

**HVORDAN FUNGERTE INNFØRINGEN AV EN BESTILLER –
UTFØRER MODELL VED ST. OLAVS HOSPITAL, OG
HVORDAN FREMSTÅR MODELLEN I DAG?**

Av
Håvard Sørli
John Sigurd Tetlien
Morten Damgaard Hansen

Avhandling avlagt ved
Handelshøjskolen i København for graden
Master of Public Administration 2010



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

Forfatter(e): John Sigurd Tetlien, Håvard Sørli, Morten Damgaard Hansen

Tittel: Hvordan fungerte innføringen av en bestiller – utfører modell ved St. Olavs Hospital, og hvordan fremstår modellen i dag?

Studieprogram: MPA - Kull 08

Kryss av:

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

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 06.04.10

Dato: 05.04.10


underskrift

underskrift


underskrift

underskrift


underskrift

underskrift

FORORD

Denne masteravhandlingen utgjør avslutningen av vårt studie i Master of Public Administration. Studiet er et samarbeid mellom Høgskolen i Nord-Trøndelag, Høgskolen i Sør-Trøndelag og Handelshøjskolen i København. Siden den ene av ”kandidatene” har tatt en lengre pause fra studiene vil nødvendigvis oppstarttidspunkt være noe forskjellig, og mens ”den eldste bukkene bruse” burde ha avsluttet studiene i 2005 har de to andre overholdt alle frister siden 2008.

Etter søknad til Høgskolen i Steinkjer fikk tredjemann adgang til å delta i innspurten sammen med de to andre, og vi håper da samtlige tre snart å ha lagt dette bak oss

På den første samlingen på Finsås i januar 2003 / 2008 ble vi grundig informert om at MPA-studiet kom til å kreve mye både i forhold til jobb og familie. Det ble også understreket at studentene måtte være motiverte. Motivasjonen vår har det ikke vært noe i veien med, selv om det har vært perioder som har satt utholdenheten vår på prøve. Det at vi ikke helt forsto hvor mye arbeid studiet innebar, har vi derimot vært glad for mer enn en gang i løpet av denne prosessen. Når vi allikevel har greid å følge løpet i disse årene i tillegg til krevende jobber, så er det ikke minst fordi studiet generelt og samlingene spesielt har gitt påfyll av energi. Dette skyldes ikke minst den sosiale siden ved studiet. I tillegg har forelesningene og diskusjonene vært høyst interessante og relevante. Vi har satt spesiell pris på det helhetlige perspektivet og integrasjonen mellom de ulike fagene. Vi føler oss også privilegerte som i større grad fikk med den internasjonale dimensjonen med tur både til Maastricht, Krakow og Brussel som noen av høydepunktene.

Studiet har i stor grad gitt faglig påfyll og en større forståelse for det som skjer i offentlig sektor hvor vi begge har vår arbeidsplass. Den faglige bredden i studiet og studentgruppens sammensetning med erfaring fra ulike deler av offentlig sektor, har gitt innspill og kunnskap som vi har nytte av i egen arbeidssituasjon.

Da vi startet med denne avhandlingen var det med blanke ark. Valget av tema springer ut fra interesse og nysgjerrighet i forhold til hva bestiller – utførermodellen har hatt av betydning for driften av St. Olavs Hospital, et sykehus som har gått fra å være ”dårligst i klassen” i 2005 til å bli det sykehuset som fremholdes i mange sammenhenger i 2010. Ikke minst ga det oss en anledning til å fordype oss i deler av sykehusets virksomhet som vi nok ellers bare må si å ha et noe overfladisk forhold til. Vi fant fram til et spennende case, og møtte ansatte og ledere med mye kunnskap, masse erfaring og stort engasjement for sitt arbeid og arbeidsplass. Vi vil rette en stor takk til alle våre respondenter for at dere så velvillig stilte opp med deres kunnskaper, erfaringer og synspunkter midt oppe i en ellers travel hverdag.

Vi er takknemlig for at vi har fått mulighet til å gjennomføre dette studiet. Arbeidsgiver og kollegaer har stilt opp og vist forståelse til tross for at det har medført at vi har vært mye borte fra jobben. Vi er også svært glad for at vi har fått anledning til å gå dypere inn i Bestiller – utførermodellen hvor både ansatte og ledere har stilt velvillig opp.

I løpet av arbeidet med avhandlingen har vi hatt utallige runder med drøftinger, avklaringer og valg som måtte tas underveis. Da har det vært fruktbart å være tre. I perioder med tvil og usikkerhet har vi hatt stor nytte av drøftingene med vår veileder. En stor takk til Leiv Opseth for innspill, inspirasjon og tålmodighet og at du holdt oss på sporet.

Trondheim den 5.4.2010

Håvard Sørli

John Sigurd Tetlien

Morten Damgaard Hansen

ABSTRACT

The development of the public sector in Norway has, over the past decades, been increasingly influenced by the ideas of New Public management. During the 80's there was a broad consensus that traditional bureaucratic organization of the public sector, neither were consistent nor suitable for the many new challenges and demands. The political ideology of the mid 80`s was the idea for the public sector to become more effective through reorganization, competition, individualization and the benefit of the market. The 1990`s modernization and conversion reforms were gathered in the collective term, New Public Management (NPM). In Hospital administration the purchaser/provider was one of the models who was initialized as a consequence of the national health reform in 2002. The main idea was to adjust to the principals of the market to become more effective for non medical goods and services. This model (among other tactical moves) would become a tool for the hospital management to control rapidly increasing costs.

In this work we have studied the model of purchaser/provider in St. Olavs Hospital in Trondheim. We have analyzed documents and conducted interviews of leaders and economic advisers in both the purchaser (clinics) and provider (STOD) field, all in all 8 respondents. The theoretical foundation of our analyze is mainly the conceptual enterprise model by Busch, Johnsen and Vanebo (2005). In addition we have also focused on new institutional economic and structural theory. In this framework we have analyzed the implementation process and how the model works today. We were studying the model in relation to how it affected economic and management processes, and the legitimacy of the model inside the hospital. All three of us work in the hospital, and we are in many ways affected by the model in our field of activity.

Main findings.

- STOD became the leading part in the implementation process. We have identified that the imbalance, between provider (STOD) and the purchaser (clinics), led to a concentration of power in the hands of the provider. As a consequence of this imbalance the leadership of the hospital choose to reverse the model, and began to report economic results without taking into consideration internal spending. The consequence of this imbalance was the managerial choice of reversing the model. The consequence of the managerial decision to report results before internal trade in the clinics from 2005, and managing STOD by controlling the costs from 2006, breached the goals for the implementation of the model. As we see it, this indicates a measurement structure similar to the "old" administration model. The lack of involvement from the leadership of the hospital, could as well be a main factor for the reduced effect of the model.

- The development goals for the introduction of the model was trading non medical goods and services- and controlling the costs. We are suggesting a restart and a development of the model. It has to be a closer cooperation between provider and purchaser, where actual needs is a basic for the agreements. Further on it has to be anchored in the leadership of the hospital, and the clinics internal trade must be reported before budget. This acquires a better communication system in the managerial system, both vertical and horizontal.
- We can explain the low transactional costs due to the incomplete model and contract negotiations, including only volume and quality of the goods. The interest for conducting control where reduced when price of the goods and services were left out of the negotiations. The conversion from hierarchic governmental contracts to market contracts failed when the model reversed. The element of control was weakened by the change in the principal-agent relationship. This led to an unequal structure of goals and asymmetric information. As a result we discovered a type of hybrid contract which influenced on market design, but still the main steering instrument was hierarchic authority. This was leading to a confusion of understanding the contracts, which in turn led to a weakening of trust. And trust as we all know is the main buffer against opportunism.
- The problem of the implementation process, which led to the reversing of the model, we see as the main objective for skepticism for the purchaser field. This led to a lack of pragmatic legitimacy when we see it from a beneficiary perspective of the model. From the provider field the functionality of the model, regarding pragmatic legitimacy, is somewhat higher. According to the contribution and reward balance, the leadership of the hospital may be interested in maintaining status quo, as a strategic move.
- Even though the model has produced unequal understanding for both parts, there is an effect on increased cost consciousness that can generate pragmatic legitimacy for both purchaser and provider.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	9
2.0 PROBLEMSTILLING	10
2.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	10
2.2 Modernisering av offentlig sektor	12
2.2.1 New Public Management	14
2.3.2 St. Olavs Hospital HF.....	16
2.3.1 Organisasjonskart med forklaringer	18
2.4 St. Olavs Driftservice	19
2.4.1 Kontrakter og ansvarsforhold i STOD	20
2.4.2 Organisasjonsmodell for STOD	23
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	24
3.1 Økonomisk teori.....	24
3.1.1 Bestiller - utførermodellen	24
3.1.2 Kontraktsteori.....	25
3.2 Den konseptuelle foretaksmodellen	30
3.2.1 Koalisjonssystemet.....	30
3.2.2 Transformasjonssystemet	33
3.2.3 Det organisatoriske atferdssystemet.....	35
3.2.4 Ledelsessystemet	37
4.0 METODE	39
4.1 Om å undersøke egen organisasjon.....	40
4.2 Undersøkellesdesign	41
4.3 Utvelgelse av enheter	43
4.4 Datainnsamling.....	44
4.4.1 Intervju (kvalitativ undersøkelse).....	45
4.4.2 Respondenter.....	46
4.4.3 Gjennomføring av intervju	47
4.4.4 Dokumentundersøkelser.....	47
4.5 Validitet, reliabilitet og generalisering.....	49
4.5.1 Validitet.....	50
4.5.2 Pålitelighet/reliabilitet.....	53
4.6 Dataanalyse og tolking av data.....	54
4.7 Metodevurdering	55
4.8 Operasjonalisering av forskerspørsmål	56
4.8.1 Operasjonalisering av forskerspørsmål 1	57
4.8.2 Operasjonalisering av forskerspørsmål 2	58
4.8.3 Operasjonalisering av forskerspørsmål 3	59
4.8.4 Spørsmål til respondentene	60
4.8.5 Empiri og analyse.....	61
5.0 ANALYSE	63
5.1 Dokumentanalyse	63
5.1.2 Evalueringen av St. Olavs Driftsservice og internhandelsmodellen (STOD- rapporten)	
5.1.3 Analyse.....	64
5.1.4 Fra oppstart til evaluering	65

5.1.5	Økonomisk teori	66
5.1.6	Den konseptuelle foretaksmodellen	76
5.1.7	Oppsummering av dokumentanalyse	91
5.2	Presentasjon av data	94
5.3	Analyse og drøfting av kvalitative data.....	109
5.3.1	Forskerspørsmål 1	109
5.3.2	Forskerspørsmål 2	121
5.3.3	Forskerspørsmål 3	136
6.0	OPPSUMMERING	139
	Litteraturliste	143

1.0 INNLEDNING

Hensikten med denne masteravhandlingen er å belyse bruken av bestiller – utførermodellen som ble implementert i forbindelse med iverksettelse av sykehusreformen og den påfølgende etableringen av St. Olavs Hospital.

Bestiller – utfører modellen har sin bakgrunn fra New Public Management, og tok sikte på å foreta et skille mellom de kliniske avdelingene som ble definert som bestillere mens man etablerte St. Olavs Driftservice for å ta hånd om utførersiden.

Selve sykehusreformen fokuserte i utgangspunktet på fire sentrale element; kvalitet, ledelse, effektivitet og samhandling, og selv om bruken av BU – modellen griper inn i så godt som alle aspekter ved sykehuset var den i all hovedsak et hjelpemiddel for å få bukt med en økonomi som må kunne sies å ha vært utenfor kontroll.

Lokalt besluttet helseforetaket innføring av en bestiller- utførermodell for levering av ikke-medisinske varer og tjenester ved St. Olavs Hospital HF. Til dette formålet opprettet man som nevnt ovenfor St Olavs driftsservice (STOD) i 2004, og hvor styrets bakgrunn var vedtak i sykehusets ledelse i 2003 om at:

”den som initierer ressursbruk må betale for bruken”

I praksis skjer dette ved at STOD leverer sine varer og tjenester basert på en bestiller- utfører modell, og innebar at det ble etablert egne leverandør – bestilleravtaler hvor klinikkene blir avregnet for de tjenester som STOD leverer.

Røvik (1998) bruker begrepet "organisasjonsoppskrifter" om nye generelle modeller som i økende grad tas i bruk blant annet i offentlig sektor. Han peker på at organisasjonsoppskriftene som fanges opp av organisasjonene, adopteres på ulike måter. Vi ønsker å finne ut hvordan det gikk med innføringen av en bestiller- utførermodell ved St. Olavs Hospital.

Vi jobber alle tre i St. Olavs Hospital, to av oss er seksjonsledere, og den tredje økonomirådgiver. Vi har alle nærhet til problemstillingsområdet, siden vi på hver vår måte er nødt til å forholde oss daglig til bestiller- utførermodellen. Vi vil bruke de kunnskapene vi har fått gjennom dette studiet, for å se på modellen med nye øyne i et integrert perspektiv, og på den måten gi noe tilbake til egen organisasjon.

2.0 PROBLEMSTILLING

Etter vår oppfatning berører problemstillingen områder både av økonomisk, statsvitenskapelig og organisasjons- og ledelsesmessig karakter.

Vi ser vel likevel at enkelte områder bør ha en mer sentral plass, og vi betrakter følgelig BU – modellen som et område med vekt på økonomisk teori, men med politiske føringer og ledelsesmessige implikasjoner. Vår hovedproblemstilling blir som følger;

”Hvordan fungerte innføringen av en bestiller – utfører modell ved St. Olavs Hospital, og hvordan fremstår modellen i dag?”

For å kunne svare på denne problemstillingen har vi stilt oss følgende spørsmål:

- Hvilken betydning har ledelsesprosessene hatt for effekten av bestiller utførermodellen?
- Hvilken innvirkning har bestiller- utførermodellen hatt for de økonomiske prosessene ved St. Olavs Hospital?
- Hvilken legitimitet har bestiller- utførermodellen ved St. Olavs Hospital?

2.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I direkte tilknytning til helsereformen med den påfølgende etablering av St. Olavs Hospital ble det besluttet at leveranser av ikke – medisinske varer og tjenester skulle skilles ut som eget virksomhetsråde, og skulle levere ovennevnte til kjernevirksomheten på et foretningmessig grunnlag. Dette skulle i tillegg skje til en pris og kvalitet som var konkurransedyktig i et eksternt og åpent marked. Enheten som ble tiltenkt denne oppgaven fikk benevnelsen St. Olavs Driftservice, og består pr. dato av 10 enheter. For det fremtidige velger vi å benevne St. Olavs Driftservice som STOD, noe som også er brukt i det daglige når enheten omtales.

Det er videre viktig å presisere at Bestiller – utførermodellen var en del av en større reform i forbindelse med etableringen av St. Olavs Hospital. Den 1.1.2002 overtok som kjent staten eierskapet av sykehuset, og sykehusets nye eiere og ledelse innførte på samme tidspunkt Ny Økonomimodell. Modellen hadde som hovedmål at:

Den som initierer ressursbruk må betale for bruken

og hadde i tillegg følgende overordnede målsetninger:

- Arbeide mot en ny fremtidig økonomimodell som bygger på forutsetninger om full økonomistyring på desentralt inntektsskapende nivå.
- Detaljeringsgrad og nøyaktighet på 100 %
- Kun avdelinger / enheter som behandler pasienter skal ha inntekter som sykehuset får fra eier
- Tilnærmet full kostnadsbelastning ut på avdelinger som får inntekter allokert, noe som innebærer internprising på leveranse fra støtte- / servicetjenestene
- Mest mulig realitetsreflektering under de fordelinger / allokeringer som gjøres
- Minst mulig administrativ oppfølging når økonomimodellen er gjennomført

Ny Økonomimodell hadde fokus på flere forhold, men særlig tre områder peker seg ut som sentrale. Det skulle for det første bli et langt sterkere fokus på ledelse, man gikk bort fra Fylkeskommunens regnskapsmetode samt at bestiller- utfører modellen ble iverksatt for primært å bidra til bedre økonomistyring.

Intensjonen med innføringen av en bestiller- utførermodell var å synliggjøre kostnadene ved tjenesteproduksjon, samt å legge til rette for at klinikkene i fremtiden skulle kunne velge tjenesteleverandør.

Disse intensjonene kommer tydelig til uttrykk gjennom de krav som ble stilt til STOD, som blant annet skulle:

- Være konkurransedyktig på et eksternt marked
- Levere varer og tjenester på forretningsmessig grunnlag til kjernevirksomheten ved St. Olavs Hospital og til andre kunder
- Skape sin inntekt gjennom salg av etterspurte leveranser
- Styres på nettoresultater og for øvrig styres som om de var egne selskaper
- Operere med priser som baserte seg på reelle kalkyler, inklusiv kapitalkostnader.

STOD ble etablert i 2003. I 2004 ble det igangsatt et internt marked, med klinikkene som bestillere. Ved å etablere et internt marked ville man forsøke å etablere en markedssituasjon som kunne gi en del av de samme fordelene som ved et ordinært marked, og muliggjøre fremtidig konkurranseutsetning. Slik bestiller- utførermodellen fremstår i dag, er det fortsatt en

internhandelsmodell med bare en tilbyder av ikke- medisinske varer og tjenester til klinikkene ved St. Olavs Hospital. Vi vil videre i oppgaven veksle mellom å omtale den innførte modellen som både internhandelsmodellen og bestiller- utfører modellen.

2.2 Modernisering av offentlig sektor

Vi skal i det kommende diskutere bestiller – utførermodellen, i St. Olavs Hospital, men finner det naturlig å trekke noen historiske linjer bakover som viser hvilke strømninger som lå til grunn for at så skjedde.

Innen den klassiske velferdsstaten som stadig er under utvikling og forandring, hersker det liten uenighet om at skille mellom privat og offentlig sektor har vært blant de mest markante skillelinjene.

Krav om effektivisering og fornyelse i offentlig sektor har likevel tiltatt i styrke, og de ulike moderniserings- og fornyelsesprogrammene uavhengig av politisk ideologi og retning har blitt en gjenganger i den politiske debatten. Ut fra vår erfaring med offentlig sektor synes det som offentlig sektor har tatt dette til seg, omstilling og endring betraktes nå nærmest som en naturlig del av den daglige og ordinære driften.

Offentlig sektor har mange funksjoner, og disse har endret seg og vokst i takt med den økonomiske utviklingen i Norge i etterkrigstiden. Velferdsstaten er bygd for å sikre økonomisk og sosial trygghet, og ideologien har hatt som grunntanke at markedet ikke er i stand til å regulere dette på egen hånd. Det har vært en grunnleggende ideologi om at politisk styring gjennom sentralisert planlegging, autoritetsbruk for å styre markeder og omfordeling av inntekter er nødvendig for å sikre landets borgere denne tryggheten, der den økonomiske politikken var inspirert av Keynes økonomiske teori. Denne markedsskepsisen og styringsoptimismen preget Norge og Norden i etterkrigstidens vekstperiode, men møtte stadig større skepsis da en på 70-tallet opplevde stagflasjon og økende arbeidsledighet. Den rådende økonomiske politikken ble utfordret ved at de mer liberalistisk orienterte økonomer trakk i motsatt retning og mente at velferdsstaten ødela incentivsystemene som naturlig regulerer markedet, for eksempel at borgere som fikk arbeidsledighetstrygd unnlater å søke arbeid.

Mot midten av 80-tallet skapte den sterke økonomiske veksten i offentlig sektor og de samtidige økonomiske problemene ved stor arbeidsledighet, sterk inflasjon, underskudd både i

driftsbalansen med utlandet og i offentlige finanser store utfordringer. Dette var problemer stordelen av de vestlige industrialiserte land allerede hadde møtt, og det ble også hos oss erkjent at veksten i offentlig sektor måtte dempes. Det utviklet seg etter hvert en erkjennelse om at eventuelle ”nye” eller bedre velferdsytelser måtte finansieres gjennom omprioriteringer eller ved å effektivisere allerede eksisterende ytelser slik at ressurser ble frigjort. Denne erkjennelsen ble stadig understreket i offentlige utredninger og stortingsmeldinger og har bidratt til en felles forståelse av kravet om økonomisk effektivitet og omstilling av offentlig sektor.

Sterk utgiftsvekst og problemer med å finansiere velferdsgodene førte til at det ble reist spørsmål om offentlig sektors omfang og rolle i samfunnet, og det har igjen ført til diskusjoner rundt hvorvidt det offentlige er best egnet til å løse oppgavene mest effektivt og tilpasset nye brukerbehov, eller om private eller markedet på bedre måte kan løse dette. Utfordringene og spørsmålene rundt offentlig sektors omfang og rolle er ikke særnorsk, den vestlige verden står i stor grad overfor de samme problemstillingene. Kurt Klaudi Klausen (2001) viser til noen utviklingstrekk eller megatrender som preger de forventninger borgere, politikere og medarbeidere stiller til en moderne offentlig sektor. Hvilke trender som dominerer eller vektlegges som viktigst varierer over tid, men han henviser til John Naisbitts (1983) megatrender som fortsatt synes å ha gyldighet i dag. Iflg. Naisbitt var utviklingen i den vestlige verden preget av en slags mellomtid, med bevegelse

- fra industrisamfunn til informasjonssamfunn
- fra påtvunget teknologi til høyutviklet teknologi med et menneskelig ansikt
- fra nasjonaløkonomi til verdensøkonomi
- fra kortsiktig til langsiktig
- fra sentralisering til desentralisering
- fra institusjonshjelp til selvhjelp
- fra representativt demokrati til medbestemmelse
- fra hierarki til nettverk
- fra enten/eller til mange valgmuligheter

Megatrendene er mange, og i tillegg til disse nevner Klausen flere, som ny økonomi og risikosamfunnet. Megatrendene kommer til uttrykk gjennom de krav og forventninger som stilles, og Klausen viser hvordan de ulike trendene slår inn på det han definerer som fire viktige samfunnssfærer:

- den politiske sfære -> ny- liberalisme
- den administrative sfære -> modernisering
- den økonomiske sfære -> ny økonomi

- den sosiale sfære -> individualisering

Hvilke krav som slår sterkest inn på hvilke samfunnsfærer varierer, men generelt sett er det en forventning om at det offentlige i tillegg til å sikre at de tradisjonelle normene opprettholdes, også skal bli mer serviceorientert, sikre økt brukermedvirkning, øke produktiviteten og effektiviteten, økt kvalitet, finne helhetsløsninger og legge til rette for økt medarbeiderdeltakelse. Mange av eksemplene over gir utfordringer og kommer til uttrykk i den administrative sfære, men noen av trendene, som økt service- og brukerinntflytelse, er uttrykk for individualiseringstrenden/endring i den sosiale sfære.

Megatrendene som møter det offentlige gir mange nye utfordringer der noen til dels kan være motstridende. I møte med nye megatrender er det også en utbredt enighet om at tradisjonell byråkratisk organisering av offentlig sektor verken er forenelig med eller hensiktsmessig i forhold til de mange nye utfordringer og krav.

2.2.1 New Public Management

Ulike moderniseringsprogrammer har hatt en sentral plass på den politiske dagsorden siden 1980-årene. Johan P. Olsen hevder i artikkelen "Foran en ny offentlig revolusjon" (1986) at velferdsstatens beslutnings- og styringsformer stadig har blitt utfordret gjennom ulike fremtidsvisjoner eller bølger.

Den "røde bølge" på slutten av 1960-tallet og inn på 70-tallet representerte den tradisjonelle motsetning mellom arbeid og kapital, der samarbeidet mellom staten og partene i arbeidslivet ble sett på som klasseforæderi ved at fagforeningene og de sosialistiske partiene hadde gitt etter for kapitalistene. Kravene var systemskifte, omfordeling, likestilling, økonomisk demokrati, direkte deltakelse og aksjoner. Den røde bølge ble erstattet av den "grønne bølge" mot slutten av 70-tallet og inn på 80-tallet. Man mente at politikken ikke var organisert etter de viktigste problemene og motsetningene i samfunnet, økonomisk vekst ble satt opp mot alternativ livsstil, selvberging, likevektsøkonomi og økologisk balanse, og som motsats til forhandlingsstatens profesjons- og teknokratstyre satte man ideer om populisme og folkelig aktivitet i smågrupper og lokalsamfunn. Økonomisk vekst er satt på dagsorden igjen gjennom den "blå bølgen" på midten av 1980-tallet. Den blå bølgen er basert på nyliberalisme og nykonservativisme; staten og byråkratiet er blitt så mektig at de er frihetstruende. Det må skapes incentiver for innsats og omstilling, maktfordelingen og forholdet mellom styringsmekanismene i samfunnet må endres og løsningen ligger i mer individualisme, konkurranse og bruk av marked.

J. P. Olsen understreker at alle "bølgene" bygger på verdier som inngår i den politiske kulturen, men mener at reformprogrammene for den offentlig sektor gjenspeiler at nyliberale og nykonservative tendenser nå har fått et ideologisk overtak i den politiske debatten. Kritikken mot offentlig sektor om at den er for omfattende og kostbar, lite service- og brukerorientert, byråkratisk og lite fleksibel har medført krav om modernisering, omstilling og fornyelse der "løsningene" i stor grad ser ut til å ha hatt basis i den "blå bølge".

1990-tallets moderniserings- og omstillingsreformer i offentlig sektor gikk under samlebetegnelsen New Public Management (NPM). Busch, Johnsen og Vanebo (2003 s.13) sier at NPM ikke er en samlet teoridannelse eller modell, men må snarere forstås som et empirisk fenomen som kjennetegnes gjennom sentrale elementer:

1. Borgerne bør sees som forbrukere som bør ha fritt valg mellom offentlige goder
2. Brukerne må medvirke i tilretteleggelsen av offentlige tjenester
3. Det bør skapes markeder eller kvasimarkeder så monopoler blir avløst av konkurranse mellom tilbyderne, som til gjengjeld får større selvstendighet
4. Det blir lagt vekt på bedriftsøkonomisk produktivitet og effektivitet
5. Rammebudsjettering erstatter detaljregulering via regler. Ansvar for oppgaveutførelsen desentraliseres og det innføres resultatvurderinger og kvalitetsmålinger
6. Organisering og ledelsesprinsipper fra den private sektor imiteres og adapteres til den interne organisasjon

I boka "Modernisering av offentlig sektor" (2005) beskriver Kurt Klaudi Klausen New Public Management som et samlekonsept for en rekke delreformer og teknikker som har til felles at inspirasjonen er hentet fra det private og/eller fra en økonomisk og rasjonell tankegang. De fleste vestlige land har i større eller mindre grad innført NPM- prinsipper i den offentlige sektor, og spørsmålet blir om graden av og evt. i hvilken retning disse reformene endrer både tankegang og styringsmekanismene i de offentlige systemene. For å bestemme og undersøke NPMs initiativer ut fra behovet for å se om endringer er en følge av konseptet, benytter Klausen (2005:58) en todeling av NPM for å:

"sondere mellom to kjerneargumentasjoner med tilhørende anbefalinger, som begge stammer fra det private"

Den første søylen bygger på en styringslogikk som er markedsorientert, der ønsket om en liberalistisk markedsorientering i og av det offentlige er begrunnet i økonomiske resonnementer

fra nyinstitusjonell økonomisk teori (public choice- og prinsipal- agentteori). Instrumentene eller teknikkene som anses som riktige å bruke er bl.a. privatisering, frie (for-) brukervalg, inntjening, konkurranseutsetting og kontraktstyring.

Den andre søylen omhandler organisasjon og ledelse og bygger i stor grad på en hierarkisk styringslogikk der det legges vekt på kontrakter. Kjernen i søyle to er at kjente og utprøvde prinsipper fra det private som med fordel kan overføres til og benyttes i det offentlige, gjennom å ha større fokus på bl.a. entreprenøraktig ledelse, strategisk ledelse, teamledelse, mål- og rammestyring, nye økonomi-, regnskaps- og budsjettssystemer og kvalitetssikringssystemer (TQM, BPR). Begge søylene er et uttrykk for en ”generisk” antakelse; at det er mulig å overføre konsept og teknikkene fra privat til offentlig sektor fordi de er uavhengige av den sektormessige konteksten.

Klausen betegner reformbølgen NPM som en stille revolusjon som det politisk synes å være konsensus om å prøve ut i områder og deler av offentlig sektor, til tross for at argumentene for og imot på området både er motstridende og ideologisk grunnleggende forskjellige. Med basis i koblingen som gjøres av NPM- konseptet og en offentlig kontekst kan det se ut til at skillene mellom private og offentlige styringsmekanismer blir mindre sett ut fra NPM- perspektivet. Koblingen kan bidra til at skillene blir tydeligere, for eksempel de organisasjonsteoretiske antakelsene om motivasjon – fra at mennesket blir motivert av meningsfullt arbeid og godt arbeidsmiljø til den ”økonomiske” definisjonen av mennesket som egennyttmaksimerende, opportunistisk og rasjonelt. Gjennom å finne skillene blir det også mulig å se om evt. endringer er en følge av NPM- konseptet. Selv om forfatteren ikke har ment å diskutere de prinsipielle og overordnede sidene ved reformene, skisseres viktige spørsmål både på samfunns-, institusjons- og individnivå som har betydning for utviklingen av offentlig sektor fremover.

Vi har så langt i kapittel 2 på generell basis forsøkt å se på modernisering av offentlig sektor, og gått nærmere inn på New Public Management som en samlebetegnelse på reformer vi har sett det siste 10-året. Dette er ment å skulle danne et bakteppe for vårt valg av tema i masteravhandlingen vår.

2.3.2 St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital er et av fem universitetssykehus, og eies av Helse Midt– Norge Regionalt Helseforetak. Sykehuset har gjennom årene gjennomgått store endringer og hvor den siste betydelige endringen fant sted i 2002 da sykehuset gikk fra å være eid av Sør – Trøndelag

fylkeskommune til å bli eid av staten. Sykehuset mottar sitt oppdrag for produksjon og kvalitet gjennom et årlig styringsdokument fra eier på samme måte som Helse Midt – Norge mottar sitt oppdrag fra Helseministeren.

Som en følge av organiseringen har sykehuset et eget styre.

En av helseforetakslovens klare ideer er arbeidsfordelingen mellom staten som eier og helseforetakene som utfører. Reformen hadde mange intensjoner utover det å skifte eierforhold, og sykehusene skulle gis et substansielt og fornyende innhold. Stikkord i denne sammenhengen var at tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for enkeltindividet skulle kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunns- og ledelsesmessig ansvar.

Sentrale trekk ved sykehusreformen var blant annet:

- Tilgjengelig kvalitet og omsorg for den enkelte bruker skal kunne kombineres med rasjonell ressursforvaltning og helhetlig og samfunns- og ledelsesmessig ansvar
- Sykehusreformen har som formål å plassere ansvar. Statlig virkemiddel er å betrakte som et virkemiddel for helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten i Norge.
- Sykehusreformen skal gjennom sine tiltak redusere uverdige forhold for bruker, det være seg uverdige venting og problematikken rundt korridorpasienter.
- Sykehusreformens totale innhold skal bistå til bedre økonomisk styring og ressursforvaltning. Som et ledd i dette ble regnskapsloven innført som prinsipp i føring av regnskapene for de nye RHF og HF

St. Olavs Hospital HF samler sykehusstilbudet i Sør Trøndelag, samt er regionsykehus for Møre og Romsdal og Nord Trøndelag fylke. Mye av virksomheten er konsentrert på Øya i Trondheim hvor et helt nytt sykehus er under bygging, men det drives betydelig virksomhet også andre steder i fylket. Foruten sykehus på Røros og i Orkdal, gjelder dette Munkvoll rehabiliteringssenter, Østmarka og Brøset psykiatriske sykehus, Orkdal, Nidaros og Tiller distriktpsikiatriske sentre (DPS), Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, Psykiatrisk ungdomsteam, Habiliteringstjenesten for voksne – og en rekke psykiatriske poliklinikker.

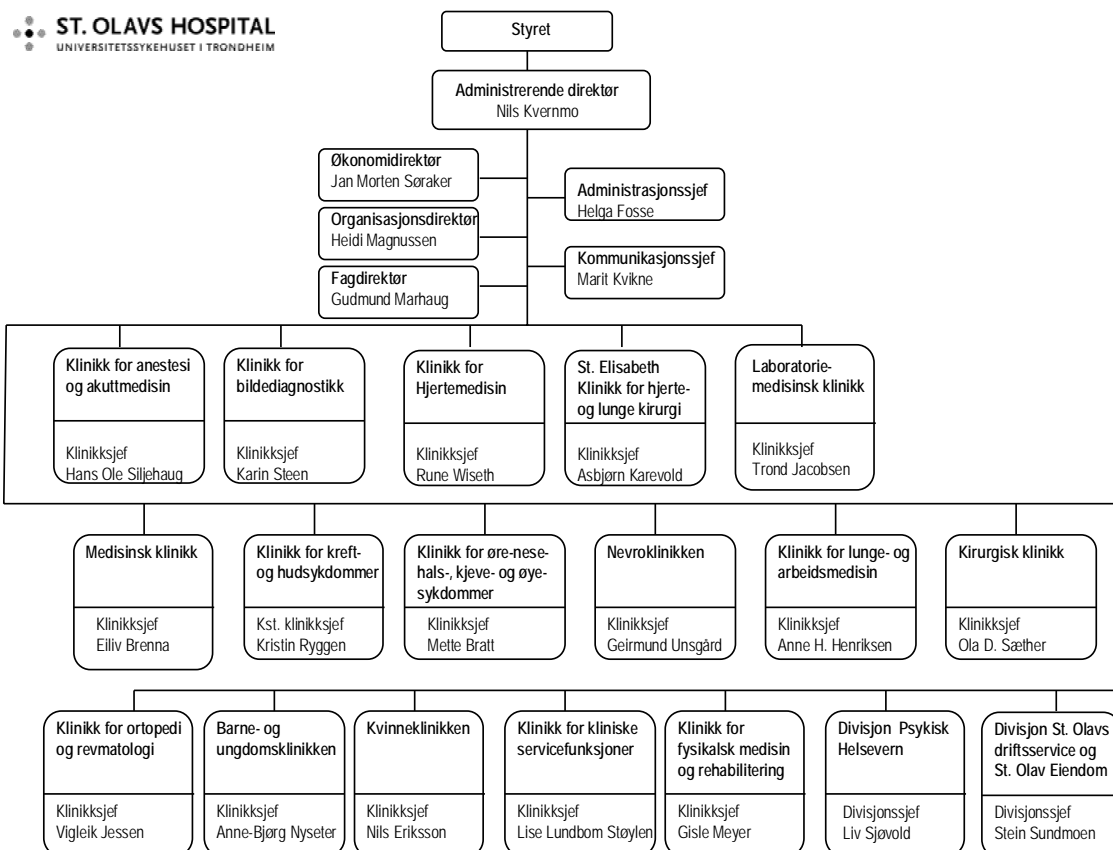
St. Olavs Hospitals visjon, målsetting og verdigrunnlag er som følger:

Visjon: ”På lag med deg for din helse”

Målsetting	Verdigrunnlag
1. Pasientbehandling 2. Opplæring av pasienter og pårørende 3. Forskning 4. Utdanning av helsepersonell	Verdigrunnlaget omfatter alle universitetssykehusets funksjoner, og bygger spesielt på verdiene: * Helhet * Likeverd * Medbestemmelse * Respekt

2.3.1 Organisasjonskart med forklaringer

Som det fremgår av kartet er STOD organisert som en egen enhet innen St. Olavs Hospital, og med egen divisjonssjef.



21.10.09

2.4 St. Olavs Driftservice

STOD utgjør i dag en egen enhet i St. Olavs Hospital HF, og tilbyr ikke- medisinske tjenester til St. Olavs Hospital og andre helseinstitusjoner i Helse Midt – Norge. STOD består i dag av 10 enheter. Ved utgangen av 2008 hadde St. Olavs driftsservice 605 stillinger. Årsrapport for 2009 foreligger ennå ikke, men vi er likevel kjent med at antallet ansatte i liten grad fraviker fra 2008. I følge ”Kilden”, St. Olavs webbaserte virksomhetsportal, blir STOD sin visjon og målsettinger presentert under overskriften ”Sykehusets sekundæroppgaver er vår kjernevirksomhet.”

Visjon

St. Olavs driftsservice skal være en totalleverandør av ikke medisinske støttetjenester og et naturlig førstevalg for våre kunder.

Vi skal på en kvalitativ, fleksibel og effektiv måte tilfredsstille kundens behov, samt tilby sikkerhet og trygghet.

St. Olavs driftsservice har også en visjon om å bli et framtidig kompetansesenter for ikke medisinske støttetjenester i regionen og en framtidig leverandør av disse tjenester for Helse Midt-Norge HF.

St. Olavs driftsservice skal gjennom effektiv og målrettet drift levere støttetjenester av avtalt kvalitet til St. Olavs Hospital HF og andre helseinstitusjoner, slik at disse kan styrke fokus på sin kjernevirksomhet: - Pasientbehandling, forskning og undervisning.

Mål

St. Olavs driftsservice skal gjennom effektiv og målrettet drift levere støttetjenester av avtalt kvalitet til St. Olavs Hospital HF og andre helseinstitusjoner, slik at disse kan styrke fokus på sin kjernevirksomhet: - Pasientbehandling, forskning og undervisning.

Målene er overordnet og retningsgivende for alle avdelingene i St. Olavs driftsservice:

- * Allmenn teknikk
- * Kundesenter
- * Dokumentasjonssenter
- * Logistikk & Forsyning
- * Lønn & Regnskap
- * Mat & Cafe

- * Medisinsk teknikk
- * Renhold
- * Stab
- * Steril forsyning

Avdelingene i STOD skal:

- Være best på de tjenester som støtter opp under Sykehuset kjernevirksomhet.
- Leverer varer og tjenester på forretningsmessig grunnlag til kjernevirksomheten ved St. Olavs Hospital HF og til andre aktuelle kunder.
- Skape egen inntekt gjennom salg av etterspurte leveranser
- Styres på nettoresultater, og som om vi er et eget selskap.
- Ha priser som skal basere seg på reelle kalkyler, inklusive kapitalkostnader.
- Ha et godt Kvalitetssystem
- Reduksjon i det totale sykefraværet ved St. Olavs driftsservice med 20 %
- Sikre høy ledelsesmessig engasjement i systematisk HMS-arbeid herunder:
 - God oppfølging av Arbeidstilsynets rapport "god vakt", og god oppfølging av den årlige arbeidsmiljøundersøkelsen.
- Være konkurransedyktig i et eksternt marked.
- Kontinuerlig utvikling av våre tjenester i samarbeid med våre kunder.

2.4.1 Kontrakter og ansvarsforhold i STOD

I sykehusets interne kvalitetssystem (EQS) beskrives det i dokumentet "Inngåelse og oppfølging av service -/leveranseavtale – Kontrakter. Rapportering," hva leveranseavtalene skal inneholde, og hvordan ansvarsforholdene i STOD er regulert i forhold til avtalene.

Leverandøravtalen skal minimum inneholde følgende punkter:

1. Beskrivelse av partene og deres representanter.
2. Avtaleformål.
3. Tjeneste/produkt i leveransen.
4. Leveransebeskrivelse: omfang - frekvens - kvalitet

5. Priser, prisreguleringer og betalingsbetingelser.
6. Rapportering; kvalitetskontroll, avvik, tiltak eller avtale om kvalitetskontroll og evaluering.
7. Reklamasjon – frist.
8. Erstatningsansvar.
9. Tvist.
10. Varlighet – Oppsigelse
11. Underavtaler/vedlegg.

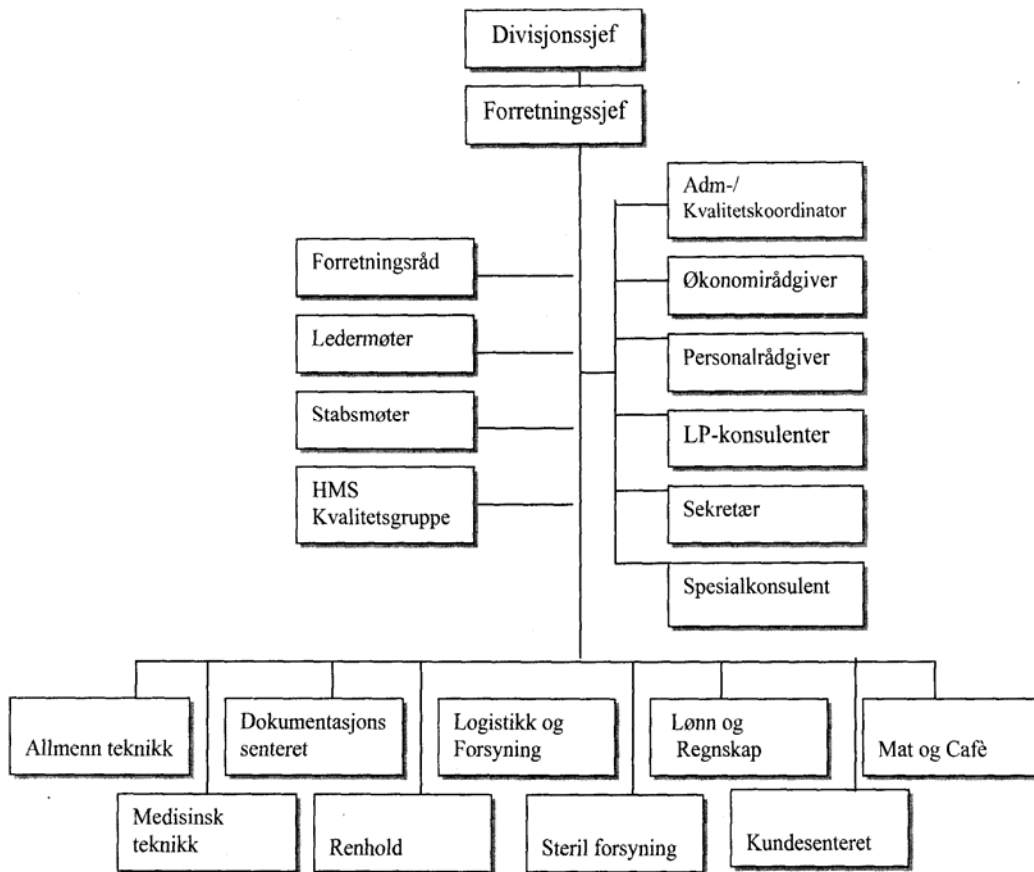
For interne kunder er Direktør ved St. Olavs Hospital HF besluttende myndighet ved eventuell uenighet/tvist om pris eller leveranser.

Ansvar og handlingsbeskrivelse for STOD:

Ansvar	Handling
Avdelingssjef	Innhenter spesifikasjon hos kunden, og utarbeider kontraktsforslag i henhold til mal for service-/leveranseavtale, med tilhørende underbilag
Avdelingssjef	Gjennomfører <i>årlige</i> kontraktsforhandling/ <i>budsjettmøter</i> med kunde. Endrer eventuelt kontrakt i henhold til aksjonsliste fra gjennomgangen.
Forretningssjef og Økonomisjef	Skriver under Hovedavtalen/leverandøravtale og alle underbilag
Avdelingssjef og kunde	Skriver under leverandøravtale og alle bilag
Avdelingssjef	Følger opp kontraktene som beskrevet i den enkelte avtale. Utarbeider kvartalsvise rapporter med eventuelle tiltak på avvik

	<p>til interne kundeavdelinger. Sender kopi av rapport til Forretningssjefen.</p> <p>Avholder eventuelt nødvendige evalueringsmøter i henhold til kontrakt, og skriver referat fra disse.</p>
Forretningssjef, avdelingssjef og kunde	<p>Kan kreve gjennomgang av avtaler ved behov.</p>
Forretningssjef	<p>Følger opp rapporter for eventuell oppfølging og evaluering/måling av den enkelte avdelingssjefs resultat i driftsmøter</p>

2.4.2 Organisasjonsmodell for STOD



3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

3.1 Økonomisk teori

I følge Busch et. al (2005) er bestiller- utfører modellen en sentral del av New public management og bygger på den økonomiske søylen og den managerialistiske søylen. I dette kapittelet med økonomisk teori vil vi konsentrere oss om den første søylen. Busch et. al (2005) sier at de økonomiske prinsippene i NPM begrunnes i økonomiske resonnementer som stammer fra nyinstitusjonell økonomisk teori. Det vises da til public choice og prinsipal- agent teoriene. Public choice teorien har som formål å studere økonomisk atferd innenfor offentlig sektor, ved å beskrive hva som reelt skjer. Det pekes på Niskanen (1971) og Buchanan (1986) som sentrale bidragsyttere. Hovedtesen er at en byråkrat vil arbeide for å maksimere sitt budsjett, noe som vil si at agentens nytte øker proporsjonalt med størrelsen på budsjettet. Vi vil videre i dette kapittelet gå nærmere inn på kontraktsteori, samt ta for oss bestiller- utførermodellen.

3.1.1 Bestiller - utførermodellen

På samme måte som New Public Management(NPM) må sies å være et sentralt element innen moderniseringen av offentlig sektor, er bestiller- utfører modellen i følge Busch et. al (2005) en sentral del av NPM.

I følge Busch et. al (2005) bygger bestiller- utfører modellen både på søylen som representerer fokus på økonomi og marked, og søylen som er knyttet til prinsipper for organisasjon og ledelse. Som navnet tilsier innebærer denne organisasjonsformen at forvaltningsmessige oppgaver og driftsoppgaver organiseres i to atskilte enheter. Dette representerer en integrasjon av en ide om innføring av markedstenkning, og behovet og ønsket om en større grad av styrbarhet.

Bestiller- utfører modellen er videre en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring. På denne måten etableres det interne markedssituasjoner og legges til rette for eventuell konkurranseutsetting av tjenestene. Ved innføring av bestiller- utfører modell ligger det en forventning om at etablering av en markedssituasjon mellom de som fatter vedtak og de som produserer en tjeneste skal bidra til effektivisering, større grad av måloppnåelse og økt rettssikkerhet for brukerne.

I følge Busch et. al (2005) er innføring av konkurranse i offentlig sektor en måte å forhindre opportuniste i organisasjonen. Samtidig hevder Bryntse (2000) at opportuniste, avhengighet og usikkerhet antas å kunne forebygges og motvirkes av administrative mekanismer. Motsetninger i

organisasjonen kan løses gjennom administrative funksjoner slik som kontraktsvilkår, kontroll, kommunikasjon, konflikthåndtering, incitament og sanksjoner. Bestiller- utføremodellen er derfor slik vi ser det, en måte å organisere offentlige tjenester på, der en ved hjelp av markedsprinsipper og nye administrative mekanismer hindre opportuniste.

En bestiller- utførerorganisering vil i større grad synliggjøre hvilke mål som legges til grunn for tjenesteproduksjon og de resultater som kan oppnås.

For å innføre en bestiller- utfører modell kreves det etablering av et internt marked innenfor offentlige virksomheter. Slike marked betegnes som kvasimarkeder og er en etterligning av et reelt marked. Busch et. al (2005) viser til Walsh (1995) som hevder at interne markeder representerer 3 prinsipper.

- Etablering av separate roller mellom bestiller og utfører.
- Etablering av interne kontrakter som regulerer forholdet mellom bestiller og utfører
- Etablering av et system for prissetting som støttes av regnskapssystemer

Busch og Vanebo (2001) utdyper en mulig organisering ved et kvasimarked.

- Etablering av stabsavdeling som fungerer som bestiller og en separat utføreravdeling
- Etablering av detaljert kontrakt som spesifiserer hva som skal produseres, til hvilken pris og etter hvilke retningslinjer
- Utfører blir ikke budsjettfinansiert, men får overført midler til det som er oppført i kontrakten, og får et klart ansvar for å holde kostnadene under den avtalte pris.

Med bakgrunn i overnevnte fremstilling, kan man hevde at bestiller- utførermodellen skal effektivisere organisasjonen og redusere eventuell opportuniste. En optimal bestiller- utførermodell bør inneholde mest mulig av et konkurranseelement, ved bruk av eksempelvis kontraktsformer som motvirker opportuniste og slakk.

3.1.2 Kontraktsteori

For å regulere interessentenes behov i en koalisjon, der de ulike interessene skal tas hensyn til, må bidrag og belønningsbalansen reguleres. Gjennom forhandlinger får man da kontrakter mellom partene.

I boken "Modernisering av offentlig sektor" sier Greve og Ejersbo (2005) at kontraktsbegrepet behandles teoretisk i prinsipal/agent litteraturen, og i transaksjonsomkostningslitteraturen, samt i sosiologisk litteratur om økonomi og kontrakter. I prinsipal/agent litteraturen er kontraktinngåelse et viktig redskap for prinsipalen til å kontrollere agentens opportunistiske atferd. I

transaksjonskostnadslitteraturen fokuseres det på de ressurser som brukes på å skrive kontrakter, å kontrollere dem, og til syvende og sist hvor det da er lavest transaksjonskostnader. De to teorifeltene beskjeftiger seg altså med forskjellig vinkling på kontraktsstyring. Greve og Ejersbo referer til Williamson (1985, 1995) som betegner prinsipal/agentteoriaspektet ved kontraktsstyring som ” measurement branch” og transaksjonskostnadsaspektet som ”efficiency branch”. De sosialinspirerte teorier om kontrakter fokuserer i større grad på tillit mellom partene, og på den institusjonelle kontekst.

Prinsipal- agent teorien

Innenfor prinsipal- agent teori er fokuset spesielt rettet mot styringsproblemer mellom en prinsipal og en agent. I boken Organisasjon og ledelse – et integrert perspektiv, bruker Busch og Vanebo (2003:118) Jensen og Meckling sin definisjon på en agentrelasjon:

En kontrakt hvor en eller flere personer(prinsipalene) engasjerer en annen person (agenten) til å gjøre en jobb for dem, og som innebærer at en viss form for beslutningsmyndighet er delegert til agenten.

Eksempler på Prinsipal/agent forhold er i vår sammenheng:

Eier og sykehusledelse som prinsipal og STOD og klinikkene som agenter.

Det ligger en forutsetning i teorien om at individene vil søke å maksimere egen nytte.

Interaksjonen kan bestå i samspill eller motspill, og Busch og Vanebo (2003:119) skisserer tre hovedårsaker til problematiske agentrelasjoner:

- Ulik målstruktur hos prinsipal og agent
- Asymmetrisk informasjon
- Ulik risikoaversjon hos prinsipal og agent

Busch og Vanebo (2003) utdyper de problematiske agentrelasjonene. Hvis det foreligger ulik målstruktur hos prinsipal og agent, er det en fare for at resultatet divergerer fra prinsipalens mål. Slik opportunistisk atferd oppstår vanligvis hvis samspillet mellom leder og medarbeider ikke er tilstede. Prinsipal og agent er ikke i stand til å komme frem til en forpliktende kontrakt om hvilke mål det er legitimt å legge til grunn. Samspillet glir over i motspill. Ut fra et normativt utgangspunkt kan forutsetningen om opportunistisme legges til grunn for hvordan organisasjonen organiseres og ledes. Dette innebærer tiltak for å forhindre opportunistisk atferd. Fra et

deskriptivt utgangspunkt kan teori om opportunistiske benyttes for å forklare hvordan en organisasjon er oppbygd.

Oppportunistisk atferd muliggjøres av at informasjon er asymmetrisk fordelt mellom prinsipalen og agenten. På grunn av ulik kontaktflate og ivaretagelse av forskjellige oppgaver, kan ikke prinsipalen observere agentens handlinger fullt ut. Dette benevnes som "hidden action". Begrepet "hidden information" benyttes når agenten innehar spesialkunnskap som muliggjør egen målstyring.

Begrepet risikoaversjon oppstår når det ikke er samsvar mellom prinsipalens og agentens vurdering av risiko. Når riskovurderingene blir forskjellig oppstår målkonflikter. Asymmetrisk informasjon muliggjør så opportunistisk atferd.

Busch og Vanebo (2003) viser til Ouchi (1979) som referer til to hovedstrategier for å redusere opportunistisk atferd. Måling av agentens ytelse der det skilles mellom kontroll av atferd og måling av resultat og reduksjon av målkonflikter mellom prinsipal og agent, hvor bygging av sterk organisasjonskultur og/eller belønningsstruktur kan redusere opportunistiske.

Kostnadene knyttet til alle kontroll- og styringsrutiner kan betegnes som prinsipalens styringskostnader. Når vi i denne oppgaven stiller spørsmål om hvordan bestiller- utfører modellen fungerer ved St Olavs Hospital, vil nettopp styringskostnadene være viktig. Sett ut fra et prinsipal- agent- teoretisk synspunkt, der opportunistiske står sentralt, vil det være interessant å se hvilke strategier som er tatt i bruk for å redusere slik atferd og til hvilken kostnad. Endring i prinsipalens måloppnåelse grunnet avvik i agentens handlinger kan betegnes som resttap.

Transaksjonskostnadsteori

Busch et. al (2005) viser til at Ronald Coase (1937) la grunnlaget for en ny økonomisk organisasjonsteori, der valget mellom kontraktsformer og transaksjonskostnadene er sentrale. Innefor transaksjonskostnadsteori pekes det også på opportunistiske som mulig problem innefor offentlig sektor. Utgangspunktet for denne teorien er at produksjonsprosessen kan deles inn ulike selvstendige funksjoner. Kostnadene knyttet til overføring av varer og tjenester kan skilles ut som transaksjonskostnader.

Busch et. al (2005:103) viser til Williamson (1981) som sier at transaksjonskostnadene er knyttet til:

- Selve overføringen mellom to funksjoner
- Kontraktsforhandlinger
- Kontroll av kontraktsoppfyllelse
- Kontraktsbrudd

Busch et. al (2002) utdyper forholdene som er knyttet til transaksjonskostnadene. Ved overføringen mellom to funksjoner tenker vi særskilt på transportkostnadene som inntreffer når overføringen skjer. Disse er vanligvis lite kostnadskreven, og tar lite tid rent organiseringsmessig. Kontraktsforhandlinger er en form for transaksjonskostnader som er langt mer ressurskrevende. Ulike hensyn skal ivaretas så som kvalitet, pris, leveringshastighet samt ivaretagelse av det lovmessige m.m. Dette medfører at prosjektgrupper opprettes når det er snakk om store leveranser, samt at ved forandringer i markedsmessige faktorer, må kontraktene til stadighet reforhandles. Etter at selve kontraktsdelen er avsluttet er utførelsen til gjenstand for stadig kontroll, samt at faktorer som kvalitet og kvantitet blir nøye etterprøvd. Større og mindre prosjektgrupper blir opprettet for å etterse at alle ledd fungerer, fra ansatte til selve produksjonsprosessen i sin helhet.

Skjer det et kontraktsbrudd påløper det kostnader ved f. eks at tjenestene ikke blir levert i henhold til avtale. Dette kan gi organisasjonen utgifter ved eksempelvis søksmål i forhold til avtalebrudd. Investeringer som er gjort kan også gå tapt ved at de fremstår som verdiløse ved et kontraktsbrudd.

Busch et. al (2005) hevder som et grunnprinsipp at hierarkiske kontrakter erstattes med markedskontrakter for å redusere muligheten for opportunistisk atferd. Hierarkiet kjennetegnes ved lave transaksjonskostnader, så ulempen ved markedskontrakter er følgelig en økning i transaksjonskostnader. Interne markeder vil også ha en rekke nye transaksjonskostnader.

Det må alltid foretas en avveining i forholdet mellom å redusere agentkostnader og eventuelt andre positive effekter med bestiller- utfører modellen, opp mot økningen i transaksjonskostnadene.

Kontraktsformer

Busch og Vanebo (2003) skiller mellom tre former for kontrakter.

- Markedskontrakter: detaljert transaksjonsspesifisering med pris som viktigste styringsmekanisme
- Relasjonskontrakter: Vanskelig spesifiserbare transaksjoner gjør tillit til en viktig styringsmekanisme
- Hierarkiske kontrakter: Organisasjonen har en ordregivende myndighet og den viktigste styringsmekanismen er autoritet.

Viktige styringsmekanismer i de ulike kontraktsformene er altså pris, tillit og autoritet.

Kontrakten er et sentralt verktøy når bidrag - belønningsbalansen styres, og kan ut fra Busch og Vanebo (2003) deles inn i 2 typer.

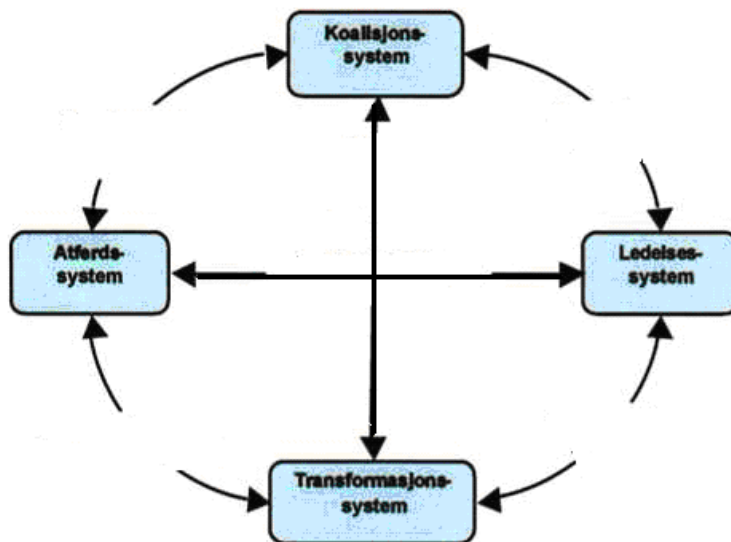
- Formelle kontrakter: Skriftlige, og gyldighet er angitt for hvilket tidsrom det opereres i. Autoritet og pris er de viktigste styringsmekanismer.
- Psykologiske kontrakter: Beskriver et sett av uskrevne forventninger mellom medlemmene i organisasjonen og eksterne interessenter. Organisasjonskulturen ligger ofte til grunn i slike kontrakter, og tillit er den viktigste styringsmekanismen.

Mange av elementene i formelle- og psykologiske kontrakter ser vi i det som betegnes som harde og myke kontrakter. De harde kontraktene har presise krav, og regulerte former for konfliktløsning. I de myke kontraktene vektlegges sterkere tillitsrelasjoner og mer generelle formuleringer. Busch et. al (2002) sier at ved bruk av bestiller- utfører modellen i et internt marked kan det skilles mellom harde og myke kontrakter. I boken "Modernisering av offentlig sektor" sier Greve og Ejersbo (2005) at i nyere kontraktsteori forlates de harde kontraktmodellene til fordel for de myke relasjonelle kontraktsoppfatninger.

Busch et. al. (2005) viser til Vincent- Jones og Harris som sier at tillit, felles problemløsning og fornuftig blanding mellom formell og uformelle styringselementer er hovedfaktorene for et vellykket internt marked. Det vises også til Roberts, Le Grand og Barlett som hevder at en best beskytter seg mot opportunistisk atferd gjennom gode relasjoner og høy tillit mellom kontraktpartnerne. Det handler om å skape hybride organisasjoner med en mellomting mellom hierarki og marked. For oss blir det interessant å se hvilken vei St Olav har tatt siden innføringen av et internt marked i 2003.

3.2 Den konseptuelle foretaksmodellen

I følge Busch og Vanebo (2003) er den konseptuelle foretaksmodellen egnet for å få oversikt over viktige sammenhenger i en organisasjon. Den består av fire systemer: 1. Koalisjonssystemet, 2. Transformasjonssystemet, 3. Atferdssystemet og 4. Ledelsessystemet. Modellen innebærer forståelse av organisasjoner som åpne, dynamiske systemer eller koalisjoner. Det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom de ulike delsystemene. Den konseptuelle foretaksmodellen viser hvordan organisasjonen utvikler bidrag og belønningsbalanse til så vel eksterne som interne interessenter. Ved å bruke modellen får vi dermed et bilde av organisasjonen i samspill med sine omgivelser.



(Busch et. al (2003:24)

3.2.1 Koalisjonssystemet

Busch og Vanebo (2003) sier at man kan se på en organisasjon som samling, koalisjon, av interessenter. De fremhever at et tilfredsstillende belønningssystem er nødvendig for å opprettholde virksomheten. Videre vises det til interessentmodellen som peker på hvordan det kan oppstå målkonflikter når de ulike interessentene har forskjellige behov. For å regulere deler av bidrags og belønningsbalansen, får vi så kontrakter mellom interessentene. I et så potensielt intrikat system av aktører med ulike mål, vil faktorer som makt og legitimitet være sentralt for å forstå dette samspillet bedre. Vi vil også se litt på hvordan nye organisasjonsoppskrifter adopteres i organisasjonen.

Innenfor koalisjonssystemet vil se nærmere på maktteori og legitimitet. Agentteori er også en naturlig del av dette systemet, men viser til at dette allerede er behandlet i kapitlet om økonomisk teori (kapittel 4.1.)

Makt

Ser man nærmere på hvilke styringsfaktorer som regulerer forholdet mellom interessenter i en organisasjon, kommer man ikke utenom begrepet makt. Bolman og Deal (1999:181) viser til Pfeffer (1992) som definerer makt på følgende måte:

”Den potensielle evnen til å innvirke på atferd, endre begivenhetenes gang, overvinne motstand og få folk til å gjøre det de ellers ikke ville ha gjort.”

Busch og Vanebo (2003) sier at fordeling av makt påvirker samarbeidet mellom interessentene, da den alltid er ulikt fordelt imellom dem, og kan variere over tid. Egne interesser ivaretas ved at interessentene utvikler kontrakter med bakgrunn i det eksisterende maktforhold, makt blir da en viktig ressurs i seg selv. Endringer i organisasjonsstruktur vil nesten alltid føre til endringer i maktstruktur.

I følge Emerson (1962) bestemmes avhengighet og makt av følgende forhold;

- Dersom A har disposisjonsrett over noe som B trenger for å nå egne mål, kommer B i et avhengighetsforhold til A. Avhengighetsforholdet er proporsjonalt med hvor stor betydning bidraget fra A har for B`s totale grad av måloppnåelse.
- Dersom bidraget fra A kan substitueres med bidrag fra andre parter, reduseres B`s avhengighet av A. Avhengighetsforholdet er omvendt proporsjonalt med antall alternativer B kan velge mellom for å skaffe seg det bidraget som tilbys av A.

Makt påvirkes altså av avhengighetsforholdet mellom aktørene, noe vi ser kan påvirke balansen mellom bestiller, utfører og sykehusledelse i St Olavs Hospital. Et annet interessant element når vi skal se på egen organisasjon, er forholdet mellom makt og beslutningsprosesser. Bolman og Deal (2004) viser til en analyse av Gamson (1968) av politiske prosesser, der hovedaktørene er makthaver og partisan. Makthaver har retten til å fatte beslutninger, og er mottager for påvirkning. Partisanen utøver påvirkning nedenfra og opp. Det er en rekke maktformer som påvirker forholdet mellom makthaver og partisan.

Busch og Vanebo (2003:114) viser til Bolman og Deal (1998) som peker på åtte kilder til makt:

- 1 Posisjonsmakt
- 2 Informasjon og ekspertise
- 3 Kontroll over belønninger
- 4 Makt gjennom tvangsmidler
- 5 Allianser og nettverk
- 6 Tilgang til og kontroll over agendaer
- 7 Makt over fortolkningsrammene
- 8 Personlig makt

Busch og Vanebo (2003) sier det er spesielt interessant å se på maktkildene, når interne forhold i organisasjonen skal analyseres. Hvis en partisan har tilgang til flere maktkilder, vil dette begrense makthavernes evne til å styre organisasjonen. En makthaver kan undergraves, omgås, utmanøvreres eller få motstand av interessenter internt i organisasjonen. Bolman og Deal (2004) viser til Kotter (1985) som hevder at det er et innebygd maktgap i lederjobber. Beslutninger kan ikke fattes av lederne, kun i kraft av deres posisjon. For å minske gapet må de også ta i bruk eksempelvis kompetanse, belønning, maktmidler og allianser.

Legitimitet

Legitimitet er et sentral begrep innen institusjonell teori. Busch og Vanebo (2003:92) viser til Suchmann (1995) som definerer legitimitet på følgende måte:

”Legitimitet er en generalisert antakelse om at spesielle handlinger er ønskelige og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner.”

Busch og Vanebo (2003) tar utgangspunkt i Suchmann klassifisering av ulike former for legitimitet, og presenterer de 4 formene; pragmatisk legitimitet, legal legitimitet, normativ legitimitet, og kognitiv legitimitet.

Pragmatisk legitimitet er basert på et nytteperspektiv. Nytte kan i denne sammenheng forstås som noe organisasjonen oppnår legitimitet for. Ved at en organisasjon produserer ønskelige belønninger for sine interessenter, blir den et nyttig verktøy i samfunnsmaskineriet.

Legal legitimitet bygger på at organisasjonen følger lover og regler i samfunnet. Disse regulerende mekanismene er knyttet opp til myndighetenes legale rett til å regulere innbyggernes velferd.

Normativ legitimitet er knyttet opp til at utøvende handlinger ligger innenfor aksepterte normer. Den normative legitimiteten kan inneha flere former. Den kan knyttes til konsekvensene av en handling, til måten handlingen utføres på eller til bestemte strukturer som er etablert i en organisasjon.

Kognitiv legitimitet bygger på at enkelte organisasjoner eller særtrekk ved dem, "tas for gitt". Organisasjonen baserer sin legitimitet på vår kognitive struktur, sagt på en annen måte, vi er innstilt på aksept i utgangspunktet. I dagens samfunn er et høyt spesialisert og profesjonisert helsevesen fundert på en høy legitimitet hos befolkningen. Samtidig vil den interne organiseringen av et sykehus si noe om vår egen oppfattelse av legitimiteten ved de ulike driftsformene som vi ser nærmere på i vår oppgave.

3.2.2 Transformasjonssystemet

Transformasjonssystemet er utviklet for å produsere belønninger til interessentene. Det er verdikjeder rettet mot alle interessentene. Transformasjonssystemet representerer ikke selv endringskraft, men kan generere endringskraft i de andre systemene. I følge Busch og Vanebo (2003) er det to dimensjoner i dette systemet som er viktige for funksjonaliteten. Det er organisasjonsstrukturen og teknologien. Vi vil først kort si litt om det teknologiske aspektet, for så å behandle mer grundig aspekter ved organisasjonsstruktur.

Busch og Vanebo (2003:134) viser til Perrow (1967) som definerer teknologi til å være:

"de verktøy, teknikker og handlinger som benyttes for å transformere bidrag over til belønninger"

Teknologi vil da angi de instrumentelle sammenhengene i transformasjonsprosessen, altså sammenhengen mellom belønning og bidrag. Kunnskap er et viktig element i de fleste former for teknologi, spesielt med tanke på de beslutninger som må tas. Busch og Vanebo (2003) hevder at det i følge Scott (1995) er 3 viktige underliggende dimensjoner i teknologien; kompleksitet, uklarhet og avhengighet. Ved St. Olav finner vi kompleksitet knyttet til STOD sine funksjoner, da de elementene som skal håndteres krever kunnskap om en rekke fagområder.

Organisasjonsstrukturen regulerer arbeidsfordeling, avdelingsstruktur, koordineringssystemer og fordeling av beslutningsmyndighet. Formålet med en organisasjonsstruktur er at organisasjonen skal utvikle en tilfredsstillende effektivitet.

I utformingen av stillinger bestemmes det hvilke oppgaver den enkelte arbeidstaker skal utføre. I en stor organisasjon som eksempelvis St. Olav er det nødvendig å vurdere hvordan stillingene skal grupperes. Videre må avdelingene utformes slik at samspillet mellom dem er optimalt for produksjonen. Dette skaper igjen behov for utstrakt grad av koordinering. I en organisasjon er det kontinuerlig behov for problemløsning, det må med andre ord tas beslutninger på ulike nivå. Graden av sentralisering blir viktig for å optimalisere hvor i organisasjonsstrukturen viktige beslutninger skal tas. Vi velger å konsentrere oss om noen sentrale deler av organisasjonsstrukturen.

Først vil vi se litt nærmere på noen grunnleggende organisasjonsformer. Busch og Vanebo (2003) refererer til Mintzberg (1983) som har utviklet organisasjonstypologiene entreprenørorganisasjon, maskinbyråkratiet, det profesjonelle byråkratiet, den divisjonaliserte organisasjon og den innovative organisasjon. Vi vil se nærmere på maskinbyråkratiet og det profesjonelle byråkratiet / fagbyråkratiet, da disse er mest sentrale når vi ser på organisasjonsstrukturen i St. Olav.

Maskinbyråkratiet kjennetegnes ved at det er typisk for store veletablerte organisasjoner. Arbeidet er spesialisert og formalisert, med en sentralisert beslutningsmyndighet. Teknologien er ofte enkel. I fagbyråkratiet har en stor del av arbeidstakerne høy kompetanse. De profesjonelle medarbeidernes kompetanse er helt nødvendig for at organisasjonen skal fungere. Mintzberg påpeker at disse typologiene har spesielle særtrekk; koordinering, sentral enhet og grad av sentralisering.

Busch og Vanebo (2003) viser til Mintzberg (1983) sine 5 koordineringsmekanismer som omhandler både samordning og styring.

- Gjensidig tilpasning, er en form for koordinering som bygger på uformell kommunikasjon internt i organisasjonen.
- Direkte overvåking, er en mer tradisjonell hierarkisk måte å koordinere arbeidsinnsatsen på.
- Standardisering av arbeidsprosessen, innebærer at den spesifiseres eller programmeres.(Formalisering).

- Standardisering av arbeidsresultatet, vil si å sette krav til hvordan produktet skal være. Denne form for koordinering kan også betegnes som målstyring eller resultatstyring.
- Standardisering av kunnskap, består i å sette krav til kunnskaper og ferdigheter hos de ansatte i organisasjonen.

Sentral organisasjonsenhet kjennetegnes ved en inndeling i 5 grupper av hovedaktører.

- Toppledelsen som har ansvaret for at organisasjonen mest mulig effektivt når sine mål.
- Mellomledelsen er bindeleddet til toppledelsen og direkte ansvarlig for produksjonsgruppene.
- Produksjonsgruppen er de ansatte som utfører selve produksjonen.
- Teknostrukturen er alle aktørene som bidrar analytisk, og som har til oppgave å effektivisere den daglige driften.
- Støttetablen leverer støttetjenester til produksjonsgruppene.

Grad av sentralisering, gir et uttrykk for hvor beslutningsmyndigheten ligger. Finner vi makten til å fatte beslutninger på toppen av organisasjonen, betegnes dette som høy grad av sentralisering. Desentralisering, innebærer at beslutningsmyndighet i storgrad er delegert nedover i hierarkiet, altså en spredning av beslutning.

I maskinbyråkratiet vil standardisering av arbeidsprosessene være den viktigste koordineringsmekanismen, mens det i fagbyråkratiet vil være standardisering av faglig kunnskap. Den sentrale organisasjonsenheten i maskinbyråkratiet vil være teknostrukturen, mens det i fagbyråkratiet vil være produksjonskjernen. Grad av sentralisering vil i maskinbyråkratiet kunne betegnes som begrenset desentralisering. I fagbyråkratiet vil desentralisering være beskrivende for graden av sentralisering.

3.2.3 Det organisatoriske atferdssystemet

Det organisatoriske atferdssystemet er sammensatt av alle menneskene i en organisasjon; gjennom sine personlige egenskaper, kunnskaper, motivasjon, verdier, følelser og normer. Det er menneskene i organisasjonen som er de sentrale i alle forhandlinger, produserer belønninger og utøver ledelse. Siden alle systemene i foretaksmodellen påvirkes av menneskene som til enhver tid er involvert i organisasjonen, er det viktig å være seg bevisst alle aspektene ved menneskelig atferd. Vi velger å rette vårt fokus på kultur og motivasjon, da vi mener dette blir sentralt for vår oppgave.

Kultur

Ut fra et funksjonelt perspektiv settes det fokus på hvilke funksjoner organisasjonen må ivareta for å overleve. Busch og Vanebo (2003:196) trekker frem Edgar Schein (1987) som definerer organisasjonskultur på følgende måte:

Organisasjonskulturen representerer et mønster av grunnleggende antakelser skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene.

Organisasjonskulturen blir et program som styrer atferden til medlemmene i organisasjonen. Busch og Vanebo (2003) tar også utgangspunkt i Schein når de skiller mellom 3 ulike nivåer;

- Grunnleggende antagelser og felles virkelighetsoppfatninger. De grunnleggende antagelsene omhandler lærte løsninger på gruppens problemer, internt og i forhold til eksterne omgivelser. Antagelsene bygger på tidligere erfaringer. Virkelighetsoppfatningen er den måten vi tolker verden rundt oss på, og hvilke modeller vi benytter oss av.
- Verdier og normer. Verdiene er de bærende elementer og danner grunnlaget for mange av normene som eksisterer i organisasjonen. De fungerer ofte som standarder, grunnlag for beslutninger og konfliktløsning, og har en motivasjonseffekt. Normene i organisasjonen representerer forventning av atferd. Organisasjonsmedlemmene belønnes og oppmuntres til å følge normene. Hvis ikke normene etterleves, kan de bli utsatt for sanksjoner.
- Kulturuttrykk. For å symbolisere kulturen i en organisasjon oppstår kulturuttrykk. De kan kommuniseres gjennom atferd, verbalt, materielt og strukturelt. Gjennom disse uttrykksformene kan organisasjonen formidle hensiktsmessige signaler både internt og eksternt.

Motivasjon

Busch og Vanebo (2003) sier at motivasjon er individuelt betinget, og forklarer i stor grad våre handlinger. Innsikt i motivasjonsteori er viktig for å forstå menneskelig atferd. Det finnes en rekke innfallsvinkler for å forstå hva som ligger bak begrepet motivasjon. I et behovsorientert perspektiv vil målrettet atferd være et resultat av udekkede behov. Individuelle behov påvirker de enkelte organisasjonsmedlemmenes valg og påvirkningsgrad. Ser man motivasjon ut i fra et kognitivt synspunkt, får vi et bedre grunnlag for å forstå de prosesser som foregår, når vi står

overfor de ulike valg som skal tas. Vi vil først se nærmere på likhetsteori som er en del av den kognitive referanserammen.

Busch og Vanebo (2003) viser til Vrooms likhetsteori som fokuserer på individenes vurdering av egen bidrag og belønningsbalanse. Vi motiveres til atferd hvis vi forventer at belønningene står i samsvar til de bidragene som ytes. I denne teorien streber menneskene mot en form for likhet. Dersom det oppstår ulikhet motiveres vi til en atferd som kan gjenopprette likhet. I en organisasjon vil bidrag og belønningsbalansen gjenspeile seg i ulike belønningsstrukturer.

Når en organisasjon utformer sin belønningsstruktur er det viktig å vurdere konsekvensene både på individ-, gruppe- og organisasjonsplan. Belønningsstrukturen kan være formalisert i ulik grad, og henger ofte sammen på størrelsen på organisasjonen. Den inneholder et bredt sett med belønninger fra lønn til et godt arbeidsmiljø. Gjennom belønningsstrukturen kan vi se hvilke syn på menneskelige behov som dominerer i organisasjonen.

Slik vi forstår det, er det å motivere og bli motivert en mangefasettert øvelse som avhenger av det enkelte individ, dets ståsted og kulturforståelse av egen organisasjon. I tillegg vil fravær av faktorer ikke automatisk genererer trivsel og vise versa.

3.2.4 Ledelsessystemet

Busch og Vanebo (2003) sier at ledelsessystemet skal sørge for å gjennomføre forhandlinger med interessentene og oppfylle inngåtte kontrakter. Ledelse må utøves for å sikre at bidrag og belønningsbalansen blir ivaretatt. Busch og Vanebo (2003:293) viser til Erik Johnsen (1984) som definerer ledelse på følgende måte:

Ledelse er en målutviklende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker.

Busch og Vanebo (2003) presenterer med bakgrunn i Johnsen, 3 grunnleggende prosesser for ledelse i et dynamisk perspektiv; målsettingsprosessen, beslutningsprosessen og kommunikasjonsprosessen. Det er viktig å påpeke at disse ledelsesprosessene også kan betraktes som sentrale organisasjonsprosesser i en organisasjon. Uansett er prosessene sentrale for å sikre organisasjonens fremtidige eksistens.

Målsettingsprosessen

I en organisasjon som har rettet virksomheten mot interessentene, vil deres behov danne grunnlag for organisasjonenes målsetninger. Erik Johnsen tar utgangspunkt i tre målkategorier:

- Driftsmål, er knyttet til ivaretagelse av den daglige stabile del av driften. Organisasjonen etablerer mål for å oppfylle de forventninger som ligger i inngåtte kontrakter.
- Tilpasningsmål, er knyttet til den delen av omgivelsene som er i forandring.
- Utviklingsmål, er knyttet til organisasjonens aktive egenutvikling, for å bedre belønningsstrømmen til sine interessenter.

Ved siden av Johnsens målkategorier, påpeker Busch og Vanebo (2003) at der er flere relevante måldimensjoner i en organisasjon. De ulike interessentene kan ha sammenfallende og motstridende mål. Enkelte mål er kun legitimitetsskapende og har ikke innvirkning på daglig drift. Andre mål kan ha stor innvirkning på drift, uten at de kommuniseres utad.

Kontraktene med interessentene skaper en ramme for organisasjonens målsettingsprosesser. Ut fra interessentmodellen kan en se på organisasjonen som et overordnet system, sammensatt av interne interessegrupper og ytre interessenter. Interessentmodellen kan også benyttes på individnivå. Organisasjonen blir et samspill mellom interessenter på ulike nivåer. Ut fra en inndeling i organisasjonsnivå, avdelingsnivå og individnivå, kan vi analysere hvordan mål overføres mellom de ulike nivåene. Vi kan også identifisere målkonflikter og andre dysfunksjoner i målsetningsprosessen som overmåling og målforskyvning. Vi får da en god basis for å vurdere organisasjonsmessige og ledelsesmessige forhold.

Kommunikasjonsprosessen

Kommunikasjonsprosessen er sentral i alle organisasjoner. En funksjonell kommunikasjonsprosess er helt nødvendig for at ledelsesprosessene i organisasjonen skal fungere.

Hensikten med kommunikasjonsprosessen er å overføre informasjon. Hvis informasjon ikke kommer frem, har vi et kommunikasjonsproblem. Hvis informasjon ikke sendes, har vi et informasjonsproblem.

Busch og Vanebo (2003) sier at vi kan se på en organisasjon som et nettverk av informasjonsstrømmer, som vil ha fire hovedretninger.

- Nedover i organisasjonen; denne informasjonen er vanligvis knyttet til oppgaver som skal utføres.
- Oppover i organisasjonen; informasjonen omhandler oppnådde resultat, evt. årsaker til manglende måloppnåelse.
- Horisontalt; skjer mellom enkeltpersoner eller avdelinger som arbeider på samme nivå, med det formål å samordne virksomheten.
- Mellom organisasjon og omgivelser; ekstern informasjon har som formål å oppdatere organisasjonens interessenter om hvordan bidrag og belønningsblansen utvikler seg.

Med bakgrunn i interessentmodellen kan vi analysere informasjonsstrømmene mellom de ulike nivåene i organisasjonen. Dette med tanke på bidrag og belønningsbalansen.

For å bedre kommunikasjonen kan vi gå inn i selve kommunikasjonsskjernen, endre organiseringen av informasjonsstrømmen eller skape bedre grunnlag for å oppfatte informasjon. Hvis de ulike individene i en organisasjon har språkproblemer er det nødvendig å gjøre tiltak. Problemet kan løses gjennom opplæring, utvikling av en sterkere organisasjonskultur samt fokus på et miljø preget av trygghet og tillit.

Beslutningsprosessen

For å få innsikt i beslutningsprosessene i en organisasjon, er det nødvendig å behandle flere aspekter. Hvis en operasjonaliserer beslutningsprosessen, ved å dele den inn i faser, kan man lettere analysere de ulike årsaksfaktorene. Som ledd i en problemløsning finner vi; problemidentifisering, alternativer, konsekvenser, valg og gjennomføring.

Den første fasen består i å definere problemet. Dette er en krevende fase, der mangel på informasjon og uenighet om problemområder kan bli utslagsgivende. Målene i en organisasjon forutsetter valg mellom ulike alternativer, som har ulike konsekvenser. Selve gjennomføringen og oppfølgingen av de valg som er tatt, kan bli utslagsgivende for resultatet.

4.0 METODE

En metode angir hvordan og med hvilke fremgangsmåter, som kan anvendes for å kartlegge virkeligheten. Hovedformålet med metoden er å forestå en systematisk måte for innsamling av empiri(data om virkeligheten). Metoden skal sikre validitet (gyldighet av funn), reliabilitet

(pålitelighet av funn) og bygge opp under generalisering i forhold til empiri. Synspunktene rundt hvilken metode som er best egnet til å studere virkeligheten er mange.

Vi vil her beskrive og drøfte ulike metodiske problemstillinger knyttet til valg og begrunnelse for valg av undersøkelsesdesign, datainnsamling, validitet, reliabilitet, generalisering og dataanalyse. Vi vil i denne masteravhandlingen ta i bruk både dokumentanalyse og intervju for å kunne besvare vår problemstilling.

4.1 Om å undersøke egen organisasjon

Og forske på egen organisasjon kan innebære både fordeler og ulemper.. Siden vi alle tre er ansatt i St. Olavs Hospital, er det viktig for oss å være oppmerksomme i forhold til mulige fordeler vi kan ha av dette, men ikke minst se opp for de ”snubletråder” dette kan medføre. Jens Carl Ry Nielsen og Pål Repstad (1993) har i sin artikkel ”Fra nærhet til distanse og tilbake igjen,” sett nærmere på det å analysere sin egen organisasjon. Vi vil i denne undersøkelsen ta for oss det vi mener er fordeler og begrensninger ved slike analyser.

Fordelene ved å undersøke egen organisasjon kan f. eks være at et ønske om endringer kan forsterke engasjementet, og personlig engasjement kan føre til at man blir mer utholdende. Kjennskap til organisasjonens normer, språk og kultur kan gi fordeler i forhold til de som ”står utenfor”, for eksempel kan det være en fordel i intervjusammenheng der det folk forteller må vurderes i lys av den sammenheng det blir presentert. Dersom organisasjonen har vært gjennom kritiske hendelser eller situasjoner og man i tillegg er kjent med disse, kan det medføre at det er lettere å unngå feiltolkninger hvis disse har betydning for det som skjer. I tillegg vil det åpenbart være lettere å avdekke målsettinger som evt. bare er parademålsettinger, dvs. at det er langt fra ord til handling. Det kan videre gi fordel i intervjusituasjonen ved at man kan trekke veksler på egne erfaringer gjennom muligheten til å stille mer presise spørsmål, og derigjennom oppnå mer nyanserte data. Det gir videre en unik mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål.

Inngående og faktisk kunnskap om organisasjonen eller om hvor man kan finne denne kunnskapen, kan også bidra til tidsbesparelser ved at man dermed unngår å skrive, eller videreformidle ukorrekte opplysninger i rapporten.

På den annen side medfører undersøkelse av egen organisasjon også noen åpenbare begrensninger. Her kan nærhet til begivenhetene gjøre at man inntar en ukritisk holdning som følge at man har ”blitt blind” for åpenbare uhensiktsmessige sider ved organisasjonen, og følgelig overtar de vanlige forklaringene på bestemte organisasjonsproblemer. Et annet problem kan være

at det kan bli vanskelig å få relevante data, da mange heller vil uttale seg til forskere som åpenbart oppfattes som en utenforstående. Er intervjueren i tillegg i en eller annen form for maktposisjon er det en fare at folk svarer det de tror man vil høre. I tillegg kan en komme til å stole på at en selv er godt informert og intervjuobjektene kan tro at konsulentene vet mer enn intervjueren. I behandlingen og tolkning av data er det vanskelig å unngå å la seg påvirke av sine forutinntatte meninger og fordommer, samt at det kan være vanskelig å fremstille sannheten pga. etiske problemstillinger og muligheten for å få kritikk fra andre.

Etter vår oppfatning har vi hele tiden hatt en bevisst holdning til denne problemstillingen, og opplever det som positivt at vi har hatt både nærhet og distanse til vår undersøkelse.

En åpenbar ulempe er selvfølgelig at vi som ansatt i organisasjonen vil ha lettere for å godta de svar intervjuobjektene gir, mens utenforstående i større ville kunne ha stilt oppfølgings spørsmål for å få utdypet svarene.

Når vi skal analysere informasjonen vi har samlet inn, kan disse klargjøringene ha betydning. På den andre siden har kunnskap om og erfaring fra vi har fra St. Olavs Hospital samt bruk av BU – modellen så langt vært positivt i utformingen av spørsmål til spørreundersøkelser og intervjuguide. I analysen anser vi det positivt med en viss distanse for å unngå at forutinntatte holdninger påvirker tolkningen av informasjonen, men håper likevel å kunne klare denne balansegangen.

4.2 Undersøkelsesdesign

Undersøkelsesdesign kan sies å være en fellesbetegnelse på undersøkelses- og metodevalg tilpasset den konkrete problemstillingen som det velges å forske ut fra. Ulike problemstillinger vil nødvendigvis forutsette ulike undersøkelsesopplegg, avhengig av hvor klare eller uklare de er, om de er forklarende eller beskrivende og om de har som mål å generalisere eller ikke.

Problemstilling og valg av undersøkelsesopplegg har store konsekvenser for undersøkelsens gyldighet og pålitelighet.

Andersen (1999) definerer undersøkelsesdesign som "den kombinasjon af fremgangsmåder vi benytter ved innsamling af data". I flg. Jacobsen (2000) kan undersøkelsesdesign klassifiseres etter to dimensjoner;

1. "om studien går i bredden (ekstensiv) eller i dybden (intensiv)
2. om studien er beskrivende eller forklarende(kausale)".

Vår intensjon er å undersøke hvordan bestiller-utfører modellen fungerer ved St. Olavs Hospital, og da med særlig vekt på spørsmål knyttet til ledelsesmessige og økonomisk prosesser samt nødvendig legitimitet. Vi ønsker m.a.o. å forstå og forklare hvordan bestiller- utførermodellen ved St. Olavs Hospital fungerer og har valgt et intensivt design. Vår forstående og forklarende problemstilling innebærer i utgangspunktet fokus på kausalitet eller årsak - virkning, noe som i metode- litteraturen beskrives som nær sagt uoppnåelig når forskningen foregår i sosiale systemer. I flg. Jacobsen (2000) kan man med fokus på prosess og mekanismer som skaper virkning og/eller fokus på teori som kan forklare hvorfor virkning oppstår, likevel finne sammenhenger mellom sosiale fenomener. Denne tilnærmingen er tett knyttet til de intensive designene der en går i dybden og forsøker å avklare hvorfor noe ser ut til å skape en effekt. Etablering av BU – modellen er etter vår oppfatning avgrenset både i rom, om enn ikke like mye i tid, og Jacobsen (2000;76) benytter Andersen (1997;8-9) for å forklare begrepet case gjennom at "case" kommer av det latinske casus og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. Ordet case er avledet av det latinske casus og cadere som betyr en begivenhet, hendelse eller tilfelle (Kruuse, 1996, ref. i Andersen, 1999). I flg. Yin (1989) er casestudie en empirisk undersøkelse;

- som belyser et samtidig fenomen innenfor det virkelige livs rammer
- hvor grensene mellom fenomenet og den sammenhengen det inngår i ikke er klart - hvor det er mulighet for å anvende flere informasjonskilder til belysning av fenomenet

Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Dette gjøres fordi det bare finnes en eller noen få tilfeller som blir gjenstand for studien, eller fordi det bare er en eller noen få case som er tilgjengelig for forskeren." Case -studier er mest tilpasset studier hvor man ønsker en dypere forståelse av en spesiell hendelse eller hvis man ønsker å beskrive hva som er spesifikt med et spesielt sted, som for eksempel en organisasjon. Vi definerer vår undersøkelse til å være en case -studie der vi ønsker både å beskrive hva som har skjedd, men også få en bedre forståelse av hvilken betydning bruken av BU – modellen har for kjøp av ikke – medisinske varer og tjenester har ved St. Olavs Hospital.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmål 1 er vår intensjon å undersøke om de nødvendige målsettingene for bruk av modellen var tydelig nok, var de godt nok kommunisert til de ulike aktørene og ble de riktige beslutningene fattet.

Ved hjelp av forskerspørsmål 2 er det vår hensikt å undersøke hvilken innvirkning bruken av BU – modellen har hatt for de økonomiske prosessene ved St. Olavs Hospital.

Slik dette var / er tenkt organisert vil teori omkring prinsippal – agentteori stå sentralt, og implementering av en BU – modell vil raskt komme skjevt ut hvis ikke nødvendige avklaringer er foretatt i forkant.

I forskerspørsmål 3 vil det både ovenfor eksterne interessenter, men også interne, være et avgjørende suksesskriterium for innføring og bruk av BU – modellen at legitimiteten er tilstede. Hvis ikke modellen oppnår legitimitet hos interessentene vil en så vidt radikal organisasjonsendring møte mange problemer.

Iflg. Jacobsen (2000:107) er det ingen generelle retningslinjer om hvilke undersøkelsesdesign en skal benytte til de ulike typer av problemstillinger, men nevner som ”rettesnor” at:

- Hvis en er interessert i å forstå eller forklare hva som skjer i en spesiell situasjon, eller å forklare en spesifikk hendelse, bør intensivt design velges
- Hvis en ønsker å generalisere, bør sannsynligvis ekstensivt design velges
- Hvis problemstillingen er uklar eller dårlig forstått, bør sannsynligvis intensivt opplegg velges
- Hvis en ønsker å uttale seg kausalt, bør en velge design som innebærer data fra ulike tidspunkt, aller helst et opplegg der en kan sammenligne en eksperiment- og kontrollgruppe

4.3 Utvelgelse av enheter

Utvalget av enheter til undersøkelsen har stor betydning for påliteligheten og troverdigheten, ut fra om vi kan stole på den informasjonen vi får fra enhetene. Hvilke utvalgskriterier som bør velges avhenger av problemstillingen og om den tilsier en spesiell type utvalg.

Utvelgelse av enheter og utvalg av respondenter bør være formålsorientert ut fra hva slags informasjon vi er ute etter. For å gjøre utvalg har Jacobsen (2000:159-163) skissert ulike steg i denne prosessen:

- Skaff deg oversikt over alle de du ville ønsket å undersøke dersom du hadde ubegrenset tid, penger og analysemuligheter – og så må en bestemme seg for hvilket tidsperspektiv en skal se problemstillingen i lys av
- Del populasjonen inn i undergrupper – etter inndelingsvariabler
- Velg kriterier for utvelgelse av respondenter – for eksempel gjennom tilfeldig utvalg, for å sikre bredde og variasjon, for mye og god informasjon, etter det typiske eller det ekstreme, ved hjelp av ”snøballmetoden” eller kombinasjoner.

I utgangspunktet kan vi si at utvalget av respondenter er optimalt. Samtlige av våre respondenter må kunne sies å være ”håndplukket” med hensyn til problemformulering vi har valgt.

Alle respondentene, både på bestillers og utførersiden, innehar roller i organisasjonen som skulle gi de beste muligheter for å besvare forskerspørsmålene.

For å skape ”balanse” i utvalget har vi intervjuet like mange fra hver side; fire fra utfører og fire fra bestillersiden.

Representanter fra utførersiden er ikke bevisst forsøkt balansert, mens vi på bestillersiden var klar på at vi ønsket svar både fra somatikk og psykiatri.

Dette skyldes at vi er klar over at disse to ”blokkene” representerer helt ulike sider av samme foretak, og man kan forvente at vi får ulike oppfatninger om modellen alt etter hvem vi spør.

Vi har bevisst valgt bort representanter for den øverste ledelsen da vi i første rekke fokuserer på ”hvordan modellen fungerer” og ikke ” hvorfor den fungerer ” som den gjør.

Vi har i vår undersøkelse utarbeidet problemstilling og forskningsspørsmål, og har med dette avgrenset hva vi ønsker å undersøke. For å analysere dette har vi valgt relevant teori til de ulike forskningsspørsmålene. Videre er det nødvendig å operasjonalisere den informasjonen vi har innhentet, og trekke ut noen variabler som kan gi en beskrivelse av hva vi er interessert i ved de enhetene vi undersøker. Uavhengige variabler er variabler som beholder sine egenskaper upåvirket av andre variabler, mens avhengige variabler blir påvirket av de uavhengige variablene. Vi har både i innledning, samt bakgrunn for problemformulering, redegjort for hvordan vi kom frem til akkurat de forskningsspørsmål vi valgte. Med forskningsspørsmål 1 ønsker vi følgelig å se nærmere på om det vi oppfatter som grunnleggende forutsetninger for bruk av modellen var til stede.

I forskningsspørsmål 2 spør vi i hvilken grad innføring og bruk av BU – modellen har påvirket de økonomiske prosessene ved St. Olavs Hospital mens vi i forskningsspørsmål 3 vil vite om aktørene oppfatter at modellen har den nødvendige legitimitet for å kunne lykkes.

4.4 Datainnsamling

Etter at problemstillingen er klar og undersøkelsesdesign valgt må en finne ut hva slags informasjon som skal samles inn, og om en skal samle dette i form av tall (kvantitativt) eller ord (kvalitativt). Hvorvidt en skal velge tall eller ord, eller kanskje begge deler, avhenger av type problemstilling og grad av strukturering av informasjon. Grovt og unyansert kan en si at kvantitative data opererer med tall og størrelser, mens kvalitative data opererer med meninger, og meninger formidles i hovedsak via språk og handlinger i følge Jacobsen (2000:112).

Vi valgte å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse basert på intervju i tillegg til at vi benytter oss av en dokumentanalyse. Vi valgte en kvalitativ undersøkelse med forholdsvis åpne intervjuer, men hadde likevel på forhånd utarbeidet intervjuguide for å strukturere noe slik at vi sikret at vi undersøkte og snakket om de samme temaene med alle respondentene.

I motsetning til en kvantitativ undersøkelse kan en kvalitativ tilnærming være mer åpen ved at få føringer legges forut for informasjonsinnhenting, strukturering og kategorisering kan gjøres i etterkant.

Det knytter seg både fordeler og ulemper til begge tilnærmingene, kvantitativ datainnsamling legger føringer for hva respondenten kan svare fordi vi på forhånd definerer hva det er interessant å få vite noe om (variabler) og hvilke svaralternativer som er relevante (verdier), men gjør at arbeidet med å strukturere og behandle informasjonen blir enklere. Kvalitativ metode legger få begrensinger på hva respondenten kan svare, slik at flere nyanser kan belyses, men denne metoden vil ofte være ressurskrevende både med hensyn til innhenting og bearbeidelse av data. En kvalitativ undersøkelse kan innebære at representativiteten svekkes, slik at det kan bli vanskelig å generalisere ut fra funnene.

4.4.1 Intervju (kvalitativ undersøkelse)

Intervju som metode for datainnsamling er best egnet når relativt få enheter skal undersøkes, først og fremst fordi intervjuformen gjerne er tidkrevende å gjennomføre, men også ressurskrevende når dataene skal systematiseres og behandles da man ofte får store mengder data i form av notater eller opptak. Intervju er videre hensiktsmessig når man ønsker å få frem den enkeltes mening og holdning, samt når vi ønsker kunnskap om hvordan den enkelte tolker et spesielt fenomen eller en hendelse.

Dersom en velger intervjuformen er det nødvendig å foreta valg med hensyn til gjennomføringen, og disse valgene vil kunne påvirke resultatet. Viktige avveininger vil kunne være om intervjuet skal gjennomføres ansikt - til- ansikt eller via telefonen (ressurshensyn), om intervjuet skal være åpent eller strukturert (intervjuguide), hvor intervjuet skal foretas, om hensikten med intervjuet skal være skjult eller åpent, bruk av elektronisk opptak eller ikke, hvor lenge det bør vare og om intervjuet bør gjentas.

Selv valgte vi det som best kan beskrives som et personlig, åpent og delvis strukturert intervju som innfallsvinkel for innhenting av empiri. Valget ble foretatt da vi ønsket å ha en så vidt åpen og ordinær dialog som mulig respondentene. I vår tilnærming kan det forventes få ”fasitsvar”,

men var heller opptatt av hvordan respondentene fortolker det fenomenet vi har valgt å fokusere på. Med basis i utarbeidet intervjuguide gjennomførte vi 8 intervjuer med sentral aktører på hver "side" av BU – modellen.

Vi valgte å benytte elektronisk opptak under intervjuene, samtidig som en av oss noterte stikkord mens den andre gjennomførte intervjuet. Alle intervjuene tok rundt en og en halv time, og etter intervjuene skrev vi dem ut ordrett. I etterkant gjennomgikk vi utskriftene for å lage sammendrag ut fra vår problemstilling/forskningsspørsmål og kategorisering etter variabler vi var ute etter. I flg. Kvale (2001) skal en intervjuguide inneholde emnene som skal tas opp i intervjuet, samt hvilken rekkefølge de skal ha. Et godt intervju spørsmål bør, i flg. Kvale (2001), bidra tematisk til å produsere kunnskap, og dynamisk til å skape en god intervjuinteraksjon. Vi brukte derfor noe tid til å sette oss inn i forholdene i for å få en best mulig utforming av spørsmålene, bl.a. for å ta hensyn til det dynamiske aspektet. Det å være mest mulig kjent med den organisasjonen en skal forske i er et viktig utgangspunkt (Kvale, 2001). Vi antok at dette var særlig viktig med tanke på at det å drøfte en organisasjonsmodell som muligens kan ses på som et "sidespor" i forhold til de presserende behovene de ansatte står opppe i til daglig. Samtidig var vi opptatt av å få best mulig kunnskap ut av intervjuene og organiserte intervjuguiden tematisk etter problemstillingene med utgangspunkt i de teoretiske begrepene som lå til grunn. Nettopp ut i fra antakelsen om at en Bestiller - Utførermodell neppe er det mest sentrale i det daglige arbeidet for de vi intervjuet, valgte vi et delvis strukturert intervju. Når vi hevder " neppe det mest sentrale i det daglige arbeidet" må det forstås dit hen at BU – modellen åpenbart griper inn i hverdagen, men uten at den enkelte respondent er seg dette bevisst i det daglige arbeidet. Konkret formulerte vi noen relativt åpne spørsmål, men med oppfølgingsspørsmål som snevret inn svaralternativene.

4.4.2 Respondenter

Vi var tidlig enig om at vi måtte forsøke å "balansere" respondentene ved at vi valgte like mange fra bestiller som fra utførersiden. I følge Jacobsen (2000) er respondenter de representanter for gruppen vi velger å intervjuer, og i vårt case er det respondenter vi ønsker å forholde oss til. En annen mulighet ville i tillegg ha vært å velge ut "informanter" som i utgangspunktet ikke representerer de enheter vi ønsker å se på, men valgte bort denne muligheten da dette syntes for omfattende.

Ved valg av respondenter var det viktig for oss at disse oppfylte noen kriterier. Fra bestillersiden valgte vi respondenter som til daglig, i større eller mindre grad, måtte forholde seg til internhandelsmodellen. To av disse var ledere, mens de øvrige to innehadde stillinger som sikret

at spørsmål om internhandel var en ”daglig” problemstilling eller sagt på en annen måte; i stor grad var påvirket av prinsippene i internhandelsmodellen.

Fra utførersiden var fordelingen tilnærmet lik med bestillersiden, men siden sistnevnte hierarkisk ikke er bygd på samme måte fremstår disse i en noe annerledes rolle.

Som nevnt tidligere valgte vi åtte respondenter fordelt med fire fra h.h.v bestiller og utførersiden. For denne type undersøkelser anbefaler metodelitteraturen en øvre ramme på tjue respondenter, og siden de argumenterer med at dette er mer enn nok antar vi at 8 må kunne være et tilfredsstillende antall. Vi har bevisst valgt å anonymisere respondentene da vi har en klar oppfatning om at dette ville sikre mer åpenhjertige, valide og reliable svar.

4.4.3 Gjennomføring av intervju

Selv har vi valgt det som må kunne beskrives som det åpne, men strukturerte intervju.

Det rent ”åpne intervju” kjennetegnes ved at undersøger og respondent snakker sammen i det som må kunne karakteriseres som en dialog.

Det at vi velger å benevne vår variant som et strukturert, men likevel åpent intervju, forklares med at selv om vi stilte med forhåndsskrevne spørsmål knyttet til hvert av forskerspørsmålene, forsøkte vi å gi rom for avledninger / sidespor der vi fant dette naturlig.

Litteraturen anbefaler også at man er bevisst på hvor intervjuene finners sted, men her valgte vi bevisst å tilpasse oss til det som passet respondenten best.

Vi hadde på forhånd informert respondentene skriftlig om hensikten med vår undersøkelse, og hadde følgelig formidlet den problemformulering vi hadde valgt. Imidlertid hadde vi ikke på forhånd oversendt forskerspørsmål med tilhørende underspørsmål. Dette var også et bevisst valg for å unngå at respondenten kom til intervjuet med ferdigformulerte svar på samtlige spørsmål. Vi hadde på forhånd informert om at tidsbruken ville ligge på ca. en time, men brukte nesten uten unntak lengre tid på samtlige av respondentene. Riktignok ingen lengre enn 1.5 timer. Rent fysisk valgte vi enten nøytrale intervjusteder, men også respondentenes egne kontor ble benyttet.

4.4.4 Dokumentundersøkelser

I tillegg til å innhente informasjon direkte fra mennesker eller grupper av mennesker – primærdata – kan en også innhente informasjon som er innhentet av andre, skriftlige

sekundærdata. Denne type informasjon er som oftest innhentet på bakgrunn av andre typer problemstillinger og formål, og må derfor behandles i lys av dette, gjennom å være oppmerksomme på utvalg av kilder, hvor, hvem og hvordan dataene er samlet inn, troverdighet og feil i materialet.

Ved dokumentundersøkelser benytter vi en datainnsamlingsmetode som er knyttet til bruk av sekundærdata, m.a.o. data som er utarbeidet av andre enn oss. Som forundersøkelse, og ved utforming av intervjuguide tok vi i bruk dokumentundersøkelser, men også som grunnlag i forbindelse med oppfølging av empirien fra de individuelle intervjuene. De resultatene vi kan trekke av dokumentundersøkelser er nyttig empiri i forbindelse med selve analysedelen.

Jacobsen (2000) trekker frem tre situasjoner der kildegransking/sekundærdata er godt egnet: når det er umulig å samle inn informasjon, det kan være relatert til at det har gått lang tid eller til at det kan være vanskelig å få tilgang til kildene når det er ønskelig å få tak i hvordan andre har fortolket en viss situasjon eller hendelse når en ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort.

Som sekundærdata har vi hatt tilgang til interne dokument / prosjektplaner som gikk forut for etablering av internhandelsmodellen, styreferat som behandlet prosjektet, årsrapporter, strategidokument, møterefertat fra sentral ledergruppe, kontrakter, Brynestadrapporten, men i all hovedsak har vi konsentrert oss om evalueringen av St. Olavs driftsservice og internhandelsmodell. (STOD – rapporten)

Jacobsen (2000) skiller mellom offentlige kontra private kilder, og personlige kontra institusjonelle kilder. De dokumentene vi benytter oss av faller helt klart inn under offentlige og institusjonelle kilder, men deler av kildene må betraktes som interne dokumenter inne St. Olavs Hospital, og er følgelig ikke tilgjengelig for allmennheten.

Gjennom en kombinasjon av individuelle intervju og dokumentanalyse har vi benyttet oss av metodetriangulering hvor de ulike metodene utfyller, kontrollerer og kontrasterer hverandre, noe som underbygger at oppfattelsen av virkeligheten blir nærmere sannheten ved analyse (Jacobsen, 2000)

4.5 Validitet, reliabilitet og generalisering

Hensikten eller formålet med å gjennomføre en empirisk undersøkelse er å fremskaffe ny kunnskap. Med utgangspunkt i teorier som generell kunnskapsbase vil en lokal undersøkelse kunne frembringe ny kunnskap. utfordringer knyttet til undersøkelsen blir å sikre at resultatene og konklusjonene er gyldige og til å stole på.

Med validitet menes at informasjonen (empirien) vi innhenter må være gyldig og relevant, det vil si at vi faktisk måler det vi ønsker og måle, og at det vi har målt oppfattes som relevant; at det vi har målt hos få også gjelder for flere. Det foretas et skille mellom intern validitet – intern gyldighet, og ekstern validitet – generaliserbarhet/overførbarhet. Den interne gyldigheten går på om resultatene oppfattes som ”riktige”, og vil kunne være gjenstand for skjønsmessige vurderinger ut fra at endelige sannheter sjelden er å finne. Hvor ”riktig” et resultat da er, avhenger av om også andre har samme oppfattelsen, og testing av gyldigheten (validering) vil være en test av resultater overfor andre mennesker. I forhold til intern validitet blir utfordringen operasjonaliseringen av variablene ut fra teorien. Ekstern validitet omhandler i hvor stor grad funnene fra undersøkelsen kan generaliseres eller overføres til andre, både i tid og rom. I forhold til kvalitative metoder er det sjelden at hensikten er å generalisere fra utvalget av enheter til en større gruppe enheter. Som oftest er hensikten å forstå og utdype begreper og fenomener, men styrken er at den kan brukes til å utvikle mer generelle teorier, men hvorvidt denne er gyldig blir vanskelig å si.

Ved datainnsamling er det flere forhold det må tas hensyn til. Blant annet må det arbeides aktivt med at vi gjennom våre valg kan påvirke påliteligheten og gyldigheten av de funn vi gjør.

I følge Jacobsen (2000) er viktige spørsmål i en slik sammenheng:

- Validitet som beskrives som intern gyldighet av de funn vi gjør eller sagt på en annen måte; om empiri og konklusjoner vi trekker er riktige
- Reliabilitet beskriver påliteligheten av våre funn; hvor godt kan vi stole på den empirien vi har samlet inn
- Generalisering eller ekstern validitet av funn; kan vi generalisere ut fra de funn vi mener å ha gjort

4.5.1 Validitet

Når begrepet valid ofte benyttes i forbindelse med undersøkelser henvises det til den informasjonen (empirien) vi innhenter må være gyldig og relevant. Sagt på en annen måte; at vi faktisk måler det vi ønsker å måle, og at det vi har målt oppfattes som relevant og at det vi måler også gjelder for flere. Her foretas det gjerne et skille mellom det vi benevner som intern validitet – intern gyldighet, og ekstern validitet – generaliserbarhet/overførbarhet. Den interne gyldigheten går på om resultatene oppfattes som ”riktige”, og vil kunne være gjenstand for skjønnsmessige vurderinger ut fra at endelige sannheter sjelden er å finne. Hvor ”riktig” et resultat da er, avhenger av om også andre har samme oppfattelsen, og testing av gyldigheten (validering) vil være en test av resultater overfor andre mennesker. I forhold til intern validitet blir utfordringen operasjonaliseringen av variablene ut fra teorien. Ekstern validitet omhandler i hvor stor grad funnene fra undersøkelsen kan generaliseres eller overføres til andre, både i tid og rom. I forhold til kvalitative metoder er det sjelden at hensikten er å generalisere fra utvalget av enheter til en større gruppe enheter. Som oftest er hensikten å forstå og utdype begreper og fenomener, men styrken er at den kan brukes til å utvikle mer generelle teorier, men hvorvidt denne er gyldig blir vanskelig å si.

I flg. Jacobsen (2000) kan den interne gyldigheten testes enten ved å kontrollere undersøkelsene og konklusjonene mot andre, eller gjennom å foreta en kritisk gjennomgang selv. Her valgte vi den siste fremgangsmåten både av hensyn til tidsbruk, men også fordi en slik undersøkelse kunne belaste systemet ytterligere.

Vår tilnærming tar utgangspunkt i modeller og teorier som vi antar vil belyse vår problemstilling. Vi har deretter operasjonalisert de teoretiske begrepene til gode variabler som igjen danner utgangspunkt for spørsmålene i spørsmålsguiden. Som nevnt tok vi utgangspunkt i noen hovedspørsmål og utfyllende oppfølgingsspørsmål. Vår erfaring fra intervjuene var at det ikke alltid var like naturlig å ta med alle eller de samme oppfølgingsspørsmålene i forhold til de ulike respondentene. I tillegg konkretiserte vi spørsmålene på ulik måte alt etter hvordan den enkelte respondent hadde behov for utfyllende kommentarer. Dette innebærer at vi antakelig har hatt noe ulikt fokus i forhold til de ulike respondentene, noe som kan representere en feilkilde i materialet. Kvaliteten på de operasjonaliserte variablene eller det Andersen (1999) kaller definisjonsvaliditet oppfatter vi som hensiktsmessig. De fleste begrepene oppfattet vi som enkle å operasjonalisere, noe vi også fikk bekreftet i det vi oppfattet som entydighet i forståelse og svar fra respondentene. Vi erfarte underveis at noen av variablene krevde utdyping og forklaring overfor de fleste respondentene.

Det vil alltid være et spørsmål om det empiriske begreps- og variabelutvalg vi foretok vil være det korrekte for å belyse akkurat den problemstilling vi valgte, men ser likevel i ettertid at vi sitter igjen med tilstrekkelig og god nok informasjon og at de i tillegg gir oss tilstrekkelig med svar på den problemstillingen vi valgte.

Vi antar i tråd med Andersens (1999) definisjon at vi har rimelig bra relevans i våre data. Vi ser at vi ved å ha færre teoretiske innfallsvinkler kunne ha gått mer i dybden i forhold til effekten av Bestiller-utfører modellen. På den annen side var vi opptatt av helheten og intervjuene vi gjennomførte kan tyde på at det er begrenset hvor mye dypere det var hensiktsmessig å gå i forhold til respondentens kjennskap og oppfatning av denne modellens effekt.

To viktige valideringss spørsmål er, i flg. Jacobsen (2000), om man får tak i de riktige kildene og om de samme kildene gir riktig informasjon. Som det fremgår av tidligere kapittel var kriterier for valg av respondenter representert fra ulike sider med ulike oppgaver og ulik fagbakgrunn. Og sist men ikke minst var vårt ønske å få snakke med personer som hadde synspunkter i forhold til arbeidsplassen sin. Vi fikk respondenter som fylte disse kriteriene, og respondentene fremstår i tillegg som meget kunnskapsrike og erfarne personer. På denne bakgrunn vil vi konkludere med at vi fikk de "riktige" respondentene. Da samtlige respondenter hadde direkte erfaring med Bestiller - Utførermodellen i sitt daglige arbeid, må vi anta at de fyller kravet til førstehåndskilder og nærhet til modellens effekt. (Jacobsen 2000). Når det gjelder respondentenes vilje (Jacobsen, 2000) til å gi riktig informasjon, erfarte vi at alle respondentene var åpne og positive og nysgjerrige i forhold til vårt prosjekt. Det er ingen ting som tilsier at den informasjonen vi fikk ikke var "riktig".

I følge Jacobsen (2000) skal man også være oppmerksom på, og som i enkelte tilfeller kan påvirke gyldigheten, er at de forskjellige respondentene ikke hadde samme fokus og kanskje heller ikke fikk, eller ble utsatt, for samme stimuli. Vi oppfattet vel likevel at respondentene uoppfordret ga oss den informasjonen vi var i behov av, og at vi uten problemer fikk del i refleksjoner og resonnement som gikk langt utover det vi hadde forventet eller hadde håpet på i forkant.

I flg. Jacobsen (2000) vil det alltid være en begrensning på hva en forsker kan få ut av sekundærdata, da disse ofte er skreddersydd for det den opprinnelige datainnsamleren. Vi må altså vurdere kildens kvalitet og kompetanse.

Jacobsen (2000) hevder også at det er en gylden regel at informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet. Som nevnt har vi i vår undersøkelse intervjuet åtte respondenter fordelt på to grupper. I tillegg har vi gjennomgått en rekke dokumenter og benyttet metodetriangulering for å sikre best mulig informasjon. Våre respondenter var ikke enige i alt, og all informasjon i dokumentene er ikke like relevant, men vi mener likevel å ha fått et bredt og godt tilfang av informasjon om effekten av bestiller-utfører modellen.

Ekstern gyldighet/validitet

I flg. Jacobsen (2000) dreier ekstern gyldighet seg om i hvilken grad fenomener og/eller populasjonen fra en undersøkelse kan generaliseres. Stake (1994, ref. i Kvale 2001) beskriver tre former for generaliserbarhet; naturalistisk generalisering som er basert på personlige erfaringer, statistisk generalisering som er basert på sannsynlighetsberegninger fra et tilfeldig utvalg og analytisk generalisering som innebærer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene i en studie kan brukes i en annen situasjon. Schoefield (1990, ref. i Kvale 2001) har foreslått tre generaliseringsspørsmål:

- Det som er - hvor man prøver å komme fram til det typiske, generelle, vanlige.
- Det som kan være - her antas det at de mest avanserte kasusene vil kunne gi funn som
- Det som kunne være – dreier seg om å se hva som skjer i ideelle og eksepsjonelle situasjoner.

Vår hensikt med å studere bestiller-utfører modellen ved St. Olavs Hospital var som nevnt å forstå hvordan Bestiller-utfører modellens fungerte i forhold til områder som ledelse, økonomiske gevinster samt legitimitet. Vårt undersøkelsesdesign må beskrives som intensivt og vi har valgt respondenter og dokumenter som vi mente kunne gi oss særlig god informasjon om effekten av bestiller-utfører modell ved sykehuset. På denne bakgrunn kan vi konstatere at vi ikke har et tilfeldig utvalg som gir grunnlag for en statistisk generalisering. Vi kan følgelig ikke på grunnlag av våre funn trekke konklusjoner i forhold til andre organisasjoner hva angår effekten av Bestiller-utfører modellen. Det kan likevel tenkes at vi gjennom en mer analytisk generalisering kan benytte våre funn i andre situasjoner. Det finnes en rekke ulike varianter av bestiller-utfører modell. Modellen som benyttet ved St. Olavs kan slik sett representere ett eksempel og kategoriseres som det som kan være, og slik sett bidra til en generell utvikling av bestiller-utfører modellen som styringsvirkemiddel. Tatt i betraktning at det i Sverige er eksempler på kommuner som avviker denne modellen, kan kanskje dataene som omhandler sammenhengene mellom

modell og effektivitet være nyttig som bidrag for å vurdere hva som må til for at bestiller-utfører modellen skal være et styringsvirkemiddel som fremmer effektivitet og legitimitet.

4.5.2 Pålitelighet/reliabilitet.

Med reliabilitet menes at informasjonen (empirien) må være pålitelig og troverdig, og i det ligger bl.a. at undersøkelsen må være til å stole på, at det ikke er trekk ved selve undersøkelsen som har skapt resultatene eller at den er beheftet med åpenbare målefeil som gjør at resultatene blir feil. Dersom en kan benytte samme metode og få samme resultat flere ganger, sies det at undersøkelsen har høy pålitelighet. Undersøkelsens pålitelighet påvirkes av mange forhold, som at undersøkelsesopplegget påvirker de som undersøkes (undersøkelses- og konteksteffekt) og ved unøyaktig eller slurvete nedtegning og analyse av data. Jacobsen (2000)

Som vi drøftet under validering er vi alle tre ansatt ved St. Olavs Hospital noe som kan påvirke informasjonstilfanget. Intervjuene var planlagt og respondentene fikk beskjed i rimelig tid i forveien. Vi var opptatt av å gjøre situasjonen så ufarlig som mulig og brukte tid på å informere om prosjektet og oss selv, samt hva hver enkelt av respondentene representerte av utdanning og arbeidserfaring. Det at samtlige av intervjuene ble foretatt enkeltvis kan også i seg selv ha påvirket enkelte i forhold til aktivitetsnivå og åpenhet. Det at forholdet mellom oss som intervjuere og den enkelte respondent fremstod som likeverdige med tanke på plassering i ”hierarkiet” bidro etter vår oppfatning til det aktivitetsnivå og den åpenhet som preget intervjusituasjonen. Etter noe erfaring kan vi slå fast at det å fordele ordet blant oss på intervjusiden kanskje fremstod som det mest problematiske i selve intervjusituasjonen. Vi hadde i alt for liten grad forberedt oss på hvem som skulle stille spørsmål, og uten at det på noen måte kunne oppfattes som ubehagelig kunne utenforstående få et inntrykk at respondenten til tider var litt under kryssild. I tillegg kan bruken av digital opptaker ha påvirket hvor frittalende respondentene var. Som nevnt ovenfor opplevde vi respondentene som aktive og åpne og vi har ingen holdepunkter for å anta at respondentene ble berørt nevneverdig av verken undersøkernes eller konteksten.

Når det gjelder registrering av data valgte vi som nevnt både notatformen og opptak ved bruk av digital opptaker. Vi transkriberte alle intervjuene ordrett og notatene ble renskrevet. Vår fremgangsmåte ga oss, slik vi ser det, nøyaktige gjengivelser av utsagn og refleksjoner, noe som bidro til en mulighet for å se både detaljer og helhet i datamaterialet.

Hva gjorde vi for å sikre best mulig validitet/reliabilitet?

Som det fremgår av drøftingen ovenfor har vi vært opptatt av å få til best mulig validitet og reliabilitet i denne undersøkelsen. Vi la i utgangspunktet mye arbeid i å få til best mulig operasjonaliserbare variabler og god definisjonsvaliditet. Vi valgte metodetriangulering for å sikre best mulig data og la vekt på å få tak i riktige respondenter. Intervjusituasjonen ble tilrettelagt i kjente men nøytrale lokaler. Vi la vekt på at intervjusituasjonen skulle bli så trygg som mulig. I tillegg var vi opptatt av å få mest mulig fullstendige data ved å bruke digital opptaker samt transkribere alle intervjuene fullt ut, pluss at en av "forskerne" tok notater.

4.6 Dataanalyse og tolking av data

Kvalitative metoder med åpne intervjuer vil gi et rikt og omfattende informasjonsmateriale, og utfordringen blir da hvordan en skal kunne trekke ut noe fornuftig av informasjonsmengden. Dette må gjøres gjennom å redusere kompleksiteten, gjennom forenkling og strukturering. Kvalitative tilnærminger benyttes for å få frem mangfoldet av ulike perspektiver, nyanser og synspunkter, men dersom en ikke reduserer og systematiserer materialet vil det gi liten mening utover at det er samlet inn. Som nevnt tidligere er kvalitativ tilnærming fleksibel, skille mellom planlegging, gjennomføring og analyse er ikke klar, det er mulig å "gå frem og tilbake" i løpet av prosessen, slik at metoden hele tiden kan tilpasses den nye kunnskapen en får. Jacobsen (2000)

Å analysere kvalitative data dreier seg grovt om tre ting:

- å beskrive – grundig og detaljert beskrivelse av de dataene vi har, i neste omgang annotere dataene (lage en sammenfatning av hvert intervju)
- å systematisere og kategorisere – utsiling og forenkling av informasjonen. Kategoriseringen skal skje ut fra dataene, annen teori/empiri og andres oppfatning av begrepene
- å sammenbinde – fortolke data, lete etter meninger, årsaker, forsøke å generalisere eller å bringe en viss orden inn i data.

For å unngå mest mulig synsing samt oppnå troverdighet i drøftingen, har vi hele tiden hatt som utgangspunkt at analysene skal styres av teori, noe som medfører at valg av annen teori kunne ha ført til andre funn og konklusjoner.

I flg. Andersen (1999) går all analyse av data ut på å kategorisere innsamlet empiri i den hensikt å beskrive det en hadde funnet frem til. Han beskriver analyse som:

- "adskillelse af en helheds enkeltdele og
- undersøgelse af disse enkeltdeles relationer til hinanden og eventuelt til helheden."

I vår dataanalyse sto vi da overfor hvilke valg vi skulle gjøre for å kunne trekke noe fornuftig ut av den informasjonsmengden vi hadde til rådighet. Vi valgte i hovedsak å følge Jacobsens (2000) beskrivelse av innholdet i en analyse, med først å beskrive dataene så systematisere og kategorisere, for deretter å sammenbinde disse.

Beskrivelsen av dataene ble gjort ved at rådataene, som var notater og opptak med elektronisk opptaker, henholdsvis ble renskrevet og transkribert umiddelbart etter intervjuene. Fordelen med dette var at vi alle tre fikk tilgang på det samme komplette materialet for analysen. Utfordringen var å strukturere og kategorisere stoffet med varierte, detaljerte og nyanserte beskrivelser av ulike sider ved bestiller- utførermodellen. Systematisering og kategorisering ble gjort i flere omganger. For å skaffe oss en første oversikt over informasjonen, kategoriserte vi med utgangspunkt i spørsmålene fra intervjuguiden.

Vi har i vår analyse valgt å ta utgangspunkt i våre forskningsspørsmål, for så å koble empiri og relevant teori under hvert av disse. Vi forsøker også å se sammenhenger mellom de ulike spørsmålene der dette er relevant for å skape helhet i analysen. Vi er klar over at vår analyse kan påvirkes av våre egne erfaringer og oppfatninger, men håper en drøfting ut fra teori vil begrense subjektive meninger.

4.7 Metodevurdering

Vi har i dette kapitlet forsøkt å beskrive hvilke metodevalg vi har gjort i forbindelse med vår undersøkelse, og da sett ut fra vår valgte problemstilling og teorivalg. Vi har gjennom arbeidet med oppgaven lært at det er viktig å være oss bevisste de valg vi til enhver tid gjør, som "forskere" har vi foretatt avgrensninger med hensyn til hva vi kan finne ut gjennom valg av problemstilling, teori og metode. Ingen undersøkelse evner å beskrive den fulle og hele sannhet slik at det blir vesentlig å være klar over at vi dermed også har valgt bort andre problemstillinger og eventuelle funn som også kunne ha hatt betydning for å få et fullstendig og helhetlig bilde av det som har skjedd og skjer. Det blir da viktig med åpenhet – i betydningen av at vi så langt som mulig gjør eksplisitt de valgene vi har foretatt i løpet av forskningen, for først når valgene er

eksplisitte kan de utsettes for kritikk - og først da kan det vurderes hvor god forskningen har vært (Jacobsen, 2000).

Når en skal foreta empiriske undersøkelser blir det viktig å være klar over begrensninger og problemstillinger vi stilles overfor. Jacobsen (2000) oppsummerer disse i tre hovedområder; en praktisk, en politisk og en etisk side. Å gjennomføre undersøkelser er ofte ressurskrevende, og for å få en god undersøkelse er det viktig på forhånd å skaffe seg oversikt over hva som kreves av ressurser, av tid og innsats og penger til selve gjennomføringen. Denne ressurstilgangen vil legge premisser for omfang, valg og evt. resultater en i ettertid kan trekke av undersøkelsen.

Vi stilles overfor etiske dilemmaer i forhold til enkeltindividene vi undersøker og i forhold til oppdragsgiver og samfunn for øvrig. Vi har valgt tema og problemstilling på fritt grunnlag, undersøkelsen er derfor ingen bestilling i forhold til en oppdragsgiver. Det har likevel vært viktig for oss å være oppmerksomme på dette aspektet i og med at vi alle tre er ansatt ved St.Olavs Hospital, jfr. problemstillinger om å undersøke egen organisasjon.

Overfor respondentene opereres det ofte med tre grunnleggende krav som bør tilfredsstilles; informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. I informert samtykke ligger at informantene deltar frivillig og har tilstrekkelig kompetanse, informasjon og forståelse til å kunne vurdere evt. farer og gevinster ved å delta i undersøkelsen. Informantene har også krav på privatliv, og selv om skillet mellom hva som er privat og ikke-privat i jobbsammenheng kan være uklar, bør en tilstrebe å sikre informantene anonymitet slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner ut fra de innsamlede dataene. Når data presenteres er det viktig at disse presenteres på en korrekt måte, og her stilles vi overfor problemer med at ikke alt kan gjengis fullt ut og i sin fullstendige sammenheng, vi som forskere må trekke ut, sammenfatte og tolke – og det gir rom for mulige misforståelser og feiltolkninger som kan påvirke gyldigheten av resultatene. Vi forsøkte overfor samtlige respondenter å informere både om oss selv og hensikten med undersøkelsen, men det er alltid en fare for at det ikke blir tilstrekkelig.

4.8 Operasjonalisering av forskerspørsmål

Vi har formulert vår problemstilling på følgende måte:

”Hvordan fungerte innføringen av en bestiller – utfører modell ved St. Olavs Hospital, og hvordan fremstår modellen i dag?”

- Hvilken betydning har ledelsesprosessene hatt for effekten av bestiller utførermodellen?
- Hvilken innvirkning har bestiller- utførermodellen hatt for de økonomiske prosessene ved St. Olavs Hospital?
- Hvilken legitimitet har bestiller- utførermodellen ved St. Olavs Hospital?

4.8.1 Operasjonalisering av forskerspørsmål 1

Med utgangspunkt i ledelsessystemet i den konseptuelle foretaksmodellen er det flere viktige hensyn som må ivaretas for at innføring av BU –modellen skal lykkes.

Før vi går inn på ledelsesfunksjonene er det nyttig å se de organisatoriske sammenhenger knyttet til transformasjonssystemet. Ser vi på organisasjonsstrukturen regulerer den arbeidsfordeling, avdelingsstruktur, koordineringssystem og fordeling av beslutningsmyndighet. Med tilfredsstillende effektivitet som formål, vil et bilde av organisasjonsstrukturen gi et bakteppe til å besvare de ledelsesmessige utfordringene knyttet til BU modellen.

Ut fra BU- modellen har ledelsesfunksjonen to dimensjoner; forhandling og kontraksoppfylling. Innføring av BU – modellen representerer noe nytt i vår type organisasjon, og forutsetter bruk av 4 grunnleggende prosesser:

- Målsettingsprosessen
- Kommunikasjonsprosessen
- Beslutningsprosessen
- Samspillprosessen

Gjennom målsettingsprosessen er det viktig at målene blir konkretisert gjennom kontraktsforhandlinger. Her kan man også avdekke hvorvidt det foreligger målkonflikter samt sikre at bidrags – belønningsbalansen opprettholdes

Ved hjelp av kommunikasjonsprosessen kan det skapes forståelse og aksept for organisasjonens visjon, mål og midler som igjen kan medføre meningsskapende prosesser som kan operasjonaliseres i opplæring, utvikling av en sterkere organisasjonskultur samt gi et miljø preget av tillit og trygghet.

For å utdype kommunikasjonsprosessen kan det være nyttig å trekke inn atferdssystemets forståelse av organisasjonskultur. Kulturen preger atferden til medlemmene, og beskriver hva som motiverer deres handlinger.

Med bakgrunn i ulike beslutningsmodeller vil vi forsøke å avdekke hvilke prosesser som har funnet sted, og hva som var motivet for de valg som ble foretatt.

Ser vi på prinsipal -agentteori er den spesielt rettet mot styringsproblemer i prinsipal - agent relasjonen.

Samspillprosessen er tydelig på at i en organisasjon vil medlemmene stå i en kontinuerlig interaksjon med hverandre, og det kan utvikle seg i retning samspill eller motspill. I dette perspektivet blir det interessant å trekke inn begrepet makt. Den sier noe om avhengigheten mellom interessentene og hvilke maktkilder den enkelte aktør innehar.

4.8.2 Operasjonalisering av forskerspørsmål 2

Slik dette var / er tenkt organisert vil teori omkring prinsipal – agentteori stå sentralt, og implementering av en BU – modell vil raskt komme skjevt ut hvis ikke nødvendige avklaringer er foretatt i forkant.

I all hovedsak vil prinsipal – agent i denne sammenheng representeres ved h.h.v sykehusledelse og eier som prinsipal mens STOD og klinikkene vil representere agenter.

Dette forhindrer imidlertid ikke at man i enkelte tilfeller kan se forholdet mellom bestiller og utfører som forholdet mellom prinsipal og agent.

I denne sammenhengen vil bestiller ha rollen som prinsipal mens utfører blir agenten.

Som blant annet Busch og Vanebo sier vil det gjerne være tre hovedproblemer knyttet til vanskelige agentrelasjoner:

- ulik målstruktur hos prinsipal og agent
- asymmetrisk informasjon
- ulik risikoaversjon hos prinsipal og agent

I en slik sammenheng vil det være avgjørende for partene at man har felles målsetting i forhold til ønsket resultat.

I følge Public choice teori vil også byråkrater innen offentlig forvaltning nyttemaksimere, og ikke nødvendigvis gjøre det som fremstår som rasjonelt riktig. Maktforholdet internt i organisasjonen kan utdype bildet av forholdet mellom prinsipal og agent, og hvor vellykket BU modellen er som styringsverktøy.

Kostnadene knyttet til alle kontroll- og styringsrutiner kan betegnes som prinsipalens styringskostnader. Det er da nyttig med et skråblikk til transformasjonssystemet for å se sammenhengen mellom organisasjonsstruktur og styringskostnader. Når vi i denne oppgaven stiller spørsmål om hvordan BU modellen fungerer ved St Olavs Hospital, vil det å belyse ulike sider ved styringskostnadene være hensiktsmessig.

Sett ut fra et prinsipal- agent- teoretisk synspunkt, der opportunisme står sentralt, vil det være interessant å se hvilke strategier som er tatt i bruk for å redusere slik atferd og til hvilken kostnad. BU modellen har som utgangspunkt å utøve variasjoner av kontroll for å bedre økonomistyring.

Transaksjonskostnader vil bli et annet viktig punkt under forskerspørsmål 2

St Olavs Hospital har i all hovedsak valgt å ikke konkurransutsette enheter ved STOD. En sitter da igjen med et internt marked, med transaksjonskostnader som følge av kontraktsforhandlinger, nye styringssystemer og kontrollaktiviteter. Med bakgrunn i Williamson må det alltid foretas en avveining i forholdet mellom å redusere agentkostnader og eventuelt andre positive effekter med B/U modellen, opp mot økningen i transaksjonskostnadene.

Vi vil videre ha fokus på kontraktsteori som er viktig for å kunne regulere interessentenes behov i en koalisjon.

4.8.3 Operasjonalisering av forskerspørsmål 3

I motsetning til de fleste private organisasjoner henter de offentlige sine ressurser fra andre steder enn markedet. Dette forutsetter høyere grad av legitimitet, og det er følgelig viktig å skape inntrykk av effektivitet ovenfor ”bevilgende instanser”.

Både ovenfor eksterne interessenter, men også interne, vil det være et avgjørende suksesskriterium for innføring og bruk av BU –modellen at legitimiteten er tilstede.

Suchman deler legitimitet inn i pragmatisk legitimitet basert på nytte eller interesse, normativ som forutsetter at handlingene ligger innenfor aksepterte normer mens kognitiv legitimitet baserer seg på organisasjonens handlinger tas for gitt.

De ulike legitimitetsformene griper inn i alle delsystemene i den konseptuelle foretaksmodellen hva St.Olavs Hospital angår. Det være seg legitimiteten til bruk av markedsinspirerte modeller i det offentlige, og om det er samsvar mellom organisasjonsstruktur og økonomisk effektivitet. Opplevelsen av ledelsessystemets gjennomføring av kontraktsforhandlinger må også oppnå legitimitet hos interessentene ved at organisasjonen oppnår ønskede belønninger. Hvis ikke modellen oppnår legitimitet hos interessentene vil en så vidt radikal organisasjonsendring møte mange problemer

4.8.4 Spørsmål til respondentene

Rent metodisk har vi valgt å stille bestiller/utføresiden de samme spørsmål. Dette fordi vi tror at det vil fremkomme bedre balanserte svar, med at modellen blir vurdert fra to sider innad i samme organisasjon. Det vil også belyse kommunikasjonsstrømningene i organisasjonen, og hvorvidt bestiller og utfører har samme forståelse og "språk" for å beskrive modellen. En mister kanskje de rent spesifikke svarmulighetene som ligger i å rendyrke spørsmål til hver side, men vinner forhåpentligvis å få et bedre oversiktsbilde over de ulike tolkninger av prosessene som er førende i samarbeidet mellom bestiller og utfører.

Vi har kategorisert spørsmålene til respondentene under hvert forskerspørsmål. For å tydeliggjøre forbindelsen mellom teori og spørsmål til respondentene ytterligere, har vi brukt overskrifter fra de ulike teoribolkene under hvert forskerspørsmål.

1) Hvilken betydning har ledelsesprosessene hatt for effekten av bestiller utførermodellen?

A) Målsettingsprosessen

- Opplever du at målsettingen ved innføring / bruk av Bu – modellen er tydelig nok?
- Opplever du at målsettingen er godt nok forankret i ledelsen av klinikkene
- Er det etter din oppfatning et tydelig skille mellom bestiller og utfører

B) Kommunikasjonsprosessen

- Hvordan fungerer informasjonsstrømmene rundt bruk av modellen innad i organisasjonen? (nedover, oppover, horisontalt)
- Sitter du med en opplevelse av at modellen er implementert på de ulike ledelsesnivåer i organisasjonen

C) Beslutningsprosessen

- Har modellen styrket enhetenes rolle og mulighet for å planlegge og styre personell, aktiviteter og økonomi?
- Det er gjort evalueringer av modellen, opplever du da at det er gjort forandringer på bakgrunn av disse rapportene?(Ny probleidentifisering, alternativer, konsekvenser, valg og gjennomføring)

2) Hvilken innvirkning har bestiller utføremodellen hatt for de økonomiske prosessene ved sykehuset?

A) Prinsipal-agent teorien

- Opplever du at bruken av BU- modellen som verktøy for mål og resultatstyring bidrar til økt kostnadsbevissthet?
- Hvilken gevinst skulle den enkelte part ha i å opptre økonomisk rasjonelt?

B) Transaksjonskostnadsteori

- Opplevs ressurser brukt til kontraktsforhandlinger, nye styringssystemer og kontrollaktiviteter å være i samsvar med forventet gevinsten ved økt økonomisk effektivitet og økt kvalitet på tjenesten?

C) Kontraktsformer

- Mener du at kontraktene bidrar til at målene om bedre økonomisk styring nås lettere?
- Hvor delaktig er du i kontraktsforhandlingene, eller prosessene som leder frem til forhandlingene?
- Har du erfaring/fått tilbakemelding på at det brukes mye tid for å følge opp og gi tilbakemelding på utførers kontraktforpliktelser?
- Har du erfaring/fått tilbakemelding på om de valg bestillersiden tar ved bestilling av varer og tjenester er tatt på bakgrunn av pris eller overordnede føringer? Kostnadsbevissthet kontra hierarkisk lojalitet?

3) Hvilken legitimitet har bestiller utførermodellen sett fra St. Olavs Driftsservice og klinikkene?

Av praktiske årsaker ser vi det ikke som hensiktsmessig å gjengi detaljert hvordan respondentene forhold seg til svar direkte knyttet til begrepet legitimitet. Rent reliabilitetsmessig vil det å spørre direkte om modellens legitimitet bli utfordrende, og vi så det raskt som mer hensiktsmessig å avlede grad av legitimitet av forutgående spørsmål.

4.8.5 Empiri og analyse

Vi har i metodedelen redegjort for de valg vi har gjort, både i forhold til problemstilling, teori og metode. Vi har valgt å se bruk av Bestiller– Utførermodellen ved St. Olavs Hospital som case for

vår masteroppgave. Modellen ble besluttet innført i forbindelse med innføring av helseforetaksreformen, men var i utgangspunktet et selvstendig valg ved St. Olavs Hospital. Bruk av BU – modellen er på mange måter en naturlig oppfølger til de tanker som også ble lagt til grunn ved opprettelse av Helseforetak som for en stor del fratok politikerne muligheten for styring. Hele modellen med etablering av Helseforetak etter modell av privat virksomhet må kunne sies å ha lånt det meste av sitt tankegods fra NPM tradisjonen, og bruk av BU – modellen føyer seg inn i denne rekken.

Vi valgte problemstillingen ” Hvordan fungerer BU – modellen ved St. Olavs Hospital og utarbeidet tre forskningsspørsmål med tilhørende underspørsmål.

For å kunne foreta denne analysen gjør vi et forsøk på å avdekke hvilke grep som ble foretatt på det ledelsesmessige plan både ved etableringen og i etterkant, og fokuserer da særlig på områder som målsetting, kommunikasjon og beslutninger. Vi har i tillegg valgt å undersøke hvorvidt BU – modellen har gitt de økonomiske gevinster som man forventet, og om modellen med sine markedsinspirerte prinsipper har den nødvendige legitimitet for å kunne lykkes.

Nærmere beskrivelse av metoden vi anvender er gjengitt i metodekapittelet.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i den konseptuelle foretaksmodellen som teorigrunnlag for analysen, men vil selvfølgelig også benytte annen relevant teori.

I analysen har vi videre valgt å organisere etter forskningsspørsmålene og har koblet teori og empiri i vår drøfting av de ulike temaene. Vår faglige bakgrunn, ikke minst gjennom MPA-studiet, og vår yrkeserfaring har påvirket valg av teori og metode. Valg av teori og metode påvirker igjen valg av problemstilling og analysen, ved at vi avgrenser det vi ønsker å se på, og dermed velger bort andre sider ved bruk av BU – modellen. Dette har imidlertid vært nødvendig for å systematisere og analysere den informasjonen vi har samlet inn. Videre vil våre egne erfaringer, holdninger og subjektive oppfatninger kunne påvirke analysen, men vi håper at vi ved å ta utgangspunkt i relevant teori greier å være mest mulig objektive.

Målet med vår undersøkelse og analyse er ikke å finne årsak - virkningsforhold som direkte kan overføres til andre situasjoner, men heller gi en beskrivelse av BU – modellens ”rolle” i St. Olavs Hospital og prøve å finne sammenhenger mellom de endringer som er gjort og måloppnåelsen. Vi håper vår undersøkelse kan gi en bedre forståelse av hvilken betydning de endringer man gjør har for resultatet, og dette kan også være av interesse det videre arbeidet hvis man også i fremtiden velger å benytte seg av BU - modellen.

Vi har strukturert kapittel 5 slik at dokumentanalyse kommer under kapittel 5.1, transkribering av respondentenes svar kommer under 5.2 mens analyse av intervjuene kommer under punkt 5.3.

5.0 ANALYSE

5.1 Dokumentanalyse

Vi vil nå foreta en analyse av det vi oppfatter som et kjernedokument knyttet til internhandelsmodellen ved St. Olavs Hospital, "Evalueringen av St. Olavs Driftsservice og internhandelsmodellen," som kom ut i 2007. Vi oppfatter dette som et viktig dokument av flere årsaker. Når vi skal finne ut hvordan innføringen av bestiller- utfører modellen fungerte ved St. Olavs Hospital, er det vesentlig å danne seg et historisk bilde av hva som har skjedd. Evalueringsrapporten gir innblikk i hvordan internhandelsmodellen fungerte i 2007, samt at den innehar en rekke data knyttet til hvordan implementeringsprosessen artet seg. Rapporten kommer også avslutningsvis med forslag til tiltak, som det er naturlig at vi tar med oss når vi skal se på hvordan modellen utviklet seg fra 2007 og fram til i dag.

I forbindelse med denne oppgaven har vi gått gjennom en rekke dokumenter knyttet til internhandelsmodellen; Strategidokumenter, styringsdokumenter og møtereferater fra styremøter hos Helse Midt Norge og St Olavs Hospital, samt "Rapport fra rådgivingsgruppe for økonomistyring ved St. Olavs Hospital HF." "Evalueringen av St. Olavs Driftsservice og internhandelsmodellen," gjengir slik vi ser det alle vesentlige data fra disse dokumentene. Rapporten redegjør også for det teoretiske grunnlaget ved en bestiller- utførermodell. Slik vi ser det fremviser rapporten i svært liten grad sammenhengene mellom data fra implementeringsprosessen og funn gjort i spørreundersøkelser og intervjuer, heller ikke konsekvensene av disse funnene sett fra et teoretisk perspektiv. Med bakgrunn i teori knyttet til økonomi og den konseptuelle fortaksmodellen, vil vi i denne analysen forsøke å identifisere disse sammenhengene i lys av vår problemstilling.

Vi velger å starte med en kort presentasjon av hovedtrekkene i rapporten, for deretter å foreta en analyse ut fra relevant teori. Avslutningsvis vil vi trekke fram de funn vi gjør sett i lys av vår problemstilling og tilhørende forskerspørsmål.

Vi vil omtale "Evalueringen av St. Olavs Driftsservice og internhandelsmodellen" som "STOD-rapporten," da dette er en mye brukt betegnelse.

5.1.2 Evalueringen av St. Olavs Driftsservice og internhandelsmodellen

I juni 2007 ble evalueringsrapporten "Evaluering av St. Olavs driftsservice og internhandelsmodell" fremlagt. Bakgrunnen for evalueringen, slik rapporten beskriver, var at St. Olavs Hospital da var inne i en omstillingsprosess med målsetting å tilpasse virksomheten til de økonomiske rammene. Det påpekes også at behovet for å evaluere modellen for internhandel, ble ytterligere styrket av "Rapport fra rådgivningsgruppe for økonomistyring ved St Olavs Hospital HF" av 5.2.2007, også kalt "Brynestadrapporten."

I kapittel 1 "Bakgrunn for evalueringsprosjektet" vises det til at rapporten hadde som hensikt å belyse følgende tema:

- *"Om hensikten med etableringen av forretningsenheten STOD er oppfylt.*
- *Om internhandel har bidratt til effektivisering av hhv bestillende og utførende enheter.*
- *I hvilken grad STOH gjennom bruk av internhandelsmodellen har fått styringsmekanismer som fremmer mer effektiv ressursbruk."*

Som et grunnlag for evaluering av internhandelsmodellen ved St. Olav, viser rapporten til to alternative modeller som det er aktuelt å evaluere opp mot. Det vises da til den gamle forvaltningsmodellen, og visjonen og forretningsideen ved bestiller- utførermodellen.

Evalueringen ble lagt opp som en bred prosess, der man gjennom spørreundersøkelser og intervjuer, rettet seg både mot utførersiden og bestillersiden. Følgende hovedkonklusjon fattes i evalueringsrapporten:

"St. Olavs Hospital HF bør fortsatt velge internhandel som grunnleggende prinsipp for leveranse av ikke medisinske varer og tjenester". I forhold til den modellen som har vært forsøkt praktisert siden 2004, må man velge en enklere og mer bestillerorientert internhandelsmodell."

5.1.3 Analyse

Med bakgrunn i vår teoretiske plattform vil vi nå foreta en analyse av "Evalueringen av St. Olavs Driftsservice og internhandelsmodellen." Vi har i vår oppgave valgt å konsentrere oss om prosessene knyttet til internhandelsmodellen, for å identifisere hvordan modellen har fungert. Som bakteppe vil vi starte opp med en gjennomgang av det rapporten betegner som planlagt implementering av modellen og hva som faktisk skjedde.

5.1.4 Fra oppstart til evaluering

Evalueringen gir ingen samlet fremstilling av hendelsesforløpet ved implementeringen av internhandelsmodellen, men presenterer disse data stykkevis på ulike steder i rapporten. Vi velger å samle denne informasjonen i to tidslinjer; ”planlagt implementering” og ”reelt hendelsesforløp.”

Planlagt implementering:

-2003-----2004-----2006-----

Opprettelsen av STOD	Opprettelsen av internt marked iht. ny øk.modell	Konkurransetsetting av STOD
----------------------	--	-----------------------------

Den planlagte implementeringen av ny økonomimodell gikk tilsynelatende etter skjema fram til 2004. I samsvar med den overordnede målsetting, om at "den som initierer ressursbruken må betale for bruken," ble kostnadene til internhandel lagt inn i klinikkbudsjettene. Rapporten påpeker så i kapittel 2:

"Etter hvert oppsto det usikkerhet vedrørende prisene og kostnadene til internhandel, med den konsekvens at fra og med 2005 rapporterte klinikkene på resultat før internhandel."

Videre beskriver rapporten i kapittel 1:

"Siden 1.1.2006 har imidlertid modellen vært reversert noe, basert på at STOD igjen skulle styres gjennom kostnader."

Det at klinikkene skulle rapportere før internhandel og at STOD skulle kostnadsstyres, forstår vi som at en da hadde reversert både den opprinnelige tidsplanen og viktige elementer i internhandelsmodellen.

Reelt hendelsesforløp

--2003-----2004-----2005-----2006-----

Opprettelsen av STOD	Opprettelsen av internt marked ihht. Ny økonomi modell	Klinikkene rapporterer før internhandel	STOD kostnadsstyres
----------------------	--	---	---------------------

Som følge av at modellen ikke fulgte planlagt implementering, valgte STOD- rapporten i 2007 å evaluere internhandelsmodellen ved St. Olavs Hospital, opp mot den gamle forvaltningsmodellen og visjonen og forretningsideen ved innføringen av Bestiller- utfører modellen.

"Fordi internhandelsmodellen aldri ble implementert fullt ut i samsvar med den ideelle modellen, er det i praksis en variant av en ufullstendig internhandelsmodell som skal evalueres i dette prosjektet opp mot disse to alternativene (Red. anm. viser tilbake til forvaltningsmodellen og visjonen og forretningsideen ved innføringen av Bestiller- utfører modellen)."

Forvaltningsmodellen beskrives som en rammefinansiert ordning, der klinikkene betraktet tilførselen av ikke medisinske varer og tjenester som et "gratis" gode med få eller ingen incitament i forhold til å bruke mer eller mindre av en vare/tjeneste. Visjonen og forretningsideen ved innføringen av BU- modellen, refererer slik vi forstår det til det teoretiske grunnlaget for å innføre en slik modell.

Så langt har vi identifisert hvordan implementeringen av modellen ikke har fulgt planlagt progresjon, og i tillegg at deler av prosessen har blitt reversert.

Vi ønsker nå å se mer spesifikt på rapportene med bakgrunn i relevant teori.

5.1.5 Økonomisk teori

Bestiller- utfører modellen

Viktige deler av bestiller- utfører modellen bygger på NPM søylen som representerer fokus på økonomi og marked. En bestiller- utfører modell innebærer etablering av interne markedssituasjoner og legger til rette for eventuell konkurranseutsetting av tjenestene. Busch et. al (2005) viser til Walsh (1995) peker på at interne markeder representerer 3 prinsipper.

- Etablering av separate roller mellom bestiller og utfører.
- Etablering av interne kontrakter som regulerer forholdet mellom bestiller og utfører.
- Etablering av et system for prissetting som støttes av regnskapssystemer.

Busch og Vanebo (2001) beskriver mulig organisering ved et kvasimarked på følgende måte:

- Etablering av stabsavdeling som fungerer som bestiller og en separat utføreravdeling.
- Etablering av detaljert kontrakt som spesifiserer hva som skal produseres, til hvilken pris og etter hvilke retningslinjer.

- Utfører blir ikke budsjettfinansiert, men får overført midler til det som er oppført i kontrakten, og får et klart ansvar for å holde kostnadene under den avtalte pris .

Rapporten beskriver innføringen av en internhandelsmodell ved St. Olavs Hospital i 2004. Slik vi ser det tilfredsstillende etableringen av internhandelsmodellen ved St Olavs hospital, de tre prinsippene Walsh presenterer for interne markeder.

”STOD ble etablert i 2003. Siden 2004 har de levert sine varer og tjenester basert på en internhandelsmodell som bl.a. innebærer at det er etablert egne leverandør- bestilleravtaler og at klinikkene har blitt avregnet for de tjenester driftsservice har utført.”

I forhold til den mulige organiseringen av et kvasimarked, som Busch og Vanebo beskriver, er det bare etableringen av en stabsavdeling for bestillersiden som ikke er gjennomført.

Rapporten sier også noe om hvilke forventninger en kan ha til innføring av en bestiller- utfører modell.

”En bestiller- utførermodell kan bidra til å:

- *Tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen*
- *Tydeliggjøre innhold og kvalitet på tjenestene*
- *Sikre klar viten om hva en skal drive*
- *Konsentrasjon om driftskompetanse*
- *Tilgang på virkemidler slik at ansvaret blir reelt*
- *Dokumentasjon på at driften er som forventet*
- *Opplive konsekvensene av egen innsats”*

Rapporten peker på flere områder hvor innføring av en bestiller- utfører modell, har påvirket organiseringen av STOD og leveringingen av ikke- medisinske varer og tjenester.

Rapporten beskriver hvordan innføringen av modellen har bidratt til å styrke opplevelsen av enhetsledernes rolle og tjenestetilbudet ved STOD.

”Internhandelsmodellen har styrket enhetsledernes rolle og mulighet for å planlegge å styre personell, aktiviteter og økonomi.”

”Delvis som følge av internhandelsmodellen har STOD styrket mange av sine tjenestetilbud.”

Samtidig sier rapporten noe om økt bevissthet og kompetanse rundt drift ved utførersiden.

”STOD er blitt betydelig mer fokusert på forretningsdrift ved at det er utarbeidet forretningsplaner, SWOT analyser og tiltaksplaner beregnet på forbedrings- og effektiviseringstiltak.”

”Modellen har også medført betydelig løft av kompetanse på ledernivå i avdelingene (red.anm. viser da til STOD).”

Selv om opplevelsen i STOD peker mot at internhandelsmodellen har bidratt til å styrke enheten, fremhever rapporten slik vi ser det at de målbare effektene av innføringen av en bestiller- utfører organisering er vanskelig å konkretisere. Rapporten knytter dette til at det som et ledd i foretaksreformen ble bestemt at psykiatrifunksjonen i fylkeskommunen skulle innlemmes i St. Olavs Hospital. Fusjonen mellom somatikk og psykiatri ble gjennomført i løpet av 2003-2004.

”Vi kan ikke se hvor mye av effektivitetsforbedringene som er relatert til stillingsbesparelser, og hvor mye som er relatert til økt produktivitet i avdelingene.”

”Det vil alltid kunne være en diskusjon om effektiviseringstiltakene er et resultat av internhandelsmodellen, eller om det er virkninger som ville kommet uavhengig av modellvalg, men som en følge av generelle tjenestetilpasninger.”

Ser man på bestillersiden sier rapporten noe om bestillernes manglende påvirkningskraft i forhold til modellen.

”På bakgrunn av manglende opplæring og involvering av bestillersiden, har det kun vært et lag på banen – bestillersiden ble ikke involvert, og kontrakter og tjenestebeskrivelsene ble laget for mye på leverandørsidens sine premisser.”

Bestillersidens forhold til tjenesteleveranser og effektivisering, kan muligens være et resultat av manglende involvering i implementeringsprosessen.

”..men fortsatt er det et gap mellom hvordan STOD oppfatter sin leveransedyktighet og hvordan denne oppleves på bestillersiden.”

”På bestillersiden er det med små unntak ikke satt i gang egne effektiviseringstiltak knyttet til modellen.”

Selv om det foreligger ulike oppfatninger om betydningen av internhandelsmodellen, viser rapporten til et område der opplevelsen til respondentene fra både hos bestiller og utførersiden peker i samme retning.

”Den største effekten av dette forsøket med internhandel er at man i klinikkene har fått større fokus på priser og kostnader. Både klinikkene og spesielt leverandørene har blitt mer prisbevisst.”

Økt kostnadsbevissthet er slik vi ser det en ønsket effekt av en interhandelsmodell. Dette vil likevel bare være en del av markedselementet i modellen. Vi opplever at rapporten i liten grad omtaler hvordan internhandelsmodellen fungerte, i forhold til det vi forstår som de grunnleggende markedsmekanismene i et internt marked. Rapporten gjengir det som betegnes som overordnede målsetninger for internhandelsmodellen, samt de kravene som i utgangspunktet ble stilt til STOD. Ut fra vår forståelse, er det en viktig forutsetning for at markedsmekanismene i et internt marked skal fungere, at disse målsetninger og krav innfries.

”Overordnede målsetninger:

- *Arbeide mot en ny fremtidig økonomimodell som bygger på forutsetninger om full økonomistyring på desentralt inntektsskapende nivå.*
- *Detaljeringsgrad og nøyaktighet på 100 %*
- *Kun avdelinger / enheter som behandler pasienter skal ha inntekter som sykehuset får fra eier*
- *Tilnærmet full kostnadsbelastning ut på avdelinger som får inntekter allokert, noe som innebærer internprising på leveranse fra støtte- / servicetjenestene*
- *Mest mulig realitetsreflektering under de fordelinger / allokeringer som gjøres*
- *Minst mulig administrativ oppfølging når økonomimodellen er gjennomført”*

”St. Olavs driftsservice skal være

- *konkurransedyktig på et eksternt marked*
- *levere varer og tjenester på forretningsmessig grunnlag til kjernevirksomheten ved St. Olavs Hospital og til andre kunder*
- *skape sin inntekt gjennom salg av etterspurte leveranser*
- *styres på nettoresultater og for øvrig styres som om de var egne selskaper*
- *operere med priser som baserte seg på reelle kalkyler, inklusiv kapitalkostnader.”*

I det foregående kapittelet beskrev vi den planlagte implementeringen av internhandelsmodellen, fra oppstart av STOD i 2003 til konkurranseutsetting i 2006, og det reelle hendelsesforløpet der

en ender opp med det rapporten betegner som en ufullstendig modell. Vi vil hevde at viktige elementer for å få markedsmekanismene i internhandelsmodellen til å fungere, ikke lenger er tilstede når bestiller rapporterer før internhandel og utfører kostnadsstyres.

De overordnede målsetningene beskriver en allokering av inntekter fra eier til avdelingene, og tilnærmet full kostnadsbelastning ved kjøp av ikke- medisinske varer og tjenester. Rapporten beskriver at det etter hvert oppsto usikkerhet vedrørende prisene og kostnadene til internhandel, med den konsekvens at fra og med 2005 rapporterte klinikkene på resultat før internhandel. Slik vi forstår det oppsto det altså problemer i forhold til det som beskrives i hovedmålsettingen som internprising på leveranse fra støtte og servicetjenestene. Når det ble ubalanse i forhold til priser og kostnader ved internhandel, ville det ikke lenger være samsvar mellom allokerede inntekter til klinikkene (med de underliggende avdelingene) og kostnader knyttet til internhandel. En kunne da ikke lenger inkludere disse kostnadene i klinikkbudsjettene, med den konsekvens at klinikkene begynte å rapportere på resultat før internhandel. I en fullstendig modell kunne innsparing eller overforbruk på ikke- medisinske varer og tjenester, innebære overførbar gevinst på et annen del av driften eller fremtvinge innskrenket aktivitet. Med manglende sammenheng mellom kostnader til varer og tjenester og det øvrige avdelingsbudsjett, forsvinner dette elementet. Et viktig grunnlag for markedsmekanismer er borte.

I kravene til STOD fremgår det at enheten skal fungere som et eget selskap, der drift finansieres av inntekter ved salg av tjenester. Rapporten beskriver at siden 2006 har STOD igjen blitt kostnadsstyrt, som før internhandelsmodellen ble igangsatt. Når klinikkene begynte å rapportere før internhandel, grunnet problemer knyttet til priser og kostnader, virker det for oss forståelig at dette ville få konsekvenser for STOD. En kan anta at det ble vanskelig for STOD å fungere som et eget selskap, dimensjonert etter bestillersnes behov, hvis pris og kostnadskalkyler ikke stemte. Kostnadsstyring innebærer kontroll av kostnader innenfor en gitt ramme. En kan da slik vi ser det få en dreining av fokus hos utførersiden, fra å levere tjenester på et forretningsmessig grunnlag til å begrense omfanget av de tjenester som leveres for å holde budsjett. Utførersiden vil da inneha likhetstrekk med slik enheten fungerte under forvaltningsmodellen.

Rapporten påpeker at et bærende element i modellen er valgfrihet hos bestillersiden. Dette innebærer at det må finnes et fungerende marked hvor bestiller kan henvende seg for å kjøpe tjenester til beste pris og kvalitet. Rapporten stiller spørsmålsteget ved hvor hensiktsmessig det er med mange ulike leverandører av en tjeneste på et begrenset geografisk område. Det stilles også spørsmålsteget ved muligheten eksterne leverandører har for å være konkurransedyktige med

STOD. Slik vi ser det vil det uansett være vanskelig å konkurransetsette STOD, når markedsmekanismene i det interne markede ikke fungerer.

Kontraktsteori

For å regulere bidrag og belønningsbalansen til interessentenes i en koalisjon, der de ulike interessene skal tas hensyn til, får man som resultat av forhandlinger kontrakter mellom partene. Greve og Ejersbo (2001) sier at kontraktsbegrepet behandles teoretisk i prinsipal/agent litteraturen, og i transaksjonsomkostningslitteraturen. I prinsipal/agent litteraturen er kontraktinngåelse et viktig redskap for prinsipalen til å kontrollere agentens opportunistiske atferd. I transaksjonskostnadslitteraturen fokuseres det på de ressurser som brukes på å skrive kontrakter, å kontrollere dem, og til syvende og sist hvor det da er lavest transaksjonskostnader. I transaksjonskostnadsteori er det valget mellom kontraktsformer og transaksjonskostnader som er sentrale.

Transaksjonskostnadene er knyttet til:

- Selve overføringen mellom to funksjoner
- Kontraktsforhandlinger
- Kontroll av kontraktsoppfyllelse
- Kontraktsbrudd

Når det kommer til transaksjonskostnader er dette beskrevet i rapporten som vanskelig å si noe presist om. Rapporten viser til at det ikke er foretatt undersøkelser hverken i STOD eller ute blant klinikkene for å identifisere transaksjonskostnadene eller transaksjonsinnsparelsene. Rapporten sier også noe om kunnskapene i organisasjonen knyttet til transaksjonskostnadene.

”Spørreundersøkelsen viser for det første at begrepet transaksjonskostnader ikke er godt kjent i organisasjonen, verken på bestiller eller utførersiden.”

Samtidig vises det til svært begrensede transaksjonskostnader.

”På bestillersiden er disse aktivitetene (Red. anm. viser da tilbake på kontroll av kontraktsoppfyllelse) rapportert å ta svært lite tid, blant annet på grunn av dårlig verktøy som genererer til dels uforståelige rapporter. Vi tror derfor ikke at transaksjonskostnadene er vesentlig høyere enn ved forvaltningsmodellen, men dette er et utsagn som kun bygger på antakelser, basert på spørreundersøkelser og intervjuer.”

I rapportens kapittel om transaksjonskostnader er det overnevnte data som fremkommer. For å se nærmere på prosessene knyttet til transaksjonskostnader velger vi å se på et senere kapittel i STOD- rapporten, 6.4.2. "Internhandelsmodellen og klinikkene (bestillerne)," der det gis mer informasjon vedrørende kontraktene.

Det vises til at utviklingsprosjektet der man fikk frem utkast til avtaler, kun skjedde i et samarbeid mellom STOD og eksterne konsulentfirma. Dette peker STOD rapporten på som en klar svakhet.

"I ettertid ser man at STOD i mye større grad skulle ha involvert bestillersidene i disse utviklingsprosessene. I tillegg til at man da ville hatt avtaler basert på den enkelte klinikks reelle behov, ville en slik prosess bidratt til at klinikkene ville ha fått økt kunnskap og forståelse for hvilke utfordringer og muligheter internhandel innebar for dem."

Videre beskriver rapporten at bare en begrenset del av de opprinnelige kontraktene fortsatt er i bruk.

"De delene av kontraktene som fortsatt benyttes er forhandlingene av volum på varer og tjenester i forhold til budsjettåret."

Vi ser da at avklaringer av tjenesteleveranser, kvalitet og pris ikke lenger er gjeldende. Dette understrekes i anbefalingen om utforming av nye kontrakter.

"Nye kontrakter må i større grad ta utgangspunkt i klinikkens behov for avklaring av tjenesteleveranser, kvalitet og volum i tillegg til pris."

I STOD rapporten hevdes det i kapittelet om transaksjonskostnader at disse kostnadene er marginale. Det pekes da på at vanskelig tilgjengelige rapporter ikke gjennomgås, og at det da går lite ressurser på kontroll. Når det i kapittelet "Internhandelsmodellen og klinikkene (bestillerne)," fremkommer at det i hovedsak bare forhandles om volum, kan en hevde at det forklarer de lave transaksjonskostnadene. Verdien av å bruke tid på kontroll vil være begrenset når forhandlingene kun er fokusert på volum. Slik vi forstår teorien skal kontraktsforhandlingene, kontroll og oppfølging av brudd, være drevet av ønsket om å redusere kostnader ved klinikkene. Når kun volum står igjen, fungerer ikke elementene i modellen slik transaksjonskostnadsteorien skisserer.

Busch et. al (2005) peker på at ulempen med markedskontrakter, kontra hierarkiske kontrakter, er at markedskontraktene medfører økte transaksjonskostnader. Når det ved det interne markedet

ved St Olavs Hospital vanskelig kan identifiseres økte transaksjonskostnader, kan det altså hevdes at dette viser at markedskontraktene ikke fungerer slik de var tilsiktet å gjøre. Intensjonen med at markedskontrakter skal erstatte hierarkiske kontrakter for å redusere opportuniste, vil ikke innfries i den grad som påpekes i transaksjonskostnadsteori.

For å se nærmere på kontraktsdelen av den innførte bestiller- utfører modellen ved sykehuset, er det igjen nyttig å gå tilbake til teorien. Busch og Vanebo (2000) skiller mellom 3 former for kontrakter:

- Markedskontrakter: detaljert transaksjonsspesifisering med pris som viktigste styringsmekanisme
- Relasjonskontrakter: Vanskelig spesifiserbare transaksjoner gjør tillit til en viktig styringsmekanisme
- Hierarkiske kontrakter: Organisasjonen har en ordregivende myndighet og den viktigste styringsmekanismen er autoritet.

Da ”ny økonomimodell” ble innført i 2004, representerte dette en overgang fra ren hierarkisk kontraktstyring til en bestiller- utfører modell med et prinsipp om større vekt på markedskontrakter. Både bestillere og utførere ville fortsatt være underlagt en felles sykehusledelse og eier, slik tilfellet var ved St Olavs Hospital. Autoritet ville da fortsatt være tilstede som styringsmekanisme.

Internhandelsmodellen ble reversert i to trinn. Først ved at bestillersiden i 2005 begynte å rapportere før internhandel, deretter ved at utførersiden fra 2006 igjen ble kostnadsstyrt. Vi tenker da at balansen i styringsmekanismer også ville bli påvirket. Sett ut fra teorien kan en da se for seg en vridning fra styringsmekanismer med klare elementer av pris ved markedskontrakter, til tilnærmet samme hierarkiske kontrakter som var gjeldende før modellen trådte i kraft.

Viktige styringsmekanismer i de ulike kontraktsformene er altså pris, tillit og autoritet. Busch og Vanebo (2003) deler kontraktene inn i 2 typer.

- Formelle kontrakter: Skriftlige, og gyldighet er angitt for hvilket tidsrom det opereres i. Autoritet og pris er de viktigste styringsmekanismer.
- Psykologiske kontrakter: Beskriver et sett av uskrevne forventninger mellom medlemmene i organisasjonen og eksterne interessenter. Organisasjonskulturen ligger ofte til grunn i slike kontrakter, og tillit er den viktigste styringsmekanismen.

Vi finner mange av elementene i formelle- og psykologiske kontrakter igjen i det som betegnes som harde og myke kontrakter. Busch et. al.(2002) sier at ved bruk av bestiller- utfører modellen i et internt marked kan det skilles mellom harde og myke kontrakter. De harde kontraktene har presise krav og regulerte former for konfliktløsning, mens de myke kontraktene vektlegger sterkere tillitsrelasjoner og mer generelle formuleringer. Greve og Ejersbo (2005) sier at i nyere kontraktsteori forlades de harde kontraktmodellene til fordel for de myke relasjonelle kontraktsoppfatninger.

Ved innføringen av internhandelsmodellen ble det utarbeidet detaljerte kontrakter mellom bestiller og utfører. Vi har tidligere vist at bestillersiden ikke var deltagende i prosessen rundt kontraktutforming og at dette skapte problemer i implementeringsprosessen. Praktiseringen av kontraktene viste seg i følge STOD- rapporten å øke problemene.

”Dette (Red. anm . viser tilbake på klinikkens vansker med å implementere modellen) har blitt forsterket av aktørene fra STOD som i sin kontakt med bestillerne har praktisert modellen til dels firkantet og byråkratisk med sterkt vekt på pris og formelle avtaler og mindre effekt på kundetilfredsstillelse og service.”

Greve og Ejersbo (2005) sier at i nyere kontraktsteori forlades de harde kontraktmodellene til fordel for de myke relasjonelle kontraktsoppfatninger. Vi mener å kunne identifisere at det fra STOD sin side ble lagt for sterkt fokus på harde kontrakter. Vi mener også å se konturene av at for sterkt fokus på harde kontrakter fra utførersiden, reduserte tilliten til STOD fra bestillerne. En tillit som en kan hevde ble ytterligere svekket av prismodeller det var vanskelig å forstå.

”Vanskene med å forstå de prismodellene som lå til grunn for de ulike varer og tjenester har vært en gjenganger når det gjelder bestillerens syn på hva som har vært negativt med modellen.”

Busch et. al.(2005) viser til Vincent- Jones og Harris som sier at tillit, felles problemløsning og fornuftig blanding mellom formell og uformelle styringselementer er hovedfaktorene for et vellykket internt marked.

Vi har tidligere påpekt hvordan kontraktene i realiteten ble begrenset til bare å omhandle volum. Ved at en fortsatt velger å forholde seg til kontraktsstyring, vil det innebære at tillitsdimensjonen blir enda mer aktualisert i forholdet mellom bestiller og utfører. Reverseringen av modellen, med et da sterkere fokus på hierarkiske kontrakter, bringer da autoritet tilbake som den styrende mekanisme. Selv om volum er den eneste reelle forhandlingselement, opprettholdes prising av

varer og tjenester. Dette skaper en hybrid kontraktstype der designet av kontrakten er markedsstyrt, mens det egentlige styrende i kontrakten er en hierarkisk kontrollfunksjon. Tillitsdimensjonen som fremheves som viktig i interne markeder, blir utfordret med at det slik vi ser det kan skapes en forvirring i forståelsen av kontraktene og forhandlingene som skal regulere forholdet mellom bestiller og utfører.

Busch et. al (2005) viser til Roberts, Le Grand og Barlett som hevder at en best beskytter seg mot opportunistisk atferd gjennom gode relasjoner og høy tillit mellom kontraktspartnerne. Med forvirring i forståelsen av kontraktene og forhandlingene, vil elementet tillit som buffer mot opportunisme, være et usikkerhetsmoment.

Det kan da være interessant å se på internhandelsmodellen ved St. Olavs hospital i lys av prinsipal- agent teorien. Busch et. al (2005) viser til prinsipal- agent teorien som eksempel på ny institusjonell økonomisk teori, hvor de økonomiske prinsippene i NPM begrunnes. Bestiller-utfører modellen inneholder både en ide om markedstenkning, samt behovet og ønsket om større grad av styrbarhet. Prinsipal- agent teori er spesielt rettet mot styringsproblemer mellom prinsipal og agent. Busch og Vanebo (2003) skisserer 3 hovedårsaker til problematiske agentrelasjoner:

- Ulik målstruktur hos prinsipal og agent.
- Asymmetrisk informasjon.
- Ulik risikoaversjon hos prinsipal og agent.

I vår oppgave vil sykehusets ledelse i sammen med eierne være prinsipalen, mens klinikkene og STOD som egen enhet, være agentene. Selve innføringen av en bestiller utførermodell, med kontrakter mellom klinikkene og STOD, innebærer at ledelse og eier som prinsipal etablerer kontroll over agentenes atferd. Markedselementene i modellen gjør at bestillerne forsøker å optimalisere sin drift for å begrense sine kostnader, og utførerne tilpasser seg det reelle behovet for varer og tjenester. Sykehusledelse og eier vil som prinsipal da kunne vurdere agentenes ytelse gjennom måling av resultat.

Rapporten beskriver at klinikkene i 2005 begynte å rapportere før internhandel, grunnet problemer i implementeringsprosessen knyttet til priser og kostnader. Når klinikkene ikke lenger ble målt på resultat etter internhandel, oppstod slik vi ser det muligheten for ulik målstruktur mellom prinsipal og agent. Klinikkene kunne ved asymmetrisk informasjon, overdrive sine behov. Markedsmekanismene som skulle regulere forholdet mellom bestiller og utførersiden, ble også satt ut av spill. Når sykehusledelsen i 2006 valgte å kostnadsstyre utførersiden, kan dette

oppfattes som en konsekvens av at klinikkene begynte å rapportere før internhandel. Kostnadskontroll av STOD, innebar at sykehusledelse og eier (prinsipal) igjen valgte å kontrollere utførersiden (agent) tilsvarende ved en forvaltningsmodell. Ved en slik organisering kan utførersiden, ved sterkt press på kostnader, forsøke å medvirke til begrensninger på bestillersiden.

Kontraktsinngåelse er i prinsipal- agent teorien et viktig redskap for at prinsipalen skal kunne kontrollere agentens opportunistiske atferd. I en ufullstendig modell, som den som beskrives i 2007, vil ikke kontrollen av opportunisme kunne skje ut fra den kontraktstyring bestiller-utførermodellen gir mulighet for. Kontrollelementet vil bli ivaretatt mer likt som i en forvaltningsmodell.

Busch og Vanebo (2003) viser til Ouchi (1979) som peker på at måling av agentens ytelse, der det skilles mellom kontroll av atferd og måling av resultat, er en hovedstrategi for å redusere opportunistisk atferd. Sett i lys av den konseptuelle foretaksmodellen er prinsipal- agentteori sentral i koalisjonssystemet når det gjelder å regulere forholdet mellom interessentene i en organisasjon. Ouchi presenterer reduksjon av målkonflikter mellom prinsipal- agent som en annen hovedstrategi for å redusere opportunistisk atferd. Her fremhever han bygging av sterk organisasjonskultur og eller belønningsstruktur som sentralt. Dette leder oss inn mot både atferdssystemet og transformasjonssystemet. Ut fra et normativt utgangspunkt kan forutsetningen om opportunisme ligge til grunn for hvordan organisasjonen organiseres og ledes. Fra et deskriptivt utgangspunkt kan teori om opportunisme benyttes for å forklare hvordan organisasjonen er oppbygd. Vi vil nå se på innføringen av internhandelsmodellen og det videre hendelsesforløpet, med bakgrunn i STOD- rapporten, sett ut fra den konseptuelle foretaksmodellen.

5.1.6 Den konseptuelle foretaksmodellen

Koalisjonssystemet

Busch og Vanebo (2003) sier at man kan se på en organisasjon som samling, koalisjon, av interessenter. De fremhever at et tilfredsstillende belønningssystem er nødvendig for å opprettholde virksomheten. For å regulere deler av bidrags og belønningsbalansen, får vi så kontrakter mellom interessentene. I et så potensielt intrikat system av aktører med ulike mål, vil faktorer som makt og legitimitet være sentralt for å forstå dette samspillet bedre.

Busch og Vanebo (2003) sier at fordeling av makt påvirker samarbeidet mellom interessentene, da den alltid er ulikt fordelt imellom dem, og kan variere over tid. Endringer i organisasjonsstruktur vil nesten alltid føre til endringer i maktstruktur.

I følge Emerson (1962) bestemmes avhengighet og makt av følgende forhold;

1. Dersom A har disposisjonsrett over noe som B trenger for å nå egne mål, kommer B i et avhengighetsforhold til A. Avhengighetsforholdet er proporsjonalt med hvor stor betydning bidraget fra A har for B's totale grad av måloppnåelse.
2. Dersom bidraget fra A kan substitueres med bidrag fra andre parter, reduseres B's avhengighet av A. Avhengighetsforholdet er omvendt proporsjonalt med antall alternativer B kan velge mellom for å skaffe seg det bidraget som tilbys av A.

Slik vi forstår en ideell bestiller- utførermodell ville klinikkene hatt disposisjonsrett over midlene som STOD trenger for å nå sine mål, med andre ord inntekter for å opprettholde sin organisasjon. Ved konkurranseutsetting kunne så STOD operere på et åpent marked med flere alternativer for inntekt, og dermed redusere avhengighetsforholdet til klinikkene.

Rapporten beskriver at implementeringen av modellen skjedde uten at bestillersiden ble inkludert i prosessen.

"I tillegg til at bestillersiden ikke var involvert i utviklingen av modellen, så viser det seg i ettertid at det heller ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon og opplæring. Dette understrekes blant annet som funn som viser at der man i enkelte klinikker har hatt ledere som har krevd og lagt opp til at man i egen enhet skulle få tilstrekkelig informasjon og opplæring fra STOD."

Slik vi ser det endres avhengighet og maktforholdet som et resultat av dette. Når STOD har styrt prosessen med kontraktsutforming og i realiteten definert behovene for både bestiller og utførersiden, havner bestillersiden i et avhengighetsforhold til STOD. Det ser ut som at bestillersiden har manglet rett kompetanse, samt vært fraværende i selve utformingen av modellen. I praksis vil dette medføre at bestillersiden blir avhengig av nøyaktigheten av det STOD definerer som deres behov, og STOD sin kompetanse og bistand i implementeringen. Makt påvirkes altså av avhengighetsforholdet mellom aktørene, noe vi ser kan påvirke balansen mellom bestiller og utfører i St Olavs Hospital. Bakgrunnen for avhengighetsforholdet mellom bestillersiden og STOD, er også interessant å se på som grunnlag for beslutningsprosessene. Vi mener å kunne se konturene av at sykehusledelsen i sin styring av implementeringen av internhandelsmodellen, gav STOD en for dominerende rolle. I forholdet mellom makt og beslutningsprosesser sier Busch og Vanebo (2003) at det er spesielt interessant å se på

maktkildene, når interne forhold i organisasjonen skal analyseres. Det kan virke som at STOD innehadde både posisjonsmakt og makt knyttet til informasjon og ekspertise. En kan også få inntrykk av at STOD hadde makt over fortolkningsrammene. Det kan se ut som at organiseringen av implementeringsprosessen, der det skapes en ubalanse mellom bestiller og utfører, satte STOD i en maktposisjon i forhold til ledelsen av sykehuset.

Legitimitet er et sentralt begrep innen institusjonell teori. Busch og Vanebo (2003) tar utgangspunkt i Suchmann (1995) sin klassifisering av ulike former for legitimitet, og presenterer de 4 formene; pragmatisk legitimitet, legal legitimitet, normativ legitimitet, og kognitiv legitimitet.

Disse legitimitetsformene kan gi et bilde av hvordan en organisasjon oppfattes av sine omgivelser. Rapporten beskriver i det teoretiske grunnlaget at innføring av en bestiller- utfører modell, er ledd i en ny form for organisering som stadig oftere finner sted innen offentlig sektor verden over. Det kan da være legitimitetsskapende for en organisasjon som St. Olavs Hospital, å adaptere strømninger i tiden for å vise sine eksterne interessenter handlekraft. Vi vil i vår analyse av STOD- rapporten konsentrere oss om legitimitet ved implementeringen av bestiller- utfører modellen og status i 2007, sett fra de interne interessentenes ståsted.

Ved innføringen av en bestiller- utførermodell i en organisasjon som tradisjonelt har vært basert på forvaltning, der pasientbehandling er en del av kjernevirksomheten, kan dette utløse en del utfordringer i forhold til tenkemåte. Rapporten beskriver holdninger hos bestillersiden som kan indikere en skepsis til forretningsselementet i modellen, altså den normative legitimiteten ved å blande forretning inn i sykehusdrift.

”På bestillersiden opplever man en del negative holdninger til modellen knyttet til at STOD har så sterkt fokus på forretningsmessig drift.”

En kan allikevel ikke automatisk trekke en konklusjon dit hen at bestillersidens negative holdninger skyldes innføring av forretningsprinsipper i St. Olavs Hospital. Når vi ser hele denne rapporten under ett, mener vi å kunne identifisere at skepsisen til bestillerne i første rekke handler om problemene i implementeringsprosessen. Dette sett i forhold til nytteperspektivet ved modellen, altså den pragmatiske legitimiteten.

Vi har tidligere pekt på hvordan problemer knyttet til priser og kostnader, medførte en reversering av modellen. Slik vi ser det kan holdningene på bestillersiden like gjerne knyttes opp

mot dette forholdet. Rapporten gir ingen direkte svar på hvorfor pris og kostnadskalkylene ikke stemte. Vi opplever at rapporten antyder at dette både skyldes at avtalene ikke var basert på klinikkens reelle behov, men også manglende kunnskap på bestillersiden i forhold til hva som lå til grunn for prisene. Begge forhold kan medføre at utførersiden lett kan bli oppfattet av bestillerne som å ha et for sterkt fokus på forretning.

"I ettertid ser man at STOD i mye større grad skulle ha involvert bestillersidene i disse utviklingsprosessene. I tillegg til at man da ville hatt avtaler basert på den enkelte klinikks reelle behov, ville en slik prosess bidratt til at klinikkene ville ha fått økt kunnskap og forståelse for hvilke utfordringer og muligheter internhandel innebar for dem."

"Vanskene med å forstå de prismodellene som lå til grunn for de ulike varer og tjenester har vært en gjenganger når det gjelder bestillers syn på hva som har vært negativt med modellen."

"Utarbeidelse av kontrakter og tjenesteleveranser har synliggjort kostnadene ved levering av ikke medisinske tjenester på bestillersiden. Samtidig medfører manglende forståelse på bestillersiden for prismodellene at det kan oppstå sub optimalisering ved at nødvendige bestillinger ikke blir utført på grunn av kostnadsnivået på varen eller tjenesten."

Uansett om problemene ved pris og kostnadskalkylene skyltes manglende behovsregistrering eller forståelsen av prismodellene i klinikkene, ble holdningene til bestillerne påvirket av at utførersiden praktiserte modellen firkantet og byråkratisk.

"Dette har blitt forsterket av aktørene fra STOD som i sin kontakt med bestillerne har praktisert modellen til dels firkantet og byråkratisk med sterkt vekt på pris og formelle avtaler og mindre effekt på kundetilfredsstillelse og service."

Den pragmatiske legitimiteten til modellen er altså knyttet til nytteperspektivet ved den. Den skal kunne gi legitimitet innad i organisasjonen ved at den bidrar til å produsere ønskede belønninger til interessentene. Bedre økonomistyring av ikke- medisinske varer og tjenester åpner opp for en allokeringsevinst som kan tas ut i styrking av kjernevirksomhet. Vi har pekt på at holdningene til bestillersiden sannsynligvis er knyttet til hvordan modellen fungerte og/eller manglende kunnskap til den, og dermed til den pragmatiske legitimiteten til modellen.

På utførersiden reflekterer rapporten et annet syn på modellens funksjonalitet, til tross for implementeringsproblemene knyttet til priser og kostnader. Vi opplever at dette peker på at modellen har en høyere pragmatisk legitimitet hos utførersiden.

”Som startpunkt for å bygge opp en forretningsmessig kultur i enhetene, må vi si at det er lagt ned mye godt arbeid i å snu en kultur fra forvaltning til forretning.”

”Til tross for vedtak fra sykehusledelsen om å styre på kostnader, har ledelsen ved STOD klart å opprettholde engasjement og fokus på videreutvikling av modellen.”

”Internhandelsmodellen har styrket enhetsledernes rolle og mulighet for å planlegge å styre personell, aktiviteter og økonomi.”

Selv om implementeringsprosessen har medført ulik oppfatning av modellen, er det likevel en effekt som kan bidra til å gi modellen pragmatisk legitimitet hos både bestiller og utfører.

Rapporten viser at modellen har tilført økt kostnadsbevissthet hos begge parter.

”Den største effekten av dette forsøket med internhandel er at man i klinikkene har fått større fokus på priser og kostnader. Både klinikkene og spesielt leverandørene har blitt mer prisbevisst.”

For sykehusledelsen kan en tenke seg en sammensatt oppfatning av den pragmatiske legitimiteten ved modellen. Bestillersiden ser ikke ut til markant å bedre bidrag og belønningsbalansen til sykehuset, som et resultat av modellen. Det påpekes, med et unntak, ingen effektiviseringstiltak iverksatt på bestillersiden. Utførersiden derimot benytter modellen til å effektivisere driften av egen enhet. Begge enheter opplever økt kostnadsbevissthet som et resultat av modellen. Sett fra et nytteperspektiv kan videreføring av en ufullstendig modell fremstå bedre for sykehusets totale bidrag og belønningsbalanse, enn den gamle forvaltningsmodellen. Ut fra en pragmatisk legitimitet kan det derfor være hensiktsmessig for sykehusledelsen å opprettholde status quo.

Atferdssystemet

Som vi tidligere har beskrevet i teoridelen regulerer atferdssystemet all menneskelig samhandling i en organisasjon. Vi har valgt å rette fokus på kultur og motivasjon som en avgrensning innenfor det organisatoriske atferdssystemet.

Busch og Vanebo (2003) tar utgangspunkt i Schein når de presenterer 3 ulike nivåer ved en organisasjonskultur:

- Grunnleggende antagelser og felles virkelighetsoppfatning
- Verdier og normer
- Kulturuttrykk

STOD- rapporten peker på styrking av enhetslederne.

”Internhandelsmodellen har styrket enhetsledernes rolle og mulighet for å planlegge å styre personell, aktiviteter og økonomi.”

STOD rapporten viser også til en styrking av forretningsselementet etter innføringen av modellen.

”STOD er blitt betydelig mer fokusert på forretningsdrift ved at det er utarbeidet forretningsplaner SWOT analyser og tiltaksplaner beregnet på forbedrings- og effektiviseringstiltak.”

”Som startpunkt for å bygge opp en forretningsmessig kultur i enhetene, må vi si at det er lagt ned mye godt arbeid i å snu en kultur fra forvaltning til forretning.”

Funnene i rapporten viser at STOD har adaptert prinsippene i bestiller- utfører modellen og slik vi ser det skapt en felles virkelighetsoppfatning basert på grunnleggende antagelse om problemløsning. Også når det gjelder verdier og normer ser det ut til at internhandelsmodellen har skapt en standard for hvordan STOD organiserer sitt arbeid.

Virkelighetsoppfatningen på bestillersiden knyttet til effektivitetselementet ved modellen, samsvarer ikke med oppfatningen i STOD.

”Med et unntak har vi i denne kartleggingen ikke funnet eksempler på at klinikker har benyttet mulighetene i internhandelsmodellen til å iverksette effektiviseringstiltak, tilsvarende det som er gjort på leverandørsiden.”

Ulik virkelighetsoppfatning kommer også til uttrykk gjennom holdningene hos bestillersiden til modellen:

”På bestillersiden opplever man en del negative holdninger til modellen knyttet til at STOD har så sterkt fokus på forretningsmessig drift.”

Slik vi ser det har man ikke klart å skape erfaringer på bestillersiden, hvor internhandel som modell er den beste løsningen på samhandling mellom bestiller og utfører. Verdiene og normene som modellen representerer ser heller ikke ut til å ha fått gehør hos bestillersiden.

Man kan hevde at sykehuset som enhet ikke har opplevd innføring av modellen som samlende, sett fra et kulturperspektiv. STOD- rapporten sier lite om hvordan reverseringen av modellen har påvirket aktørenes syn på verdien av systemet som kulturbygger i organisasjonen. Der det skulle

skapes en felles forståelse av verdien av å regulere et indre marked for å optimalisere kostnader og drift, kan man undres på er blitt erstattet av forvirring rundt modellens funksjon og hensikt.

Motivasjon forklarer i stor grad våre handlinger. For bedre å forstå grunnlaget for de prosesser som foregår, når vi står overfor ulike valg, kan det være nyttig å se motivasjon fra et kognitivt utgangspunkt. Busch og Vanebo(2003) viser til Vroom`s likhetsteori, som hevder at vi motiveres til atferd hvis vi forventer at belønningene står i samsvar til de bidrag som ytes. Vi motiveres til atferd som kan gjenopprette likhet.

STOD- rapporten peker på at utfordringer knyttet til ansvarliggjøringen av klinikkene, sammen med at modellen er ufullstendig, vil påvirke belønningsstrukturen.

”Manglende ansvarliggjøring av klinikkene kombinert med en ufullstendig internhandelsmodell gjør at de mangler incitament til å styre på de parametrene ledelsen ved sykehuset ønsker å sette fokus på.”

”Det har ingen konsekvenser at man ikke følger avtalene.”

Samtidig peker rapporten på at kostnadene for klinikkene knyttet til internhandel er relativt begrensede. Dette kommer frem som en atferdsforklaring på hvorfor avdelingssykepleiere og økonomikonsulenter ikke gjennomgår økonomirapportene som blir sendt ut.

”Dette henger også sammen med at rapportenes utforming er vanskelig å forstå, og betydningen for klinikkene av kostnader fra STOD er små, sett i relasjon til andre kostnadsarter.”

Manglende ansvarliggjøring av klinikkene medfører at atferden til aktørene påvirkes. I den grad at de resultat man blir målt etter, slik vi forstår rapporten, ikke blir gjenstand for evaluering og ei heller reaksjon i en ufullstendig modell. Dette forsterkes av at kostnadene for klinikkene knyttet til internhandel er relativt sett små. Totalt sett opplever vi at dette peker på manglende motivasjon hos bestillersiden. Rapporten beskriver ikke manglende motivasjon hos utførersiden med bakgrunn i en ufullstendig modell. Slik vi ser det skulle det for utførersiden medføre større innvirkninger ved en reversering av modellen. Med dette mener vi at hele driftsprinsippet for utførersiden i en idealmødel grunnlegges på salg av ikke medisinske varer og tjenester. Når STOD i 2006 igjen ble kostnadsstyrt endret dette forutsetningen for forretningsmessig drift. Motivasjonen hos de STOD ansatte for å drive forretningsmessig, skulle en tro ble redusert når driften ikke lenger var basert på inntekter fra klinikkene. Når vi ikke finner eksempler på dette i

rapporten, kan dette skyldes vinklingen av rapporten, eller manglende forståelse i STOD på konsekvensene av at modellen ble reversert.

Transformasjonssystemet

Transformasjonssystemet er utviklet for å produsere belønninger for interessentene. Busch et. al (2007) sier det er to dimensjoner i dette systemet for funksjonalitet: organisasjonsstrukturen og teknologien.

Teknologi angir de instrumentelle sammenhenger i transformasjonsprosessen, altså sammenhengen mellom belønning og bidrag. Busch og Vanebo (2003) trekker frem 3 dimensjoner i teknologibegrepet.

- Utstyr, det vil si fysiske og tekniske hjelpemidler som brukes i produksjonsprosessen, f. eks bygninger, maskiner, transportmidler, datamaskiner osv.
- Teknikker eller metoder, prosedyrer og rutiner som mennesker benytter seg av i transformasjonsprosessen.
- Kunnskap om transformasjonsprosessen, med det mener vi de faglige kunnskapene og ferdighetene som mennesker benytter seg av i produksjonsprosessen.

Slik vi forstår organiseringen av en bestiller- utførermodell vil utførerorganisasjonen være en selvstendig enhet, organisert som et eget selskap, der man baserer sin eksistens på salg av varer og tjenester. De ressurser som tilføres fra omgivelsene (bidragene), må transformeres over til varer og tjenester. Ved St. Olavs Hospital innebærer dette at klinikkene kjøper ikke- medisinske varer og tjenester av STOD. Samtidig kompliseres bildet av at både STOD og klinikkene er samlet under samme organisasjonsparaply med felles ledelse og eier.

Hvis STOD hadde fungert som et selvstendig selskap, ville slik vi ser det en maksimering av resultat være hovedmotivasjon. De interne prosessene som medvirker til dette kunne rendyrkes. I en internhandelsmodell er det andre faktorer som påvirker. Hensynet til kompetanse hos bestillerne er langt mer essensielt for utførerensheten, siden dette blir en forutsetning for at modellen skal fungere. Først ved konkurranseutsetting av STOD ville en tilnærme seg en reell situasjon der STOD i større grad kunne agere som et selvstendig selskap.

Slik vi ser det blir implementeringsprosessen svært sentral, for at STOD skal kunne innta den tenkte rollen som en enhet drevet på forretningsmessige prinsipper. Siden modellen ble reversert og fremsto som en ufullstendig modell, må vi se prosessene i transformasjonssystemet i lys av

dette. Det blir da viktig å se på hvorfor en ikke nådde de planlagte målsettingene som ble satt ved innføringen av modellen av sykehusets ledelse og eiere.

Kunnskap blir et sentralt begrep når vi skal se på innføringen av modellen. Det er, slik vi ser det, viktig at bestillersiden på lik linje med utførersiden, innehar kompetanse i forståelse av en slik modell, for at målene skal kunne oppnås. Ved innføring av en slik modell må bidrag og belønningsbalansen synliggjøres for både bestiller og utførersiden. Bestillersiden må se nytten av systemskiftet fra forvaltningsmodellen til en internhandelsmodell.

Vi vil hevde at det i svært liten grad er fokusert på hva bestillersiden skulle oppnå ved et systemskifte.

”Når det gjelder internhandelsmodellen og klinikkene ble det i planleggingen ikke fastsatt noen konkrete mål i forhold til hva som skulle være effekten på bestillersiden.”

Det eneste som ble kommunisert var prinsippet om at innføringen av modellen skulle medføre økt kostnadsbevissthet. Vi mener at det er et sentralt funn at det ved innføringen av modellen ikke ble synliggjort for bestillerne nytten av systemskiftet. Videre forsterkes bestillernes manglende forståelse av modellen ved at de ikke involveres i definering av sitt behov i kontraktsutformingene.

”I ettertid ser man at STOD i mye større grad skulle ha involvert bestillersidene i disse utviklingsprosessene. I tillegg til at man da vil ha hatt avtaler basert på den enkelte klinikk reelle behov, ville en slik prosess bidratt til at klinikkene hadde fått økt kunnskap og forståelse for hvilke utfordringer og muligheter internhandel innebar for dem.”

Det vil også være hensiktsmessig å se på hvordan rapporten beskriver at modellen fungerer i 2007, ut fra transformasjonssystemet. Slik vi ser det vil det da være vanskelig å se bidrag og belønningsbalansen både for bestillersiden. Rapporten påpeker dette paradokset for bestillersiden.

”Manglende ansvarliggjøring av klinikkene kombinert med en ufullstendig internhandelsmodell gjør at de mangler incitament til å styre på de parametrene ledelsen ved sykehuset ønsker å sette fokus på.”

En ufullstendig internhandelsmodell påvirker også bidrag og belønningsbalansen i STOD, ved at enheten ikke kan reguleres ut fra salg av varer og tjenester. Rapporten fremhever likevel at reverseringen av modellen ikke har hatt konsekvenser utførersidens videreutvikling av modellen.

”Til tross for vedtak fra sykehusledelsen om å styre på kostnader, har ledelsen ved STOD klart å opprettholde engasjement og fokus på videreutvikling av modellen.”

Vi opplever dette som en dreining av fokus fra grunnprinsipper i en internhandelsmodell, til større vekt på funksjonaliteten i produksjonen av varer og tjenester.

Organisasjonsstrukturen regulerer arbeidsfordeling, avdelingsstruktur, koordineringssystemer og fordeling av beslutningsmyndighet. Formålet er å utvikle tilfredsstillende effektivitet.

Slik vi ser det vil organisasjonstypologien fagbyråkratiet, som Busch og Vanebo (2003) presenterer med bakgrunn i Mintzberg (1983), være den mest sentrale når vi ser på organisasjonsstrukturen ved St. Olavs Hospital. Fagbyråkratiet har et høyt innslag av profesjonelle medarbeidere, og er helt avhengig av deres kompetanse og ferdigheter. Ved et sykehus som St. Olavs Hospital vil standardisering av fagkunnskap bli den sentrale koordineringsmekanismen. Klinikkenes pasientbehandling vil være produksjonskjernen og den sentrale organisasjonsenheten. Dette medfører en desentralisert beslutningsmyndighet i forhold til kjernevirksomheten. Historisk sett har det ikke vært desentralisert økonomiansvar ved norske sykehus. Fra slutten av 90 tallet, og særskilt etter foretaksreformen, har dette blitt den gjennomgående måten å skape kostnadskontroll på.

Innføring av bestiller- utfører modellen ved St. Olavs Hospital kan ses som et ledd i den samme utviklingen. Vedtaket i sykehusets ledelse i 2003 om at *”den som initierer ressursbruk må betale for bruken,”* innebar en desentralisering av det økonomiske ansvaret, når det gjaldt ikke-medisinske varer og tjenester.

I utgangspunktet skal fagbyråkratiet ha en desentralisert beslutningsstruktur, og en skal da kunne tenke seg at den er egnet for et desentralisert ansvar knyttet til økonomi slik det er tenkt i en internhandelsmodell. Med bakgrunn i STOD- rapporten stiller vi oss likevel undrende til om kompetansen i et sterkt fagbyråkratisk system som St. Olavs Hospital, er i stand til å internalisere de forretningsmessige prinsipper i en internhandelsmodell.

”Vanskene med å forstå de prismodellene som lå til grunn for de ulike varer og tjenester har vært en gjenganger når det gjelder bestillersnes syn på hva som har vært negativt med modellen”

”Utarbeidelse av kontrakter og tjenesteleveranser har synliggjort kostnadene ved levering av ikke medisinske tjenester på bestillersiden. Samtidig medfører manglende forståelse på bestillersiden for prismodellene at det kan oppstå sub optimalisering ved at nødvendige bestillinger ikke blir utført grunn av kostnadsnivået på varen eller tjenesten.”

Ledelsessystemet

Ledelsessystemet skal sørge for å gjennomføre forhandlinger med interessentene og oppfylle inngåtte kontrakter. Busch og Vanebo (2003) presenterer med bakgrunn i Erik Johnsen (1975), tre grunnleggende prosesser for ledelse i et dynamisk perspektiv; målsettingsprosessen, beslutningsprosessen og kommunikasjonsprosessen.

Målsettingsprosessen deles inn i tre målkategorier:

- *Driftsmål* er knyttet til ivaretagelse av den daglige stabile del av driften. Organisasjonen etablerer mål for å oppfylle de forventninger som ligger i inngåtte kontrakter.
- *Tilpasningsmål* er knyttet til den delen av omgivelsene som er i forandring.
- *Utviklingsmål* er knyttet til organisasjonens aktive egenutvikling, for å bedre belønningsstrømmen til sine interessenter.

Slik vi forstår det vil bestillersiden kunne finne sine driftsmål i de overordnede målsetningene for internhandelsmodellen.

- *”Arbeide mot en ny fremtidig økonomimodell som bygger på forutsetninger om full økonomistyring på desentralt inntektsskapende nivå.*
- *Detaljeringsgrad og nøyaktighet på 100 %*
- *Kun avdelinger / enheter som behandler pasienter skal ha inntekter som sykehuset får fra eier*
- *Tilnærmet full kostnadsbelastning ut på avdelinger som får inntekter allokert, noe som innebærer internprising på leveranse fra støtte- / servicetjenestene*
- *Mest mulig realitetsreflektering under de fordelinger / allokeringer som gjøres*
- *Minst mulig administrativ oppfølging når økonomimodellen er gjennomført”*

Hovedmålsetningene indikerer slik vi ser det også driftsmål for utførersiden. Vi mener også å finne ennå mer spesifiserte driftsmål for STOD, i kravene som lå til grunn for enheten ved

oppstart. Rapporten gjengir klart hvilke krav eier Helse Midt-Norge stilte til STOD ved etableringen i 2003.

”St. Olavs driftservice skal være

- *konkurransedyktig på et eksternt marked*
- *levere varer og tjenester på forretningsmessig grunnlag til kjernevirksomheten ved St. Olavs Hospital og til andre kunder*
- *skape sin inntekt gjennom salg av etterspurte leveranser*
- *styres på nettoresultater og for øvrig styres som om de var egne selskaper*
- *operere med priser som baserte seg på reelle kalkyler, inklusiv kapitalkostnader.”*

Vi har tidligere pekt på at for lite involvering av bestillersiden, skapte problemer i implementeringen av bestiller- utfører modellen, og dermed oppnåelse av de driftsmål som var satt.

Ganske tidlig i "fredningsårene" som skulle vare fra 2004-2006, beskriver rapporten at det oppsto problemer i forhold til priser og kostnader. Dette førte til at klinikkene begynte å rapportere før internhandel. Noe senere gikk man også over til å kostnadsstyre STOD. Som vi har vært inne på tidligere medførte dette at grunnleggende markedsmekanismer i modellen opphørte å fungere. Slik vi ser det representerer valgene med at klinikkene rapporterte før internhandel og kostnadsstyring av STOD, tilpasningsmål knyttet til de utfordringene som oppsto.

I følge Busch og Vanebo (2003) må ledelse utøves for å sikre at bidrag og belønningsbalansen blir ivaretatt. Vi har tidligere vært inne på at en ufullstendig modell medførte en påvirkning av bidrag og belønningsbalansen for bestillersiden. Incitamentet for effektivisering forsvant når klinikkene begynte å rapportere før internhandel. Dette ble forsterket av klinikkens opplevelse av at internhandel omhandlet kun en begrenset del av det totale klinikkbudsjettet. Samtidig påvirket manglene i bidrag og belønningsbalansen, bestillersidens motivasjon. Fra et kulturperspektiv skapte ikke prinsippene i modellen en virkelighetsoppfatning på bestillersiden, basert på at modellen skulle bli et nytt redskap for problemløsning. For utførersiden peker rapporten på at modellen har medført en opplevd styrking av enhetsledernes rolle knyttet til økonomistyring, samt økt bevissthet og kompetanse rundt drift. Det uttrykkes også motivasjon til å videreutvikle modellen.

Sykehusledelsen valgte som tilpasningsmål å lande på en ufullstendig modell. En kan se dette valget som et resultat av at problemer knyttet til priser og kostnader i implementeringsfasen,

skapte ubalanse i bidrags og belønningsballansen på bestillersiden. Videre påvirket dette bidrags og belønningsballansen på utførersiden, siden driften ikke lenger kunne reguleres etter salg av ikke medisinske varer og tjenester. Siden innføring av en bestiller- utfører modell likevel medførte en opplevd styring av utførersiden, kunne kostnadsstyring av enheten være et tilpasningsmål som for sykehusledelsens bidro til å sikre rasjonell økonomisk drift. Som prinsipal kunne ledelsen kontrollere klinikkene gjennom en bedre organisert utførerside.

Rapporten viser i sin anbefaling, til klare utviklingsmål for handel med ikke- medisinske varer og tjenester. Som hovedkonklusjon sier den følgende:

"St. Olavs Hospital HF bør fortsatt velge internhandel som grunnleggende prinsipp for leveranse av ikke medisinske varer og tjenester". I forhold til den modellen som har vært forsøkt praktisert siden 2004, må man velge en enklere og mer bestillerorientert internhandelsmodell."

Dette operasjonaliseres i STOD rapporten som generelle krav, krav til eiersiden, krav til bestillersiden, krav til leverandørsiden og til slutt implementering og organisering.

Som generelle krav pekes det på forutsigbarhet, med forankring i toppledelse og priser som ikke endres i avtaleperioden. Påvirkbarhet, der bestiller er med og avtaler behov og får incitament og muligheter til å gjøre rasjonelle valg. Kvalitet og service knyttet til kontraktsoppfølging. Dokumenterbarhet, der klinikkene vet hva de betaler for når det gjelder pris og volum. Til slutt at modellen skal være oversiktelig og enkel.

Kravene til eiersiden starter med at det må legges til rette for at klinikksjefene blir målt på internhandel, og at de skjønner hvilke krav modellen stiller. Direktøren må være klar i forhold til klinikksjefene når det gjelder effektiv ressursbruk. Det må avklares hvilke tjenester som skal inn i en internhandelsmodell. Det er nødvendig med kapasitet til å gjøre økonomiske analyser og modellen må integreres i sykehusets styringssystem.

Som krav til bestillersiden pekes det på at det i samarbeid med STOD skal sørges for at det er reelle behov som ligger til grunn for avtaler som inngås. God organisering slik at det blir lave transaksjonskostnader. God opplæring og god dialog med ansvarlige i STOD. Lære seg å stille krav til STOD, men fortsatt være en lojal kunde. Til slutt pekes det på at bestillersiden må følge opp dokumentasjon, rapporter og leveranser.

Kravene til leverandørsiden starter med punktet å utvikle en enklere modell, som tar hensyn til endrede forutsetninger. Videre å sørge for at modellen er kjent hos alle bestillerne. Enklere bestillingssystem, der kvalitet og service står i samsvar med avtaler. En enklere og mer forståelig prismodell, samt gode og lett tilgjengelige rapporter. Samt en mer generell jobbing mot å øke servicenivået.

Til slutt sier rapporten noe om kravene til implementering og organisering. Det foreslås at STOD styret gjenopprettes med deltakelse fra eier, bestiller og leverandørsiden. Det påpekes at en må bruke nødvendig tid til å restarte og videreutvikle modellen, et arbeid bestillersiden må være involvert i. Avslutningsvis sier rapporten at det må gjøres en strategi og konsekvensvurdering av eventuell konkurranseutsetting/outsourcing.

En funksjonell kommunikasjonsprosess er helt nødvendig for at ledelsesprosessene i organisasjonen skal fungere.

Hensikten med kommunikasjonsprosessen er å overføre informasjon. Hvis informasjon ikke kommer frem, har vi et kommunikasjonsproblem. Hvis informasjon ikke sendes, har vi et informasjonsproblem. Busch og Vanebo (2003) sier at vi kan se på en organisasjon som et nettverk av informasjonsstrømmer, som vil ha fire hovedretninger; nedover i organisasjonen, oppover i organisasjonen, horisontalt samt mellom organisasjon og omgivelsene. Rapporten beskriver kommunikasjonsproblemer horisontalt i organisasjonen, mellom klinikkene og STOD.

"For dårlig kommunikasjon og samarbeid har vanskeliggjort praktiseringen av internhandelsmodellen."

Rapporten sier lite om kommunikasjonsstrømmen nedover og oppover i systemet. Den eneste antydningen i rapporten om manglende kommunikasjon vertikalt i organisasjonen er klinikk sjefenes manglende deltakelse ved intervju og spørreundersøkelse.

"Med få unntak har de ikke deltatt, men har i stedet delegert til sine økonomirådgivere og avdelingssykepleiere, m.fl. å representere klinikken. Med tanke på den viktige rollen som klinikk sjefene vil måtte få i en revitalisering av en bestiller- leverandørmodell, har vi savnet klinikk sjefenes bidrag og direkte tilstedeværelse."

I kravene til eiersiden, som vi omtalte under utviklingsmålene, ble det påpekt at klinikksjefene må skjønne hvilke krav modellen stiller. Ser vi dette i sammenheng med manglende deltagelse i evalueringsprosessen, kan vi anta det er mangler på dette nivået.

For å bedre kommunikasjonen kan vi gå inn i selve kommunikasjonskjernen, endre organiseringen av informasjonsstrømmen eller skape bedre grunnlag for å oppfatte informasjon. Rapporten påpeker krav til bedring av kommunikasjon internt i organisasjonen, som nødvendig i det videre arbeidet på flere områder. Fra direktør til klinikksjefene og mellom bestiller og utfører.

For å få innsikt i beslutningsprosessene i en organisasjon, er det nødvendig å behandle flere aspekter. Hvis en operasjonaliserer beslutningsprosessen, ved å dele den inn i faser, kan man lettere analysere de ulike årsaksfaktorene. Som ledd i en problemløsning finner vi; problemidentifisering, alternativer, konsekvenser, valg og gjennomføring/oppfølging.

Problemidentifisering sier teorien er en vanskelig del av beslutningsprosessen. Dette kan skyldes at kommunikasjonsprosessen fungerer dårlig, og at det er uenighet om hva som egentlig er problemet. I gjennomgangen av koalisjonssystemet påpekte vi hvordan ubalansen mellom bestiller og utfører, ved utforming og implementering av modellen, påvirket beslutningsprosessene. I tillegg ser vi at rapporten peker mot problemer i kommunikasjonen mellom bestiller og utfører. Slik vi ser det handler dette delvis om manglende kompetanse på bestillersiden.

"Ved overgang til en internhandelsmodell der prisene skal være reelle i forhold til hva vare og tjenester koster for leverandørene, innebærer de ulike oppgavene at prisene kan oppleves som svært høye. Vanskene med å forstå de prismodellene som lå til grunn for de ulike varer og tjenester har vært en gjenganger når det gjelder bestillernes syn på hva som har vært negativt med modellen."

Alternativer sier teorien alltid vil oppstå når organisasjonen står overfor et problem. Under tilpasningsmål beskrev vi de valg organisasjonen gjorde når det oppsto problemer i implementeringen av modellen, som resulterte i en ufullstendig modell.

Konsekvenser som årsaksfaktor, sier teorien danner grunnlaget for hvilke valg som organisasjonen tar. Å reversere implementeringen av bestiller- utførermodellen, ved å la klinikkene rapportere før internhandel, var et valg som ble tatt når det oppstod problemer knyttet til priser og kostnader. Konsekvensene av ikke å kostnadsstyre STOD kunne innebære

manglende kontroll over enhetens størrelse og omfanget av kjøp av varer og tjenester fra bestillersiden.

Selve STOD rapporten kan en så se som et ledd i et konsekvensarbeide som skulle kunne ut i valg som organisasjonen senere måtte ta. Rapporten gir tydelige signaler til organisasjonen om hva som må gjøres i det videre arbeidet, men redegjør ikke for konsekvensene ved å ikke etterkomme disse anbefalingene.

Til sist må det foretas valg, noe som forutsetter at mål legges til grunn. Som vi viste i målsettingsprosessen forelå det driftsmål for implementering av modellen. Rapporten i seg selv kan være et middel for å klargjøre nye målsettinger, som beslutninger kan fattes ut i fra.

Om gjennomføring som årsaksfaktor, sies det i teorien at når beslutninger er fattet må tiltakene settes i verk, og så følges opp. Rapporten beskriver gjennomføringen av implementeringen av internhandelsmodellen. Oppfølgingen underveis er lite vektlagt. Rapporten sier noe om manglende kapasitet og kompetanse, til å følge opp en krevende godtfungerende internhandelsmodell.

"På bakgrunn av manglende kapasitet forekommer det i svært liten grad produksjon av analyser til hjelp til planleggingen ved enheten og klinikken. Det er heller ikke slik kapasitet tilgjengelig ved sykehusets sentrale økonomifunksjon, slik vi kjenner ressursituasjonen. På grunn av manglende kapasitet utføres det heller ikke controllerfunksjon fra sentral økonomi mot enhetene i STOD og heller ikke mot klinikkene."

Rapporten peker på at det å bemanne opp stillinger i støttefunksjonene, handler om viktig risikohåndtering og investering i kunnskap, som gjerne betaler seg på sikt i bedre ressursutnyttelse og organisering. Slik vi forstår det er dette en påpekning av manglende funksjoner ved sykehuset, og en anbefaling til hvordan gjennomføring av nye målsettinger kan følges opp.

5.1.7 Oppsummering av dokumentanalyse

Vi har nå gjennomgått STOD rapporten i lys av relevant teori, og vil nå se på funnene våre sett opp imot vår problemstilling:

”Hvordan fungerte innføringen av en bestiller – utfører modell ved St. Olavs Hospital, og hvordan fremstår modellen i dag?”

For å svare på vår problemstilling har vi valgt tre forskerspørsmål. Vi velger å bruke disse forskerspørsmålene som inndeling når vi skal systematisere våre funn.

1) Hvilken betydning har ledelsesprosessene hatt for effekten av bestiller utførermodellen?

Driftsmålene til bestiller og utførersiden, ligger i det som rapporten refererer som de overordnede målsetningene for internhandelsmodellen, og krav fra eiersiden til STOD. Manglende involvering av bestillersiden, skapte problemer i implementeringen av bestiller- utfører modellen og dermed oppnåelse av de driftsmål som var satt. Beslutningsprosessene ble påvirket av ubalansen mellom bestiller og utførersiden, og kan slik vi ser det være et resultat av STOD sin tilgang på maktkilder.

De ledelsesmessige valgene om å rapportere før internhandel i 2005 og la STOD bli kostnadsstyrt i 2006, representerer slik vi ser det tilpasningsmål. Ubalansen i bidrag og belønningsbalansen, som ble skapt når det oppsto problemer i forhold til priser og kostnader, gjorde at en ufullstendig modell ble det alternativet som ble valgt for at sykehusledelsen skulle opprettholde kontroll. Ved å kostnadsstyre STOD hadde sykehusledelsen mulighet til å bruke den bedre organiserte utførerenheten til å begrense klinikkenes forbruk.

Rapporten er i all hovedsak konsentrert om problemer i horisontal kommunikasjon mellom bestiller og utførerside. Disse problemene har vanskeliggjort praktiseringen av modellen.

Rapporten viser i sin anbefaling, til klare utviklingsmål for handel med ikke- medisinske varer og tjenester. Det vi oppfatter som hovedbudskapet er at modellen må restarteres og videreutvikles. Dette må skje i et tett samarbeid mellom bestiller og utførerside, der reelle behov ligger til grunn for de avtaler som inngås. En restart av modellen krever at modellen forankres i toppledelsen, og at klinikkene blir målt på resultat av internhandel. Slik vi ser det krever dette at internhandelsmodellen følges opp med både god vertikal og horisontal kommunikasjon i ledelsessystemet.

2) Hvilken innvirkning har bestiller utføremodellen hatt for de økonomiske prosessene ved sykehuset?

Rapporten beskriver innføringen av en bestiller- utfører modell, som slik vi ser det er i samsvar med hvordan teorien beskriver grunnprinsippene for en slik organisering. Problemer knyttet til priser og kostnader medførte at klinikkene begynte å rapportere før internhandel og at STOD ble kostnadsstyrt.

Fra et kontraktsteoretisk utgangspunkt innebar en ufullstendig modell at kontraktsforhandlingene i realiteten kun omhandlet volum. Slik vi ser det forklarer dette rapportens beskrivelse av lave transaksjonskostnader, siden interessen for kontroll forsvant når pris ikke lenger var en del av forhandlingene. Overgangen fra en ren hierarkisk kontraktsstyring, til en bestiller- utfører modell med en større vekt på markedskontrakter som skulle redusere opportuniste, fungerte da ikke etter intensjonene. Prinsipal - agentforholdet mellom sykehusledelse og klinikkene endret seg, ved at kontrollelementet ble svekket. Dermed oppsto muligheten for ulik målstruktur og asymmetrisk informasjon. Det ble en hybrid kontraktstype med et markedsstyrt design, mens det egentlig styrende var hierarkisk autoritet lik den i en forvaltningsmodell. Den forvirring dette medførte i forståelsen av kontraktene, tror vi bidro til å svekke tilliten, som er en viktig buffer mot opportuniste.

Prinsipal agent forholdet mellom eier/sykehusledelse og STOD ser ut til å bli dreid en annen retning enn for bestillersiden. Ved at utførersiden ser ut til å adaptere prinsipper ved en bestiller-utfører organisering i utviklingen av sin organisasjon, kan prinsipalen ved kostnadsstyring av STOD også kontrollere bestillersiden.

Til tross for at innføringen av bestiller- utførermodell ikke gikk som planlagt, har intensjonen om økt kostnadsbevissthet i organisasjonen blitt innfridd.

3) Hvilken legitimitet har bestiller utføremodellen ved St. Olavs Hospital?

Vi har i vår analyse av STOD rapporten konsentrert oss om legitimitet ved implementeringen av bestiller- utfører modellen og status i 2007, sett fra de interne interessenters ståsted.

Rapporten beskriver holdninger hos bestillersiden som kan indikere en skepsis til forretningselementet i modellen, altså den normative legitimiteten til å blande forretning inn i sykehusdrift. Når vi ser hele denne rapporten under ett, mener vi likevel å kunne identifisere at skepsisen til bestillerne i første rekke handler om problemene i implementeringsprosessen, og at

modellen ble reversert. Dette sett i forhold til nytteperspektivet ved modellen, altså den pragmatiske legitimiteten.

På utførersiden reflekterer rapporten et annet syn på modellens funksjonalitet, til tross for implementeringsproblemene knyttet til priser og kostnader. Vi opplever at dette peker på at modellen har en høyere pragmatisk legitimitet hos utførersiden.

Selv om implementeringsprosessen har medført ulik oppfatning av modellen, er det likevel en effekt som kan bidra til å gi modellen pragmatisk legitimitet hos både bestiller og utfører. Rapporten viser at modellen har tilført økt kostnadsbevissthet hos begge parter.

For sykehusledelsen kan en tenke seg en sammensatt oppfatning av den pragmatiske legitimiteten ved modellen. Sett fra et nytteperspektiv kan videreføring av en ufullstendig modell fremstå bedre for sykehusets totale bidrag og belønningsbalanse, enn den gamle forvaltningsmodellen. Ut fra en pragmatisk legitimitet kan det derfor være hensiktsmessig for sykehusledelsen å opprettholde status quo.

5.2 Presentasjon av data

I det følgende kapittel vil vi presentere innsamlet data som kom i forbindelse med intervjuene. Som sagt har vi gjennomført 8 intervju m.h.v. fire fra bestiller og fire fra utførersiden. Utover at vi har gruppert svarene slik at de fra bestillersiden kommer først, har vi ikke på annen måte gjort forsøk på å gruppere svarene. Av plass og tidshensyn kan vi selvfølgelig ikke gjengi ordrett hva den enkelte respondent svarte, men forsøker å trekke ut essensen av det vi oppfatter som viktig informasjon til hvert underspørsmål.

Dette medfører at det etter vår oppfatning, på enkelte underspørsmål og fra enkelte respondenter, ikke fremkom informasjon som vi oppfattet som interessant / viktig nok til å gjengi.

Forskerspørsmål 1

Hvilken betydning har ledelsesprosessene hatt for effekten av bestiller utførermodellen?

A) Målsettingsprosessen

Opplever du at målsettingen ved innføring / bruk av BU – modellen er tydelig nok?

1. Respondenten hadde lite kunnskap om forarbeidet i utgangspunktet var godt nok. Vedkommende respondent kan ikke sies å være representativ siden nok er den av respondentene som har de minste forutsetninger for å ha inngående kunnskap om emnet.

Dette skyldes først og fremst at vedkommende har kommet sent inn i prosessen, og hadde minst direkte befattning med internhandelsmodellen. Mente at målsettingen måtte være å øke fokuset på forbruket og derigjennom redusere det.

2. Her var respondenten mer usikker, men visste det ble fokusert på forbruket av ikke - medisinske varer og tjenester. Trodde imidlertid denne kunnskapen mer var basert på tilfeldigheter enn en planmessig prosess. Langt vanskeligere i dag å se hensikten med modellen siden det ikke ligger noen åpenbare gevinster å hente for noen av partene. Respondenten mente dette måtte være tilfelle både for bestiller og utfører. For øvrig oppfattet respondenten at det meste var som før, men det hadde blitt langt mindre slakke i organisasjonen.
3. Hadde i utgangspunktet tro på modellen, men ikke slik den ble praktisert pr. dato. Mente den største feilen man gjorde var å overlate det meste av utviklingen til utførersiden. På det tidspunkt bestillersiden ble involvert var alt ” klappet og klart”, og det var i prinsippet lite å forhandle om. Trodde utførersiden var langt mer opptatt av slike problemstillinger.
4. Var helt klar på målsettingen, og hadde fulgt prosessen helt fra begynnelsen. Trodde likevel dette skyldtes like mye egeninteresse, men at målsettingsprosessen trolig var langt bedre forankret på utførersiden. Trodde fokus på området hadde betydning. Oppfattet også at utførersiden hadde langt mer kompetanse på det og skulle forhandle kontrakter
5. Vedkommende hadde ikke deltatt i prosessen fra begynnelsen, og opplevde å ha liten følelse med de mer overordnede prinsippene som evt. måtte ligge til grunn i forkant av prosessen. Opplevde ikke at dette var et område som hadde blitt, eller ble, mye fokusert i det daglige
6. Hadde et praktisk forhold til internhandelsmodellen, og var i liten grad fokusert på andre forhold enn at ”oppgavene måtte utføres”. Om dette ble gjort i regi av Bestiller – utførermodellen var i følge respondenten av mindre betydning
7. Var rimelig klar på målsettingen; redusere bruken av ikke medisinske varer og tjenester. Trodde også det var en del motstand mot det å måtte forholde seg til bestemte innkjøpsordninger; ”at man ikke kunne shoppe der man selv ønsket”.

8. Oppfattet at prinsipielle og overordnede målsettinger kom noe i skyggen av mer dagligdagse og trivielle spørsmål, men mente også at utfører hadde et langt mer bevisst forhold til grunnprinsippene i modellen.

Opplever du at målsettingen er godt nok forankret i ledelsen av klinikkene?

1. Oppfattet ikke avdelingsledelsen som videre involvert på det tidspunkt modellen ble iverksatt, og at dette i hovedsak ble ivaretatt av stabspersonell. Tro kanskje det gikk litt som det bruker å gjøre; det forutsettes god forankring i ledelsen, men de nedprioriterer slikt arbeid og overlater det til andre. Det er så vanlig at det ikke reageres på og ikke får noen konsekvenser.
2. Dette varierer nok mente respondenten, men oppfatter at ledere generelt ikke var synlig opptatt av eventuell problematikk rundt modellen.
3. Trodde dette hadde en viss oppmerksomhet tidlig i prosessen, men at interessen hadde dabbet noe av siden ”god eller dårlig” ikke ga noe synlige gevinster
4. Hadde selv en avdelingssjef som viste stor interesse og engasjement for spørsmålet. Ikke først og fremst for å benytte modellen aktivt, men mer i form av å holde budsjettet.
5. Trodde de var opptatt av det, men overlot det praktiske arbeidet til andre
6. Hadde registrert at avdelingssjefene i liten grad deltok selv eller på annen måte var involvert, men tolket ikke dette som manglende forankring i ledelsen
7. Innehadde en posisjon som ikke ga mulighet til å ha noen formening om saken
8. Etter såpass mange år gikk det meste ”på skinner”, og det hadde ikke lenger samme behov for oppmerksomhet fra ledelsens side.

Er det etter din oppfatning et tydelig skille mellom bestiller og utfører?

1. Sett fra ”bunnen” av var det et skille mellom utfører og bestiller, men trodde kanskje ikke toppledelsen så det slik siden adm. dir. både hadde ansvaret for bestiller og utfører.
2. Oppfattet at det var et skille mellom bestiller og utfører, men mente at utførersiden satt med det meste av kunnskapen omkring temaet. For egen opplevdes det heller ikke som særlig viktig å ha vesentlig kunnskap siden det var liten mulighet til å påvirke resultatet.

3. Trodde dette punktet spilte mindre rolle siden modellen hadde blitt som den ble.
4. Skillet var nok der, men trodde kanskje begge partene var en del avhengige av hverandre. Bestillersiden måtte få utført en del "eksterne" tjenester som renhold, mat etc mens de på sin side var avhengig av at noen behøvde deres tjenester
5. Hvis du med skille mener motparter opplever jeg det ikke slik. Mer i retning av at vi begge er gjensidig avhengig av hverandre. De har behov for en del tjenester som vi kan levere, og slik det er lagt opp kan de ikke henvende seg hvor de vil
Vi gjør jo det samme som tidligere, men nå er alt formalisert. Det er jo ikke egentlige forhandlinger vi gjennomfører, mer en form for kundemøte hvor vi utveksler meninger. Vi diskuterer jo ikke pris akkurat.
6. Var helt klar på at det var et klart skille mellom bestiller og utfører, men uten at de på noen måte oppfattet at de var "motstandere". Hadde dette vært en vinn eller forsvinn situasjon slik det sikkert er for mange bedrifter på det åpne marked måtte vi nok ha "skjerpet" tonen mellom bestiller og utfører.
7. Hadde jobbet lenge ved sykehuset, og mente det var et helt klart skille mellom bestiller og utfører. Som vedkommende sa:

"før var vi alle ansatt på RIT, nå er vi ansatt i STOD mens de andre er i sykehuset"

Etter dennes oppfatning var den største forskjellen at mens ansatte i STOD prøvde å få kanalisert alle innkjøp inn gjennom systemet, opplevde de at de på klinikkene bare ville ha fordelene ved å handle der det var billigst.

Hvis vi med spørsmålet mente om rollene var tydelige nok til å ivareta de ulike funksjonene; var svaret ja. Mente at man klarte å opprettholde en balanse mellom det å skulle spille rollen som kjøper og selger. Som vedkommende sa: *"vi er ansatt samme sted og burde ha samme interesse."*

8. I den grad det er motsetninger ser vi det ved at bestiller gjerne ønsker å stå mer fritt med hensyn til valg av leverandør. Tror kanskje det er slik at de har skaffet seg noen steder hvor de foretar innkjøp og ikke har så lyst til å skifte leverandør. Dette blir likevel bare litt "sånn rusk i maskineriet", og i det store og hele mener jeg det fungerer bra.

B Kommunikasjonsprosessen

Hvordan fungerer informasjonsstrømmene rundt bruk av modellen innad i organisasjonen (nedover, oppover, horisontalt)?

1. Opplever denne som grei nok, men tillegger den ikke all verdens betydning. Fra vår side er det vel en del klaging over enkeltpriser, men innrømmer også at vi ikke sitter med det totale bildet av bruken
2. Oppfattet ikke avdelingsledelsen som videre involvert på det tidspunkt modellen ble iverksatt, og at dette i hovedsak ble ivaretatt av stabspersonell. Slik jeg ser det er informasjonen tilstrekkelig til mitt bruk.
3. Jeg mottar egentlig lite informasjon om slike saker, men tror heller ikke at jeg har behov for så mye
4. Skulle like å vite hvordan de kommer frem til en del priser de opererer med. tror det kunne ha skapt litt mer forståelse for en del kostnader hvis vi hadde blitt forklart bakgrunnen for dem.
5. Vet ikke helt hva som skjer fremover. Tanken om å konkurranseutsette tjenestene er neppe skrinlagt, men vet ikke om det blir noe av det med det første. Selv om dette ikke opptar i det daglige må det innrømmes at vi har det i baktankene.
6. Får kanskje ikke ut godt nok betydningen av at man må være lojal mot avtalene for at våre leverandører igjen skal være interessert i oss som kunde.
7. Kunne nok ha vært bedre på mange områder. Særlig på områder som direkte berører brukerne. Vet at mange av de ansatte på klinikkene reagerer på prisnivået, men de har ingen kunnskap om hva som må legges til grunn når vi beregner prisen. Det tenker bare hva de må betale for en vare på Rema.
8. Vet ikke hvor mye som kommuniseres ned på gulvplanet av det som er viktig å få frem. Tror kanskje ikke en del medarbeidere på klinikken som sitter sentralt er like ivrige i å bringe all informasjon nedover i systemet. Tror ikke det er noen bevisst handling, men mer det at de ikke anser dette som viktig nok.

Sitter du med en opplevelse av at modellen har ulik grad av implementering på de ulike nivå i organisasjonen?

1. Fra vår side tror jeg helt klart det er økonomifolkene som har størst befatning eller eierskap til modellen. Vi andre ser ikke den helt store forskjellen i det daglige arbeidet. Vi bestiller verken mer eller mindre mat nå enn tidligere, og prisen er det ikke mye jeg kan gjøre noe med.
2. Jeg vet ikke, men vil anta det er som med mye annet. I alle ”festtaler” fortelles det hvor viktig det er med forankring i ledelsen, men tror det ofte blir med det. I det daglige er ikke dette noe stort tema.
3. Har vel følelsen av jeg har større eierforhold til saken enn mange andre, men det skyldes nok min rolle i organisasjonen. Vi er helt klart den gruppen av ansatte som behandler spørsmål innen denne kategorien.
4. I det store og hele tror jeg disse spørsmålene angår økonomirådgiver. Selvfølgelig blir også vi andre involvert, men ikke i samme grad.
5. Ja så absolutt. Det er ikke ofte vi møter klinikksjef hvis det er det du mener.
6. Det er ganske forskjellig fra klinikk til klinikk. Noen steder virker det som de har et langt mer aktivt forhold til internhandel, mens andre er litt der vi var før.
7. Her måtte vi avbryte intervjuet, men siden dette var et av de siste punktene spilte det ikke så stor rolle.
8. I det daglige har vi ikke mange samtaler omkring slike spørsmål.

Beslutningsprosessen

Har modellen styrket enhetenes rolle og mulighet for å planlegge å styre personell, aktiviteter og økonomi?

1. Modellen påvirker i liten grad det jeg har innflytelse på. Vi forholder oss til fastlagte priser og et fastlagt vareutvalg, og i det meste påvirker ikke dette arbeidet mitt på noen avgjørende måte. For min enhet er det mat og renhold som er de store utgiftspostene, og det er ikke mye

jeg kan foreta meg her. De andre utgiftspostene er såpass marginale i den store sammenhengen at det ikke spiller så stor rolle fra eller til.

2. Griper lite inn i den daglige tilværelsen, og eventuelle påvirkningsmuligheter er begrenset. Ser at modellen kan være nyttig i enkelte anledninger, men i den sammenhengen dere spør kan jeg ikke si den har vært til særlig hjelp. Det har sånn sett ikke noe med selve internhandelsmodellen å gjøre, men den gir få muligheter i forhold til personell og aktiviteter.
3. Har liten innflytelse i det daglige arbeidet, og har bare marginalt medvirket til å endre hverdagen hva angår beslutninger som griper inn i personalmessige, aktivitets og økonomiske spørsmål.
4. Virker i liten grad inn på min mulighet til å styre / planlegge, men har likevel gjort meg langt mer oppmerksom på at alt koster noe. Likevel er situasjonen litt snudd på hodet ved at jeg opplever det om det er utfører som sitter med kontrollen mens vi som kunder spiller annenfiolin. I en rendyrket modell vil jeg ha mulighet til ” gå til annen butikk” hvis det er noe jeg ikke er fornøyd med, men her blir det helt motsatt.
5. Burde kunne være et redskap for å styrke enhetsleders rolle på denne type områder
6. Bør helt klart være til stor hjelp for lederne til å påvirke sin egen hverdag, men svarer også at mulighetene er begrenset da det er få områder det er mulig å påvirke. Selv om modellen på ingen måte fungerte optimalt var den et redskap for ledere til å kunne vurdere hvilke valg som var det beste for dem.
7. Hadde liten innsikt i denne type spørsmål.
8. Trodde kanskje denne effekten / muligheten var noe overdrevet, men mente modellen var med på å ”oppdra” bestillersiden til å tenke gjennom forbruket sitt

Det er gjort evalueringer av modellen, opplever du da at det er gjort forandringer på bakgrunn av disse rapportene som gjør modellen til et mer hensiktsmessig verktøy (Ny problemidentifisering, alternativer, konsekvenser, valg og gjennomføring)?

1. Han hadde ingen formening om akkurat dette punktet. Visste det hadde blitt gjennomført en evaluering, men var usikker på om de endringer som hadde funnet sted i etterkant kunne tilskrives nettopp dette prosjektet. Trodde heller de endringer som gradvis fant sted burde tilskrives en naturlig endring som følge av nye verktøy i form av bedre bestillingsrutiner, bortfall av ”barnesykdommer” etc.

2. Kjente godt til prosjektet, men mente de hadde omgått de vesentlige problemene som lå i den lokale varianten av Bestiller – utførermodellen.
3. Hadde hørt om prosjektet, men trodde, som mye annet, at dette var en form for arbeid / resultat som ble lagt i en skuff.
4. Kjente prosjektet, men ikke i detalj. Trodde de forbedringer som ble relatert til prosjektet ville ha kommet uansett som følge av bedre it – verktøy, forbedringer av ”barnesykdommer”
5. Mente prosjektet hadde styrket / medført klare forbedringer i forhold til bruk av internhandelsmodellen.
6. Trodde ikke dette hadde hatt noen betydning
7. Mente sin egen enhet hadde gjort store forbedringer, men visste ikke om dette var et produkt av prosjektet eller bare generelle forbedringer
8. Hadde begynt etter at prosjektet var avsluttet og kjente ikke til det

Forskerspørsmål 2

Hvilken innvirkning har bestiller- utførermodellen hatt for de økonomiske prosessene ved St. Olavs Hospital?

A) Prinsipal- agent

Opplever du at bruken av BU modellen som verktøy for mål og resultatstyring bidrar til økt kostnadsbevissthet?

1. Opplever at det fra ”utsiden” er stort fokus på kostnader, men siden vi ikke ser noen åpenbare fordeler med å spare blir det vanskeligere å selge budskapet. Det har likevel bidratt til at man er mer bevisst på forbruk av slike varer som vi tidligere bare tok for gitt. I dag vet jeg hva det koster å få utført renhold på avdelingen, men vi har det samme renholdet som tidligere. Det er heller ingen åpenbar grunn til at jeg skulle foreta meg noe i sakens anledning. Så lenge vi holder oss til standardavtalen har jeg budsjett som tilsvarer volum på det renholdet vi har i kontrakten, men er nok blitt mer obs på at ekstratjenester blir belastet budsjettet. I det store og hele er likevel det meste fastlagt på forhånd gjennom de faste avtalene, og det blir helt marginale utgifter jeg kan påvirke i positiv eller negativ retning.

2. Blir mer bevisst på hva vi bruker penger på, men om vi har redusert forbruket i forhold til før vi begynte med internhandel er jeg mer usikker på. Siden vi ikke ser noe til eventuelle gevinster blir det nok ikke til at vi så flinke som vi kunne ha vært. For øvrig har jo økonomi generelt kommet mye mer i søkelyset. Det er ikke så mange år siden vi ikke hadde noen befatning med tall overhodet.
3. Tenker oss nok om to ganger før vi går utover de avtalene vi har med driftservice. Litt vanskelig å vite hva som er "korrekte" priser. Får en del tilbakemeldinger på at man synes en del matvarepriser er ganske drøye, men jeg skjønner at det ligger en del andre kostnader i kalkylene som må inkluderes og vises i prisen ut til oss som bestiller varene. Varene vi kjøper fra f. eks Mat & Cafe kan vi kjøpe langt billigere på Bunnpris, men de frakter ikke varene frem til døren. Skulle vi begynne å regne på slike kostnader er det ikke sikkert det ville blitt så dyrt. Hadde modellen fungert etter intensjonene måtte vi ha regnet på dette for så i etterkant vurdert hvor vi ville ha handlet.
4. Det må i så fall være på grunn av fokuset og ikke fordi vi ser noen nytte av det selv. Bruker vi mindre enn budsjettet tilsier vil vi mest sannsynlig få redusert budsjettet året etter. Opplever at internhandelsbudsjettet og det øvrige budsjettet er to separate størrelser som holdes atskilt, og det er lettere å få "tilgivelse" for å sprengt budsjettet for interne kostnader. Slik jeg opplever det er det litt verre å overskride budsjett for lønn og andre driftsutgifter. Her er det mer forventninger til at vi har kontroll på utgiftene. At det dukker opp uforutsette utgifter som belastes internbudsjettet kan lettere aksepteres.
5. Bortsett fra at vi nok er færre ansatte til å utføre jobben i dag enn for noen år siden har vi lite daglig forhold til bruken av Internhandel. Muligens forholder det seg på en annen måte i somatikken, men innen psykiatrien er det mer stabilt. De kontraktene vi inngår med enhetene blir stort sett overholdt og budsjettene holdes.
6. Tror nok enhetene er mer bevisst på hva de bestiller når de ser at vi fakturerer for oppdrag som ikke ligger i avtalen.
7. Her skiller det sikkert fra enhet til enhet innen STOD. Mens noen enheter leverer stort sett det man er blitt enige om vil andre enheter kunne påregne langt flere uforutsette utgifter som det ikke er tatt høyde for i den årlige kontrakten. Hvis det oppstår store uforutsette kostnader i løpet av året er det umulig for bestillerenhetene å forholde seg til slike utgifter.

8. Det kan være så forskjellig, men i det store hele tror jeg det har gjort bestiller mer oppmerksom på at "alt koster" og noen må betale regninga

Hvilken gevinst skulle den enkelte part ha i å opptre økonomisk rasjonelt?

1. Den store ulempen her er at vi ikke har noe igjen for å holde igjen på forbruket utover det at vi er "flinke" til å spare eller holde budsjettet. Vanskelig å få noe "trøkk" i modellen så lenge det ikke vises på annen måte. Hadde vi fått beholde noe av "overskuddet" ville det sikkert blitt lettere å be ansatte tenke seg om før de foretok seg noe.
2. Dette blir litt som i militæret, man benytter det man har til rådighet. Om vi er flinke på tampen av året har vi ingen mulighet til å se noe av dette i det neste budsjettåret. Mest sannsynlig ville vi fått en reduksjon i budsjettet hvis vi forbrukte langt under det vi har til rådighet
3. Ingen direkte nytte av det, men får selvfølgelig "hederlig omtale" hvis budsjettene holdes og kritikk hvis det motsatte skjer.
4. Hadde kanskje vært en ide å fase ut deler av det vi har i internhandelsmodellen, men la noen områder blir værende i Driftservice. Må sikkert være mye vanskeligere å konkurransesette de som ivaretar alt det tekniske ved store somatiske avdelinger, men kunne kanskje latt seg gjøre med andre deler, som f.eks. renhold. Det er ikke sikkert at det ville ha blitt noen stor forskjell, men da hadde vi i det minste forsøkt. Kan tenke seg en situasjon hvor Driftservice leverte varmmaten mens vi selv sørget for tørrmaten. Her er det jo veldig stor forskjell mellom klinikkene. Mens vi i psykiatrien i prinsippet nesten kan legge dette inn som en del av "behandlingstilbudet" er det sikkert mye vanskeligere på en av avdelingene på Øya
5. Vårt problem er at vi ikke har noen direkte nytte av det vi tjener ekstra på internfakturering, men det viser at vi gjør noe. Hadde vi beholdt deler av ekstra inntjening ville det helt sikkert inspirert på en annen måte.
6. Har vel egentlig ikke så mange tanker omkring det økonomiske. Vårt fokus er å klare å levere det vi er pålagt å gjøre med de ressursene vi har til rådighet, og de har helt klart blitt mindre med årene.

7. Vi forhandler for det meste om volum så sånn sett er det snudd litt på hodet. Som ”selgere” skulle vi i utgangspunktet ha forsøkt å selge så mye som mulig, men siden vi har en kostnadsramme å forhold oss til blir det heller vår oppgave og forsøke å begrense bestiller sine ønsker.
8. Ser egentlig ikke noen spesiell grunn til å opptre rasjonelt i den forstand som dere legger i begrepet, men så mye fokus som det har vært på kostnader er det selvfølgelig med på å øke fokuset på dette området. Hvis det er å opptre rasjonelt; ja det gjør vi det. Men hvis dere mener at vi alltid gjør det mest fornuftige ut i fra et helhetssyn så er det ikke like sikkert vi opptre rasjonelt. I en optimal situasjon ville jeg trodd at vår oppgave var å produsere riktig kvanta med en kvalitet som bestiller aksepterte og til en riktig pris, men det er stort sett ikke der vi er pr. dato

B) Transaksjonskostnader

Oppeves ressurser brukt til kontraktsforhandlinger, nye styringssystemer og kontrollaktiviteter å være i samsvar med forventet gevinsten ved økt økonomisk effektivitet og økt kvalitet på tjenesten?

1. Opplever vel at det meste er fastlagt på forhånd, og at kontraktene sånn sett bare skriftliggjør det vi alltid har gjort. Jeg personlig har ikke så mye befatning med selve kontraktsforhandlingene da dette overlates til økonomirådgiver. Det er heller ikke så stor grunn til at jeg skulle involveres så lenge vi ikke ønsker store forandringer i kontrakten, og i det store og hele tror jeg det bare dreier seg om å videreføre tidligere års kontrakter. Det blir på en måte en litt kunstig situasjon siden vi ikke har noe å måle mot. Klart jeg synes det er dyrt med over 100 kroner for en porsjon grøt, men skjønner at det ligger mange andre kostnader i denne summen. Mat & Cafe leverer mat til hele sykehuset, og på et stort sykehus er det sikkert mange spesialbestillinger som også må kostnadsberegnes.
2. Tenker på det som har skjedd mer som en naturlig utvikling som følge av at vi stadig vekk får nyere og bedre systemer for det meste. At vi i dag bestiller f.eks. mat elektronisk er etter min oppfatning bare en forenkling av arbeidet, og ikke noe jeg tenker på som en del av en slik modell. Så lenge vi opplever at vi får det vi bestiller er vi fornøyd, og i de tilfellene hvor noe ikke blir utført leverer vi avviksmelding. Det er i hvert fall meningen at vi skal levere avviksmelding, men det blir like ofte at vi bare snakker med f.eks. renholder siden denne går fast her og oppfattes som en av oss. Å sende en avviksmelding i slike tilfeller virker på meg som litt dumt. Men alt i alt legger ikke jeg så mye vekt på det siden det ikke er så mye å hente på det. Synes ikke jeg bruker så mye tid på det, men det er

sikkert andre som bruker mer tid. Hvis vi var flinkere til å skrive avviksmelding ville det sikkert ha fått noen til å skjerpe seg. Det at vi påviser åpenbare feil betyr likevel ikke at vi får et avslag på prisen, og da blir det mer bare for å ha sagt fra.

3. For min del er det meste av det vi mottar fra STOD del av en større pakke i form av tjenester fra Mat & Cafe, Logistikk og forsyning, renhold etc. I det store og hele ikke mye å utsette på dette, men synes kanskje det er litt tungvint å skulle bestille alt gjennom Logistikk og forsyning. Slike ting som er regulære leveranser er det ingen ting å si på, men vet ikke hvor fornuftig det er at vi ikke skal kunne kjøpe fra andre.
4. Vil ikke si at dette utgjør noe stort ”problem”, men slik det ble har det heller ikke så stor betydning. Kontraktsforhandlingene finner sted i tilknytning til budsjettarbeidet på høsten, og er sånn sett avsluttet når de er signert. Det er mulig andre klinikker har mer arbeid med disse, men for egen del utgjør de en liten arbeidsbyrde siden det meste er gitt på forhånd. Bruker likevel noe tid på oppfølging, eller rapportering, i forhold til internhandel uten at jeg helt kan se effekten av disse rapportene.
5. Vi forsøker å fremskaffe så detaljerte avtaler eller kontrakter som mulig. Når dette er gjort behøver vi egentlig ikke tenke så mye mer på saken.
6. Ser vel at det er enkelte ting som kunne ha blitt håndtert smidigere. Vi har nå en del års erfaring, og tror ikke alt ville ha blitt gjort likedan hvis vi skulle begynne på nytt. Tror kanskje vi skulle ha konsentrert oss om noe og overlatt andre tjenester til andre som har mer erfaring på området.
7. Vanskelig å si eksakt om dette har hatt betydning eller ikke, men siden vi får avviksmeldinger når noe ikke fungerer må det jo føre til at vi skjerper oss. De gjorde et grundig arbeid i begynnelsen av prosjektet slik at det meste er fastlagt på forhånd. Nå blir det ikke så mye behov for nye forhandlinger, men mer oppfølging av gamle kontrakter. Skulle vi ha startet med blanke ark hvert år hadde det selvfølgelig vært mye mer arbeid. Kommer jo stadig nye og bedre programmer og vedlikeholdssystemer for det meste, og det koster litt å skulle holde seg oppdatert hele tiden. Det har ikke så mye å gjøre med Bestiller – utførermodellen, men er nok mer en konsekvens av utviklingen innen bruk av data og ny programvare.

8. Selv om mange kritiserer modellen kan jeg ikke forstå at det ikke har ført til forbedringer. Mener det må være innlysende at samtlige har fått et mer bevisst forhold til også denne siden ved sykehusdrift. Skal ikke påstå at alle tall er riktige eller at ikke grunnlaget kunne ha vært bedre, men vi har i det minste mer kontroll på hvilke tjenester som tilbys og til hvilken pris. Selv om det ikke ble noe av planene om å konkurranseutsette STOD har vi likevel et grunnlag for å måle både volum og pris, og siden vi ikke skal måle oss mot noen utenfor St. Olavs blir det mindre viktig med den reelle kroneverdien.

C) Kontrakter

Mener du at kontraktene bidrar til at målene om bedre økonomisk styring nås lettere?

1. Jeg legger vel egentlig ikke så mye vekt på kontraktene etter at de er signert i forbindelse med budsjettprosessen. Det måtte da være hvis det oppstår avvik i det vi kjøper fra logistikk og forsyning. Andre avvik kan jeg ikke forestille meg kunne bli aktuelt siden renhold er det samme som før bare at de nå er organisert i STOD og ikke tilknyttet avdelingen slik de var før
2. Hjelper oss til en viss grad å holde fokus på forbruk, men på de områdene dere nevner er det mye ”plankekjøring”. Renholdskontraktene våre er de samme nå som da vi ble presentert for de første gang. Forskjellen kan på mange måter sies å bestå i at vi i dag vet hva det f.eks. koster å gjennomføre renhold på avdelingen, men det er ikke så mye vi kan foreta oss med det. Vi blir presentert for en pris og har selvfølgelig en teoretisk anledning til å foreta oss noe med volumet, men siden det ikke gir oss noen andre fordeler å redusere denne summen blir det ikke så interessant.
3. Først og fremst er de greie siden de definerer hva som ligger i standardavtalen. De gangene det er aktuelt å bestille noe ekstra kan vi relativt enkelt fastslå om dette ligger innenfor avtalen eller ikke.
4. Nei, dette ligger i eget budsjett og der vi har usikkerhet går det på helt andre områder.
5. Vi har et budsjett å forholde oss til og kan ikke gå utenfor dette. På et vis kan vi selvfølgelig det, men vi kan ikke forbruke mer enn vi har budsjett til. Hvis man ser helt hypotetisk på det kunne det tenkes at en klinikk ville kjøpe ekstra mye renhold. Så lenge vi klarer å gjøre dette innefor budsjettet vårt er det ok, men vi kan ikke ansette flere folk for å utføre oppgaven selv om vi fikk økte inntekter gjennom internfakturering.

6. Om klinikkene benytter kontraktene slik du spør vet jeg ikke, men ville tro det skulle bidra til at de har med kontroll med forbruket sitt.
7. Den store forskjellen ligger i at klinikkene nå burde ha oversikt med hva de forbruker. Tror kanskje ikke de benytter kontraktene på annen måte enn at de ved begynnelsen av året vet hva de har til disposisjon.
8. For egen del er det en pekepinn om hva jeg har kan bruke i løpet av året

Hvor delaktig er du i kontraktsforhandlingene, eller prosessene som leder frem til forhandlingene?

1. Det er en av de faste rutinene, men det blir litt å snu arket fra år til år.
2. Selv deltar jeg ikke i disse forhandlingene.
3. Det er økonomirådgiver som styrer dette. Kanskje er avdelingssjefen også med, men det vet jeg ikke.
4. Selv har jeg vært ganske aktiv i disse prosessene, kanskje mer en gjennomsnittet. Litt fordi det interesser meg å finne ut hva som er reelle kostnader, men uten at min avdeling bestandig har så mye igjen for innsatsen. Av og til har det likevel lyktes å få beholde besparelser hvis vi har klart å påvise overprising.
5. Deltar ikke direkte i selve forhandlingene, men er delaktig i grunnlaget. Vi tilpasser budsjettet litt til forrige års forbruk, men i det store og hele er det lite slingringsmonn.
6. Ikke særlig delaktig, men vet selvfølgelig hvordan det fungerer og er også kjent med hva som gjøres. Min rolle tilsier at jeg leverer noe av "bakgrunns materialet" for de som gjennomfører selve kontraktsforhandlingene.
7. Nei, ikke i selve forhandlingene.
8. Er delaktig i prosessen, men ikke i selv forhandlingene.

Har du erfaring/fått tilbakemelding på at det brukes mye tid for å følge opp og gi tilbakemelding på utførers kontraktforpliktelser?

1. Nei det gjør vi ikke. Tror det kanskje skyldes like mye at vi er dårlige til å følge opp det som leveres.
2. Sikkert alt for dårlig, men tror det skyldes at vi har liten kultur for den slags tenkning. Vet en del saker jeg ikke ville ha godtatt som privatperson, men som går ikke fører til noen reaksjoner på jobb. Men vi har blitt bedre.
3. Mener jeg er ganske flink til å si i fra hvis det er noe som ikke stemmer. Vil ikke si vi / jeg bruker mye tid på å følge opp kontraktene. Mesteparten er standardavtaler, og så lenge avdelingen blir vasket er det ikke mye å henge seg opp i.
4. Det er litt delt. Noen av tjenestene vi får fra STOD utføres av ansatte som har jobbet her i lang tid, både før og etter at vi fikk internhandel. Ikke så lett å levere avviksmelding på disse. Da er det lettere med de ikke kjenner og som ikke har noen tilhørighet hit.
5. Nei, det måtte da bety at vi fikk klager på det vi leverer. Litt kritikk blir det av og til, men ikke mer enn jeg anser som normalt. Urealistisk å tro at vi kan tilfredsstille alle til enhver tid.
6. Alt som går inn i standardkontraktene er det lite kluss med, men selvfølgelig hender det at vi må utbedre forhold som oppstår som følge av uforutsette hendelser. I vinter har vi hatt mye styr på grunn av streng kulde, og det var selvfølgelig ikke tilstrekkelig med personale til å løse alle sakene samtidig. Synes mange har urealistiske forventninger til hva som kan løses straks problemet er meldt.
7. Synes det meste går forbausende greit.
8. Noe tid bruker vi selvfølgelig, men siden dette går mye på ferdigprogrammerte systemer blir det bare i de tilfellene hvor det oppstår uforutsette oppgaver at vi må skjele til kontraktene.

Forskerspørsmål 3

Hvilken legitimitet har bestiller- utførermodellen ved St. Olavs Hospital?

Som vi påpekte i slutten av metodekapittelet, vil det å spørre direkte om modellens legitimitet være lite formålstjenelig, og vi så det raskt som mer hensiktsmessig å avlede grad av legitimitet av forutgående spørsmål. Vi vil komme tilbake til våre funn og drøfting av legitimitetsbegrepet i neste kapittel.

5.3 Analyse og drøfting av kvalitative data

5.3.1 Forskerspørsmål 1

Hvilken betydning har ledelsesprosessene hatt for effekten av bestiller utførermodellen?

Vi ønsker med forskningsspørsmål 1 å se nærmere på den ledelsesmessige forankring av målsettingen, hvilke former for kommunikasjon som ble benyttet samt hvilke beslutningsprosesser som ble tatt i bruk. Vi vil videre i dette kapittelet si noe om bakgrunn for valg av temaet. Vi vil også gjengi de resultatene vår undersøkelse har gitt, og prøve å se tendenser i den informasjonen vi har innhentet.

I vår problemformulering spør vi hvordan bestiller – utfører modellen ved St. Olavs Hospital fungerer. Problemformuleringen må igjen sees med bakgrunn i det vi beskriver som en manglende gjennomføring av det vi oppfatter må ligge til grunn for at en bestiller – utfører modell skal kunne virke i henhold til målsettingen.

Målsettingsprosessen

Det å implementere bruk av en Bestiller – utførermodell, ved St. Olavs Hospital representert ved Internhandlesmodellen, utsetter organisasjonen inkludert ledelsen for store utfordringer. Bruk av Bu –modellen kan på mange måter sees som et forsøk på å integrere behovet for økt styrbarhet med et ønske om å innføre en form for markedstenkning. Dette er vel innarbeide elementer innen privat sektor, men må sies å representere noe helt nytt innen offentlig sektor. Det er også på mange måter en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring. Gjennom målsettingsprosessen er det viktig at målene blir konkretisert gjennom kontraktsforhandlinger. Her kan man også avdekke hvorvidt det foreligger målkonflikter samt sikre at bidrags – belønningsbalansen opprettholdes. Gjennom dokumentanalysen har vi via Helse Midt – Norge sin Strategiske plan for 2004 identifisert fire områder som fokuseres:

- Kvalitet
- Effektivitet
- Ledelse
- Samhandling

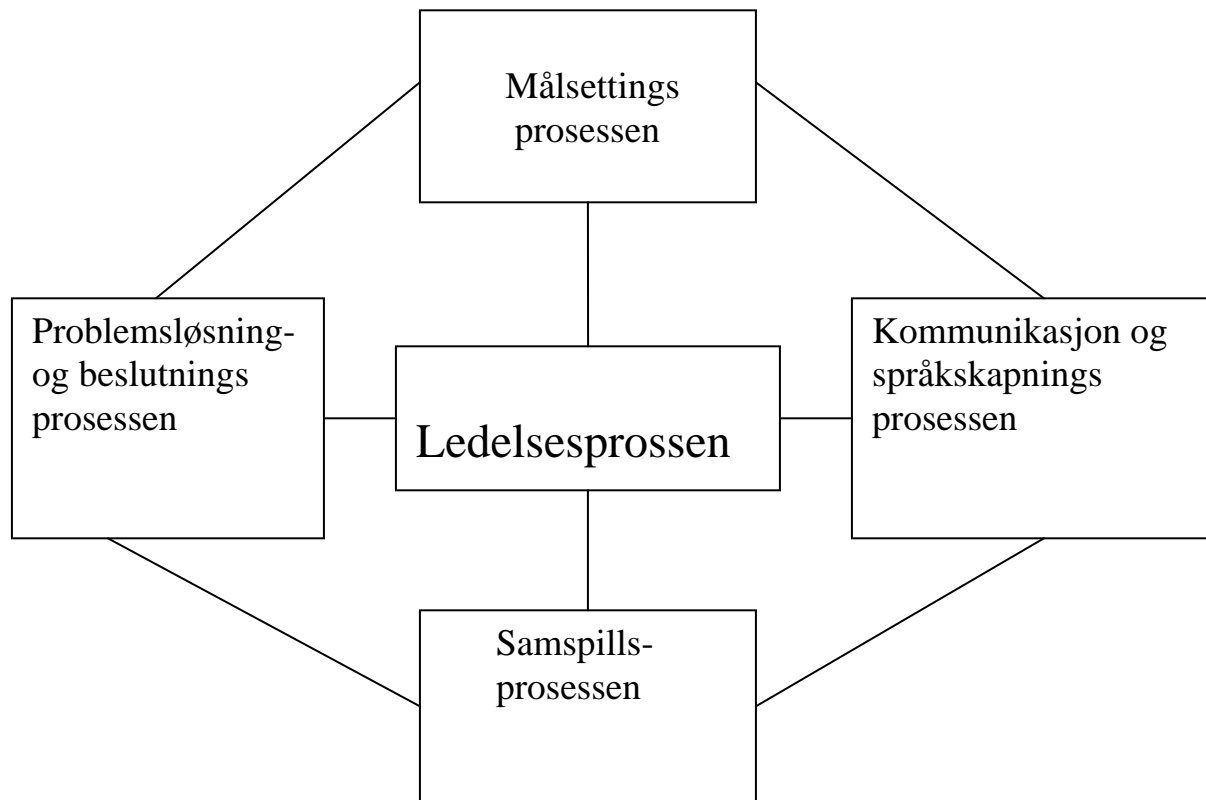
Med tanke på akkurat dette området har vi trukket ut ledelse som det viktigste området, da vi mener en betydelig endring av organisasjonens struktur bør innebære en rekke helt grunnleggende forutsetninger for å kunne lykkes.

Ledelsessystemet skal sørge for å gjennomføre forhandlinger med interessentene og oppfylle inngåtte kontrakter. Ledelse må utøves for å sikre at bidrag og belønningsbalansen blir ivaretatt. Erik Johnsen (1975) definerer ledelse på følgende måte;

Ledelse er en målutviklende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker.

Busch og Vanebo (2003) presenterer med bakgrunn i Johnsen, tre grunnleggende prosesser for ledelse i et dynamisk perspektiv; målsetting, kommunikasjon, beslutning og samspillprosessen det er da særlig første del vi fokuserer i dette avsnittet. Det er viktig å påpeke at disse ledelsesprosessene også kan betraktes som sentrale organisasjonsprosesser i en organisasjon. Uansett er prosessene sentrale for å sikre organisasjonens fremtidige eksistens.

Sammenhengen mellom de grunnleggende ledelsesprosesser



Busch & Vanebo (2000) vektlegger betydningen av ulike typer mål i forbindelse med målsetningsprosessen, og de definerer tre viktige:

- Utviklingsmål
- Tilpasningsmål
- Driftsmål

Svar fra flere av respondentene kan tyde på at ikke de ikke opplever at det har blitt tydelig nok kommunisert hvilke gevinster som evt. måtte ligge i etableringen av Internhandelsmodellen. Flere trodde kanskje dette hadde blitt tydeligere fokusert tidlig i prosessen, men slik modellen fungerte pr. dato var det langt vanskeligere å se gevinsten i modellen. Flere av respondentene var likevel relativt samstemt i at det å fokusere på området medførte en mer bevisst holdning til forbruket, men siden de største utgiftene allerede var fastlagt og utenfor kontroll fikk modellen mindre betydning.

Utviklingsmål skal i første omgang være retningsgivende for de driftsmål som settes på et lavere nivå i organisasjonen, men skal også formidle til interessentene at de blir prioritert.

Om ikke respondentene kan sies å ha en fullstendig lik oppfatning av nettopp dette punktet, så er det et gjennomgående trekk at dette området ikke har blitt godt nok fokusert.

Noen mente at det sikkert hadde vært tydeligere kommunisert tidlig i prosessen, men at det i ettertid har blitt nedprioritert.

Utviklingsmål defineres ofte som langsiktige mål og er nært knyttet opp til interessentene.

Her nedfelles gjerne hvilke ”belønninger” som ligger i avtalen og som ulike partene kan ha håp om å oppnå. Utviklingsmål kan videre klassifiseres i to ulike grupper:

- De skal være retningsgivende for de driftsmålene som fastsettes lavere ned i organisasjonen
- Skal signalisere til interessentene at deres behov i organisasjonen blir prioritert.

Et gjennomgående trekk ved respondentene var at mens bestillersiden hadde et forholdsvis uavklart, og avslappet, forhold til overordnede målsettinger så var utførersiden langt mer bevisst på nettopp dette punktet.

”Bestillersiden” var likevel ganske samstemt i en oppfatning om at fokus på forbruk av ikke medisinske varer og tjenester ville begrense forbruket.

Tilpasningsmål sier noe om de nødvendige endringer som organisasjonen må gjennomføre for å tilpasse seg endringer i omgivelsene, og også her opplever vi at bestillersiden har tilpasset seg da de ”bare måtte endre seg” mens utførersiden hadde et langt mer bevisst forhold til spørsmålet.

Uten at det kommer tydelig frem er det ingen tvil om at sistnevnte gruppe visste at suksess eller ikke hadde noe med deres fremtidige eksistens å gjøre mens ”motparten ikke tok så nøye på det”.

Hva angår driftsmål er det åpenbar forskjell mellom bestiller og utførersiden ved at førstnevnte gruppe er langt mer fokusert på sykehusets kjerneaktivitet som er pasientbehandling og ikke vil gå på akkord med dette på grunn av det de beskriver ”som utenforliggende årsaker”.

Gjennom målsetningsprosessen er det viktig at målene blir konkretisert gjennom kontraktsforhandlinger. Her kan man også avdekke hvorvidt det foreligger målkonflikter samt sikre at bidrags – belønningsbalansen opprettholdes.

Et hovedtrekk både ved dokumentanalysen samt svar fra respondentene er at det er relativt stor forskjell på bestiller- og utførersiden med hensyn til betydningen av selve interhandelsmodellen. Mens kjøp av ikke medisinske varer og tjenester utgjør en liten av del av den totale virksomheten for klinikkene, er det for STOD selve kjernevirksomheten.

Ingen av respondentene har noen innvendinger mot de kontrakter som regulerer forholdet, men fra bestillersiden påpekes det faktum at man som bestiller kun har en part å forholde seg til.

Bestillersiden poengterer også det helt spesielle ved modellen at gevinster som følge av redusert forbruk ikke nødvendigvis kommer bestiller til gode.

En respondent sier det på følgende måte:

”det må i det minste være en grunn til at jeg ikke skal skite i Norge og bare tenke på Toten”

Dette er kanskje det mest femtredene trekk ved svarene fra bestillersiden; de har liten eller ingen gevinst for å opptre rasjonelt, men man gjør det fordi det forventes, sykehuset har vært gjennom en vanskelig økonomisk situasjon og det har hatt mye fokus etc etc.

Fra utførersiden er det åpenbart at modellen har langt større betydning, noe som vanskelig kan forklares på annen måte enn at ”suksess eller fiasko” er avgjørende for deres videre eksistens.

I følge evalueringsprosjektet er det en gjennomgående svakhet både ved implementering samt det videre arbeid, at klinikkens ledelse unnlot å ta del. Med noen få ”hederlige” unntak lot de klinikkene bli representert av ansatte fra økonomi eller andre innen enheten med tilstrekkelig oversikt. Det kunne i noen tilfelle være personalrådgivere.

Det er videre en gjennomgående tilbakemelding fra respondentene, særlig representert ved bestillersiden, at man ikke viet implementeringen / målsettingen nok fokus i den innledende fasen. Det medførte at utførersiden hadde langt større kunnskap omkring temaet, noe det også advares imot innen teori som omhandler prinsipal – agentteori. I dette tilfellet satt da agenten med betydelig større oversikt enn prinsipalen.

En av forutsetningene som må være til stede i forbindelse med forhandlinger mellom bestiller og utfører, eller prinsipal og agent, er at målsettingene må være avklart og veldefinert. Vår klare oppfatning på dette punktet var at det ved innføring av modellen var en nogenlunde ens oppfatning av mål, men at disse hadde blitt mer og mer uklare gjennom årene som følge av at modellen aldri ble satt ut i live.

Et annet tydelig trekk ved svarene er at ”lufta gikk ut av ballongen” da man i 2006 unnlot å konkurranseutsette de tjenestene som i utgangspunktet var identifisert. En gjennomgående trekk i ettertid er at internhandelsbudsjettet blir karakterisert ved uttalelser som:

”vanskelig å forholde seg til denne type monopolpenger”

Gjennom dokumentanalyse er det videre et annet og viktig funn som må hensyntas, og det er sentral ledelse og styrets behandling både av Brynestadrapporten samt det påfølgende Evalueringsprosjektet. Det er etter vår vurdering overraskende hvor lite man vektlegger de to rapportene med hensyn til å diskutere den videre bruken av BU –modellen som i beste fall må beskrives som bare delvis implementert ved at den kun eksisterer en tilbyder.

Det eneste ”spor” som kan gjenfinnes i St. Olavs ledergruppe samt styret med tanke på oppfølging av Brynestadrapporten er at man nedsetter et prosjekt som skal utrede de merknader rapporten hadde omkring temaet internhandel.

Etter at Evalueringsprosjektet var avlevert tar de samme instansene rapporten til etterretning, uten at det gis videre føringer for hva som bør skje.

Etablering av gode og hensiktsmessige kontrakter for å regulere forholdet mellom bestiller og utfører vil nødvendigvis måtte være avgjørende for graden av suksess ved bruken av en slik modell. Oppfatter partene at det er tatt nødvendig hensyn til deres behov, og kommer det tydelig nok frem hva som evt måtte være belønningen.

Slik modellen ble presentert i utgangspunktet forelå det en klar kontrakt mellom utfører og bestillersiden med tanke på mulig gevinster. Denne gevinsten var åpenbart langt lettere å ”få øye på ” sett fra bestillers side ved at intensjonen var at etter en to – års ”fredningsperiode” skulle man kunne plassere sine bestillinger der man fant det mest hensiktsmessig.

Siden selve grunnideen med innføring av bestiller – utførermodellen aldri ble satt ut i live var det meste av hensikten ved bruk av modellen ikke - eksisterende. Som nevnt tidligere gjennomføres det årlig kontraktsforhandlinger mellom bestiller og utførersiden, men etter denne respondentens mening var dette mer som et kundemøte å betrakte. Prisnivået var satt på forhånd og kunne ikke forhandles, og siden det eksisterer bare en tilbyder hadde selve kronefaktoren ingen betydning.

Forhandlinger omkring volum / frekvens kan være gjenstand for forhandlinger, men en evt økning i volum ikke godkjennes av utfører. Ønsker man å forhandle på denne type variabler blir det et spørsmål om økte kostnader, og det kan ikke avgjøres av utfører.

Som den ene respondenten svarte:

” det blir som at jeg står i en klesforretning og må kjøpe en dress, jeg har ingen andre steder å gå, jeg kan ikke forhandle om pris og kan kun få kjøpt størrelse 52 selv om det er 54 jeg må ha. Skal jeg få aksept for størrelse 54 må jeg ha med skriftlig tillatelse hjemmefra”.

Hvordvidt det eksisterer ”harmoni” mellom bestiller og utfører med hensyn til informasjon omkring BU – modellen, er svarene fra bestillersiden langt mer skepsis til om så er tilfelle.

Her svarer flere at de oppfatter at BU –modellen har blitt en arena særlig for ansatte innen økonomisektoren, og at ledelsessjiktet i mindre grad forholder seg til problematikken.

Fra utførersiden er det en oppfatning om at Bu –modellen er godt forankret i ledelsen på begge sider, men innrømmer at dette er mer en oppfatning enn nødvendigvis en realitet.

Sistnevntes syn svekkes ved at de fleste møter omkring tema som omhandler internhandel blir representert ved andre enn klinikkledelsen.

Kommunikasjonsprosessen

Kommunikasjonsprosessen er helt avgjørende i alle organisasjoner, og må sies å være absolutt nødvendig for at denne skal fungere og er en forutsetning for at ledelsesprosessen skal fungere.

Som nevnt tidligere definerer Busch, Johnsen og Vanebo ledelse som et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker, og det forutsetter at man må inneha eller skape et språk der alle mål, midler og relasjoner mellom disse inngår.

(Busch, Johnsen & Vanebo, 2003)

Innføring av en bestiller – utførermodell, i utgangspunktet tenkt basert på markedsorienterte prinsipper, må antas å bli imøtesett med både skepsis og spenning.

Gjennom analysen, særlig basert på intervjuene, mener vi å kunne fastslå at respondentene på bestillersiden i utgangspunktet var positivt nysgjerrige mens utførersiden nok opplevde dette som langt mer ”truende”.

Det er en viktig lederoppgave å skape felles visjoner og situasjonsopplevelse, og at dette kan ivaretas gjennom det som benevnes som språkskapende prosesser. (E.Johnsen, 1984)

Det er m.a.o. viktig å utvikle en felles forståelse for organisasjonen i seg selv, de omgivelser den må forholde seg til, samt de utfordringer den står ovenfor. På mange måter handler det om å skape en felles forståelsesramme hos aktørene som igjen er avgjørende i forbindelse med problemløsning. I en komprimert form vil dette si at utfordringen består i skape forståelse og aksept for organisasjonens visjon, mål og midler.

I forbindelse med en såvidt radikal organisasjonsendring som innføring av en bestiller – utførermodell vil det kreve ekstra innsats på dette området.

De intervjuene vi gjennomførte ga oss egentlig ikke tilstrekkelig med informasjon til å kunne belyse hele kommunikasjonsprosessen, men likevel nok til å trekke noen slutninger.

I alle organisasjoner vil kommunikasjon måtte ha fire hovedretninger:

- Nedover i organisasjonen
- Oppover i organisasjonen
- Horisontalt
- Mellom organisasjonen og omgivelsene.

Vi har som sagt ikke tilstrekkelig grunnlag for å felle noen ”endelig dom” over akkurat dette spørsmålet, men mener å kunne se enkelte hovedtrekk.

I alle større organisasjonsendringer betones nødvendigheten av å forankre beslutninger i ledelsen. På tross av dette ønsket er det mye som tyder på at klinikkledelsen har vært mer eller mindre delaktig i prosessen, eller i det minste ikke alltid har vært tilstrekkelig engasjert i prosessen. Dette utsagnet belegger vi ved hjelp av de svar som flere av respondentene ga med tanke på hvordan de opplevde klinikkledelsens delaktighet.

Uten det nødvendige engasjement fra klinikkledere er det ikke vanskelig å forestille seg at det kunne bli litt ”slakke” lenger ned i systemet. Hvis de som ”solgte budskapet” valgte å by – passe

den øverste ledelsen og i stedet rettet sin informasjon mot ansatte i organisasjonen, er det nærliggende å trekke slutningene at heller ikke resten av klinikkene tok like alvorlig på saken. Fra privat næringsliv er det et velbrukt utsagn om at ”bare produktet er godt nok så selger det i kraft av sin egenskap”. Akkurat det tror ikke vi var tilfelle med innføring av Bestiller – utførermodellen. Muligens så enkelte på bestillersiden dette som et positivt incitament mens det er vanskelig å se at utførersiden skulle se det på samme måte. Når modellen ble reversert og man mistet muligheten for å handle utenfor egne rekker forsvant mye av entusiasmen. Det at man i tillegg ble fratatt muligheten for besparelser på egen avdeling gjør det vanskelig å se at dette ikke skulle påvirke interessen for modellen som et nyttig redskap for det den i utgangspunktet var ment å være.

I slike situasjoner må det være rimelig å anta at det krever ekstra innsats for en tydelig kommunikasjon som forteller interessene hvorfor det fortsatt er viktig å være tro mot modellen. Det videre være hensiktsmessig også å trekke veksler på det som beskrives som psykologiske kontrakter som har basis i den kultur som organisasjonen er en del av.

I motsetning til formelle kontrakter som baserer seg på pris og autoritet som viktige styringsmekanismer, vil tillit i dette tilfelle være en avgjørende faktor.

Psykologiske kontrakter omfatter blandt flere ting det som benevnes som sosialt bytte, og omhandler forhold som personlige forpliktelser, takknemlighet og tillit. (Blau, 1964)

Flere av respondentene ordlegger seg i en retning som gjør det naturlig å anta at forhold som visjon og målsetting kunne ha vært bedre kommunisert. Noe av dette kan sikkert tilskrives at internhandelsmodellen i sin første fase var tenkt basert på helt andre kontraktsformer og styringsmekanismer enn det som til slutt ble modellens reelle innhold.

Hadde man slutført den opprinnelige planen med markedsbaserte løsninger basert på formelle kontrakter med pris som den viktigste styringsmekanismen, ville ikke nødvendigvis behovet for kommunikasjon være mindre, men burde ha blitt gitt en annen retning.

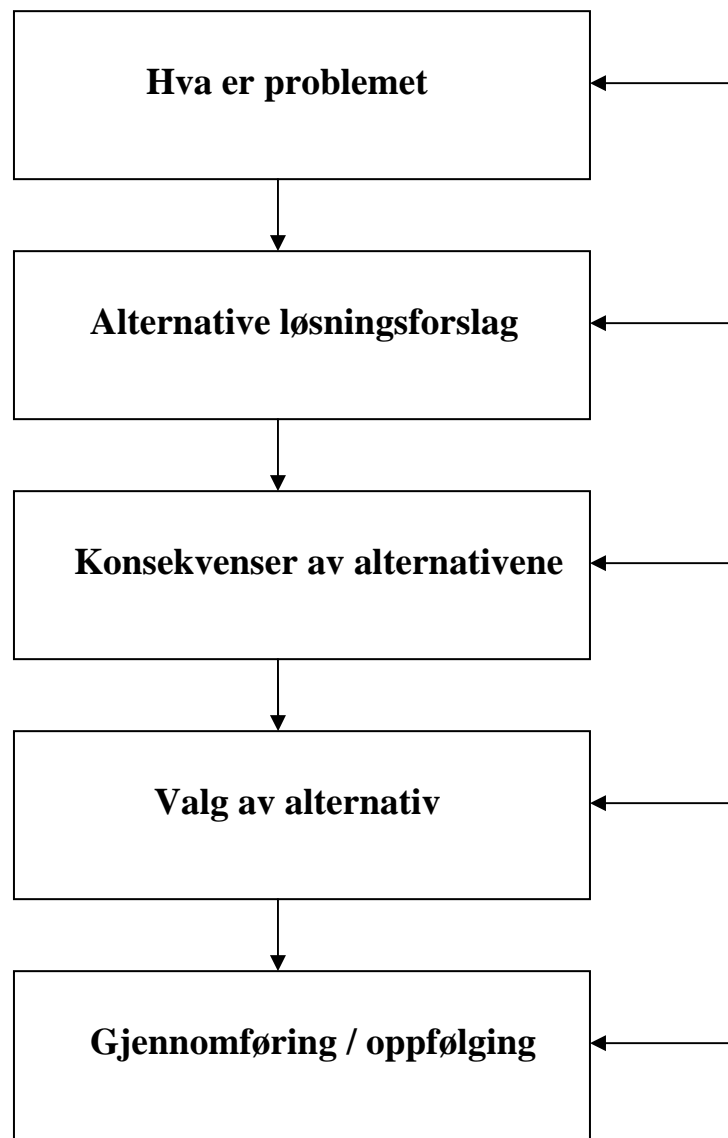
Beslutningsprosessen

Den overordnede hensikten med Bestiller – utførermodellen har vært å implementere en bevissthet om at:

”den som initierer ressursbruk må betale for den”

Den er videre et hjelpemiddel for den enkelte enhet eller leder til å kunne foreta de riktige beslutninger med utgangspunkt i modellen.

Busch og Vanebo (2000) definerer beslutningsprosessen som en oppgave som kan deles inn i faser.



Busch & Vanebo (2000)

Med utgangspunkt i de mål man har blitt enige om skal disse settes ut i livet, og det kan følgelig være nyttig eller interessant å se hvilke former for, og hvordan, beslutninger som blir tatt. Utover de rent faktiske beslutninger som fattes er det i tillegg viktig å forstå på hvilket grunnlag dette blir gjort. Mye av intensjonen for å innføre Bestiller – modellen må være at den enkelte leder skal settes i stand til å fatte riktige avgjørelser både med hensyn til kvalitet, effektivitet samt økonomi. Innføring av Bestiller – utførermodellen hadde som tidligere nevnt som overordnet målsetting at ”den som initierer ressursbruk må betale for den”.

Før vi går nærmere inn på analysen av spørsmålet kan det være hensiktsmessig å ”avsløre” hovedtendensen i svarene. Fra bestillersiden er tilbakemeldingene relativt entydige ved at de var ganske samstemt på at innføring av internhandelsmodellen i liten grad har påvirket / medvirket til noen vesentlige endringer i det daglige arbeidet og at det bare i ubetydelig grad har påvirket deres mulighet til å fatte andre beslutninger enn de ville ha gjort uten hjelp av Bestiller – utførermodellen. Samtlige av de vi intervjuet på bestillersiden sitter i mellomlederposisjoner, eller er på annen måte sterkt involvert / delaktig i bruken av BU – modellen.

Som en av enhetslederne sier:

” de områder jeg kunne ha påvirket f.eks. ved innkjøp er av så vidt marginal interesse at det i prinsippet ikke medfører noen endring”

Denne uttalelsen kan godt fremholdes som representativ for de som ble intervjuet fra bestillersiden. Ved utdypning forklares dette ved at de store kostnadene er fastlagt på forhånd og kan i liten grad påvirkes og det er følgelig bare småpenger igjen å ”forhandle om”. Utførersiden på den annen side har et mer positivt bilde av situasjonen ved at de i større grad oppfatter det som at dette burde gi systemet større mulighet til å påvirke hverdagen. Sistnevnte gruppe oppfattet vi likevel å ha et mer ”praktisk” syn på saken i det deres oppgave var å levere en vare uavhengig av utenforliggende påvirkninger.

Når vi går nærmere inn på denne ulikheten i oppfatning er det vår klare oppfatning at det på bestillersiden, i det minste for de som hadde vært med fra innføring av modellen, hadde trodd de gjennom bruk av BU – modellen skulle bli gitt større handlingsrom.

Flere fra bestillersiden uttrykte også en opplevelse av at:

”forholdene hadde roet seg”

i betydningen av at det ikke var like mye fokus på området som i de første årene og det i prinsippet ikke var de helt store forandringer i forhold til tiden før innføring av BU – modellen. Fra bestillersiden ble det likevel presisert at den største endringen var at bare det at man fokuserte på forbruket med påfølgende kostnader hadde medført en langt større bevissthet rundt området. I en rendyrket utgave av en Bestiller – utførermodell vil en del problemområder falle naturlig av seg selv, men siden dette blir innføring av en bestiller – utførermodell i et internt marked er det flere forhold som det må taes hensyn til. Dette kalles gjerne også ”kvasimarkeder” og krever:

- Etablering av klare og separate roller for bestiller og agenten. (prinsipalen og agenten)
- Etablering av interne kontrakter som regulerer forholdet mellom disse to rollene
- Etablering av et system for prissetting

Her advares det mot at man kan få problemer med sub – optimalisering ved å gå for langt, noe som er ensbetydende med at velger løsninger som er fordelaktig for seg selv, uten å ta hensyn til effekten på helheten.

Hva angår spørsmålet om separate roller mellom bestiller og utfører er det også en åpenbar forskjell i forhold til hvordan man opplever situasjonen.

Bestillersiden kommer gjerne tilbake til det de opplevde skulle være basis i modellen; nemlig en situasjon hvor de som kunder kunne velge i et ”fritt marked”. Det poengteres også at det er en og samme organisasjon som fyller begge rollene som bestiller og utfører. Man er fra bestillersiden rimelig samstemt i at det på det teoretiske plan faktisk er to ulike parter, men slik modellen har utviklet seg går det meste av dynamikken tapt og man forhandler bare på deler av den totale pakken. Hovedtendensen fra bestillersiden er at de helt klart ser det er gjort grep for å sikre et skille mellom de to partene, men de ser ikke den helt store gevinsten ved at det er slik.

Utførersiden på sin side tillegger de ulike rollene langt større betydning, og mener dette er et viktig skille. På oppfølgingsspørsmål hva dette skillet består i er man ikke like sikker. Etter vår oppfatning kan dette best forklares med at mens utførersiden har denne oppgaven som sin kjernevirksomhet, er det fra bestillersiden kun en av mange oppgaver. Sagt på en annen måte; det å sørge for levering av mat til sykehusets enheter er basisoppgaven for f.eks Mat og Cafe mens det å sørge for at pasientene også får mat bare er en av mange oppgaver for bestillersiden. Med dette utgangspunktet er det åpenbart at utførersiden fokuserer mye mer på denne type spørsmål, og følgelig har en tendens til å overvurdere betydningen.

Særlig for respondentene på bestillersiden var det åpenbart at de kontraktene man fremforhandlet i utgangspunktet var bundet på mange områder. Utførersiden kunne tilby bare et sett av ”produkter”, og siden det bare fantes en tilbyder var man tvunget til å forholde seg til denne. Pris var heller ikke gjenstand for forhandlinger, og det man endte opp med var forhandlinger omkring volum. Man var også klar over at kvalitet kunne være et forhandlingsområde, men dette løses ved at bestiller sender ”avviksmelding” når noe ikke ble levert i.h.t. kontrakten. Utførersiden mente arbeidet som ble utført i forbindelse med kontraktene var viktig både for utfører og bestiller, men også de var klar på at det man i realiteten forhandlet om var volum og hadde liten mulighet til å forhandle andre områder.

Innen agentteori ser man på forskjellige områder som f.eks.:

- ulik målstruktur hos prinsipal og agent
- asymmetrisk informasjon
- ulik risikoaversjon hos prinsipal og agent

Vi vil komme mer tilbake til disse begrepene under kapittelet om økonomiske gevinster, men de gjør seg også gjeldene i forbindelse med inngåelse av kontrakter i regi av Bestiller –

utførermodellen. Det synes åpenbart at man har forskjellig utgangspunkt for å fatte beslutninger. Hvis det er stor ulikhet i målstruktur hos prinsipal og agent er det alltid en mulighet for at leder fatter feil beslutninger med tanke på hva som egentlig er i prinsipalens interesse. Hvis målstrukturen er for uklar bør derfor målene klargjøres og konkretiseres i tillegg til at det må etableres en aksept for målene samt at målene må prioriteres likt fra begge partene. Vi har tidligere drøftet målsettingen ved innføring av Bestiller – utførermodellen. Slik modellen fungerer pr. dato er det ikke like klart hva som er St. Olavs egentlige mål med modellen, og det foreligger etter vår oppfatning en til dels betydelig usikkerhet i forhold til dette punktet. Flere av respondentene fra bestillersiden er opptatt av det faktum at mens modellen i sin tidligere fase hadde staket ut en kurs som virket fornuftig, stod man i dag igjen med en løsning som på ingen måte fungerte i henhold til intensjonene. I den grad det hersker en ulik målstruktur hos prinsipal og agent kan dette medføre ufullstendige kontrakter som igjen gir anledning eller rom for feilaktige beslutninger. Det kan videre medføre en grad av opportunistisk atferd fra utøvers side som en følge av at det er uklare mål eller uenighet om hvordan målene skal nås.

Under dette punktet er det særlig forholdet som omhandler asymmetrisk informasjon som blir gjeldene. Med dette menes at prinsipalen ikke kan vite om agenten utøver en atferd som er i samsvar med de kontraktene som er inngått. Når dette kombineres med tilfeller eller situasjoner hvor prinsipalen har begrenset mulighet til å kontrollere agentens aktivitet ligger i prinsippet alt til rette for utøve det vi kjenner under begrepet opportunistisk atferd. Slik vi ser det vil det foreligge mange situasjoner hvor begrepet asymmetrisk informasjon er et dekkende begrep. STOD sitter inne med oversikt og kunnskap over de tjenester de leverer, mens bestiller ikke innehar denne kompetansen. STOD slik vi kjenner enheten pr. dato er en nyskaping, men selve strukturen har jo eksistert ved sykehuset i alle år, men under en annen form for organisering. Når dette i tillegg må sies å være STOD sin kjernevirksomhet; si grunnlag for eksistens, sier det seg selv at det foreligger en markant og betydelig grad av asymmetrisk informasjon. Når dette kombineres med manglende interesse fra bestillersiden som følge av fravær av incitament, vil det ytterligere forsterke situasjonen. Med bakgrunn i ulike beslutningsmodeller vil vi forsøke å avdekke hvilke prosesser som har funnet sted, og hva som var motivet for de valg som ble foretatt. Vi ser det følgelig som hensiktsmessig å undersøke hvilke modeller som har vært toneangivende; rasjonelle, begrenset rasjonelle, politiske, tilfeldighetsmodeller eller ”garbage can” modellen.

5.3.2 Forskerspørsmål 2

Hvilken innvirkning har bestiller- utførermodellen hatt for de økonomiske prosessene ved St. Olavs Hospital?

Som sagt tidligere har innføring av Bestiller – utførermodellen en overordnet føring:

” den som initierer for ressursbruk må betale for den ”

Ovenstående er på alle måter en fornuftig ide, men den ”bakenforliggende variabel” er selvfølgelig at dette skal gjøre aktørene mer oppmerksom på forbruket av ikke – medisinske varer og tjenester. Dette skal da igjen medføre redusert forbruk og hvor den påfølgende konsekvensen i siste instans er at sykehuset reduserer sine utgifter. En åpenbar ulempe ved vår undersøkelse er selvfølgelig at vi ikke har noe å måle mot siden alle utgifter til ikke – medisinske varer og tjenester tidligere var en del av totalbudsjettet og vanskelig lar seg identifisere i dag.

Det er neppe noen overdrivelse å påstå at kostnadsbevissthet ikke har hatt noen fremtrede plass innen offentlig sektor generelt og norske sykehusvesen spesielt. Ovenstående blir i utgangspunktet bare en påstand, men det må likevel kunne hevdes at påstanden har rimelig godt fotfeste i den norske virkelighetsoppfatning. Påstanden er heller ikke tatt ”ut av løse luften”, men kan til dels belegges med fakta fra internasjonale undersøkelser fra andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Dette er imidlertid en påstand som knytter seg til norsk helsevesen generelt, og er på ingen måter et særtrekk bare for de deler av forbruket vi fokuserer på.

Prinsipal-agent

Opplever du at bruken av BU- modellen som verktøy for mål og resultatstyring bidrar til økt kostnadsbevissthet?

Med dette spørsmålet ønsker vi å få respondentenes syn på om innføring av Bestiller – utførermodellen gjennom bruk av internhandelsprinsippet har medført en større forståelse for kostnader generelt, og særlig ikke -medisinske varer spesielt. Spørsmålet blir på mange to – delt ved at det primært må drøftes hvorvidt denne modellen faktisk har medført større kostnadsbevissthet; sekundært hva som har vært de viktigste årsakene til hva som evt. ble utfallet. I den tidligere forvaltningsmodellen bestilte man og fikk levert varer og tjenester, men hadde liten eller ingen befatning med utgiftene. I grove trekk kan det sies at de som tidligere leverte denne type tjenester tilpasset antall ansatte, og volum på leverte varer, til den etterspørselen som til enhver tid måtte være der. Til eksempel inngikk ”vaktmestertjenester” og renhold som en naturlig del av den ordinære driften, og disse utgiftene var på ingen måter identifisert eller på annen måte skilt ut fra klinisk virksomhet. Under et slikt system er det ikke vanskelig å forestille

seg at det nødvendigvis må oppstå hva vi i mangel av et bedre ord kan kalle overforbruk. Utførere hadde ingen opplagt grunn til å begrense utgiftene, og det like vanskelig å se at ledelsen skulle ha særlig fokus på slike områder så lenge ikke økonomien var satt under press. Sistnevnte har i hovedsak fokus på klinisk virksomhet og har i liten grad særlig gode grunner til å vurdere om det f.eks. blir bestilt for mye mat til sykepostene da andre betalte kostnaden. Man hadde heller ikke behov for å vurdere noe som tilstrekkelig eller godt nok. Så lenge man ikke selv ser kostnaden vil det ikke like naturlig oppstå situasjoner eller tilstander hvor man vurderer om renhold annen hver dag kan være godt nok opp mot f.eks. ”daglig renhold”

Hovedtendensen fra respondentene er at de åpenbart er blitt mer kostnadsbevisst. Dette gjelder både bestiller og utfører, men åpenbart med litt ulik bakgrunn.

Bestillersiden først og fremst fordi alt som bestilles utover standardavtalen skal belastes kjøper, og kan virke inn på enhetens øvrige budsjett. Det medfører at man tenker seg om før det evt bestilles ekstratjenester. Tilbakemeldingen fra bestillersiden er likevel at dette kun blir marginale beløp å forholde seg til siden det meste ligger i avtalene som først og fremst styres ut fra volumet. Eller sagt på en annen måte; volumet tilpasses internhandelsbudsjettet. Som et eksempel på hva vi legger i begrepet ”marginale kostnader” kan vi benytte internhandelsbudsjettet fra en av de virkelige store enhetene innen St. Olavs Hospital. Enheten hadde for 2009 et budsjett for internhandel på kr. 152 944 000 og et regnskap ved årets slutt på kr. 152 994 000. Dette tilsier en differanse mellom budsjett og regnskap på til sammen kr. 50 000

Litt forenklet kan man da si at hele enheten etter at kontrakten var signert, har ”forhandlet” om en størrelse på en kvart promille, og begrepet ”minimalt handlingsrom” får et reelt innhold. Det er kanskje ikke helt korrekt å benytte uttrykket ”forhandlet om”, men i realiteten kunne man ha signert avtalen i begynnelsen av 2009 og ikke viet den mer oppmerksomhet før ved årets slutt uten at det hadde gitt noen større konsekvenser. I realiteten har man hatt fokus på at ikke enhetene skal benytte med enn de tildelte midler, og så lenge totalbeløpet ikke overstiger budsjettet er ”oppdraget fullført”.

Målet med innføring av Bestiller – utførermodellen har flere formål, men enkelte er tydeligere enn andre. Noen av de mest fremtredene er:

- Kostnadseffektivisering i form av tiltak som reduserer utgiftene
- Resultateffektivisering ved at man når de samme mål, men med mindre bruk av ressurser
- Nytte – kostnadseffektivisering som best kan eksemplifiseres ved at man flytter ressurser fra områder hvor de har liten effekt til områder hvor det er lettere å hente ut gevinster

Som nevnt tidligere mener vi gjennom intervjuene å kunne identifisere en hovedtrend fra bestillersiden i forhold til spørsmålet om økt kostnadsbevissthet ved at de på en eller annen måte ser at bruk av modellen øker dette fokuset. Det er derimot videre rimelig stor grad av enighet om

at denne bevisstheten først og fremst skyldes et generelt økt fokus på økonomi gjennom de siste årene, og man kobler med andre ord ikke automatisk dette til en bevisst bruk av modellen. Som en følge av at majoriteten av internhandelsbudsjettet er bundet opp i faste størrelser blir fokuset på ikke å forbruke mer enn avtalen tilsier, i stedet for å se på muligheten av å redusere utgiftene som ligger i avtalen. I en optimal modell ville bestiller kunne ha vurdert om behovet for f.eks. renhold kunne reduseres, men siden en evt. gevinst ikke tilfaller bestiller vil ikke slike muligheter bli grundig nok vurdert. På den annen side forsøker utfører å tilpasse driften eller tilbudet til de rammene de har til rådighet. Utførersiden ville i en optimal modell, selv i det vi beskriver som et kvasi – marked, forsøke å selge så mye av sine produkter / tjenester som overhodet mulig. Slik respondentene besvarer spørsmålene omkring dette temaet kan det se ut som om det hersker en form for det motsatte av hva man kunne forvente i en ideell modell.

Siden det meste fokuserer på volum vil bestillers fremste, og eneste, mulighet være å redusere eller øke kvaliteten, eller volumet, på f.eks. selve renholdstjenestene. Siden fokus er så konsentrert på kostnader vil utfører på sin side ikke ha noen umiddelbar gevinst av at bestiller krever økt volum siden de er presset på utgifter og heller ikke får nyttiggjøre seg evt. ekstra inntjening som følge av ekstraoppdrag fra bestiller. Disse ekstraoppdragene belastes bestiller gjennom internfakturering, men kommer ikke utfører til gode i form av økte budsjetter som i neste omgang kan benyttes til å øke bemanningen. Utførers gevinst i få foreta mye internfakturering ligger ene og alene i og kunne synliggjøre aktivitet.

Skulle derimot, som en hypotese, bestiller begynne å opptre uvanlig rasjonelt ved å foreta en kritisk gjennomgang av de årlige kontraktene, ville dette kunne ha som konsekvens at ansatte innen den aktuelle utføreravdelingen kunne bli presset til å redusere antall årsverk.

Under slike forhold er det ikke utenkelig at det kan oppstå forhold som best kan beskrives som en form for sub – optimalisering. I uttrykket ligger det en ide om at en enhet velger en løsning som er fordelaktig for seg selv uten å ta hensyn til effekten på helheten, fremfor å velge den løsningen som tjener helheten best. Selv om det ikke foreligger klare indikasjoner at så er tilfelle, tolker vi respondentenes svar dit hen at det i det minste heller ikke er noe som trekker i motsatt retning.

Med bakgrunn i hvordan vi oppfatter at modellen praktiseres samt respondentenes svar, ser vi heller ingen grunn til at det ikke skal oppstå former for opportunistisk atferd. Dette er da situasjoner som hyppigere kan inntreffe i visse former for organisasjoner i tilnytning til økonomisk styring. Dette beskrives best ved at det lett oppstår situasjoner hvor interessenter eller medarbeidere i det skjulte arbeider mot de økonomiske målene. I stedet for å inngå i et tett og fruktbart samarbeid står virksomheten ovenfor et motspill.

Hvilke problemer opportunistisk atferd kan medføre, og ikke minst hvordan dette kan motvirkes, vil vi komme tilbake til i et senere avsnitt

Vi har tidligere under andre tema beskrevet situasjonen med bruk av en Bestiller – utførermodell ved St. Olavs Hospital som organisering av et indre marked, også kalt et kvasimarked. Når det er forhold ved organisasjonen som taler i mot å etablere en fullkommen Bestiller – utførermodell, kan det likevel være hensiktsmessig å etablere et slik indre marked for å innføre markedslignende tenkning i et forsøk på å øke effektiviteten, subsidiært redusere kostnadene. For at slike interne markeder skal fungere forutsetter det en etablering av klare og separate roller for bestiller og utfører. Det er videre en forutsetning at det etableres interne kontrakter som regulerer forholdet mellom de to partene. Til slutt bør det også etableres et system for prisfastsetting av de varene man forhandler om. Slik vi tyder svarene fra respondentene både fra bestiller og utførersiden har innføring av internhandelsmodellen medført større kostnadsbevissthet, men siden modellen bare delvis er satt ut i live blir delaktigheten og bruken av modellen noe halvhjertet. Som en følge av at de store ”verdiene” innen internhandel mye godt er fastlagt på forhånd, blir det for lite igjen til å skape noe engasjement for modellen.

Som tidligere nevnt er det vår klare oppfatning at denne organisasjoner har hatt liten kultur for kostnadsbevissthet, men har til gjengjeld vært langt mer preget av en profesjonskultur hvor utsagn av typen

” vår oppgave er redde liv samt skape helse, noen andre får ta seg av det øvrige”

har fått dominere. Særlig fra helsesektoren er problemet med sterke fagprofesjoner kjent. Disse ivaretar sine spesialområder og er en lite lydhør gruppe for økonomiske argumenter. Svarene fra respondentene tyder imidlertid på at de opplever en endring i holdninger konfrontert med spørsmål og problemstillinger av økonomisk karakter. Selv om vi tolker respondentene i retning hvor de ikke ser de helt store mulighetene verken i den ene eller andre retningen, har det å skille oppgavene mellom to ulike enheter innen organisasjonen vært med på å skape større forståelse for økonomiske aspekter generelt og ikke medisinske varer spesielt. For at interne- eller kvasimarkeder skal fungere har vi tidligere beskrevet hvilke forutsetninger som må ligge til grunn. I første omgang må det etableres separate roller mellom bestiller og utfører. Respondentene er ganske samstemt i at så har funnet sted, men at målsettingen / bruken av disse forhandlerrollene ikke er kommet like tydelig frem. Respondentene kommer ofte tilbake til kjerneproblematikken ved bruk av modellen; det er lite å forhandle om og det er bare unntaksvis en marginal gevinst ved å opptre rasjonalt i denne sammenheng. Vi vil under et senere avsnitt komme nærmere tilbake til utformingen, og anvendelsen, av kontraktene som er ment å regulere forholdet, men vil også under dette punket presisere fraværet av reelle kontraktsforhandlinger slik respondentene opplever det.

Som et siste punkt under begrepet kvasimarkeder nevner man behovet for å sikre at de prisfastsetninger som gjøres oppfattes som reelle. Her har respondentene fra bestillersiden en mer reservert holdning i forhold til om de prisene man operer med reflekterer virkeligheten, eventuelt at det er bakt inn andre kostnader som bestiller ikke er kjent med.

Som nevnt ovenfor foreligger det i den situasjonen vi har beskrevet flere gode grunner til at det kan utvikle seg former for opportunistisk atferd. Opportunistisk atferd kjennetegnes ved at interessenter eller medarbeidere foretar skjulte handlinger eller disposisjoner som i realiteten motarbeider prinsipalens mål. I stedet for at partene; prinsipal og agent, etablerer hensiktsmessige og lønnsomme relasjoner kan det oppstå det som beskrives som et ”motspill” som kan virke ødeleggende for å utvikle en god økonomistyring.

Motspillsteori står sentralt innenfor agentteori, og kjennetegnes ved en prinsipal som er leder mens en underordnet innehar rollen som agent. Prinsipalen er avhengig av at agenten opptrer rasjonelt ovenfor prinsipalen, og hvor sistnevnte skal oppfylle førstnevntes mål gjennom sitt arbeid. Det er videre tre hovedårsaker til at agentrelasjoner oppfattes som problematiske i en organisasjon:

- Det er ulik målstruktur hos prinsipal og agent
- Det foreligger asymmetrisk informasjon
- Det er ulik risikoaversjon mellom prinsipal og agent

(Busch, Johnsen & Vanebo, 2002)

Med ulik målstruktur tenker man her i første rekke på situasjoner hvor agenten, i dette tilfelle de utførende enheter, kan tenkes å ha andre mål enn prinsipalen. Slik modellen fungerer pr. dato er det ikke åpenbare årsaker til at så skulle være tilfelle, men slik dette i utgangspunktet var tenkt utformet blir det lettere å ”få øye på ” situasjoner som kan klassifiseres som en ulik målstruktur. De som i dag er ansatt i STOD var før etableringen delvis organisert i egne avdelinger og delvis inkludert i de enkelte klinikkens budsjett. Som eksempel kan nevnes at mange klinikker, særlig innen psykisk helsevern på mange måter var autonome samfunn som for en stor del var ”selvforsynte” med tjenester som i dag er skilt ut og organisert innen STOD. Dette var hovedtrenden for f.eks. renhold på de fleste klinikkene, mens store enheter innen psykisk helsevern også hadde egne kjøkken som leverte alle matleveranser. På det tidspunkt disse tjenestene, i form av ansatte og budsjett, samles under en ”paraply” vil det utvilsomt kunne oppstå en situasjon hvor STOD følte behov for å beskytte sine interesser. Dette var selvfølgelig langt mer aktuelt tidlig i prosessen hvor intensjonen var å frede STOD i 2 år for så å

konkurransetsette de samme tjenestene. Etter å ha kostnadsberegnet ST OD sine utgifter i den innledene fasen, ble disse midlene skilt ut fra sykehusets totalbudsjett. I denne perioden hadde STOD ingen, eller minimale, interesser av å redusere sin "bit av den aktuelle kaken".

Her var det i første omgang fokus på å sikre størst mulig del av budsjett, og jo større del av totalbudsjettet som ble STOD til del; jo sikrere ville deres maktbase være. Det foreligger ingen, heller det motsatte, åpenbare årsaker til at ikke STOD skulle opptre med en viss form for opportunistisk atferd. Vi har tidligere beskrevet begrepet sub – optimalisering, en tilstand hvor det ligger implisitt at enheten velger en løsning som er fordelaktig for seg selv uten å ta hensyn til effekten på helheten. Det er ingen av respondentene som gir uttrykk for tanker av slik karakter, men etter vår oppfatning ville det være oppsiktsvekkende hvis ikke denne form for motivasjon har vært dominerende. Slik vi ser det er hele forarbeidet ved innføring av Bestiller – utførermodellen basert på en situasjon som tilrettelegger for en form for opportunistisk atferd. Bestillersidens fokus vil være å sikre seg mest mulig volum og vil slik modellen ble utformet kun profitere på økt frekvens av renhold og gode vaktmestertjenester så lenge det ikke influerer på det øvrige driftsbudsjettet mens utfører heller ikke bør ha som mål å redusere kostnadene siden de ikke konkurrerer med andre eller på annen måte presses på sine budsjetter.

Hvorvidt det foreligger asymmetrisk informasjon er etter vår oppfatning langt lettere å fastslå. Asymmetrisk informasjon kjennetegnes best ved at agenten har mulighet til å utøve "hidden actions" noe som innebærer at prinsipalen ikke har mulighet til å observere agentens atferd. Det innebærer også muligheten for "hidden information" som innebærer at prinsipalen ikke har tilstrekkelig kunnskap om agentens jobb. I sum kan dette lede til opportunistisk atferd ved at prinsipalen har redusert mulighet til å kontrollere agentens aktivitet.

I den innledene fasen av Bestiller – utførermodellen var det utelukkende utførersiden som utarbeidet grunnlaget. På det tidspunkt som bestillersiden ble innviet i modellen var det alt overveiende av arbeidet ferdigstilt, og bestiller ble presentert for et ferdig produkt både hva angikk volum og priser.

Bestiller hadde m.a.o. få eller ingen anledning til å forhandle om volumet på det tidspunkt "produktet" ble tilbudt, ei heller var det muligheter for å diskutere prisnivået.

Som tidligere nevnt har dette utviklet seg i en retning hvor man pr. dato forhandler volum, men hvor pris eller alternativ kunde ikke er et tema. Hva angår volum må det også sies at heller ikke på dette området har man muligheter for å foreta vesentlige endringer.

Selv om vi ikke eksplisitt har stilt slike spørsmål kan vi ikke annet enn å utlede av respondentenes svar at utfører hadde en "langt tyngre hånd på rattet" enn hva som var tilfelle med

bestiller. Det må likevel sies at respondentene fra bestillersiden var langt mer oppmerksom på dette enn hva utførersiden uttrykte.

Public choice teorien har som formål å studere økonomisk atferd innenfor offentlig sektor, ved å beskrive hva som reelt skjer. Niskanen(1971) og Buchanan (1986) er sentrale bidragsytere.

Hovedtesen er at en byråkrat vil arbeide for å maksimere sitt budsjett, noe som vil si at agentens nytte øker proporsjonalt med størrelsen på budsjettet.

Både med bakgrunn fra dokumentanalysen samt respondentenes svar mener vi å se klare tendenser til ovennevnte kan ha vært fremtredene i utformingen, og den senere praktisering, av modellen.

Som siste punkt innen agentteori fremheves problematikken knyttet til ulik risikoaversjon.

Siden dette i all hovedsak dreier seg om fordeling av ei ”allerede eksisterende kake” vil det på ingen måter kunne oppstå samme grad av risikoaversjon mellom prinsipal og agent som kunne være tilfelle innen et privat foretak. Alt dette skjer innen det vi tidligere har beskrevet som et kvasimarked, og det er mer bekymringen rundt det å ikke skulle anvende den totale summen på en mest mulig fornuftig måte som vil utgjøre risikoaversjon sett fra ledelsens synspunkt.

Utover det faktum at respondentene fra bestillersiden synes å signalisere en manglende forståelse eller innsikt i hvordan man har kommet frem til at innholdet i kontraktene ble som de ble, er det ingen del av respondentenes svar som tyder på at ulik risikoaversjon har vært fremtredene.

Uten at dette egentlig berører verken oppgaven eller respondentenes svar, kan det være hensiktsmessig å ta med noen ord om hvordan man best mulig kan redusere faren for opportunistisk atferd.

Problemene med opportunisme i markeder med asymmetrisk informasjon er velkjent både i økonomisk teori og i markedsføringslitteraturen (Akerlof 1970; Kirmani og Rao 2000). Akerlof (1970) finner at i slike markeder vil dårlige produkter drive ut de gode og i verste fall vil markedet bryte sammen. Dette vil selvfølgelig ikke kunne inntreffe i et kvasimarked som regulerer vår virksomhet, men skjer inne St. Olavs Hospital ved at man ”bryter kontrakten” med f.eks. Logistikk og forsyning da bestiller kan stille spørsmål ved produktets kvalitet eller pris. I den grad dette forekommer, og det gjør det, vil årsaken være å finne med bakgrunn i en opplevelse av asymmetrisk informasjon. Derfor må aktørene ta i bruk ulike virkemidler for å få ”markedet” til å fungere og sørge for at risikoen for opportunistisk atferd blir redusert. Et sentralt virkemiddel er å skape tillit mellom prinsipal og egent. Tiltak for å skape tillit kan være at utfører opparbeider et renommé for å være en troverdig leverandør. På personnivå kan tillit skapes ved at utfører utvikler nære, personlige bånd til sine kunder gjennom ulike relasjonsbyggende tiltak.

Oppsummering

Slik vi oppfatter svarene fra respondentene opplever vi at de oppfatter modellen slik den fremstår pr. dato som lite egnet til å gjøre betydelige endringer. Den er utformet på en måte som gjør at det ikke motiverer til å tenke gjennom de prinsipielle sidene ved drift av enhetene. Som en av respondentene svarer:

”hadde vi kunnet se hele enheten under ett, inklusiv budsjett for internhandel, ville si sikkert ha tenkt mer nøye gjennom hvordan vi benytter ressursene”

Utsagnet er en god illustrasjon på hvordan vi tror respondentene forholder seg til begrepet internhandel. Selv om det rent teoretisk kan la seg gjøre å redusere kostnaden for enkelte enheter innen f.eks. et bestemt område hvor STOD leverer tjenesten, vil bestiller ikke ha særlig gode grunner til å tenke i slike baner siden evt. gevinster ikke tilfaller enheten. På motsatt side vil utfører ikke ha særlig gode grunner til å redusere sin egen virksomhet da dette i sin ytterste konsekvens medfører bortfall av arbeidsplasser / kollegaer. Ei heller har man direkte positive effekter av å øke inntjeningen siden disse inntektene ikke tilfaller enheten, men St. Olavs Hospital som helhet. Siden modellen ikke uten videre gir anledning til å flytte kostnader fra et område til et annet, foreligger det heller ikke gode incitament for å vurdere eventuelle effekter av å foreta evt. nytte – kostnadsvurderinger. Også på dette området kunne det tenkes at en enhet så seg mer tjent med levering av andre typer tjenester, og følgelig ønsket å flytte ressurser fra et område til et annet. Heller ikke på dette området synes modellen i følge respondentene å inneholde tilstrekkelig med muligheter eller motivasjonsfaktorer for å gjennomføre slike løsninger. Så lenge det ikke er mulig å ”bytte noen tjenester mot andre” vil man i hovedsak bare videreføre de budsjettene som allerede ligger på enheten. Det er først ved større endringer som omorganiseringer, flytting til nye lokaler etc. at det blir foretatt vesentlige endringer.

Kontraktsformer

- Mener du at kontraktene bidrar til at målene om bedre økonomisk styring nås lettere?
- Hvor delaktig er du i kontraktsforhandlingene, eller prosessene som leder frem til forhandlingene?
- Har du erfaring/fått tilbakemelding på at det brukes mye tid for å følge opp og gi tilbakemelding på utførers kontraktsforpliktelser?

Under dette punktet ønsker vi å få respondentenes syn på om de opplever kontaktene som nyttige verktøy i sitt daglige arbeid. Er det slik at de gjennom kontraktene kan oppnå en "fortjeneste" eller gevinst ved å legge arbeid i utformingen av disse, og ansees de som hensiktsmessige for å oppnå resultater.

Litteraturen presenterer organisasjonen som en samling av interessenter, eller som:

"en koalisjon av grupper og interesser, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom interaksjon med de andre, og hvor enhver har sine egne preferanser og mål" (Pfeffer & Salancik, 1978)

Det er videre er viktig aspekt med interessentmodellen at interessentene overfører sine bidrag til organisasjonen og mottar belønninger i retur.

For å sikre sine interessenter vil samtlige som har en interesse i organisasjonen fremsette krav, noe som i praksis medfører at det oppstår forhandlinger som hvis de fører frem vil lede til kontrakter som regulerer bidrags – belønningsbalansen.

Det kan sies at kontraktene danner en struktur som gir en ramme for virksomheten og sier hva koalisjonen må arbeide etter.

Innen kontraktsteorien er det en viktig oppgave å avgjøre hvilke funksjoner som skal ivaretas innenfor egen organisasjon eller hierarki, samarbeidspartnere i et eksternt nettverk eller kjøpes på det åpne marked. (Fallan, 1991)

En analyse av transaksjonskostnadene kan være avgjørende for hvilken metode man velger. Dette behandler vi imidlertid nærmere under punktet om transaksjonskostnader.

Hvilken kontraktsform som velges vil også avgjøres av hvor tett organisasjonen knytter seg opp til sine interessenter, og det kan skilles mellom rene markedskontrakter, relasjonskontrakter og hierarkiske kontrakter.

- Markedskontrakter skjer mellom to uavhengige aktører i et åpent marked og hvor pris er den viktigste styringsmekanismen.
- I relasjonskontrakter hersker det en situasjon hvor selve transaksjonen er vanskelig å spesifisere tilfredsstillende, og tillit vil være en viktig faktor i utformingen.
- Hierarkiske kontrakter finner vi hovedsakelig internt i en organisasjon og autoritet blir gjerne den viktigste styringsmekanismen og de ansatte må innenfor visse rammer underlegge seg organisasjonens myndighet.

Her beskrives pris, tillit og autoritet som de viktigste elementene innen hver modell, men i det praktiske liv vil det gjerne være innslag, og blanding, av alle elementer.

Som nevnt ovenfor skal kontraktene regulere bidrag og belønninger og man deler de gjerne inn i to typer:

- Formelle kontrakter som ofte har en rettslig beskyttelse. Disse er gjerne skriftlige og er ganske detaljert hva angår både omfang og det tidsrom de er ment å skulle gjelde. Viktigste styringsmekanismen innen formelle kontrakter er ofte pris og autoritet, og mislighold eller brudd på kontrakten kan prøves på et rettslig grunnlag.
- Psykologiske kontrakter er mer typisk for deltagere innen en og samme organisasjon. Kontraktene har ofte basis i den kultur organisasjonen er en del av, og det sier seg selv at brudd vanskelig kan prøves rettslig. Derimot kan kontraktsbrudd medføre konfliktfylte mellommenneskelige relasjoner. Her er ofte tillit den viktigste styringsmekanismen.

I forsøket på å "standardisere" ulike kontraktsformer er det viktig å presisere at det finnes få rendyrkede kontraktsformer hvor det ene utelukker det andre og i de aller fleste tilfeller vil det være en sammenblanding av elementer.

Det kan herske liten tvil om at de kontraktene våre respondenter forholder seg til må defineres hovedsakelig som hierarkiske og formelle kontrakter. Slik bruk av internhandelsmodellen ble presentert la man opp til en markedsbaserte formelle kontrakter basert på pris som styringsmekanisme, men siden prosessen ble reversert i 2006/07 må kontraktene heller betegnes som formelle hierarkiske kontrakter, hovedsaklig basert på autoritet. Mange av respondentene kommer, riktignok med noe ulik vinkling, tilbake til at man mistet noe av interessen eller engasjementet da det ble klart at potensialet i kontraktene ikke ble det man hadde forestilt seg. I følge kontraktsteori skal disse bidra til å regulere bidrag og belønninger, men særlig på bestillersiden har man vanskelig for å se at kontraktene har en slik funksjon. For utøversiden fremkommer det ikke like tydelig motforestillinger, og man signaliserer herfra en noe mer positiv holdning til dette arbeidet. Som tidligere nevnt vil det nødvendigvis måtte være slik all den tid utførers "eksistens" står og faller med at systemet opprettholdes eller fungerer. Bestiller på sin side har "flere bein å stå på", og har langt mindre følelser knyttet til hvordan disse tjenestene blir utført og ikke minst, av hvem. Her ble man i utgangspunktet forespeilet en mulighet for å foreta reelle valg mellom ulike tilbydere av ulike varer og tjenester, men sitter i dag igjen med en modell som angir et visst volum til en allerede fastsatt pris.

Siden vi definerer de kontraktene St. Olavs Hospital benytter som formelle kontrakter hovedsakelig basert på autoritet kan det også være hensiktsmessig å se hva som kjennetegner formelle kontrakter og hvordan dette står i samsvar med de svar respondentene har gitt. Formelle kontrakter bør ha følgende innhold:

- Hva som skal overføres mellom partene. Under dette punktet reguleres selve bidrags – belønningsforholdet, og punktet bør omfatte eller beskrive spesifikasjoner over hva selve ”produksjonen” består i.
- Hvordan man tenker at selve overføringen skal gjennomføres og kontrolleres
- Fastsette kriterier for evaluering av leveransen. Her etableres det rutiner for å fastslå om varen har en tilfredsstillende kvalitet og hva som bør skje hvis så ikke er tilfelle.
- Hvordan håndterer man ”kontraktsbrudd”. Skal det iverksettes sanksjoner, og i så fall hvilke, hvis kontrakten misligholdes.
- Regler for løsning av konflikter mellom partene hvis det oppstår uforutsette forhold som ikke er regulert av kontrakten.

Ovenstående er sentrale element innen vurdering av transaksjonskostnader, noe vi vil komme nærmere tilbake til i neste kapittel

Også i forhold til valg av kontraktsform kommer man ikke utenom agentteori, som igjen ikke kan vurderes uten å ta hensyn til at det kan utvikle seg i retning av opportunistisk atferd. Flest problemer med opportunistisk atferd oppstår det gjerne innen hierarkiske løsninger, og det anbefales særlig til to hovedstrategier for å redusere slik atferd. Den ene foreslår måling av agentens ytelser mens den andre tar sikte på å redusere målkonflikten mellom prinsipal og agent. Måling av agentens ytelser kan gjøres på forskjellige måte; enten gjennom kontroll av atferd eller via måling av ytelser.

Vi har tidligere vurdert situasjonen mellom prinsipal og agent til å være et forhold hvor ulike parter kan inneha den respektive rollen. I dette tilfellet oppfatter vi det som naturlig at bestiller innehar rollen som prinsipal mens utfører må påta seg rollen som agent.

Slik kontrakt har blitt utformet vil de i og for seg kunne oppfylle begge formålene; både det å skulle kontrollere agentens atferd samt måle de at ytelser som forventes levert.

(Ouchi, 1979)

Å sikre atferd kan gjøres gjennom å etablere strukturer som gjør at agenten må oppføre seg i henhold til noe som er fastlagt, og hvis kontrakten i tillegg sier noe om hva prinsipalen med rimelighet kan forvente vil begge hensyn være ivaretatt.

Med noe ulikt utgangspunkt synes respondentene både fra bestiller og utførersiden at kontraktene definerer hvilke rammer de har å forholde seg til. Fra bestillersiden kan det virke som om forholdet til kontraktene er noe mer ”avslappet”, men likevel ganske enstemmig om at de er med på å sette en form for standard. Som ved flere andre spørsmål overskygges dette av at man ikke ser at kontraktene kan bidra til et mer aktivt fokus, men tross alt bedre enn tidligere.

Utførersiden ser kontraktene i et mer normativt lys gjennom å begrense bruken av denne type tjenester.

Det å skulle begrense opportunistisk atferd er på mange måter en avveining mellom å velge sterke kontrollrutiner på den ene siden eller tilsvarende gode incentivsystemer på den andre siden.

Selv om det nok er langt mer fremtredene hos bestillersiden enn hos utførersiden, er det åpenbart at samtlige respondenter i ulik grad opplever fraværet av incentivsystemer som en mangel ved kontraktene.

Transaksjonskostnader

- Opplevtes ressurser brukt til kontraktsforhandlinger, nye styringssystemer og kontrollaktiviteter å være i samsvar med forventet gevinst ved økt økonomisk effektivitet og økt kvalitet på tjenesten?

Fra teorien beskriver man utfordringen med å definere hva slags funksjoner virksomheten skal ivareta som et av de store spørsmålene. Sagt på en annen måte; hva skal man selv ivareta og hva kan man overlate til andre. Innen privat virksomhet har denne utviklingen kommet lenger, og det er i dag få som reagerer på at f.eks. en bank ikke har ansatt egne renholdsbetjenter eller at den ”gamle vaktmesteren” er erstattet med kjøp av identiske tjenester fra et firma som har spesialisert seg på å tilby slike ”produkter”.

Selv innenfor et hotell kan det i dag være mange aktører som sørger for ulike tjenester. Hotellet har ikke lenger egne ansatte som serverer i frokostsalen, men har overlatt jobben til et utenforstående firma. Renhold er heller ikke en del av hotellets kjernevirksomhet, ei heller regnskap.

Innen offentlig sektor er imidlertid ikke denne form for organisering like fremtredene, og St. Olavs Hospital tar i all hovedsak selv hånd om det vi definerer som ikke – medisinske varer og tjenester. Hvorvidt slike tjenester bør gjøres til gjenstand for ”out – sourcing” også innen offentlig sektor er både et økonomisk, organisatorisk og ikke minst politisk spørsmål. I en slik avveining er det flere forhold som bør vurderes, og det er viktig å skille mellom det man benevner som produksjonskostnader på den ene siden og transaksjonskostnader på den andre siden. Det som ofte avgjør er hvorvidt man velger å produsere varen selv i en hierarkisk modell eller heller foretrekker en markedsmodell. Det er også flere forhold som tyder på at man velger å organisere / produsere tjenestene selv i de tilfeller hvor man antar at transaksjonskostnadene er store.

Som vi tidligere har påpekt var intensjonen i utgangspunktet å konkurranseutsette deler av de tjenestene man definerte som ikke – medisinske varer og tjenester. Det at man reverserte prosessen og heller valgte en form for internt marked, eller kvasimarked, kan ha sin naturlige

forklaring i at det ble vurdert som for krevende å skulle ha full kontroll med alle transaksjonskostnader.

Transaksjonskostnadsteori bygger mye på forutsetningene om begrenset rasjonalitet og opportunisme, som begge står i sterk kontrast til grunnlaget for tradisjonell økonomisk teori. (Simon, 1947)

Her råder langt mer usikkerhet, og man antar at aktørene i utgangspunktet bestreber seg på rasjonelle beslutninger, men at de likevel må forholde seg til en situasjon som preges av begrenset rasjonalitet.

Vi tror heller ikke det kan utelukkes at politiske beslutningsmodeller har vært motiverende i valget av modell. I den gamle forvaltningsmodellen hadde majoriteten av de som utførte disse tjenestene sin tilknytning til bestemte arbeidstakerorganisasjoner som tradisjonelt er tilknyttet politiske retninger i relativt sterk opposisjon til alle former for out-sourcing eller konkurranseutsetting av det som vanligvis oppfattes som et kommunale / fylkeskommunale eller statlige oppgaver. Det er følgelig mer enn en berettiget mistanke at kombinasjonen av store transaksjonskostnader kombinert med politiske beslutningsmodeller fikk ledelsen ved St. Olavs Hospital til å velge en hierarkisk modell som i mindre grad utfordret sterke maktbastioner ved sykehuset samt ”garanterte” for at økonomiske og humane ressurser forble innen organisasjonen. ”Kostnaden” ved bruk av denne modellen var at man mistet potensialet for mulige gevinster som følge av at man ikke lot klinikkene selv få plassere sine ordrer det de mente å få mest igjen. Ikke minst vil politiske beslutningsmodeller dominere der deltagerne har ulike mål, noe som må kunne sies å ha vært en del av situasjonen ved innføring av en bestiller – utførermodell. Hvis man vurderer transaksjonskostnadene som store vil det generelt trekke i retning av at hierarkiske kontrakter.

Det som i første rekke avgjør omfanget av transaksjonskostnadene er:

- Selve overføringen mellom to funksjoner
- Kontraktsforhandlinger
- Kontroll av kontraktsoppfyllelse
- Kontraktsbrudd

Siden overføringen mellom to funksjoner i 2004 hadde som målsetting at kjøp av ikke – medisinske varer og tjenester skulle konkurranseutsettes ble det gjennomført et til dels betydelig forarbeid. Ikke minst gjaldt dette kartlegging av sykehusets komplette bygningsmasse. Primært ble denne oppgaven iverksatt for å kunne stipulere husleiekostnader for St. Olavs Eiendom som ble utskilt som et eget foretak. Den samme kartleggingen ble også benyttet for å kunne beregne renholds kontrakter. I oppstartfasen benyttet St. Olavs Hospital eksterne konsulentfirma for å kunne beregne alle kostnader som i følge planen var ment å skulle konkurranseutsettes. Samtlige tjenester fikk en kostnad, og STOD skulle da i de to påfølgende år ”trimme” kostnadene slik at de

i 2006 kunne stå rustet til å møte konkurranse fra det åpne marked. Det skal ikke påstås at denne øvelsen var uten verdi, men det kan synes som om respondentene i dag ikke helt ser nytten ved å kjenne kostnaden for renhold ned til minste detalj.

Gitt at Bestiller – utførermodellen hadde blitt gjennomført etter planen ville dette underlagsmaterialet kunnet danne utgangspunktet for sammenligning med eksterne tilbydere som fikk anledning til å levere anbud. Det kunne også kommet til anvendelse i situasjoner hvor en klinikk ønsket å foreta en fullstendig gjennomgang av alle sine utgifter, men så lenge ikke reduserte utgifter til STOD kan benyttes til andre områder av driften vil ikke kartleggingen få den ønskede effekt. Det er også gjort betydelige investeringer i å utarbeide kataloger som angir hvilke tjenester som kan kjøpes fra logistikk og forsyning. Det ble i tillegg etablert et sentralt lager som skal sørge for håndtering, fakturering og transport av de varer som klinikkene gjør bestillinger av. Når dette kombineres med etablering av et sentralt lager plassert relativt fjernt fra St. Olavs Hospital må det kunne hevdes at klargjøring for overføringen mellom funksjonene har vært betydelige.

Det å etablere egne lager for bestilling av varer kan i utgangspunktet fremstå som fornuftig, men det er ikke nødvendigvis alt som egner seg for slik håndtering. At store somatiske avdelinger med repeterende forbruk på enkelte produkt kan nyttiggjøre seg slike ordninger er hevet over tvil, men om sporadiske innkjøp av lite volumpregede varer kunne ha vært håndtert bedre av tilbydere på det åpne marked burde ha vært vurdert som en mulighet..

Flere av de vi intervjuet berører nettopp forholdet med at forsøkte å inkludere for mange områder og man skulle kanskje ikke ha

”gapt over alt”

som en av respondentene uttrykker det. I dette utsagnet ligger det vel en erkjennelse av at man med årene ser at noen sider ved STOD fungerer bedre enn andre, og at det følgelig kunne ha blitt gjort forsøk på å implementere deler av modellen slik den opprinnelig var ment å skulle fungere. Siden modellen ble som den ble burde ikke kostnadene forbundet med kontraktsforhandlingene være særlig omfattende. Vi ser heller ikke at respondentene, verken fra bestiller eller utfører, vier dette punktet særlig oppmerksomhet.

Ved innføring av en bestiller – utførermodell som var tenkt å skulle konkurrere på det åpne marked, ville forhandlingene ha krevd mye større innsats fra begge sider.

Hadde man i 2006, slik intensjonene opprinnelig var, valgt en markedsbasert løsning ville hele prosessen blitt langt mer krevende hva angår beregning av transaksjonskostnadene. For enkelte områder ville kontraktsforhandlingene blitt særdeles krevende, og selv om det ikke er et tema for

denne akkurat denne oppgaven, er det et betimelig spørsmål om noen sider ved sykehusdrift i det hele tatt lar seg konkurranseutsette.

Her kan det være nok å nevne deler av Allmennteknikk samt Mat & Cafe sine tjenester. Deler av de tjenestene disse to enhetene leverer er så vidt spesialisert, at det overhodet er tvilsomt om aktører på det åpne marked kunne ha levert tilbud på slike tjenester. Mens 85 – 90% av leveransene fra f.eks. Mat & Cafe er standard leveranser som i prinsippet kunne ha blitt ivaretatt av andre, stiller det seg ganske annerledes med de resterende 10 – 15%.

Her er det levering av spesialkost, men med et så begrenset volum at oppdraget blir lite attraktivt.

Respondentene, slik vi oppfatter svarene, gir inntrykk av at de ikke helt ser poenget med modellen siden det meste er avgjort på forhånd. Nok en gang må det presiseres at det fremstår som mer enn nyanser i forskjellen mellom bestiller og utfører.

Det er heller ingen som synes å legge avgjørende vekt på punktet vedrørende kontroll av kontrakten. Som en av respondentene svarte:

”skulle det oppstå uenighet mellom STOD og oss som kunder er vi blitt flinkere til å levere avviksmelding”

Det å levere avviksmelding er først og fremst et signal om at man ikke er fornøyd med tjenesten, men er ikke koblet til noen form for avkorting i prisen på en standardkontrakt til x antall kroner. Her kan det kanskje være mest ”pedagogisk” å benytte eksempel fra egen hverdag for å illustrere. Som privatperson vil man helt sikkert returnere til forretningen hvor man kjøpte gjenstanden hvis den ikke svarer til forventningene. Enten for å få et avslag i prisen eller for å bytte varen.

Her trekker flere av respondentene i retning av at det egentlig ikke har så mye å si siden man ikke får penger igjen eller får mer av samme varen for samme pris.

Slik vi ser det vil kostnader i forbindelse med kontraktsbrudd ikke ha særlig relevans da det ganske enkelt ikke vil være mye å vinne på å forfølge et mislighold fra utfører siden.

St. Olavs Hospital i siste instans vil måtte vurdere eventuelle gevinster opp mot tap innen et og samme foretak.

Setter man denne utviklingen inn i et teoretisk perspektiv vil det på sikt utvikle seg i en retning hvor man forsøker å redusere summen av både produksjons- og transaksjonskostnader.

I praksis medfører dette at organisasjonen vil tendere til å produsere selv i situasjoner med høye kostnader på disse områdene, men søker mot markedet hvis de samme kostnadene vurderes som lave. Som vi har drøftet tidligere kan det være mange og forskjellige årsaker til at St. Olavs Hospital valgte å ikke konkurranseutsette tjenester som pr. dato utføres av STOD, men slik vi tolker respondentene ser disse ut til å legge avgjørende vekt på transaksjonskostnader eller

oppfølging av disse. Det kommer likevel frem at dette delvis skyldes at det meste er gitt på forhånd og resten blir mye ”vedlikehold” av tidligere signerte kontrakter.

Transaksjonskostnadene avgjøres i stor grad av:

- Hvor stor usikkerhet må det påregnes
- Hvor mange transaksjoner forventer man
- Må det foretas mange transaksjonsspesifikke investeringer.

Som flere av respondentene peker på; forarbeidet er allerede gjort og resten blir mye vedlikehold. M.a.o.; det knytter seg lite usikkerhet til neste års budsjett for et bestemt område. Man kjenner både volum og pris og det dreier seg mer om justeringer av de allerede eksisterende kontraktene.

Både fra bestiller og utfører er dette på mange måter en ideell situasjon hvor man som bestiller ikke hvert år muligens må forholde seg til nye leverandører og endrede kostnader.

Ei heller må utfører leve i usikkerhet i forhold til spekulasjoner til hvorvidt man til neste år har nok oppdrag til sine ansatte.

”Prisen” man må betale for denne følelsen av sikkerhet vil nødvendigvis være fraværet av reell konkurranse med påfølgende reduksjon av kostnader og inntekter. I første omgang for bestiller og utfører; i neste omgang for sykehuset som helhet. Vi har imidlertid ikke noe grunnlag for å si at reduserte kostnader ville ha blitt konsekvensen av en markedsbasert modell, men på den annen side er det nedlagt mye forarbeid som det kan stilles spørsmål ved nytten av siden modellen aldri ble satt ut i live.

5.3.3 Forskerspørsmål 3

Hvilken legitimitet har bestiller utførermodellen ved St. Olavs Hospital?

Legitimitet er et sentralt begrep innen institusjonell teori. Busch og Vanebo (2003) tar utgangspunkt i Suchmann (1995) sin klassifisering av ulike former for legitimitet, og presenterer de 4 formene; pragmatisk legitimitet, legal legitimitet, normativ legitimitet, og kognitiv legitimitet. Vi vil i vår analyse av respondentene konsentrere oss om legitimiteten til BU modellen sett fra de interne interessentenes ståsted.

Flere av respondentene på utførersiden så konsekvensene av at modellen var ufullstendig. Det at pengene fra klinikkene ikke hadde reell verdi, medførte at oppdrag som i kontraktene er definert som tilleggstjenester, heller ikke ga reelle inntekter. Til tross for dette hadde de manglende markedselementene ikke så sterk innvirkning på hvordan respondentene opplevde

nytteperspektivet ved modellen. Det ble påpekt at modellen hadde bidratt positivt på flere områder.

Hovedtendensen i svarene fra respondentene på utførersiden viser til økt kostnadsbevissthet som en viktig faktor som endret seg når modellen trådte i kraft, og som fortsatt er gjeldende. Dette innebærer slik vi ser det at modellen allerede i startfasen fikk pragmatisk legitimitet på utførersiden, ved en bedring av bidrag og belønningsbalansen. Dette ser ut til å ha vedvart. Spesielt opplevelsen av at bestillersiden har blitt mer kostnadsbevisst, og dermed i økende grad begrenset sine henvendelser av mindre viktig art, er fremtredende. STOD opplever ikke lenger å måtte bruke sine ressurser på unødvendige oppdrag. Som en av de sa:

”Før ringte det hele tiden om alt mulig rart, men etter at modellen ble innført har dette endret seg.”

Flere av respondentene på utførersiden opplevde også at modellen styrket enhetenes rolle og mulighet for å planlegge å styre personell, aktiviteter og økonomi. At modellen bidrar til bedre styring av enhetene i STOD, peker også slik vi ser det på et nytteperspektiv ved modellen. Enhetenes oppfatning av å være bedre organisert og strukturert, overskygger det faktum at det er elementer av modellen som ikke er tatt i bruk. Det kan virke som at i det daglige arbeidet er hovedfokuset å få jobben gjort, snarere enn betydningen av å internfakturere klinikkene.

Uttaleser fra en av respondentene på utførersiden peker også på at det er gjort forbedringer av modellen etter at den ble evaluert. Selv om disse endringene i all hovedsak ser ut til å omhandle forenklete bestillingsrutiner, ser det ut til at nytteperspektivet oppleves innfridd.

Selv om det er noe ulik oppfatning i STOD om hvor sterk skillene mellom bestiller og utfører er, ser ikke dette ut til å ha innvirkning på den pragmatiske legitimiteten ved modellen. Selv ikke litt divergerende oppfatning av tilstedeværelse av ledelsen ved klinikkene, har rokket ved nytten av modellen

På bestillersiden påpekes det også at modellen er ufullstendig. Flere av respondentene viser til at det ikke er noe incitament for klinikkene på å redusere kostnadene sine. Det etterlyses også muligheten til å benytte seg av eksterne tilbydere. Slik vi ser det peker dette på at mangler i nytteperspektivet av modellen er mer fremtredende på bestillersiden.

En av respondentene på bestillersiden mener det faktum at det kun er en liten del av totalkostnadene som går til internhandel, får den konsekvens at det blir store variasjoner i

oppfølgingen fra de ulike klinikkens økonomiansvarlige. Han peker på at dette gir en opplevelse av at modellen ikke medfører en samlet praksis i klinikkene. Dette underbygges av at flere av respondentene viser til ulik opplevelse av ledelsesoppfølgingen i klinikkene. Det gis uttrykk for at konsekvenser ved god eller dårlig budsjettdisiplin i ulik grad er tilstede. Det er vanskelig å hevde at disse variasjonene er på grunn av modellen, snarere kan det være et uttrykk for manglende fokus på økonomi i et fagbyråkrati. Vi vil likevel si at modellen bare delvis har bidratt til å øke den pragmatiske legitimiteten knyttet til budsjettdisiplin i klinikkene, slik intensjonen opprinnelig var.

Samtidig er det flere faktorer som gjør at mangler ved modellen heller ikke på bestillersiden dominerer den daglige drift i nevneverdig grad. En av årsakene kan være at ikke- medisinske varer og tjenester utgjør en relativt liten del av klinikkostnadene. Respondentene på bestillersiden er inne på at det tross alt er snakk om marginale kostnader knyttet til internhandelen, sammenlignet med utgiftene knyttet opp mot kjernevirksomheten ved sykehuset.

Bestillersidens respondenter viser til økt kostnadsbevissthet. Det at varer og tjenester er priset, kan ha innvirkning på klinikkens forhold til bestilling fra STOD. Det er likevel mulig å se den økte kostnadsbevisstheten i sammenheng med det totale fokus på økonomi. En respondent påpekte nettopp det forhold at kostnadsbevisstheten like gjerne kunne være et resultat av at sykehuset har vært underlagt et sterkt press på å holde budsjettene i balanse. Det vil derfor være vanskelig å si sikkert om denne intensjonen ved modellen er innfridd, og hvorvidt økt kostnadsbevissthet gir den pragmatisk legitimitet på bestillersiden.

Innføringen av en bestiller- utfører modell i et fagbyråkrati som St. Olavs Hospital kan i utgangspunktet være en krevende øvelse. Det at sykehusdrift blir gjenstand for forretningsmessig tankegang krever en kognitiv omstilling. Ingen av våre respondenter, verken på bestiller eller utførersiden, har gitt noen indikasjoner på at de har betenkeligheter knyttet til en slik tankegang. En av respondentene på bestillersiden sa det slik:

"Vi som jobber med sykehusdrift må også finne oss i at det er fokus på kostnader."

De handlinger som utøves ved bruk av prinsippene i modellen, ligger altså innenfor aksepterte normer i organisasjonen. Vi vil derfor hevde at modellen har normativ legitimitet ved sykehuset.

6.0 OPPSUMMERING

Vi har i vår masteroppgave valgt å fokusere både bredt og dypt for å undersøke hvordan Bestiller – utførermodellen, ved St. Olavs Hospital representert ved Internhandelsmodellen, fungerte og hvordan den fremstår i dag.

Modellen var i utgangspunktet ment å skulle åpne for markedsbaserte løsninger for det meste av ikke – medisinske varer og tjenester. Av årsaker som vi har redegjort for i oppgaven valgte man å reversere denne beslutningen, og man har siden benyttet en modell som best kan beskrives som en ufullstendig variant og ment å skulle fungere i et internt marked eller kvasimarked.

Vår problemformulering ble som følger:

”Hvordan fungerte innføringen av en bestiller – utfører modell ved St. Olavs Hospital, og hvordan fremstår modellen i dag?”

For om mulig å få svar på dette spørsmålet utarbeidet vi tre forskerspørsmål med tilhørende underspørsmål. Her gjengir vi imidlertid bare forskerspørsmålene, og henviser til oppgaven for underspørsmålene.

Hvilken betydning har ledelsesprosessene hatt for effekten av bestiller utførermodellen?

I 2002 vedtok St. Olavs Hospital å innføre bruken av en Bestiller – utførermodell basert på rene markedsorienterte prinsipper. Dette må sies å være et radikalt brudd med hvordan offentlig virksomhet generelt, men kanskje helsevesenet spesielt, tidligere hadde organisert sine tjenester. For at dette skulle ha noe håp om å lykkes måtte det etter vår vurdering settes store krav til ledelsen. Det at man åpent gikk ut og sa at man skulle konkurranseutsette store deler av virksomheten ved St. Olavs Hospital kunne kanskje for bestillersiden virke som en interessant tanke. For samtlige ansatte innen de tjenester vi i dag kjenner som STOD, ville derimot denne form for organisering av virksomheten i verste fall medføre tap av arbeidsplasser.

Vi tror noe av det viktigste som må ivaretas for at denne type endring i vitale deler av organisasjonen skal kunne lykkes, er at prosessen er tydelig forankret i ledelsen. Både gjennom dokumentundersøkelsen, men også gjennom intervju av respondentene, er det mye som tyder på at så ikke var tilfelle i tilstrekkelig grad.

Det var åpenbart at graden av suksess fremstod som langt mer viktig for utførersiden som hadde dette som sitt primære anliggende. Fra bestillersiden kan det derimot virke som om de ikke er like dedikert til oppgaven. Vi tror noe av dette må tilskrives manglende forankring og engasjement fra ledelsen, men også uklårheter innen bidrags- belønningsbalansen. Mye av kommunikasjonen ser

ut til å ha blitt kanalisert utenom den øverste ledelsen, kanskje ikke bevisst, men i det minste ble dette resultatet.

Når modellen i tillegg ble reversert, og det fratok bestillersiden muligheten for å oppnå reelle økonomiske incitament, er det en ytterligere svekkelse for å kunne se modellen som et nyttig verktøy.

Som en følge av at STOD etter 2006 utelukkende ble kostnadsstyrt, fratok det bestillersiden muligheten for å kunne benytte modellen på en aktiv måte. Det alt vesentlige av kostnadene var allerede gitt, og det var kun marginale muligheter til å kunne påvirke eget budsjett.

Hvilken innvirkning har bestiller utføremodellen hatt for de økonomiske prosessene ved sykehuset?

Både med bakgrunn i dokumentanalyse samt intervju mener vi å kunne fastslå at kostnadsbevisstheten ved sykehuset har blitt bedre. Vi er derimot langt fra sikre på at dette i de senere årene skyldes bruk av internhandelsmodellen, da dette like gjerne kan skyldes den vanskelige økonomiske situasjonen som sykehuset befant seg i.

”jo; vi har nok blitt mer bevisst på bruk av ikke – medisinske varer og tjenester, men dette tror jeg like gjerne skyldes den generelt vanskelige økonomiske situasjonen som sykehuset var inne i”

Slik vi ser modellen fikk sin anvendelse var det ikke primært lagt opp til at bestiller skulle redusere sine kostnader, men heller fokus på å holde det budsjettet man var tildelt.

Utover den rent hierarkiske forventning om at budsjettene måtte holdes, ligger det ingen incentiver verken for utfører eller bestiller, i å redusere sine utgifter. Ei heller var det lagt opp til at deler av en avdelings interne budsjett kunne anvendes, eller flyttes” til et annet område hvor man opplevde behovet som mer påkrevd. Vi har ikke grunnlag for å si at dette ikke lot seg gjennomføre, men det er i så fall et område som er særdeles lite kommunisert.

Slik dette utviklet seg fikk enhetene en situasjon hvor de i liten grad fikk anledning til å utvikle et aktivt forhold til budsjettet som omfattet internhandel.

Noe av dette skyldes at det ikke automatisk lå i kortene at eventuelle gevinster kunne anvendes på andre områder, men heller ikke åpnet for at budsjettpostene kunne flyttes mellom ulike deler av STOD.

Etter vår oppfatning er det videre grunnlag for å si at selve kontraktsforhandlingene kunne ha blitt gjennomført på en noe mer dynamisk måte. Som vi har påpekt flere steder i oppgaven ble det økonomiske grunnlaget for hele internhandelsbudsjettet ferdigstilt nesten utelukkende ved hjelp

av utførersiden. Dette medførte at da bestillersiden ”kom på banen” var størrelsen på budsjett for internhandel allerede lagt, og uten at bestiller / kunde hadde muligheter for å påvirke i særlig grad. I de påfølgende år opplever flere fra bestillersiden de årlige kontraktsmøtene mer som ”kundemøter” uten de reelle muligheter en kontraktsforhandling kunne ha innebært.

Hvilken legitimitet har bestiller utførermodellen ved St. Olavs Hospital?

Innføringen av bestiller- utførermodellen fulgte ikke den planlagte implementeringsplanen. Resultatet ble som vi har påpekt en ufullstendig modell. Dette medførte at markedsmekanismene i modellen ikke fungerte etter intensjonene, og klinikkens incitament for å redusere kostnader ble borte. Slik vi ser det svekker dette den pragmatiske legitimiteten til modellen på bestillersiden.

Variierende ledelsesoppfølging i klinikkene har bidratt til ulik oppfølging av den praktiske bruken av modellen. Dette kan sees i sammenheng med at utgiftene til ikke- medisinske varer og tjenester utgjør en relativt liten del av det totale klinikkbudsjett.

Selv om prising av varer og tjenester kan ha innvirkning på klinikkens forhold til bestilling fra STOD, er det likevel mulig å se den økte kostnadsbevisstheten i sammenheng med det totale fokus på økonomi. Vi vil som en følge av dette si at modellen bare delvis har bidratt til å øke den pragmatiske legitimiteten knyttet til budsjettdisiplin i klinikkene, slik intensjonen opprinnelig var.

På utførersiden reflekterer funnene et annet syn på modellens funksjonalitet, til tross for implementeringsproblemer knyttet til priser og kostnader. Opplevelsen av økt kostnadsbevissthet hos bestillersiden, har redusert unødvendig ressursbruk. Samtidig har modellen bidratt til å styrke enhetenes organisering og administrative rutiner.

Vi opplever at dette peker på at modellen har en høyere pragmatisk legitimitet hos utførersiden.

Innføringen av en bestiller- utfører modell i et fagbyråkrati som St. Olavs Hospital kan i utgangspunktet være en krevende øvelse. Det at sykehusdrift blir gjenstand for forretningsmessig tankegang krever en kognitiv omstilling. Ingen av våre respondenter, verken på bestiller eller utførersiden, har gitt noen indikasjoner på at de har betenkeligheter knyttet til en slik tankegang. Vi gjør ingen funn som tyder på at innføring av markedsmessige prinsipper ikke aksepteres i organisasjonen, dermed kan det hevdes at modellen innehar elementer av normativ legitimitet.

For sykehusledelsen kan en tenke seg en sammensatt oppfatning av den pragmatiske legitimiteten ved modellen. Sett fra et nytteperspektiv kan videreføring av en ufullstendig modell fremstå

bedre for sykehusets totale bidrag og belønningsbalanse, en den gamle forvaltningsmodellen. Ut fra en pragmatisk legitimitet kan det derfor være hensiktsmessig for sykehusledelsen å opprettholde status quo.

LITTERATURLISTE

Andersen, I., (1999): *Den skinbarlige virkelighet*
Samfundslitteratur, Fredriksberg

Andersen, S. S.: (1997): *Case – studier og generalisering. Forskningsstrategi og design.*
Fagbokforlaget, Bergen

Bolman, L. G., Deal, T. E. (1999) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Bolman, L. G., Deal, T. E. (2007) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse.* 3.utgave. 3. Opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Bryntze, K. (2000) *Kontraktstyring i teori og praktikk.* Lund: Lund Business Press

Buchanan, J. M., (1986): *Liberty, Market and State: Political Economy in the 1980s*
Harvest Press, Brighton

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

Busch, T., Johnsen, E., Vanebo, J.O. (2003) *Endringsledelse i det offentlige.* 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K., Vanebo, J. O. (2005) *Modernisering av offentlig sektor.* 2. utgave Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Vanebo, J.O. (2003) *Organisasjon og ledelse.* 5. Utgave Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Vanebo, J.O. (2000) *Organisasjon, ledelse og motivasjon*
Universitetsforlaget, Oslo

Busch, T., Johnsen, E., Vanebo, J.O. (2002) *Økonomistyring i det offentlige.* 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Emerson, R.M. *Power- Dependence Relations.* American Sociological Review, 27, s 31-41

Fallan, L (1991) *Økonomifunksjonen i bedrifter i kontraktsteoretisk belysning.*
Beta, Nr. 1, 1-9

Jacobsen, D. I., (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*
Høyskoleforlaget, Kristiansand

Johnsen, Å., Sletnes, I., Vabo, S. I. (red.) ((2004) *Konkurransetsetting i kommunene*. Oslo: Abstrakt Forlag

Johnsen, Erik. (1975): *Teorien om ledelse*
Nyt Nordisk Forlag, København

Johnsen, Erik. (1984): *Introduksjon til ledelselære*
Erhvervsøkonomisk forlag, København

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

Kvale, Steinar. (2001) *Det kvalitative forskningsintervjuet*
Ad Notam Gyldendal, Oslo

Nielsen, C. R., Repstad, P. (1993) *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen*
København, Nytt fra samfundsvitenskapene

Niskanen, W.A., (1971): *Bureaucracy and representative government*
Aldine Atherton, Chigago

Ouchi, W. G. (1979): *A conceptual framework for the design of organizational control mechanism*.
Management Science

Pfeffer, J. & G.R. Salancik (1978) *The External Control of Organizations*
Harper & Row Publ, New York

Røvik, K. A. (1998) *Moderne organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen

Simon, H. A., (1976) *Administrative behavior*
Macmillan, New York

Yin, Robert. (1989): *Case Study Research*
Sage, London

Dokumenter:

Handlingsplan økonomistyring 2002, St. Olavs Hospital HF

Helse Midt – Norge, (2004): *Strategisk plan*

Rapport fra rådgivingsgruppe for økonomistyring ved St. Olavs Hospital HF. (2007)
"Brynestadrapporten"

St. Olavs Hospital, Virksomhetsportal på intranett, Driftsservice

St. Olavs Hospital, Elektronisk kvalitetssystem (EQS), Kontrakter og ansvarsforhold i STOD

St. Olavs Hospital HF, Styringsdokument 2003, fra Helse Midt – Norge RHF

St. Olavs Hospital HF, Styringsdokument 2004, fra Helse Midt – Norge RHF

Utviklingspartner. (2007) *Evaluering av St. Olavs driftservice og internhandelsmodellen*
evalueringssrapport. Oslo