen med manglende kausalkunnskap, altså å ha kunnskap om hvilke forhold (årsaker) som fører til at målet nås (virkningen) (Ouchi gjengitt i Pettersen m.fl., 2008).

Noen av informantene framhever at de må svare med tiltak dersom mål ikke oppnås. Dette er i hovedsak knyttet mot manglende økonomisk måloppnåelse, men kan også være oppfølging på andre mål som for eksempel aktivitetsmål. Det betyr at det finnes konsekvenser, men som en av informantene fremhever er det ikke like stor grad av realisme i tiltakene. Som regel er det nok å forklare årsaken til manglende måloppnåelse, og så er det greit eller i alle fall stille, som en av informantene uttrykker det.

Informantene framhever også at det skjer rapportering bare for rapporteringens skyld. De vet ikke eller skjønner ikke hva rapporteringen skal brukes til. Det skjer også en del rapportering

som de ikke har befatning med, men som rapporteres direkte fra HF til RHF uten å involvere klinikkene. Vår påstand er at det i slike tilfeller vil være enklere å distansere seg fra rapporteringen og resultatoppnåelsen. Rapporteringen benyttes da i mindre grad til organisatorisk læring og justering av aktivitet, jf. normen fra den rasjonelle styringssirkelen og teorien om dekobling (Brunsson referert i Strand, 2007).

Ifølge Simons' (1995) teori om styringsmekanismer for å iverksette en strategi er det vesentlig at man i situasjoner hvor strategien er en visjon med uklarhet om mål og tiltak benytter en interaktiv eller kommunikativ styringsmetode for å nå organisasjonens mål. Vi har i kapittel 5.2 påvist og drøftet at OD er et oppdrag preget av svært mye uklarhet. I en slik situasjon mener Simons at det er nødvendig å stimulere til dialog og organisatorisk læring. Dette betinger kreativ problemløsning og "double loop learning", det vil si at organisasjonen benytter rapporteringen i en prosess hvor man diskuterer målene og tiltakene i sammenheng. Dette er ikke nødvendigvis en vanskelig prosess, men krever utstrakt kommunikasjon mellom aktørene på alle nivå i organisasjonen. Eriksen påpeker også at det må etableres organisatoriske arenaer for kommunikasjon. Det må utvikles et felles språk og forståelse av utfordringene. Informantene forteller oss at de i mindre grad jobber på tvers i organisasjonen selv om de mener det er nødvendig for å oppnå mål. De forteller også at HF-ledelsen har liten dialog med klinikkene om løsning på krav som er delegert.

Vår oppfatning er at manglende måloppnåelse ikke fører til god nok dialog om problemløsning og læring. I enkelte tilfeller er det godt nok bare rapporteringen er gjort. Rapporteringen blir et ritual eller symbol som ikke er inkludert i helseforetakets daglige virksomhet (Brunsson referert i Strand, 2007). Ritualet bidrar til å vise at det finnes et styringssystem, og at systemet følges, men det har liten funksjon utover det. Når det er omforent og kjent hvilke tiltak og justeringer som er nødvendig for å korrigere avvik, vil en diagnostisk styringsmetode fungere bra, og skal også benyttes der fordi den er mest effektiv (Simons, 1995). Men slik er det ikke når det er så mange kvalitative krav som skal oppfylles. Vår påstand er at helseforetakene og RHF må bli bedre til å kombinere styringsmetodene etter som hva som skal oppnås og med hvilke virkemiddel.

I tillegg til de mange forklaringene ovenfor på utfordringer rundt konsekvenser av manglende måloppnåelse, er det i helseforetaksmodellen slik at RHF-et både har rollen som bestiller og utfører (Pettersen m.fl., 2008). Noen vil si at bukken passer havresekken. Det er et relevant

spørsmål om hvordan RHF-et klarer å sjonglere begge rollene i en slik fullintegrert modell. I prinsippet vil en gitt konsekvens fra bestilleren kunne slå ut som kritikk av utføreren. Etter elleve år med helseforetak er det ikke utviklet et klart skille mellom bestiller og utfører. Etter vår mening kan dette skyldes at en organisering med klart skille mellom bestiller og utfører vil kreve omfattende og kostbare endringer. Manglende kausalkunnskap er også en utfordring for å utvikle en god bestiller-utfører-modell.

Et siste poeng vi skal trekke fram er det en av våre informanter omtaler som ”krasj mellom to logikker”. Ut fra teorien vil disse to logikkene være profesjonsstyringen på den ene siden og mål- og resultatstyringen på den andre siden (Pettersen m.fl., 2008). For å dra det ut i ytterligheten, kan vi si at mens OD etterspør svar på overordnede mål og resultater, er svarene fra fagfolkene knyttet til det enkelte møtet med pasienten. Dette gapet mellom spørsmål og svar er enda en forklaring på hvor vanskelig det er å vurdere prestasjonen eller måloppnåelsen.

5.5 Krav som følges opp blir prioritert og utløser handling

Etter den rasjonelle styringsprosessen kommer rapportering og oppfølging som siste element i styringssirkelen (Pettersen m.fl., 2008). Elementene er overlappende og foregår parallelt i en kontinuerlig sirkel. Hvor viktig dette er viser vårt siste hovedfunn. De målene som virkelig arbeides med i OD er mål som jevnlig blir etterspurt og fulgt opp. Når det ikke skjer noen oppfølging, er det større sannsynlighet for at målet ikke arbeides med, og slik vi belyste i kapittelet om manglende konsekvenser, er det da greit med en forklaring og nok med det.

Å etterspørre og følge opp er etter vår mening det samme som dialog og kommunikasjon. Det er altså interaktiv styring (Simons, 1995) og kommunikativ ledelse (Eriksen, 2008). I sin enkleste form fører en etterspørsel, gjerne fra prinsipalen, til at agenten faktisk gjennomfører en allerede planlagt handling. Bare å spørre kan være nok til å utløse at handlingen skjer. Men i mange tilfeller, når målene som vi har påvist er kvalitative, kan tolkes og er uenighet om, er kommunikasjon på et dypere nivå helt nødvendig. Det er målet som bestemmer hvem deltakerne i kommunikasjonen må være. For mange av de uklare kravene vil ikke en enkel oppfølging og rapportering (diagnostisk styring, jf. Simons, 1995) være tilstrekkelig. Figur 6 om forholdet mellom målsetting og virkemiddel, forteller oss at når det er enighet om mål, men uenighet om virkemiddel, er det nødvendig å forhandle. Der det er uenighet både om mål og virkemiddel har vi å gjøre med en konflikt (Pettersen m.fl., 2008:133). Forhandlinger og

konflikter er det mange av i spesialisthelsetjenesten, og det krever kommunikasjon. Eriksens poeng i kommunikativ ledelse er nettopp at de mange situasjonene med konflikt og forhandlinger krever en organisasjonsform designet for å kunne kommunisere. Møtearenaer, felles språk og dialog er ifølge Eriksen de beste instrumenter å for å nå mål.

Informantene mener videre at alle krav i OD skal innfris og kan ikke prioriteres. Dette er naturlig siden OD ikke gir sterke føringer for prioritering. Tvert i mot er det tydelig uttrykt at alle krav skal prioriteres. Enkelte år har økonomiske krav vært prioritert foran andre krav, men i hovedsak er OD uprioritert. Til tross for dette, mener vi å ha belegg for at det skjer en uuttalt prioritering. Informantene forteller oss at det som får fokus fra ledelsen også får fokus i klinikken. Denne uttalte prioriteringen mener vi skjer fordi HF-et anser å ha altfor mange krav å oppfylle. Noen av de mange kravene blir derfor valgt ut. Hvorvidt det gjøres et bevisst utvalg, har ikke vi belegg for å si noe om. Momenter hentet fra spillteori (Pettersen m.fl., 2008 og Jacobsen m.fl., 2010) og hykleriske organisasjoner (Brunsson referert i Strand, 2007), vil imidlertid understøtte at utvelgelsen er tilfeldig.

Det skal rapporteres til RHF på 102 av 376 krav. Helseforetaksledelsen fordeler rapporteringsansvar ned til klinikkene. I dette sier klinikkjefene at det også ligger et gjennomføringsansvar. Som vi har sett sier informantene at det er disse kravene som får størst fokus, og som utløser handling. Det er 274 krav i OD som RHF-et ikke systematisk etterspør rapportering på. Vår undersøkelse viser også at det er svært tilfeldig og lite som gjøres av arbeid rundt disse kravene. Noen av disse kravene mener vi kommer i kategoriene våre informanter kaller ”at ligger implisitt i tjenesten” og ”å gi retning”. Dette betyr at målene og planene brukes mer som orienteringspunkter og ”veistikker” enn som styringsinstrumenter (Eriksen, 2008:120). Sykehus er en profesjonell organisasjon, en ekspertorganisasjon (Strand, 2007). Det eksisterer faste normer og en utstrakt form for styring og kontroll, men dette er ikke så tydelig for utenforstående. Eriksen mener sykehuset er en ytterst profesjonell organisasjon, hvor målene er innebygd i reglene og i de faglige standardene som personalet har tilegnet seg gjennom en langvarig prosess. Personalet læres opp og sosialiseres inn i sykehusets mål, normer og verdier gjennom utdanning, profesjonell trening og praksis. Kvalitative mål- og resultatindikatorer gjenfinnes i de ulike gruppenes faggrunnlag og yrkesetikk, og de er i liten grad formalisert eller standardisert (Eriksen, 2008). Utfordringen er å utvikle styringsmodeller og ledelsesprinsipper som kan virke positivt på de egenskapene helseforetak/ekspertorganisasjoner allerede representerer.

5.6 Oppsummering

Vi har i analysen vist at oppdragsdokumentet som styringsverktøy har en uklar rolle og tilfeldig bruk i klinikkene. Dette forklares med at OD er et omfattende og upresist dokument. Det er også løse koblinger mellom krav og budsjett, samt mellom rapportering og læring. Selv om OD er en kontrakt mellom RHF og HF er det liten dialog om fastsettelse av krav, og dette forsterker muligheten til å distansere seg fra kravene. Det er også liten grad av interaktiv styring i utforming av tiltak og løsninger, noe som er helt nødvendig når det er så mange uklare og kvalitative mål som skal nås. Vi har vist at det skjer en handling når krav følges opp og kommuniseres om. Det er slik at de 102 kravene som HF-et må rapportere på til RHF er de som arbeides mest med. Men også blant disse kravene er det mange som det ikke arbeides systematisk med. Dette kan skyldes manglende samarbeid på tvers av klinikkene eller at HF-ledelsen har ansvar for rapporteringen på kravet og klinikkene avventer initiativ fra HF-ledelsen før det eventuelt settes i gang noe arbeid.

Til tross for manglene OD har som styringsverktøy, oppfattes OD som viktig og spiller en rolle i styring av klinikken. For at krav skal gjennomføres må de stå i OD, og klinikklederne kan bruke OD som viktig argument i drøftinger med medarbeiderne. Det at krav står i OD gir en mulighet for å sette ting på dagsorden. I mangel på langsiktige strategier etterspørres OD av informantene.

I neste kapittel skal vi presentere tre hovedkonklusjoner og anbefalinger.

6. Konklusjon og anbefalinger

6.1 Innledning

Innføring av mål- og resultatstyring (virksomhetsstyring) har pågått i over to tiår i det offentlige Norge. Det er ikke ukjent verken for politikere eller ledere og medarbeidere at sektoren preges av mange mål som vanskelig lar seg kvantifisere. Likevel holder eierne av spesialisthelsetjenesten (HOD og RHF) fortsatt fast på fokuset på målstyring.

Helse Nord RHF har etter vår kjennskap ikke tidligere undersøkt bruken av OD som styringsverktøy i klinikkene og vet lite om ODs rolle, nytte og betydning i klinisk virksomhet. Dette ga også administrerende direktør Lars Vorland uttrykk for i stortingshøringen vi refererte til innledningsvis. Nylig avsluttet styreleder i Helse Nord RHF, Bjørn Kaldhol, et seminar for alle helseforetaksstyrene i Helse Nord med følgende spørsmål: Har vi et system som gjør at budskapet kommer langt nok ned? (Styreseminar i Helse Nord, 31.5.2012). I samtaler med våre kolleger i Helse Nord RHF får vi inntrykk av at det er mange antakelser, men færre faktum når temaet OD som styringsverktøy bringes på banen. Da vi startet arbeidet med denne oppgaven var vår egen antakelse at holdningen til OD var negativ. Vi ble overrasket over at våre informanter hadde en betydelig mer positiv holdning til OD tross de manglene de påpeker. Vår undersøkelse har gitt noen svar, og nå er det tid for å konkludere.

6.2 Tre konklusjoner

Vår første konklusjon er at OD ikke fungerer som en forpliktende kontrakt

Bedømmer vi OD etter normativ, rasjonell styringsteori (Pettersen m.fl., 2008), mener vi at OD ikke fungerer som en forpliktende kontrakt for klinikkene. Krav i OD er i liten grad koblet mot budsjettet. Ettersom budsjettet er det viktigste styringsverktøyet for klinikkene blir ikke kravene i OD systematisk fulgt opp slik man kunne forventet om dette var en forpliktende kontrakt. Budsjettet får dermed ikke den betydningen det burde hatt for å oppnå mål. Klinikklederne ser også i liten grad sammenhengen mellom oppdraget og finansieringen, og kan lettere distansere seg fra kravene i OD. For å nå mål satt i OD er det derimot helt nødvendig at klinikkene i vesentlig grad deltar i måloppnåelsen. Det er i klinikkene handlingene skjer. En utfordring er også at OD inneholder for mange og utydelige krav. Mange krav oppleves som urealistiske, og dette gjør at OD ikke blir helt tatt på alvor som et årlig oppdrag eller en årlig forpliktende kontrakt. At det ikke er konsekvenser av at mål ikke

nås, bidrar også til at OD ikke blir forpliktende. I tillegg er det i hovedsak bare fokus på kravene det er knyttet rapporteringsansvar til. For å oppnå forpliktelse til kontrakten er det nødvendig å ha prosesser for å skape omforent oppfatning om målene og tiltakene. Dette er en forutsetning for å kunne styre en virksomhet (Hoff, 2005). Prosessen omkring OD er top-down-styrt og kravene hensyntar mange interessenter. De som skal sørge for måloppnåelsen blir ofte for lite involvert, og OD operasjonaliseres ikke ned til konkrete tallfestede årsplaner.

Vår andre konklusjon er at OD fungerer symbolsk og legitimerende

Vi har gjennom empirien vist at OD er en omfattende og uklar kontrakt. Vi har i teorien funnet forklaringer på hvorfor OD blir slik. Viktige forklaringer er at spesialisthelsetjenesten kjennetegnes med lav kausalkunnskap som gjør at det er vanskelig å vite hvilke tiltak som har effekt. Dette gir grobunn for diskusjoner. Det er mange visjonære, motstridende og uklare målsettinger som oppstår som krav fra ulike interessenter. Politikere, ledere, HF-styrene, pasienter og fagfolk stiller mange og ulike krav. OD har i denne sammenheng en viktig symbolsk og legitimerende funksjon for å skape en balanse mellom de ulike interessene i spesialisthelsetjenesten. Det legitimerer beslutninger og handlinger. Også for klinikksjefene har dette en legitimerende effekt i styringen.

For politikere og de i ledende posisjoner er det viktig å vise handlekraft og da trengs det et styringssystem å støtte seg til. OD viser at spesialisthelsetjenesten har et styringssystem, og selv om alt i OD ikke følges opp, og det har få konsekvenser at mål ikke nås, symboliserer og legitimerer OD selve styringssystemet..

Vår tredje konklusjon er at OD skaper grunnlag for kommunikativ og interaktiv styring

Vi har vist at når ledelse på ulike nivåer følger opp, skjer det en handling i klinikken. Denne interaktiviteten er ifølge teorien nødvendig når det er mange kvalitative krav som krever kommunikasjon om veien til målet. Interaktiv styring og kommunikativ ledelse er ifølge teorien viktig i organisasjoner preget av uklarhet om mål og virkemiddel kombinert med sterke fagprofesjoner og situasjoner preget av konflikt og forhandlinger. Klinikksjefene gir uttrykk for at OD i en slik sammenheng er viktig for å gjennomføre endringer. Mål satt i OD legitimerer og trigger samhandling mellom profesjonsstyringen (fagmiljø) og mål- og resultatstyringen (administrativ ledelse).

Hovedkonklusjon

I vår problemstilling stilte vi spørsmål om oppdragsdokumentets betydning for styring av klinikken. Hovedkonklusjonen vår er at OD er en hybrid som oppfyller flere roller. OD fungerer som en uforpliktende kontrakt mellom RHF og HF, OD har symbolsk og legitimerende funksjon og OD skaper grunnlag for dialog og kommunikasjon. Hvor godt OD fungerer som styringsverktøy avhenger dermed av hvilket perspektiv man velger når man vurderer OD. For styringen av klinikkene har det ikke den funksjonen en forpliktende kontrakt ville hatt, og veien fra krav til handling kan dermed ofte bli lang. OD er viktig for klinikken på de områder hvor ledelsen involverer og engasjerer seg.

6.3 Anbefaling

Vår undersøkelse påpeker vesentlige rom for forbedringer av OD. Vi skal oppsummere noen av anbefalingene.

Vi finner at det ikke er samsvar mellom den forventningen som ligger i OD om at når et krav er stilt skal det automatisk skje en handling. Innretningen i OD med fokus på mål- og resultatstyring samsvarer ikke med virkeligheten. Vår mening er at verken RHF-et eller klinikkene har en klar oppfatning av hvordan OD skal fungere. Det store omfanget kombinert med liten grad av realisme gjør at OD ikke tas på alvor som en forpliktende kontrakt. Det bør tas en grundig diskusjon om omfanget og realismen i OD. Diskusjonen og resultatene av den må nå alle medarbeiderne i RHF-et som er med på å utarbeide krav til OD slik at det blir en felles forståelse av hva OD skal være. Forslag til punkter for diskusjon kan være:

- Spennet fra de strategiske, overordnede kravene til de helt detaljerte kravene.
- Tydeligere vise hvor lang tid HF-ene har på å utføre kravet (skille i langsiktige og kortsiktige krav).
- Hvordan oppnå en bedre prosess med reelle forhandlinger med HF-ene for å skape en omforenhet om OD som oppdrag.
- Er det mulig å knytte krav i OD tettere til budsjettet?
- Hvordan utforme krav som tar hensyn til hvordan medarbeidere tenker og handler.

I intervjuene spurte vi informantene om forslag til forbedringer av OD. Mange av forslagene har vi vist i empirien og analysen. Her oppsummerer vi hva informantene spesifikt foreslo:

- OD bør få et lengre perspektiv (slik det faktisk også oppfattes i dag å ha). Forslag var å rullere OD eller gjøre det til en 4 eller 5-årsplan.
- Prioriter tydeligere.
- Skal OD komme inn i budsjettprosessen må det komme tidligere.
- Det er positivt at OD fra 2012 er samlet i ett dokument for alle HF-ene og ikke splittet i egne dokument per HF. Dermed ses krav mellom HF mer i sammenheng.

Informantene mener det har skjedd en forbedring i årenes løp, noe vi kan illustrere med følgende utsagn fra informant F: *”Jeg synes oppdragsdokumentet har utviklet seg til det bedre. Det var vesentlig dårligere før. Det har skjedd noen ting som gjør at dette blir bedre.”*

6.4 Videre forskning

Vi har i løpet av bearbeidelsen av empirien og analysen opplevd å stille oss flere spørsmål som vi gjerne skulle ønsket svar på. Men siden vi selv ikke har undersøkt dette, gir vi dem videre som forslag til videre forskning. Det ene er å finne ut hvordan en god bestilling (OD) for spesialisthelsetjenesten bør være. Noe annet er å undersøke måloppnåelsen i OD, for eksempel de tre siste år. Et tredje forslag er å undersøke hvorfor eierne av spesialisthelsetjenesten (HOD og RHF) fortsatt holder fast på fokuset mot målstyring gjennom OD til tross for manglende måloppnåelse?

Et siste forslag er å studere hvilke interaktive eller kommunikative styringsmekanismer som er nødvendige når det er så mange kvalitative krav som skal oppfylles. Helseforetaksmodellen er en hybridmodell som har hentet inspirasjon både fra offentlig forvaltning og privat næringsliv. Dette er en relativt ny organisasjonsmodell. Kanskje det bør utvikles en normativ målstyringsteori for helseforetak. Simons interaktive styring og Eriksens kommunikative ledelse kan være bidrag i en slik teori.

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Intervjuguide

Tema: Skriftlige styringsdokumenter for klinikken og synspunkter på OD

Innledning: Vi har delt intervjuet i ulike tema. Vi starter med spørsmål om styringsdokumentene dere har og synspunkter på OD.

1. Gi en kort beskrivelse av ditt lederansvar og organisering av klinikken.
2. Hvilke skriftlige strategidokumenter og handlingsplaner baserer din klinikk seg på i tillegg til OD?
3. Hvordan mottar du OD?
4. Det stilles mange krav i OD. Hvordan vil du beskrive disse kravene?
 - a. Hva synes du om disse kravene?
 - b. Hvordan forholder du deg til disse kravene?
 - c. Hvor detaljerte synes du kravene er?

Tema: Normativ rasjonell styringsprosess - definisjon av strategi og overordende mål

Innledning: I denne delen ønsker vi å snakke om HF-ets prosess rundt OD og OD sett i sammenheng med øvrige strategi- og overordnede måldokumenter.

5. På hvilke arena/møtepunkter behandles mål i OD?
 - a. med din leder/i foretaksledelsen?
 - b. med dine medarbeidere/i din klinikk?
 - c. formelt/uformelt, skriftlig/muntlig?
6. Endres andre mål- og strategi(dokumenter) av OD?
I hvilken grad vil du si at OD påvirker budsjettet til klinikken?
7. Mener du det er viktig at dine avdelingsledere/mellomledere kjenner til innholdet i OD? (Som er relevant for dine medarbeidere?) Hvorfor? Hvorfor ikke?
8. Hvor viktig anser du OD å være som styringsverktøy
 - a. for hvem?

Tema: Normativ rasjonell styringsprosess - planlegging og budsjettering?

Innledning: I denne delen ønsker vi å stille noen spørsmål om hvordan din klinikk operasjonaliserer overordnede strategier og måldokumenter i mer konkrete årlige handlingsplaner og budsjetter.

9. Hvordan foregår budsjettprosessen og utarbeidelsen av årlige handlingsplaner og budsjett?
 - a. arena/møtepunkter
 - b. deltakere (toppleder, klinikksjefer, dine avdelingsledere, stab)
 - c. formell/uformell, skriftlig/muntlig
10. Hvilken informasjon baserer din klinikk planleggingen av neste års aktivitet og budsjett på?
11. Prioriterer din klinikk mellom krav i OD?
12. I hvilken grad omsetter din klinikk krav i OD til konkrete tallfestede årsplaner?
13. Er det en diskusjon for å finne konkrete tiltak for å nå kravene?
14. Hvordan omsetter din klinikk krav som ikke er konkretiserbare i de årlige plandokumentene?
15. Er det fokus på målsettinger som er målbare kontra ikke målbare målsettinger?

Tema: Normativ rasjonell styringsprosess - handling?

Innledning: Nå har vi vært igjennom spørsmål som omhandler overordnede målsettinger og konkretiseringer i årets handlingsplaner og budsjetter. Nå skal vi stille et par spørsmål om handling/gjennomføring.

16. Hvor mye av klinikkens aktivitet er å gjenfinne i plantall?
17. Skjer det aktivitet i din klinikk som ikke er å gjenfinne i budsjettet?
18. Er det spesielle forhold du vil trekke fram som dere ikke klarer å forutse eller planlegge for?

Tema: Normativ rasjonell styringsprosess - rapportering og evaluering?

Innledning: Nå går vi over på spørsmål om rapportering og evaluering av OD.

19. Hvilke krav til rapportering er stilt til din klinikk?

20. Hvordan påvirker OD krav til rapportering om i din klinikk?
21. Hvilke tilbakemeldinger får du fra din leder på resultatoppnåelse ifht. OD?
22. Hvordan følger du opp mål i OD mot dine medarbeidere?
23. I hvilke forum drøftes måloppnåelse på OD?
24. Hvilke konsekvenser får god og dårlig resultatoppnåelse?
25. Rapporterer dere status om måloppnåelse på OD til styret i HF i løpet av året? (Spm. kun til adm.sjefen.)
26. Hvordan fanger du opp innspill til innhold i OD fra dine medarbeidere? Hvordan formidler du innspill videre?

Tema: Om kravene i OD

Innledning: Nå skal vi stille spørsmål om krav/mål i OD.

27. Hva er det 2 viktigste målene i OD for din klinikk?
28. I hvilken grad synes du disse kravene er:
 - a. - konkrete
 - b. - realistiske
 - c. - relevante
 - d. - etterprøvbare
 - e. - motiverende
29. Hvor mange av kravene i OD er relevante for din klinikk?
30. Hvilke forbedringer mener du kan gjøres med OD?
31. Hvilken holdning har du til OD?

Tema: Organisasjonskultur

32. Hvordan vil du beskrive din avdelings kultur når det gjelder planlegging og styring av virksomheten?
33. På hvilken måte mener du organisasjonskulturen i din avdeling har betydning for å nå mål som er satt?

34. I hvilken grad mener du det er en felles forståelse og aksept om krav og mål stilt i OD?

35. Hvordan vil du beskrive statusen OD har i din klinikk?

Avslutning

36. Er det noe du brenner inne med som kjenner du ikke har fått sagt?

7.2 Vedlegg 2: Innholdsfortegnelsen i OD 2012

Innholdsfortegnelsen i OD 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene.

Innholdsfortegnelse

1. OPPDRAGSDOKUMENTETS FUNDAMENT OG OPPBYGGING	3
2. VERDIER OG MÅL	4
3. KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG PASIENTRETTIGHETER	6
3.1 KVALITETSFORBEDRING OG PASIENTSIKKERHET	6
3.2 PRIORITYRING, TILGJENGELIGHET OG BRUKERMEDVIRKNING	7
4. PASIENTBEHANDLING	8
4.1 AKTIVITET	8
4.2 OMRÅDER SOM SKAL VEKTLLEGGES SPESIELT	9
4.2.1 <i>Helhetlige pasientforløp og samhandling</i>	9
4.2.2 <i>Psykisk helsevern</i>	10
4.2.3 <i>Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige</i>	11
4.2.4 <i>Somatisk virksomhet og tilbud til pasienter med kroniske og langvarige sykdommer</i>	11
4.2.5 <i>Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten</i>	12
4.2.6 <i>Smittevern og beredskap</i>	12
4.2.7 <i>Prehospitale tjenester</i>	12
4.2.8 <i>Barents helsesamarbeid/nordområdesatsingen</i>	13
4.2.9 <i>Pasientreiser</i>	13
5. UTDANNING AV HELSEPERSONELL	13
6. FORSKNING OG INNOVASJON	14
7. OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE	15
8. FELLES ØKONOMISKE OG ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER	15
8.1 RESULTATKRAV	15
8.2 RISIKOSTYRING OG INTERNKONTROLL	16
8.3 INVESTERINGSRAMMER, BYGG OG EIENDOMSFORVALTNING	16
8.4 INNKJØP	17
8.5 GAVER, STIFTELSE, LEGATER OG FOND	17
8.6 KLIMA- OG MILJØTILTAK	18
8.7 ORGANISASJONS- OG LEDERUTVIKLING OG ARBEIDSGIVERSTRATEGI	18
8.7.1 <i>Personal og kompetanse</i>	18
8.7.2 <i>Helse, miljø og sikkerhet (HMS)</i>	19
8.8 INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI (IKT)	19
8.9 KOMMUNIKASJON	20
9. OPPFØLGING OG RAPPORTERING	20
9.1 RAPPORTERINGSRUTINER	21
10. VEDLEGG	22
VEDLEGG 1 - UTDANNING AV HELSEPERSONELL – DIMENSJONERING	23
VEDLEGG 2 – STYRINGSPARAMETRE 2012	26
VEDLEGG 3 – RAPPORTERING PÅ SÆRSKILTE OMRÅDER	29
VEDLEGG 4 - STYRINGSMÅL FOR LÆRLINGER	30
VEDLEGG 5 - TILLEGGSLISTE OPPDRAGSDOKUMENTET 2012	31

8. Litteraturliste

Bøker

Berg, Ole (2005): *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*, Tidsskriftes skriftserie, Den norske lægeforening.

Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo (2001): *Modernisering av offentlig sektor, New Public Management i praksis*, Universitetsforlaget.

Eriksen, Erik Oddvar (2008): *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*, Fagbokforlaget.

Hoff, Kjell Gunnar (2005): *Bedriftens økonomi*, Universitetsforlaget.

Hoff, Kjell Gunnar og Per Aksel Holving (2001): *Balansert målstyring*, Universitetsforlaget.

Høst, Tor (2005): *Ledelse i helse og sosialsektoren*, Universitetsforlaget.

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2010): *Hvordan organisasjoner fungerer*, Fagbokforlaget.

Johannessen, Asbjørn, Line Christoffersen og Per Arne Tufte (2011): *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt forlag.

Molven, Olav (2009): *Helse og jus, en innføring for helsepersonell*, Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Opstad, Leiv (2003): *Økonomisk styring i sosial- og helsesektoren*, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pettersen, Inger Johanne, Jon Magnussen, Kari Nyland og Trond Bjørnenak (2008): *Økonomi og helse – perspektiver på styring*. Cappelen Akademisk forlag.

Simons, Robert (1995): *Levers of Control. How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Harvard Business School.

Strand, Torodd (2007): *Ledelse, organisasjon og kultur*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dokumenter:

Oppdragsdokument 2012 fra Helse Nord RHF til helseforetakene:
www.helse-nord.no/oppdragsdokument/category2825.html

Tidligere oppdragsdokument fra HOD til Helse Nord RHF, og fra Helse Nord RHF til helseforetakene:
www.helse-nord.no/oppdragsdokument/category2825.html

Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene, Dokument 3:3, 2009-2010:

<http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/%C3%B8konomistyringihelseforetakene.aspx>

Åpen høring i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité 8. februar 2010 etter Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene (se ovenfor):

www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Horinger/2009-2010/1002081/sak/

Nyland, Kari og Katarina Østergren (2008): *Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdning til økonomiansvar*. Notatserie i helseøkonomi

Nr 07/08, Program for helseøkonomi i Bergen:

http://heb.rokkan.uib.no/publications/files/256-HEBnotat2008_7.pdf

Thorsvik, Jan: *Forelesningsnotater - Master i Helseledelse*, 30. mars - 1. april 2011.