


NORGES HANDELSHØYSKOLE

Bergen, våren 2007

Utredning i fordypnings-/spesialfagsområdet: Strategi og ledelse

Veileder: Førsteamanuensis Olav Kvitastein



**Kan Balanced Scorecard
være et egnet styringssystem
for å nå de langsiktige
målsettingene i Helse Vest?**

Et teoretisk grunnlag.

av
Simon Peter Gustav Nygaard

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomisk-administrative fag ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Siden Kaplan og Norton introduserte Balanced Scorecard - modellen, er den blitt benyttet i flere forskjellige bransjer og organisasjoner. I den senere tid benyttes den også av nonprofit - og offentlige institusjoner, som i helsesektoren. En del av prinsippene bak Balanced Scorecard blir drøftet for å se om modellen kan være et velegnet styringssystem for Helse Vest. Konklusjonen på det nåværende tidspunkt er at et Balanced Scorecard ikke er velegnet i Helse Vest. Dette er fordi (1) flere av indikatorene som Helse Vest ville benytte ikke er valgt ut i fra deres interne og eksterne kontekst. Indikatorene er en del av et nasjonalt rapporteringssystem. (2) I tillegg benyttes ikke kvalitetsindikatorene til styring og forbedring, men tilhører heller et legitimeringsbehov. (3) Strategien oppfattes som ensidig finansiell, og da er det vanskelig å identifisere andre perspektiver og tilhørende mål.

Hovedtema: Balanced Scorecard, strategi, prestasjonsmål og brukerperspektiv.

Forord

Dette selvstendige arbeidet avslutter masterstudiet i økonomi og administrasjon. Det valgte emnet kom i forbindelse med et jobbintervju, hvor problemstillingen var å spare 100 millioner kroner i et helseforetak. Etter intervjuet begynte tankene å struktureres og endte opp med en interessant problemstilling. Arbeidet med å besvare problemstillingen har gitt god innsikt i en vanskelig sektor og samtidig åpnet øynene for bruken av / problemer med Balanced Scorecard som styringssystem i et helseforetak.

En stor takk til Jonny Heggstad som har vist stor interesse for problemstillingen, og åpnet døren inn i Helse Vest. Takket være tilgangen til personell i Helse Vest, har det vært mulig å identifisere forhold i og rundt organisasjonen som har avgjørende betydning for et Balanced Scorecard. I tillegg vil jeg takke andre som tok seg tid til å besvare spørsmål jeg har hatt.

Problemstillingen opp mot Helse Vest er svært omfattende, organisasjonen er stor og består av mange enheter og avdelinger. Dette får betydning for hvor dypt utredningen kan trenge inn i problematikken. Antallet intervjuobjekter er lite og dette forsterker oppgavens begrensede omfang.

Takker veileder for konstruktive samtaler gjennom hele prosessen.

Bergen den 15. juni 2007

Simon Peter Gustav Nygaard

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Forord	3
1 Innledning	8
1.1 Helse Vest.....	11
1.2 Utviklingen i helsesektoren	12
2 Metode.....	13
2.1 Teoripresentasjon	14
2.2 Litteraturgjennomgang	14
2.3 Empiri	14
Del I: Teorigrunnlag.....	16
3 Teoretisk beskrivelse av Balanced Scorecard	16
3.1 Veien til målet	21
3.1.1 Misjon.....	21
3.1.2 Visjon.....	21
3.1.3 Strategi.....	22
3.1.4 Verdier	22
3.2 Årsaks – virknings relasjon	23
3.3 Hvordan oversette visjon til strategi.....	23
3.3.1 Kritiske suksessfaktorer.....	24
3.3.2 Kritiske aktiviteter	24
3.3.3 Resultatmål	25
3.3.4 Sammenhengen mellom målene og antall mål	25
3.4 Interessentperspektivene	27
3.4.1 Pasientene og brukerne.	28
3.4.2 Eierne.....	31
3.5 Det interne prosessperspektivet.....	32

3.6 Lærings og vekstperspektivet.....	33
4 Hvordan iverksette et Balanced Scorecard	36
4.1 Koble sammen strategien fra topp til tå	37
4.2 Sammenhengen mellom mål, initiativ og budsjett.....	38
4.3 Strategiske lærings- og tilbakemeldingsprosesser	39
4.4 Kort fortalt: Iverksettelse av et Balanced Scorecard.....	40
5 Teori om læring.....	41
6 Teori om organisasjonens kontrollsfære.	44
Del II: Litteraturgjennomgang	48
7 Drøfting av Balanced Scorecard.	48
7.1 Kvalitet kan defineres.....	50
7.2 Strategi.....	54
7.2.1 Hva er strategi.....	54
7.2.2 Hvordan strategier formes og utvikles.....	55
7.2.3 utfordringer med strategiarbeidet	57
7.2.4 Rigiditet i strategiarbeidet	59
7.2.5 En kompleks omgivelse.....	60
7.3 Brukerperspektiver	64
7.3.1 Etterspørselsmekanismer og markedsideologi	66
7.3.2 Den gyldne middelvei: Hvordan forene to roller.....	67
7.3.3 Et mangfold av styringsimpulser	69
7.3.4 Pasient eller økonomi i fokus?.....	71
7.3.5 Brukernes påvirkning	72
7.3.6 Kompleksiteten i helsearbeidet.....	73
7.3.7 Brukerundersøkelser	75
7.3.8 Brukernes verdier gjenspeiles i helseforetakene	76
7.4 Prestasjonsmål og målesystemer	77
7.4.1 Balanserte mål og målesystemer: virkninger og følger	78

7.4.2 Innbyrdes avhengighet eller lineære sammenheng mellom målene	80
7.4.3 Vridningseffekter	81
7.4.4 Fordeler og kontrollgrunnlag	82
7.4.5 Diagnostiske og interaktiv kontroll	84
Del III: Drøfting av empiri	87
8 Analyse av intervjuene	87
8.1 Strategi.....	87
8.1.1 Hvor er vi og hvor vil vi?	87
8.1.2 Autonomi og planlagte strategier	89
8.1.3 Konsensus	91
8.1.4 Ensidig fokus og nedbryting av strategien	92
8.2 Brukerperspektivet.	95
8.2.1 Brukerutvalg og organisatoriske endringer	96
8.2.2 Pasientundersøkelser	98
8.2.3 Kvalitet: måling og etterspørsel.....	100
8.3 Prestasjonsmål og målesystemer.	101
8.3.1 Egendefinerte mål og kvalitetsindikatorer.....	102
8.3.2 Måling av resultat	104
8.3.3 Mål på immaterielle ressurser.....	105
8.3.4 Desentralisering og beslutningsmyndighet.....	106
9 Konklusjon.	108
10 Litteraturliste	111

Figuroversikt

Figur 1: Organisasjonskart i Helse Vest	11
Figur 2: Hvordan et Balanced Scorecard kan tilpasses forskjellige organisasjonsformer.....	20
Figur 3: Oppbyggingen av relasjonene mellom perspektivene og mellom resultatmål, kritiske aktiviteter og kritiske suksessfaktorer.....	26
Figur 4: Sammenheng mellom mål i brukerperspektivet.....	30
Figur 5: Rammeverk for lærings og vekstperspektivet.....	36
Figur 6: Kontrollsfærer i en organisasjon.....	47
Figur 7: Balanced Scorecard modellen i et helseforetak.....	50

1 Innledning

Helsesektoren i Norge står i dag ovenfor mange utfordringer. Debatten om hvilke løsninger som er best egnet til å møte disse utfordringene ser ut til å være et sisyfosarbeid og har pågått lenge. Det som ser ut til å prege debatten er hvordan en kan effektivisere sykehussektoren, med det ressursgrunnlaget de tildeles, uten at dette reduserer kvaliteten som tilbys brukerne. I økonomisk forstand prøver man å *paretoforbedre* helsetjenestene, det vil si at tilbudet til en bruker forbedres uten at dette får konsekvenser (reduisert kvalitet/tilbudet) for andre brukere. Spørsmålet er om løsningen som er iverksatt har bidratt til å nå de langsiktige målsetningene.

Politikerne er kjent med utfordringene i helsesektoren og mener at *”retten til hjelp ved sykdom er grunnleggende for like vilkår og livskvalitet”*¹. Med en befolkning som øker (særlig i de høyere aldersgruppene), og nye behandlingsmetoder som muliggjør behandling av sykdommer som tidligere ikke kunne behandles, står Norge ovenfor en økt etterspørsel etter helsetjenester. Hvis statens overføringer til helsesektoren i utgangspunktet er knappe, vil den økte etterspørsel beslaglegge en enda større del av nasjonalbudsjettet i årene som kommer. Så på tross av at retten til hjelp er et grunnleggende vilkår for likhet, erkjenner politikerne at det er utfordringer ved *”evne til å prioritere, organisere og samarbeide bedre innenfor helsevesenet”*².

Media spiller en stadig større rolle i formidlingen av tilstanden i helsesektoren. Helsesektoren preger ofte førstesiden i avisene, og omtalen synes å konsentrere seg om mangelfulle aspekter ved helsetjenestene, som for eksempel budsjettunderskudd, dårlig kvalitet på tjenestene, lange ventelister og utilstrekkelig informasjon med hensyn til pasientrettigheter. Det ser ut til å være mange områder hvor helsesektoren ikke strekker til.

Effektiviteten man prøver å oppnå ser ut til å medføre en rekke problemer både for pasienter og ansatte. For eksempel ble et nytt betalingssystem, såkalt DRG (Diagnosis-Related Group), innført på midten av 1990 tallet. Diagnoserelaterte grupper er et klassifikasjonssystem som grupperer pasienter i medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene grupper. DRG brukes blant annet til å regne ut kostnad per sykehusopphold. Sykehusene får så betalt en fast

¹ Fra Det norske Arbeiderpartis valgprogram 1997, side 13, kap. Fordeling av velferd

² Fra Det norske Arbeiderpartis valgprogram 1997, side 13, kap. Fordeling av velferd

sum enten det har blitt brukt flere eller færre ressurser i behandlingen. Systemet kan gi vridningseffekter, det vil si at aktørenes handlinger kan være i strid med systemets intensjon. I de landene hvor DRG – systemet er tatt i bruk har systemet gitt incentiver til å skrive ut pasientene tidligere og ”sykere” enn land hvor DRG – systemet ikke er tatt i bruk (Forgione et al., 2004). I tillegg stilles det spørsmålsteget til hvor godt eller i hvilken grad DRG – systemet tar høyde for store aldersforskjeller ved kategoriseringen av pasienter (Carpenter et al., 2007). Disse to eksemplene viser problemer DRG – systemet kan få for pasienter, samtidig viser de også problemer ansatte får, fordi systemene gir incentiver til suboptimale løsninger. På tross av dette kan DRG – systemet gi en pekepinn på "effektiviteten", dvs. omsetningshastigheten innen den enkelte enhet.

Budsjettet er et styringssystem som fremstiller en prognose over utgifter og inntekter en organisasjon forventer i løpet av budsjettperioden. Budsjettprognosene er ofte preget av rigiditet, fordi resurssene for perioden er fordelt og vanskelig kan omfordeles. I tillegg innebærer budsjettet en unøyaktighet fordi prognosene strekker seg så langt inn i fremtiden. Dette skyldes at budsjettarbeidet starter flere måneder før budsjettåret, og at en stiller prognoser på opp til et halvannet år forut i tiden. Dermed kan man låse seg fast, og vanskeligere tilpasse seg interne og eksterne endringer som kan inntre i den gjeldende budsjettperioden. I tillegg representerer budsjettet også en kortsiktig tidshorisont, fordi budsjettet fokuserer på finansielle mål. Disse målene har en avgrensning som samsvarer med resultatåret og er lite forenlig med langsiktige strategier som strekker seg flere år fram i tiden. Dette skyldes ofte at de finansielle målene er indikatorer for lederens oppnådde resultat, og kan dermed gi lederne incentiv til å oppnå gode resultat på kort sikt på bekostning av langsiktige investeringer.

I sykehussektoren er det et gap mellom budsjettet og de faktiske utgiftene som medløper til driften av et helseforetak. Formålet med effektivitetstiltakene som iverksettes er å spare ressurser og på den måten få ”mer helse pr krone investert”. Personalet er samtidig inntektsposten og utgiftsposten i et helseforetak, og ringvirkningene av budsjettbesparelsene kan resultere i blant annet nedskjæringer i sysselsettingen i helsesektoren. Dette kan lett skape konflikter med de ansatte og videre føre til en nedadgående spiral, fordi færre ansatte kan føre til et redusert helsetilbud for brukerne. Dette kan på sin side føre til at brukerne i større grad benytter seg av private helseinstitusjoner. Færre pasienter på et sykehus resulterer i mindre

behandlinger, noe som direkte påvirker inntekten ved at færre diagnoser blir stilt. Dette kan føre til ytterlige nedskjæringer og dermed den nedadgående spiralen.

Det er åpenbart at budsjettpraksis ikke sørger for en klar kobling mellom langsiktige mål og strategi. For eksempel inkluderer ikke budsjettstyringen den immaterielle eiendelen. De immaterielle eiendelene er vanskelig å tallfeste, som for eksempel kunnskap, styringssystemer, prosesser og relasjoner, og bidrar til den langsiktige utviklingen av en organisasjon. Når kunnskapen spiller en avgjørende rolle for en organisasjons evne til å nå langsiktige målsetninger, er det svært uheldig å ikke inkludere denne ressursen i strategiutviklingen og styringssystemet.

Helse Vest har i et strategiarbeid som strekker seg frem til 2020 prøvd å identifisere fremtidige utfordringer. De beskriver arbeidet med Helse 2020 som *”eit særst viktig strategiarbeid der Helse Vest greier ut kva for utfordringar, krav, forventingar og moglegheiter vi vil stå overfor i eit ”2020-perspektiv. Gjennom fagleg solid kunnskap, involverande prosessar og aktiv deltaking skal prosjektet klargjere ulike framtidsbilete og gje tydelege tilrådingar for korleis vi best møter utfordringane vi vil stå overfor”* (Kva er Helse 2020). På bakgrunn av dette vil Helse Vest utforme kortsiktige og langsiktige planer for hvordan de skal møte fremtidige utfordringene som er identifisert i Helse 2020 (Grunnlagsdokument).

Helse Vest har benyttet budsjettet som styringssystem. Med de svakheter dette systemet har, må kan det stilles spørsmål ved dens evne til å nå de langsiktige målsettingene Helse Vest har satt. Balanced Scorecard er et helhetlig styringssystem, hvor organisasjoner frigjør seg fra de bindinger og mangler som budsjettpraksis er beheftet med. Formålet med denne oppgaven er å utarbeide et teoretisk fundament for bruken av Balanced Scorecard i Helse Vest og problemstillingen er følgende:

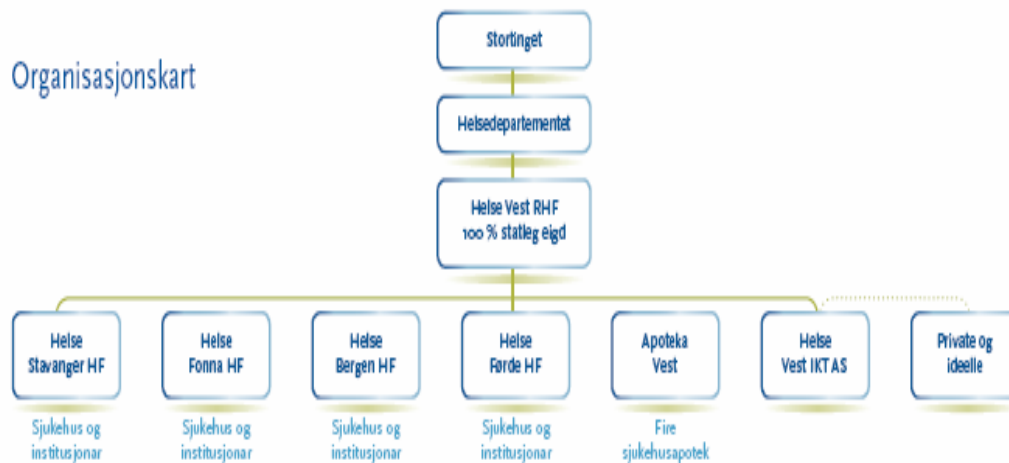
Kan Balanced Scorecard være et egnet styringssystem for å nå de langsiktige målsettingene til Helse Vest?

Etter en kort presentasjon av Helse Vest samt utviklingen i helsesektoren den siste tiden, er oppgaven delt inn i tre deler. Først presenteres teorien om Balanced Scorecard, læring og kontrollsfærer. Oppgaven legger vekt på en grundig gjennomgang, fordi den er ment å danne

et teoretisk fundament om Balanced Scorecard for Helse Vest. Derfor er denne delen svært detaljert. I den påfølgende delen blir deler av teorien drøftet. Det vil legges vekt på *strategi, målesystemer/-prinsipper* og *brukerperspektivet*. Formålet med denne delen er å belyse fordeler og ulemper med de valgte emnene, og forhold som påvirker et Balanced Scorecard. Den siste delen av oppgaven analyserer intervjuene som er gjort. Svarene kobles til de tre valgte emnene i oppgaven. På bakgrunn av diskusjonen som er foretatt i andre og tredje del, vil oppgaven komme med en konklusjon som prøve å besvare problemstillingen.

1.1 Helse Vest

Helse Vest er en av de fem helseregionene som ble dannet da sentrale myndigheter overtok ansvaret for finansieringen av helsesektoren i 2002. Helse Vest er videre inndelt i fem helseforetak. Ved utgangen av 2005 var det ansatt ca. 21 000 mennesker i Helse Vest. Helse og omsorgsdepartementet utøver eierskap over Helse Vest, og Helse Vest utøver eierskap over de fem foretakene som er innordnet under Helse Vest. Under følger en oversikt over organiseringen og eierstrukturen i helsesektoren



Figur 1. Organisasjonskart i Helse Vest. www.helsevest.no 15.februar 2007

1.2 Utviklingen i helsesektoren

Som følge av endret eierskap og nye styringssystemer har Helse Vest gjennomgått store strukturelle endringer de to siste tiårene. På begynnelsen av 1990 tallet var sykehusene eid og finansiert av de lokale myndighetene, vanligvis fylkeskommunene. Denne modellen var beheftet med problemer, som for eksempel ineffektiv ressursutnyttelse i helsesektoren, i tillegg til utpreget forskjell på behandlingstilbudet mellom fylkene. Overgangen til nye styringssystemer skulle effektivisere sykehusene.

New Public Management ble introdusert for å skape større effektivitet i driften og bedre utnyttelse av ressursene. New Public Management fokuserer på hvordan man kan oppnå større effektivitet i helsesektoren, ved å ta i bruk lederteknikker som har vist seg nyttige i privatsektor. Prestasjonsskjemaer og et klarere krav fra sykehuseierne om å implementere evalueringssystemer, for å måle prestasjonsevnen og effektiviteten, ble introdusert (Nyland & Pettersen, 2004).

Ressursgrunnlaget i et helseforetak består av det aktivitetsbaserte finansieringssystemet og en basisramme. Det aktivitetsbaserte finansieringssystemet (DRG) skal forbedre ”transparensen” med finansieringssystemet og forbedre effektiviteten i sykehusene (Carpenter *et al.*, 2007). Basisrammen er blant annet avhengig av befolkningsmassen, demografi, geografi og sykdomsmønstret, og er faste overføringer som helseregionene mottar fra staten.

I 2002 overtok sentrale myndigheter finansieringen og eierskapet over sykehusene. Sykehusreformen styrker de sentrale eiernes overordnede ansvar og kontrollen, samtidig som den representerte et desentralisert ledersystem (Lægreid *et al.*, 2005). Det er fire argumenter som støtter et statseierskap (Lægreid *et al.*, 2005). For det første er helsesektoren karakterisert ved et økende forbruk av ressurser kombinert med kontinuerlige finansielle innstramminger. I praksis var fylkeskommunene eierne, men det var staten som hadde det finansielle ansvaret. Dette førte til et uklart ansvarsforhold. I tillegg utgjorde sykehusene den største budsjettposten i fylkeskommunene, og i trange tider kunne dette føre til en økonomisk byrde (Lægreid *et al.*, 2005). For det andre gjør utviklingen av spesialiteter innenfor helsemedisin det nødvendig å organisere strømmen av pasienter på kryss av fylkesgrensene. For å oppnå bedre samordning er det opprettet større enheter med mer formelt ansvar, enn de tidligere helseregionene hadde hatt. For det tredje var variasjonen i helsetjenestetilbudet mellom regionene for stor, og

tilgangen til helsetjenester var avhengig av bosted og plassering. Det siste argumentet har sammenheng med at fylkene utøvde sitt eierskap forskjellig, og store differanse mellom utnyttelsen av de finansielle ressursene.

Innføringen av fritt sykehusvalg skulle rette mer fokus mot pasientens rettigheter. Pasientrettighetsloven, som ga pasientene rett til fritt sykehusvalg, trådte i kraft 01.01.2001 (www.frittisykehusvalg). Dette gav pasientene rett til å velge sykehuset hvor de ville behandles. Målgruppen for vedtaket var pasienter, pårørende og henvisende leger. Høsten 2003 startet "Fritt sykehusvalg Norge" å presentere nasjonale kvalitetsindikatorer, som for eksempel ventetid og kvalitet på behandling. Målet var å øke kvaliteten på informasjonene som var tilgjengelig for målgruppen, og dermed sette brukerne i stand til å delta på en mer aktiv måte. Dermed fikk målgruppen økt mulighet til å benytte seg av tjenesten og bidra til bedre utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten av spesialisthelsetjenester. Dette skulle stimulere ledere og helsepersonalet til kontinuerlig kvalitetsforbedrende arbeid (www.frittisykehusvalg).

2 Metode

Helseforetakene er komplekse organisasjoner, fordi de består av mange nivåer, styringsimpulser og interesser. De må også forholde seg til en rekke forskjellige lover, forskrifter og regler. Dette skaper utfordringer med det langsiktige planleggingsarbeidet og for styringssystemene i helseforetakene. Samtidig som det skal være fokus på økonomien, skal brukernes rettigheter og tjenestekvalitet ivaretas. Eierne stiller mange krav, hvorav noen kan være motstridende. Brukerorganisasjoner driver aktiv lobbyvirksomhet, for å påvirke helseforetak og politikere. I tillegg endres brukerpreferansene, og etterspørselen etter kvalitet på helsetjenestene øker. For å se på de langsiktige utfordringene vil alle disse elementene virke inn på hvordan man skal tilrettelegge styringen av helseforetakene. Helhetlige styringssystemer skal ivareta fasettene i og rundt et helseforetak. Disse knyttes ofte til helseforetak.

2.1 Teoripresentasjon

For å besvare om Balanced Scorecard er et velegnet styringssystem, legges det i oppgaven opp til en teoretisk og empirisk tilnærming. Den teoretiske delen består av to deler, hvorav den ene er en utførlig beskrivelse av Balanced Scorecard modellen (Kaplan & Norton, 1996). I tillegg blir teori om læring og kontrollområder gjennomgått, fordi dette er to viktige sider i et Balanced Scorecard. I utviklingen av et "scorecard" er det viktig at organisasjonen lærer av blant annet tilbakemeldinger den får. Det er flere grunner til dette, som vil bli vist i diskusjonen. Kontrollområder beskriver hvordan forskjellige kontrollmekanismer påvirker utvikling, tilpassing og implementering av en strategi. Denne delen danner grunnlaget for hvordan modellen virker.

2.2 Litteraturgjennomgang

Den neste delen består av en litteraturgjennomgang som tar for seg de tre valgte emnene og diskuterer fordeler og ulemper. Gjennomgangen fremhever forhold som er viktige å ta i betraktning om Helse Vest skulle benytte et Balanced Scorecard, og er dermed av betydning for besvarelsen av problemstillingen. Emner som litteraturen bygger på, er funn gjort av implementeringsarbeid med Balanced Scorecard, prestasjonssystemer, helsereformens planlagte og reelle virkning og strategi. Til sammen utgjør dette forhold som kan få implikasjoner for om et Balanced Scorecard vil være vellykket i Helse Vest.

Litteraturgjennomgangen baserer seg på artikler, bøker og dokumenter, og gir mange relevante synsvinkler som er avgjørende for implementeringen av en strategi (og benyttelsen av et Balanced Scorecard).

2.3 Empiri

Empiridelen er kvalitativ og er hentet inn ved intervjuer. Tidsaspektet og omfanget til en masteroppgave reflekterer utvalget av intervjuobjekter. Siden Helse Vest i dag ikke benytter et Balanced Scorecard, er det i intervjuene blant annet lagt vekt på hvordan Helse Vest i dag praktiserer styringen, hvorvidt tankegangen til et Balanced Scorecard passer inn i Helse Vest, eventuelle måleproblemer og eventuelle forhold som begrenser nytten av et Balanced Scorecard. Dette er likt med litteraturgjennomgangen.

For å få en bredde på intervjuobjektene bakgrunn er ansatte i Helse Vest, både på regionalt og lokalt nivå, intervjuet. I tillegg er en konsulent for bedriftsrådgivning intervjuet for å få kunnskap om den praktiske anvendelsen av et Balanced Scorecard. Brukergruppen er representert ved Pasientombudet. Ombudet har en akkumulert kjennskap til pasienter, bruker og brukerorganisasjoner.

Intervjuer med ledere i Helse Vest gav verdifull informasjon om blant annet deres krav til et styringssystem, hvordan de så på strategiarbeidet i organisasjonen og utfordringer de så med målesystemer. Intervjuet fant sted i Helse Vest sitt regionalkontor i Stavanger. Det ble lagt opp til en samtale mellom tre av direktørene og intervjuer. På denne måten kunne intervjuobjektene stimulere hverandre under diskusjonen, en slags "brain storming". Varigheten ble på vel 75 minutter.

Får å kartlegge synspunkter fra forskjellige nivå i Helse Vest, ble det foretatt et intervju med en ansatt på Haukeland Sykehus. Intervju med representanter på forskjellige nivåer får frem blant annet delaktigheten og fleksibiliteten innen forskjellige nivåer i Helse Vest. Intervjuet fant sted i Bergen og hadde en varighet på ca. 60 minutter.

Intervjuet med pasientorganisasjon gav informasjon om blant annet hvordan de så på prioriteringer foretatt i Helse Vest og problemer knyttet til disponeringen av midlene i helsesektoren. Intervjuet fant sted i Bergen, og hadde en varighet på ca. 60 minutter.

Intervjuet med konsulenten gav informasjon blant annet om hvordan implementeringen av et Balanced Scorecard kunne gjennomføres i praksis, i tillegg til måleproblemer i helsesektoren. Intervjuet fant sted i Bergen og hadde en varighet på ca. 60 minutter.

Alle intervjuene ble tatt opp på tape og renskrevet i etterkant. Deretter ble dataen gjennomgått og kategorisert. Alle intervjuobjektene har hatt mulighet til å se gjennom utsagnene som er benyttet i analysen. Mye av diskusjonen i empiridelen vil gå over i hverandre, fordi svarene som ble gitt er vanskelig kan kategoriseres under de valgte emnene, slik som under litteraturgjennomgangen. Ved å ta ut enkeltsetninger fra besvarelsene kan sammenhenger og meninger bli manipulert.

Del I: Teorigrunnlag

3 Teoretisk beskrivelse av Balanced Scorecard

Den teorien som blir presentert vil i hovedsak støtte seg til utgivelsene til Kaplan og Norton (1996) og Niven (2003), annen litteratur som trekkes inn får henvisning.

For å møte fremtidige utfordringer er det viktig at organisasjoner tenker langsiktig og er i takt med omgivelsene. Konkurransesituasjonen er i dag preget av en kompleksitet og dynamikk som gjør det utilstrekkelig å basere styringssystemet utelukkende på budsjettprinsippet. I budsjetter måles resultater utelukkende i finansielle verdier, som for eksempel avkastningskrav til investert kapital og avkastning på arbeidskapital. Ikke-finansielle mål er ikke representert i et budsjett, og kan blant annet være kunde tilfredshet, arbeidsmiljø, kreativitet og kvalitet.

Det kan være to grunner til at finansielle mål gir lederne incentiver til å tenke kortsiktig. Finansielle mål i budsjettet er ofte fastsatt for det påfølgende året. For eksempel at salgsinntektene skal øke med 5 prosent eller kostnader reduseres med 10 prosent det kommende året. Budsjettet fordeler dermed ressursene slik at de nødvendige initiativene kan iverksettes for å nå målene. Investeringer for det kommende året blir dermed fastlagt og er vanskelig å endre. Organisasjonen blir fastlåst til budsjettet og tidshorizonten blir kort.

Det er en nær sammenheng mellom budsjettets korte periode og lederes incentiv til å tenke kortsiktig. De finansielle målene danner vurderingsgrunnlaget som ledere evalueres etter. Dette gir ledere incentiv til å følge de målene som settes for budsjettåret. En leder ville ha incentiv til ikke å øke investeringene utover det som er fastsatt i budsjettet, gitt at vurderingsgrunnlag til lederen var avkastningen på investert kapital. Om lederen velger å øke de langsiktige investeringene, ville det føre til øke investeringsutgifter i forhold til det fastsatte budsjettet. Forholdstallet mellom inntekter og investeringer (ROI) ville reduseres, og vurderingen av ledernes prestasjoner svekkes. Dermed kan man si at et ensidig fokus på finansielle måltall gir lederne incentiv til å tenke kortsiktig.

Organisasjoner i den vestlige verden er i dag for en stor del utsatt for en kunnskapskonkurranse. Det vil si at det er organisasjonens intellektuelle kapital som bidrar til

et konkurransemessig fortrinn. Kunnskap er dermed en ressurs som setter organisasjonen i stand til å nå sine mål. Utviklingen av kunnskapsbasen er knyttet til medarbeidernes evne til å ta til seg ny kunnskap, og anvende den til nytte for organisasjonen.

Å bygge opp kunnskap er tidskrevende, og organisasjoner har ofte en klar tanke med slike investeringer. Hensikten med kompetanseøkningen er ofte et ledd i å oppnå de langsiktige strategiske målene. Manglene som er forbundet med budsjettprinsippet gjør det vanskeligere å besvare hvilke langsiktige investeringer som er lønnsomme. Det vil si at svar kan ligge der, men ledernes incentiver harmonere ikke alltid med den langsiktige oppbyggingen av organisasjonens immaterielle ressurser. Budsjettstyringens kortsiktige tidshorisont kan dermed være til hinder for organisasjonens langsiktige strategiarbeid.

Organisasjoner lykkes i konkurransen fordi de har produkter og tjenester som etterspørres av kunder. Det er dermed viktig at organisasjonen vet hvem som etterspør deres produkter og tjenester, fordi de da er i stand til å tilrettelegge produkter og tjenester som dekker disse kundenes behov. Det fokuserer organisasjonens oppmerksomhet.

Organisasjoner kan ikke drives som isolerte enheter som bare retter oppmerksomheten innover. Organisasjoner må simultant rette oppmerksomheten internt og eksternt. De ansatte representerer det interne interessentene og eierne og samfunnet representerer de eksterne interessentene. Lederne er ofte en kobling mellom disse interessentene og kan avgjøre prioriteringen hver interessent får. Budsjettet har en tendens til å måle eiernes interesser, som representeres ved finansielle mål. Dermed blir de finansielle målene, som avkastingskravet i virksomheten, viktige styringsmekanismer. Kaplan og Norton mener at et ensidig fokus på finansielle mål ikke forteller hvordan organisasjonen skal nå disse målene, og hvordan man skal måle fremdriften (Kaplan & Norton, 1996). Ved å inkludere ikke-finansielle mål i styringssystemet vil man måle de handlingene som driver organisasjonen mot en fremtidig suksess. Handlingene som måles ikke-finansielt, er viktige byggesteiner for langsiktig suksess.

Modellen Kaplan og Norton initierer består av fire perspektiver. Et finans-, et kunde-, et internt forretningsprosess- og et lærings og vekstperspektiv. Modellen er hierarkisk oppbygget, i nevnte rekkefølge. Det finansielle perspektivet er plassert øverst i modellen.

Dette gjenspeiler noe av modellens logikk, nemlig at handlingen man foretar seg i de andre perspektivene skal kuliminere i høyere avkastning for eierne.

Balanced Scorecard modellens fire perspektiver skal ikke fungere som noe tvangstrøye under utformingen. Den skal fungere som en mal, og siden alle organisasjoner er unike må ”scorecardet” være tilpasset organisasjonens unike situasjon, på kort og lang sikt. Det viktige er å danne perspektiver som reflekterer viktige aktørers interesser i organisasjonen. ”Aktører” refererer til alle gruppene som blir eller kan bli berørt av organisasjonens tjenester, handlinger og fremgang. For eksempel pasienter, ansatte, samarbeidspartnere, eierne, private aktører som leverer tjenester og produkter og offentlige instanser. Alle aktørene skal ikke inkluderes med et eget perspektiv i et Balanced Scorecard. Det er viktig at man velger ut de aktørene som har en avgjørende betydning for organisasjonens evne til å nå de langsiktige målene.

I et Balanced Scorecard oversettes strategien til mål i de utvalgte perspektivene. Det er tre prinsipper som knytter sammen organisasjonens Balanced Scorecard med strategien; årsak – virkning relasjonen, prestasjonsdriverne og koblingen til misjonen (Kaplan & Norton, 1996).

Handlingene som iverksettes skal bidra til å nå organisasjonens langsiktige mål. Sammenkoblingen mellom strategi og handling oppnåes gjennom målene. Det kan sammenliknes med å planlegge en tur over fjellet. Turfolk vet hvor turen starter og hvor de vil komme fram. For å nå dette endepunktet legges det opp en rute ved å stake ut punkter (mål) i terrenget som skal passeres. Ved å gå via disse punktene blir endemålet nådd. Slik er Balanced Scorecard også en beskrivelse på hvordan en organisasjon skal bevege seg fra dagens situasjon til det ønskede målet. Organisasjonen setter mål innenfor de valgte perspektivene (som tilsvarer referansepunkter på kartet). Målene som settes skal være balansert mellom internt og eksternt interesser, finansielle og ikke-finansielle mål, og langsiktig og kortsiktig målsettinger, slik at ”scorecardet” forteller veien for å nå målet.

For å oppnå internt og eksternt fokus settes det eksplisitte mål for ansatte, kunder og eiere. Det vil si at initiativ og handlinger iverksettes for å nå de spesifikke mål som er satt for disse gruppene. Organisasjonen vet hvilke eksterne interessenter som skal tilfredsstilles og hvilke interne prosesser som skaper verdi for de eksterne interessentene. Det finansielle og ikke-finansielle fokuset oppnåes ved å sette mål i alle perspektivene. Det vil si identifiseringen av

mål for avkastning, kunder, prosesser og ansatte. De ikke-finansielle målene settes i kunde-, prosess-, og lærings og vekstperspektivet og de finansielle målene settes i finansperspektivet.

For at et Balanced Scorecard skal være suksessfull, må strategien kommuniseres gjennom et integrert sett av finansielle og ikke-finansielle kritiske aktiviteter (Kaplan & Norton, 1996).

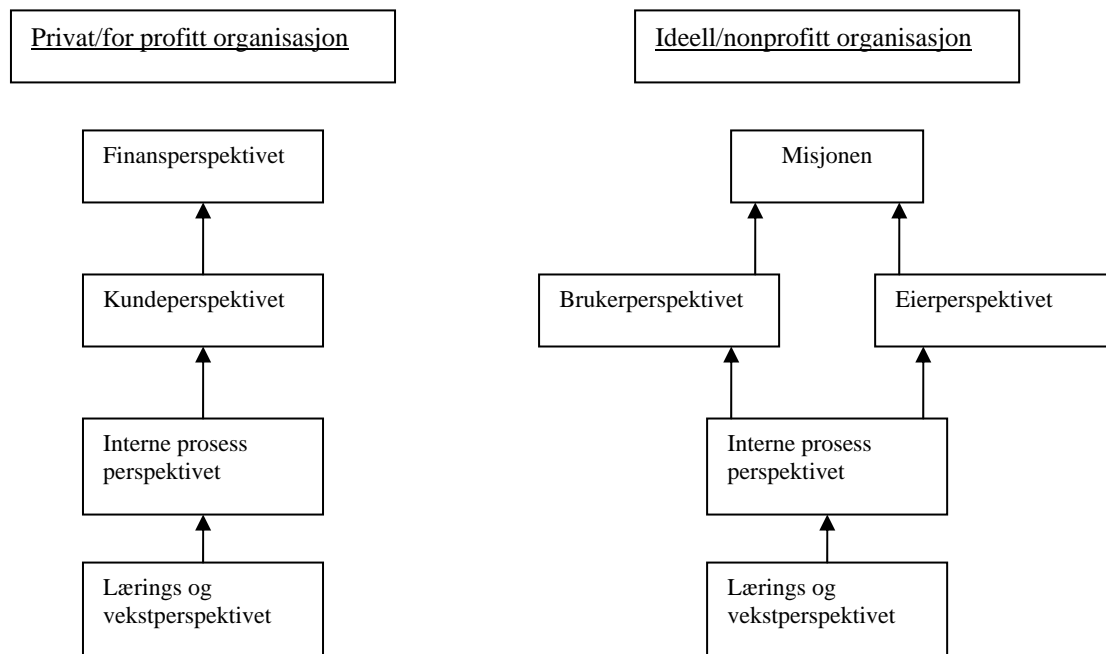
Flere av de ikke-finansielle målene er prestasjonsdriverne som utvikler organisasjonen. Dette er de handlingene som iverksettes for å drive frem forbedrede prestasjoner i organisasjonen. Det vil si at målene som fastsettes i prosess-, og lærings og vekstperspektivet, skal danne grunnlaget for langsiktig suksess i kunde- og finansperspektivet. For eksempel at kompetanseøkning (som blir en direkte handling hvor man setter mål, for eksempel kursing eller intern opplæring) innen hygiene kan være med på å øke ansattes evner til å tilrettelegge og håndtere redskaper på en sikrere måte. Dette igjen vil være med på redusere antallet sykehusinfeksjoner. I dette tilfelle er kunnskaps- og prosessforbedringene det som skaper gode prestasjoner i kunde- og finansperspektivet.

Prestasjonsdriverne er ledende indikatorer. Det vil si at de er bestemmende faktorer får å nå et ønsket mål. Ledende indikatorer kommer forut for resultatene og skal signalisere til organisasjonsmedlemmene hvilke aktiviteter de bør foreta seg i dag, for å skape verdi for kundene og eierne i fremtiden (Kaplan & Norton, 1996).

Resultatene betraktes som etterfølgende indikatorer, og kommer som et resultat av at en handling er foretatt. Disse signaliserer om aktivitetene organisasjonen foretar seg påvirker de strategiske målene og fører frem til ønskede resultatene (Kaplan & Norton, 1996). I følge Kaplan og Norton skal et godt konstruert Balanced Scorecard ha en passende blanding av både mål og drivere for å nå målsettingene (Kaplan & Norton, 1996), det vil si en blanding av ledende og etterfølgende indikatorer.

I følge betingelsesteorien er det tre forhold som påvirker organisasjonens valg av styringssystemer. Teknologi, organisasjonsstruktur og omgivelsene til er alle forklaringer på hvorfor styringssystemer kan være forskjellige, alt etter hvilken situasjon en organisasjon befinner seg i (Otley, 1980). Både teknologien i og omgivelsen til et helseforetak påvirker dens evne til å styre mot langsiktige målsettinger. Brukerne og eierne er en del av et helseforetaks omgivelser, og disse bør begge være inkludert i styringssystemet.

Et Balanced Scorecard i en offentlig organisasjon må tilpasses for å dekke inn de behovene kundene har. Det er ikke mulig å benytte den samme modellen som Kaplan og Norton presenterer for private organisasjoner. I en nonprofitt organisasjon er misjonen det overordnede målet og legitimeringen for dens eksistens. Kundeperspektivet splittes i to for bedre å reflektere behovene til interessentene. Den ene gruppen er brukerne av tjenestene og den andre er eierne, eller de som finansierer tjenestene. Deretter kommer det interne prosessperspektivet etterfulgt av lærings og vekstperspektivet. Dette siste perspektivet danner grunnlaget for organisasjonsutviklingen. Det viktige for systemet er ikke bare at det oppsummerer input og resultat, men også at det gir muligheten til å vurdere i hvilken utstrekning en beveger seg mot en misjon (Niven, 2003).



Figur 2. Hvordan et Balanced Scorecard kan tilpasses forskjellige organisasjonsformer.

I beskrivelsen av perspektivene støtter oppgaven seg til modellen som er ment for ideelle og nonprofitt organisasjoner (se figur 2). Kundeperspektivet ivaretar brukernes interesser og finansperspektivet ivaretar eiernes interesser.

3.1 Veien til målet

Misjonen legitimerer eksistensen til en non profit organisasjon. For å arbeide målrettet må den trenge organisasjoner å oversette misjonen til en visjon og videre til en strategi.

3.1.1 Misjon

Misjonen til en offentlig organisasjon refererer seg til den overordnede meningen med organisasjonen, og er med å definere dens eksistensgrunnlag. Hvorfor er vi til? Hva er det denne organisasjonen prøver å oppnå? Niven mener at suksessen til offentlige og non-profit organisasjoner ofte er avhengige av en klar utviklet misjon (Niven, 2003). Grunnen til dette er at organisasjonen må få gehør for hva den vil drive med, og at tjenesten den skal levere tilfører brukerne en merverdi slik at brukernes velferd øker. Verdi blir dermed et sentralt element i en misjon.

Hvordan verdi oppfattes er forskjellig. Tilbyder siden og etterspørsels siden former verdioppfatningen. Dermed er verdi en subjektiv oppfatning av en tjeneste eller et produkt. Verdi for brukerne innebærer at produktet eller tjenesten tilfredsstiller behovene brukeren har på en effektiv og kvalitativ måte. For eieren kan verdien sees på som relativ i forhold til kostnaden som tjenesten eller produktet medfører, og hvilke alternative tjenester eller produkter som går tapt. Det vil si hvilke alternative tjenester eller produkter som kunne vært produsert med de samme midlene.

En misjon kan være et svært pompøst uttrykk. Dette bidrar til at misjonen kan være vanskelig å forholde seg til. Misjonen blir ofte en tilstand som man tilstreber å nå, men som i mange tilfeller er uoppnåelig. Dette fører til problemer når misjonen skal kommuniseres, fordi det er vanskelig å benytte den for å skape tilhørighet og motivasjon blant de ansatte. Den blir for utopisk. For å løse dette problemet bør organisasjoner utvikle en visjon.

3.1.2 Visjon

Visjonen danner et bilde av en forestilt fremtid. Når den kommuniseres på riktig måte kan den være retningsgivende og motiverende. En velformulert visjon har stor betydning for å lykkes med utformingen av et Balanced Scorecard, fordi den beskriver hvilken retning organisasjonen ønsker å bevege seg i, hva den prøver å bli og hvordan den ønsker å oppfattes

i fremtiden (Baldrige healthcare glossary). Visjonen danner grunnlaget for den strategien som er velegnet for å nå misjonen (Niven, 2003), og er et bindeledd mellom organisasjonens misjon og strategien. En offentlig organisasjon har ofte flere interessenter, og visjonen bør gjenspeile en balanse mellom deres interesser i organisasjonen (Niven, 2003). Det vil si at fremtidsbildet som skapes i visjonen bør inkludere alle interessentene og formuleres på en slik måte at alle partene kommer ut som vinnere.

3.1.3 Strategi

Det er kanskje ingen prosesser i en organisasjon som stiller større krav til menneskelig kognisjon enn strategiarbeidet (Mintzberg, 1978). Alle som arbeider med strategi stilles ovenfor en stor mengde informasjon. Dette krever at de som arbeider med strategi må kunne strukturere sine tanker på en svært konstruktiv måte, fordi ellers er det lett at man ikke kommer videre enn formuleringsprosessen. Om det er et punkt strategiguruer er enige på, er det at *"the execution of a strategy is more important, and more valuable, than the formulation of a strategy"* (Niven, 2003, s10). Strategien konkretiserer hvordan organisasjonen skal nå visjonen. Samtidig som den viser prioriteringer som organisasjonen gjør for å nå de målene.

Strategiformulering er ikke bare forbundet med å identifisere hva man skal gjøre, og hvordan. En like viktig del av strategiformuleringen er å vite hva man ikke skal foreta seg. En strategi som prøver å inkorporere alle muligheter, kan virke forvirrende og lite retningsgivende for dem som skal implementere den. Det er viktig at den er presis og retningsgivende, men samtidig ikke for rigid. Strategien danner utgangspunktet for de målene organisasjonen velger å sette i perspektivene som er valgt ut i et Balanced Scorecard.

3.1.4 Verdier

I tillegg til misjon, visjon og strategi, mener Niven at verdier er viktige i utformingen av visjonen. Dette grunngir han med at verdier representerer dypt forankrete overbevisninger i organisasjonen, og demonstreres i det daglige arbeidet til de ansatte (Niven, 2003). Hvis visjonen ikke er forankret i organisasjonsverdiene, henge ikke det daglige arbeidet sammen med de målene visjonen formidler. Verdiene er en del av organisasjonskulturen, og representerer et langsiktig og vedvarende element i organisasjonen. Dermed er det viktig å inkorporere verdiene i visjonen, fordi dette kan bidra til å samle og drive organisasjonen i en felles retning. Innføringen av et nytt styringssystem endrer alltid relasjoner i organisasjonen,

som for eksempel maktposisjoner, ressursfordeling og organisasjonskart. Hvis man ikke tar hensyn til organisasjonskulturen når man utformer visjonen og tilhørende strategi, kan det lett oppstå motstand mot disse endringene.

3.2 Årsaks – virknings relasjon

Strategien bygger på et sett av hypoteser som forteller om årsak og virkning (Kaplan & Norton, 1996). Et målesystem bidrar med å klargjøre sammenhengen mellom de kritiske suksessfaktorene (og kritiske aktivitetene) i de forskjellige perspektivene eksplisitt (Kaplan & Norton, 1996). Dermed kan målesystemet bidra til utviklingene av en forvaltnings- og evalueringssprosess i organisasjonen.

En årsaks og virknings kjede preger relasjonen mellom de fire perspektivene i et Balanced Scorecard. Det vil si at de kritiske suksessfaktorene i brukerperspektivet har en tilhørende kritisk suksessfaktor i det interne prosessperspektivet, hvis suksess er avgjørende for å nå målet i brukerperspektivet.

Et skikkelig konstruert Balanced Scorecard skal fortelle strategien en forretningsenhet velger. I Balanced Scorecard identifiseres sekvensene av hypoteser om årsaks – virknings sammenheng mellom resultatmålene og prestasjonsdriverne. Sammenhengen mellom perspektivene kan uttrykkes med hvis – da argumenter, og knytter på den måten sammen de forskjellige perspektivene. For eksempel *hvis* ansatte får opplæring som bedrer kvalitetsarbeid, *da* vil kvalitetsprosessene blir bedre, *hvis* kvalitetsprosessene forbedres, *da* vil brukeren være mer tilfredse.

3.3 Hvordan oversette visjon til strategi

Innenfor hvert perspektiv etableres det mål og aktiviteter som skal bidra til å nå de langsiktige målene til organisasjonen. Disse er ”*objectives*”, ”*measures*” og ”*targets*” (Kaplan & Norton, 1996). I denne oppgaven oversettes ”*objectives*” med kritiske suksessfaktorer, ”*measures*” med kritiske aktiviteter og ”*targets*” med resultatmål³.

³ Oversettelsene er hentet fra et kurs i Strategisk Økonomistyring på NHH. Foreleser var Østergren.

3.3.1 Kritiske suksessfaktorer

I hvert av de valgte perspektivene velges det ut kritiske suksessfaktorer. Dette er faktorer som har avgjørende betydning for organisasjonens evne til å nå langsiktig suksess. I følge Baldrige Glossary blir “*strategic objectives*” definert som “*they are what an organization must achieve to remain or become competitive and ensure the organization’s long-term sustainability*”. De kritiske suksessfaktorene beskriver hva organisasjonen må gjøre det godt i for å kunne implementere den strategien som skal føre til at de langsiktige målene blir nådd. De begynner ofte med et handlingsverb, som for eksempel øke, redusere, forbedre og oppnå. Hensikten med de kritiske suksessfaktorene er å oversette strategiske prioriteringer i retningsgivende og handlingsorienterte fremstillinger, som må utføres for å kunne realisere strategien (Niven, 2003). Når de kritiske suksessfaktorene er valgt, identifiseres de kritiske aktiviteter som skal bidra til å nå dem.

3.3.2 Kritiske aktiviteter

Det er viktig å ha klare mål, fordi klare mål kan drive frem ønskede resultater. Når målene er gjennomtenkt og velformulert kan de være retningsgivende og skape motivasjon hos ansatte. Kritiske aktiviteter kan betraktes som standarder som brukes for å evaluere og kommunisere ønskede prestasjoner opp mot forventede resultater (Niven, 2003). I følge Niven finnes det tre typer resultat. (1) Et *inputresultat* kan for eksempel være antall arbeidstimer og budsjettressurser, og er en oppfølging/sporing av planlagte inputs. Generelt gir denne type resultat lite informasjon som er relevant i beslutningssammenhenger og for analyse av faktisk resultat. (2) Den andre typen er et *produksjonsresultat*. Resultatet genereres av de planlagte inputene, det vil si at anvendt arbeidstid skal produsere noe og dette noe er et (produksjons)resultat. Produksjonsresultat kan for eksempel være antall pasientkonsultasjoner og antall tjenester utført. (3) Den siste resultattypen måler fordelene som interessenter har mottatt. Disse fordelene er et resultat av organisasjonsdriften, og kalles *effektresultat* (Niven, 2003).

De to første resultattypene har en tendens til å fremheve et internt fokus, mens effektresultatet reflekterer interessene til alle aktørene i og utenfor organisasjonen. Effektmålet har dermed et internt fokus samtidig som den opprettholder et eksternt fokus. Resultatene genereres dermed for flere perspektiver og man unngår en ensidig vektlegging av finansielle mål. Kaplan mener der er utilstrekkelig å benytte finansielle mål for å vurdere om en non-profit organisasjon når

sine målsettinger (Kaplan, 2001). Ensidig vektlegging av finansielle mål neglisjerer lett interessen til enkelte brukergrupper, og føre til en underleveranse i forhold til deres behov. Suksessen til non-profit organisasjoner bør måles etter hvor effektivt og virkningsfullt brukernes behov blir tilfredsstilt (Kaplan, 2001).

Det finnes flere kriterier for å velge ut kritiske aktiviteter. Kritiske aktiviteter skal være effektive, noe som innebærer at de er retningsgivende, skaper samhold, forbedrer beslutningsvalg og tjener som grunnlag for ressursallokeringen (Niven, 2003). For at de kritiske aktivitetene skal reflektere strategien er det viktig at de er presise og avgrensede. Dette kan oppnåes ved å koble aktivitetene til strategien, at de er lett forståelige, er knyttet sammen i en kjede av årsak – virkning relasjoner og er under kontinuerlig evaluering (Niven, 2003). Evalueringsarbeidet kan føre til iverksettelse av forbedringstiltak.

3.3.3 Resultatmål

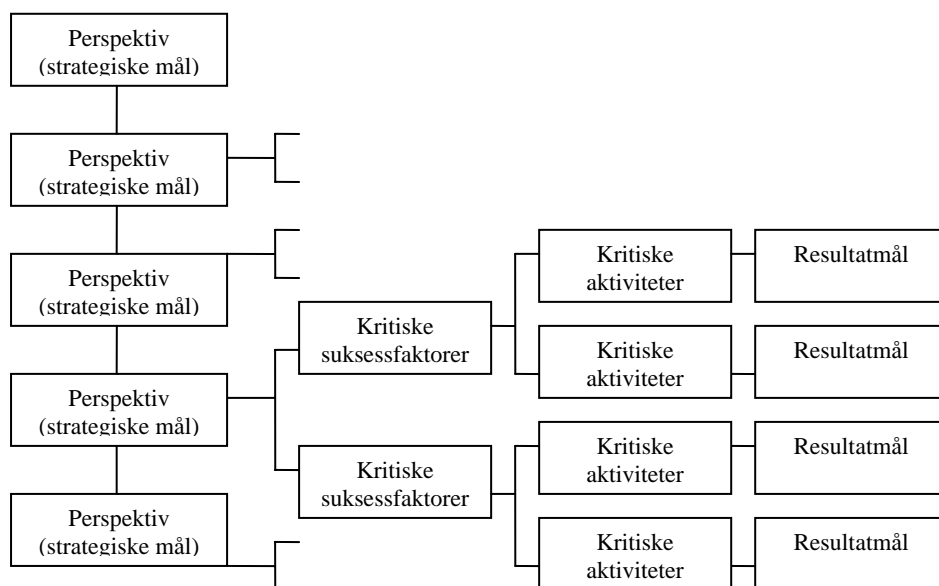
I et Balanced Scorecard danner resultatmålene det ønskede resultatet til de kritiske aktivitetene (Niven, 2003). Ved å sammenlikne de faktiske resultatene med de ønskede resultatmålene, vil man motta viktig informasjon om hvordan strategiimplementeringen virker. Resultatmål danner et referansepunkt som organisasjonen kan rette sine handlinger mot. Dermed er de viktige i beslutningssammenhenger og danner et utgangspunkt for ressursallokeringen i organisasjonen (Niven, 2003).

Benyttelsen av et Balanced Scorecard er mest effektivt når det brukes til å drive organisasjonsendringer (Kaplan & Norton, 1996). For å kommunisere behovet for endring kan leder etablere resultatmål for de kritiske aktivitetene, tre til fem år frem i tid, som bidrar til å endre organisasjonen om de blir nådd (Kaplan & Norton, 1996). Resultatmålene er dermed mål som organisasjonen må/kan strekke seg etter, og bidrar med å holde organisasjonen fokusert på de langsiktige mål, som er/bør være i overensstemmelse med deres misjon og visjon (Niven, 2003).

3.3.4 Sammenhengen mellom målene og antall mål

Når en organisasjon fastsetter de strategiske målene, finner frem til de kritiske suksessfaktorene og identifisert de kritiske handlingene med tilhørende resultatmål, har de utarbeidet en rekke av relasjoner som er koblet sammen i årsaks – virknings kjede. Denne

koblingen bidrar til å øke de ansattes forståelse for hvilke handlinger som medvirker til å nå de langsiktige målene. Ved å bryte ned de overordnede strategiske målene til operative mål, settes de ansatte i stand til å se hva deres innsats har å bety for organisasjonens langsiktige mål. Dermed bidrar dette til å motivere de ansatte. De kritiske suksessfaktorene er erklæringer på hva organisasjonen må gjøre det godt i for å implementere strategien, mens de kritiske aktivitetene forteller hvordan organisasjonen skal settes i stand til å nå de kritiske suksessfaktorene (Niven, 2003).



Figur 3. Oppbyggingen av relasjonene mellom perspektivene og mellom resultatmål, kritiske aktiviteter og kritiske suksessfaktorer.

Hvor mange mål bør et Balanced Scorecard ha? Kaplan og Norton skiller mellom diagnostisk kontroll og strategiske mål. Diagnostiske kontroll er forbundet med overvåking av mål (aktiviteter) som viser om organisasjonen forblir under kontroll. Disse målene kan signalisere når uvanlige hendelser, som trenger øyeblikkelig oppmerksomhet, oppstår. I en organisasjon finnes det hundrevis av mål som kommer innunder denne kategorien, men de er ikke driverne for den langsiktige suksessen. De representerer organisasjonens "hygienefaktorer" og er nødvendige for den daglige driften av organisasjonen (Kaplan & Norton, 1996).

Strategiske mål definerer strategien og kan bidra til et utmerket konkurransefortrinn for organisasjonen. Målene er velformulerte og utformet gjennom en samhandling mellom toppledere og mellomledere. De strategiske målene skal kontinuerlig evalueres i forhold til ny informasjon som kan tenkes å ha innvirkning på organisasjonens mulighet til å nå sine langsiktige strategiske målsettinger (Kaplan & Norton, 1996). Ny informasjon kan være ny teknologi, endrete konkurranseforhold, nye markeder og leverandører (Kaplan & Norton, 1996). Strategiske mål er nedfelt i et Balanced Scorecard, og kan ikke erstatte målesystemet som måler/overvåker organisasjonens daglige drift. De strategiske målene som velges vil rette lederes og ansattes oppmerksomhet mot de faktorene som har en avgjørende betydning for organisasjonens evne til å oppnå konkurransemessig gjennombrudd (Kaplan & Norton, 1996).

Når man skal identifisere de kritiske suksessfaktorene og tilhørende kritiske aktiviteter er viktig å ha i tankene at et Balanced Scorecard er et kommunikasjonsverktøy og et styringssystem, fordi samtidig som målene skal kommuniseres, skal de bidra til å implementere strategien. Potensielt kan det være to kritiske aktiviteter, en ledende og en etterfølgende indikator, for å fange opp intensjonen til en kritisk suksessfaktor. Som en tommelfingerregel kan (gjennomsnittlig) "halvannen" kritisk aktivitet, for hver kritiske suksessfaktor, være tilstrekkelig (Niven, 2003). Å begrense antall mål bidrar til større forpliktelse til å overvåke de strategiske målene og mindre relevans på operasjonelle mål (Niven, 2003).

3.4 Interessentperspektivene

Interessentperspektivenes plassering i modellen reflekterer betydningen de har for å nå misjonen. Det er gjennom å tilfredsstille interessentenes behov at organisasjon kan bevege seg i retning av dens misjon (Niven, 2003). De kritiske suksessfaktorene som identifiseres i interessentperspektivene representerer organisasjonens langsiktige mål (Kaplan & Norton, 1996), og legger premissene for utvelgelsen av de kritiske suksessfaktorene i de andre perspektivene. De kritiske suksessfaktorene som velges i det interne prosess- og lærings og vekstperspektivet er en del av årsak – virknings sammenhengen som skal forbedre interessentperspektivene (Kaplan & Norton, 1996).

En av de viktigste oppgavene organisasjoner foretar seg, er å identifisere hvilke brukere og segmenter de skal betjene, og hvem de skal konkurrere mot innenfor det/de valgte

segmentene. Å identifisere brukere og markeder handler om å identifisere hvilke brukerbehov organisasjonen ønsker å dekke. Til forskjell fra organisasjoner i privat sektor er det i offentlig sektor ikke like lett å definere hvem som er interessentene. Det kan være flere interessenter med forskjellige behov, og dette kompliserer arbeidet med å identifisere interessenter til ”scorecardet”. For å få det til må organisasjoner foreta en avveining mellom hvilke interessenter som har mest å si for dens evne til å nå misjonen. En musikkforretning retter seg mot den delen av befolkningen som er villig til å betale for å skaffe seg musikk, og dermed dekker den et musikkbehov. Et helseforetak kan derimot ikke like lett identifisere hvem sine behov det skal dekke. De som mottar helsetjenestene har klart andre behov enn de som betale for tjenestene. En som bruker tjenesten stiller krav til kvalitet og faglig dyktighet, slik at behandlingen skjer på best mulig måte. I tillegg vil tilgjengelighet og sikkerhet være av stor betydning. Det samme gjelder for dem som betaler tjenesten, men i tillegg stiller de økonomiske krav. Dette fører til at helseforetakene kan ha flere interessenter hvis krav skal tilfredsstilles, og at det kan fremkomme en interessekonflikt i henhold til prioriteringer som blir gjort.

For de brukerne eller brukergruppene organisasjonen identifiserer, utarbeides det en verdierklæring. Verdierklæringen gir brukerne en forsikring om at deres verdier og behov blir ivaretatt når organisasjonen leverer tjenestene brukeren etterspør. Den forteller hvordan organisasjonen skal skape verdi for sine brukere. Kaplan og Norton mener verdierklæringen representerer driverne, de ledende indikatorene, for å kunne tilfredsstillende behovet til brukerne. Verdierklæring inneholder vesentlige egenskaper som organisasjonens tjenester har. Egenskapene er et grunnlag for å skape lojalitet og tilfredshet i det markedssegmentet som organisasjonen har identifisert. Verdierklæringen blir dermed viktig for å forstå driverne som skal gi tilfredsstillende målinger av tilfredshet, gjenkjøp, anskaffelse og markeds og konto deler (Kaplan & Norton, 1996).

3.4.1 Pasientene og brukerne.

Den ene gruppen interessenter som helseforetaket retter sine tjenester mot, er brukerne/pasientene og brukergrupper. I Baldrige healthcare glossary defineres pasient som *”the person receiving health care, including preventive, promotional, acute, chronic, rehabilitative, and all other services in the continuum of care.”*

Innføringen av det aktivitetsbaserte finansieringssystemet og opprettelsen av fritt sykehusvalg bidrar til økt konkurranse for sykehusene. Et helseforetaks evne til å opprettholde brukerrelasjoner og øke tilførselen av nye brukere er avhengig av hvor god kvalitet de leverer. Det blir dermed viktig å jobbe mot å effektivisere organisasjonen, slik at den settes i stand til å beholde og tiltrekke seg nye brukere. Kvalitet og ventetid er viktige områder for pasientene.

Målene som identifiseres i brukerperspektivet er som oftest av ikke-finansielle karakter, fordi finansielle mål ikke representerer brukernes interesser. Dette er en sannhet med modifikasjon, fordi blant brukerne finnes også den delen av befolkningen som potensielt i fremtiden kan ha et behov for helsetjenester (dette kommer klarere frem under kvalitetsdefinisjonen). Deres interesser er blant annet også at ressursene i helseforetakene blir anvendt på en effektiv måte. Denne interessen er dermed ivaretatt av eierne, som har samme interesse hva angår effektivitet.

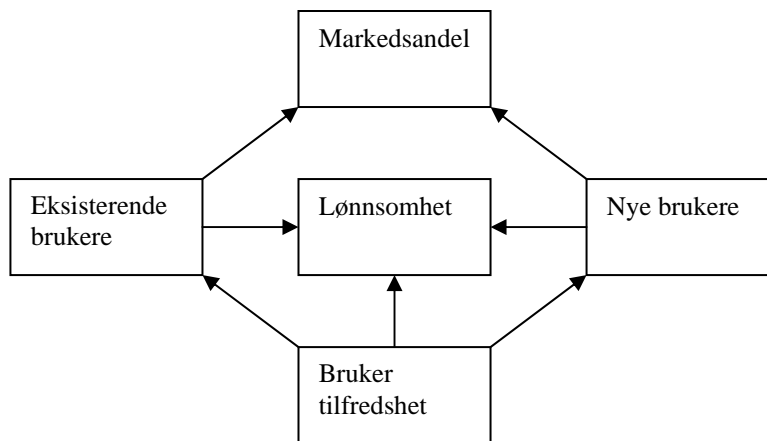
Et helseforetaks suksess kan ikke måles etter hvor nært de faktiske utgiftene kommer det fastsatte budsjettet. Ei heller om de klarer å bruke mindre av budsjettet enn det som var planlagt. Hvis et helseforetak greier å holde seg innenfor budsjetttrammene, kan det bare betraktes som vellykket hvis det ikke har gått på akkord med misjonen eller aktører som er avhengige av helseforetaket (Kaplan & Norton, 1996).

Følgende spørsmål kan hjelpe og identifisere de kritiske suksessfaktorene i brukerperspektivet (Niven, 2003): Hvem er vår målgruppe? Hvordan kan vi skape verdi for våre brukere? Hvilke tjenester og/eller produkter trenger og/eller forventer brukerne å kunne få av oss? Gjennom nøye utforming av de kritiske suksessfaktorene vil brukernes interesser ivaretas, og organisasjonen kan jobbe mot dens visjon.

De kritiske aktivitetene organisasjonen velger er avhengig av hva brukerne krever og forventer av tjenestene. Flere forskjellige brukergrupper fører til at organisasjonen må identifisere flere forskjellige kritiske aktiviteter. Dette kan resultere i mange forskjellige kritiske aktiviteter, hvorav de fleste faller innunder en av de følgende kategoriene (Niven, 2003): tilkomst, tidsaspekt, utvelgelsesbredde i tjenester og effektivitet.

I brukerperspektivet er det flere kritiske aktiviteter organisasjoner kan benytte for å vurdere om strategiimplementeringen er vellykket. I følge Kaplan og Norton spiller

brukertilfredsheten en avgjørende rolle for en organisasjons evne til å oppnå langsiktig suksess (Kaplan & Norton, 1996). *Tilfredsheten* er avhengig av i hvilke grad helseforetakene greier å tilfredsstille brukernes behov. Høy grad av tilfredshet kan bidra til at *eksisterende brukere* velger å opprettholde relasjonen til helseforetaket. I tillegg kan høy grad av tilfredshet øke helseforetakets evne til å tiltrekke seg *nye brukere*. Sammen vil disse tre, tilfredshet, eksisterende brukere og nye brukere, påvirke netto lønnsomhet til brukerne, eller markedet. Markedsandelen er et resultat av eksisterende og nye brukere (Kaplan & Norton, 1996).



Figur 4. Sammenheng mellom mål i brukerperspektivet. (Kaplan & Norton, 1996, s 68)

Brukertilfredsheten kan måles ved å undersøke i hvilke grad brukerne er tilfreds med tjenestene og/eller produktene organisasjonen fremskaffer. Gjennom resultatene av brukertilfredshet kan fire distinkte forventninger identifiseres: nøyaktighet, tilgjengelighet, delaktighet og råd (Niven, 2003). *Nøyaktigheten* refererer seg til brukernes forventninger om at tjenestene leveres presist. *Tilgjengelighet* vil si at tjenestene skal være tilgjengelig ved lokaliseringer og tider som passer brukernes behov. Brukerne vil føle at de blir forstått i forhold til deres ståsted, dette kjennetegner *delaktigheten*. *Rådene* er det virkelige barometeret for suksessen til non-profit organisasjoner, fordi de kan bidra til å forbedre brukernes situasjon på en vesentlig måte.

3.4.2 Eierne

I Kaplan og Norton sin modell for private og offentlige organisasjoner, er eierne representert i finansperspektivet. I organisasjoner i privat sektor er blant annet avkastning på investeringer og economic value-added generiske mål (Kaplan & Norton, 1996). Finansielle mål er ikke tilstrekkelig for et helseforetak, fordi i seg selv kan de ikke bidra til å nå helseforetakets misjon. Målene i eierperspektivet må vise hvordan organisasjonen skal tilrettelegge sine tjenester for å tilfredsstille brukerne. Denne tilretteleggingen innebærer en balanse mellom effektivitet og virkning, og kostnadsbevissthet (Niven, 2003).

Tre spørsmål er til hjelp når organisasjoner skal identifisere de kritiske suksessfaktorene i eierperspektivet (Niven, 2003): Blir våre tjenester levert til konkurransedyktig pris? Hvordan kan vi opprettholde/forbedre nivået (kvaliteten) på dagens tjenester, samtidig som man holder seg innenfor ressursrammen? Hvilke muligheter har vi til å øke inntektene? Viktige mål for de kritiske suksessfaktorene er prisen på tjenestene og produktene de leverer. Prisen må sees i forhold til verdien tjenesten eller produktet har for brukerne, inntektsøkningen den medfører, produktiviteten og utnyttelsen av ressursene (Kaplan & Norton, 1996).

Inntektsøkningen kan komme fra flere kilder, som for eksempel nye produkter og tjenester, nye kunder og markeder, og utnyttelsen av eksisterende ressurser på nye områder. Hver av disse kildene kan bidra til at inntekten øker, gitt at kostnaden ikke øker mer enn inntekten og at det er en positiv margin. Målet for slike tiltak, for eksempel å tilby nye tjenester og nye produkter, er å øke aktiviteten, og dermed bringe organisasjonen opp på et høyere aktivitetsnivå. Dette kan bidra til økt inntekt, fordi det påvirker det aktivitetsbaserte betalingssystemet (DRG) som danner en del av sykehusets inntekter.

Å øke aktivitetsnivået er selvsagt ikke enkelt. Det krever at organisasjonen allokere ressurser til de aktivitetene som er viktige og strategisk riktige. Tiltakene som iverksettes kan ikke betraktes isolert, de er koblet sammen i årsaks – virknings relasjonen mellom perspektivene. For å tiltrekke seg nye kunder eller for å tilby nye tjenester er det viktig at organisasjonen bygger opp riktig kompetanse. Det kan bidra til å øke kvaliteten eller effektiviteten på prosessene som leverer tjenestene. Resultatet av forbedringene kan øke kundenes tilfredshet, gjenbruk av samme helseforetak og anbefalinger i ens sosiale nettverk. Når dette forløpet er ferdig, kan det bidra til inntektsøkning.

Økt pris på tjenestene og produktene som leveres og forbedret produktivitet kan henholdsvis komme av økt verditilførsel i tjenestene/produktene og gjennom økte ferdigheter og evner til de fysiske ressursene og personalet. Dette kan gi økt lønnsomhet.

Likedan er det mulig å redusere kostnadene på produktene og tjenestene som leveres, blant annet ved å kontrollere og overvåke det direkte og indirekte kostnadsnivået, som for eksempel støtte utgifter til primærtjenestene. Det viktige er at disse tiltakene ikke går utover kvaliteten som brukerne forventer. I så fall kan det føre til et uønsket konsekvenser.

Prisnivået på tjenestene/produktene og økt produktivitet henger sammen med effektivitet. Bedre ressursutnyttelse kan bidra til å øke lønnsomheten. En måte å oppnå dette på kan være å unngå duplisering, for eksempel ved å differensiere den fysiske og intellektuelle kapitalen i forskjellige enheter/avdelinger.

3.5 Det interne prosessperspektivet

I det interne prosessperspektivet skal ledere identifisere de prosessene som er mest kritisk for å nå målene i interessentperspektivet (Kaplan & Norton, 1996). Når organisasjonen skal identifisere de kritiske suksessfaktorer innenfor dette perspektivet kan følgende spørsmål stilles; I hvilke prosesser må vi utmerke oss, for fortsatt å kunne tilføre verdi til våre interessenter (brukere og eier)? (Niven, 2003). Prosessene som skaper verdi for brukerne er unike, fordi hver organisasjon har sine egne måter å tilfredsstille brukere på. Prosessene er en del av verdikjeden i organisasjonen.

Prosessene består av tilrettelagte aktiviteter som har til hensikt å tilføre verdi til tjenestene/produktene kundene etterspør. I et helseforetak er disse prosessene ofte komplekse, fordi de omfatter kombinasjoner av menneskelig intellekt, maskiner, verktøy og materiell. Kombinasjonen av disse følger ofte en definert rekkefølge av handlinger eller steg (Baldrige healthcare glossary). Kompleksiteten øker ytterligere ved at det finnes flere prosesser i helseforetak som løper samtidig og gjerne krysser hverandre eller er avhengige av hverandre.

Kaplan og Norton har identifisert tre generiske prinsipper som danner grunnlaget for en tilpasning av de interne prosessene; *innovasjonsprosesser*, *driftsprosesser* og *ettersalgsaktiviteter/service*. (1) Ledere skal være innovative og foreta analyser av aktuelle

markeder. Dette skal bidra til å avdekke markedsstørrelser, brukerbehov og betalingsvilje. For et helseforetak er alle disse viktige, fordi helsetjenester bare er legitime hvis de dekker et brukerbehov og samtidig tilfredsstiller eiernes betalingsvilje. Er analysen positiv skal organisasjonen settes i stand til å levere de tjenestene og produktene som er identifisert. (2) Strategisk sett er driftsprosessene den kortsiktige verdiskapningsaktiviteten i organisasjonen, fordi den er selv fremstillingen av en tjeneste eller et produkt. Den starter med bestillingen av tjenesten/produktet og slutter med leveringen av tjenesten/produktet til kunden. (3) Det siste prinsippet er servicen som ytes etter at tjenesten/produktet er levert.

Et helseforetak kan iverksette flere tiltak for å forbedre de interne prosessene. Tiltakene kan omfatte blant annet å redusere tidsbruken pr. prosess, kvalitet og redusere kostnader (Kaplan & Norton, 1996). Siden brukerne er utålmodige og ikke liker å vente på tjenester er det viktig å eliminere unødvendig tid som går med i behandlingsprosessen. Dette imøtekommer brukerens behov (og til økt brukertilfredshet) og er også en viktig kilde til å redusere kostnadsnivået (imøtekommer eiernes krav).

I et helseforetak er det viktig med god kvalitet på prosessene, fordi kvalitet påvirker brukernes tilfredshet og indirekte brukertilstrømmingen (gjennom kvalitetsindikatorerne). Tjenesteytende organisasjoner bør identifisere de interne prosessene som kan påvirke deres kostnadsposisjon, responstid og kundertilfredshet. Ventetider og infeksjonsrater er blant kvalitetsindikatorerne som offentliggjøres på hjemmesiden til Fritt sykehusvalg, og gjenspeiler prosess egenskaper i helseforetakene.

En siste aktivitet går ut på å måle kostnadene i forhold til prosessnivå. Det vil si at det er viktig å se hele prosessen, og ta med all kostnadene som er forbundet med den prosessen. Tradisjonelle kostnadsberegningssystemer er ikke tilstrekkelige, fordi de måler utgiftene og effektiviteten til hver enkle prosess, drift eller avdeling.

3.6 Lærings og vekstperspektivet

Lærings og vekstperspektivet er fundamentet i et velformulert Balanced Scorecard (Niven, 2003). Perspektivet er et viktig bidrag til styringssystemet i en organisasjon, fordi det sørger for at de immaterielle ressurser blir forvaltet. Dette bidrar til en langsiktig strategisk

utviklingen. I lærings og vekstperspektivet fastsettes det eksplisitte mål som skal bidra til å utvikle den menneskelige kapitalen, som for eksempel kompetanse, ferdigheter og informasjonssystemer. Disse er en del av den immaterielle ressursen en organisasjon har, og i dagens skiftende omgivelser spiller de en stadig større rolle for konkurranseevnen og for å nå de langsiktige målsettingene.

Når de kritiske suksessfaktorene skal identifiseres, kan følgende spørsmål stilles: Hvilke ferdigheter og kompetanse trenger våre ansatte nå og i årene som kommer? Har våre ansatte tilgang til den informasjonen de trenger for å hjelpe oss i å nå målene for våre kunder? Bidrar vårt organisasjonsklima til suksess? Har vi en sterk organisasjonskultur og en felles forståelse av våre mål? (Niven, 2003).

De kritiske suksessfaktorene i lærings og vekstperspektivet representerer driverne for å oppnå utmerkede resultater i de andre perspektivene (Kaplan & Norton, 1996). Tradisjonelle investeringsområder som nytt utstyr og nye produkter er ikke tilstrekkelige, fordi de ikke innebærer en kompetanseutvikling som støtter den langsiktige strategien. For å sette organisasjonen i stand til å nå sin misjon vil det i tillegg være viktig å investere i organisasjonens infrastruktur, som for eksempel medarbeidere, systemer og prosedyrer (Kaplan & Norton, 1996).

Kaplan og Norton nevner tre viktige prinsipper i læring og vekstperspektivet som har betydning for oppbyggingen av et vellykket Balanced Scorecard. Disse er (1) *ansattes ferdigheter*, (2) *informasjonssystemets kapasitet* og (3) *motivasjon, bemyndige/delegering av ansvar* og hva Kaplan og Norton på engelsk kaller ”*alignment*”. Baldrige healthcare glossary definerer ”*alignment*” som et samsvar av planer, prosesser, informasjon, ressurs beslutninger, handlinger, utfall og analyser for å støtte oppunder langsiktige strategiske mål.

Ansattes ferdigheter har en sentral rolle i et Balanced Scorecard, fordi utviklingen av disse ferdighetene skal sette organisasjonen i stand til å implementere strategien. De ansatte har den daglige kontakten med brukerne og står ansvarlig for utførelsen av de interne prosessene. Kunnskapen de ansatte sitter med kan anvendes til forbedringer i de interne prosessene og kunderelasjoner. Ansatte er dermed en viktig del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet i organisasjonen. For at ansatte skal kunne bidra må organisasjonen bygge opp et klima som

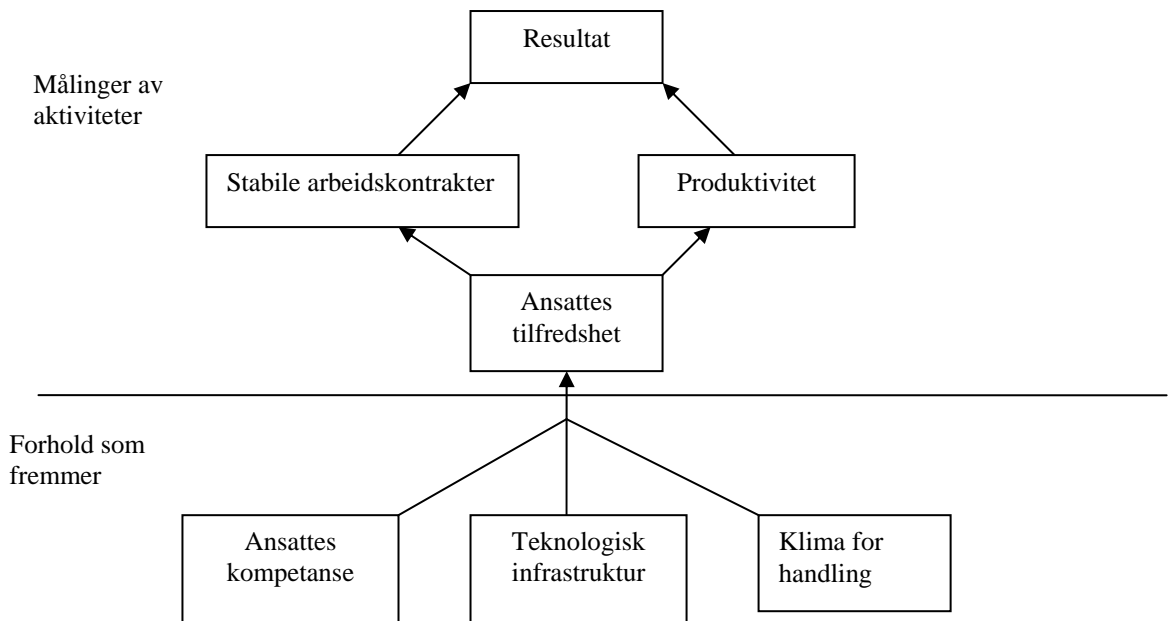
verdsetter denne deltakelsen. Dette kan stimulere de ansattes tankegang og kreativitet, slik at deres deltakelse blir et viktig ledd i å nå organisasjonens kritiske suksessfaktorer.

Kunnskapsbasen til en organisasjon er ikke en statisk tilstand, sett i forhold til omgivelsene. Den kan øke ved tilførsel (blant annet opplæring og nyansatte) og den kan reduseres (endringer i omgivelsen og tap av ansatte). Kaplan og Norton har identifisert tre kritiske aktiviteter som kan bidra til å nå overordnede mål. Den ene er aktiviteter som bidrar til å øke ansattes tilfredshet. Kaplan og Norton mener ansattes tilfredshet er en forutsetning for å øke produktiviteten, reaksjonsfølsomheten, kvaliteten og kunde behandlingen (Kaplan & Norton, 1996). For mange tjenesteytende yrker er ansattes moral spesielt viktig, for som oftest er de ansatte med lavtest lønn og utdanning som har direkte kontakt med brukerne.

Andre kritiske aktiviteter skal bidra til å holde på ansatte (skape stabile arbeidskontrakter) som sitter med kjernekompetanse som er avgjørende for organisasjonens langsiktige mål. Lojale ansatte med lang erfaring bærer med seg verdiene i organisasjonen, kunnskapen om prosessene i organisasjonen, og en forståelse av kundenes behov. Evnen til å beholde ansatte med kjernekompetanse kan måles som prosentvis gjennomtrekk av nøkkelpersonell. Tap av nøkkelpersonell medfører et direkte tap av viktig kunnskap og ferdigheter som organisasjonen trenger.

En siste kritisk aktivitet er rettet mot produktiviteten til de ansatte. Dette er aktiviteter som skal bidra til å øke den samlede effekten organisasjonen får av å øke ansattes ferdigheter og moral, innovasjonsevne, forbedrede interne prosesser og tilfredse kunder.

Når organisasjonen har fastsatt mål for aktivitetene, er neste steg å identifisere spesifikke interne forhold som kan bidra til å fremme disse målene, blant annet øke ansattes evner til å innhente nye og forbedrede rutiner, mulighetene som ligger i informasjonssystemet, og motivasjon, beslutningsmyndighet/delegering og ”*alignment*”. Disse forholdene kan påvirke ansattes tilfredshet som igjen påvirker produktiviteten og gjennomtrekket av ansatte, som til slutt påvirker resultatet.



Figur 5. Rammeverk for lærings og vekstperspektivet. (Kaplan & Norton, 1996, s 129)

4 Hvordan iverksette et Balanced Scorecard

Når en organisasjon velger å implementere en ny strategi fører dette alltid endringer. Kaplan og Norton har identifisert fire barrierer som kan hindre en effektiv strategiimplementering (Kaplan & Norton, 1996). (1) Hvis organisasjonen ikke oppnår konsensus om hvordan man skal oversette visjon og strategi til forståelig mål, kan det føre til fragmentering og suboptimalisering. (2) Organisasjonens langsiktige strategiske behov må oversettes til mål for avdelinger, team og individer. Feiler man her vil den viktige sammenhengen mellom ansattes handling og overordnede mål brytes. (3) Den tredje barrieren oppstår når man mislykkes med å sammenkoble handlingsprogrammer og ressursallokering til langsiktige strategiske prioriteringene. For eksempel som en følge av at strategiprosessen og budsjettprosessen ikke er sammenkoblet. (4) Tilbakemelding om hvordan strategien blir implementert og om riktig strategi blir implementert er svært viktig for å lykkes. Manglende tilbakemelding på disse områdene fører ofte til en mislykket implementering. I et historisk perspektiv har styringssystemer hatt en tendens til å gi tilbakemeldinger om kortsiktige mål og driftsprestasjoner, og hoveddelen av denne informasjonen er basert på finansielle mål (Kaplan

& Norton, 1996). Denne informasjonen sier noe om resultatene, men unnlater å fortelle hvordan resultatene er oppnådd (prestasjonsdrivere). En vellykket implementering av strategi forutsetter tilbakemelding om både resultatene og prestasjonsdriverne.

Niven trekker frem fire barrierer for en vellykket strategiimplementering: visjons -, menneskelige -, ledelses- og ressursbarrierer (Niven, 2003).

Strategiske tilbakemeldings- og læringsprosesser bør inneholde tre viktige elementer (Kaplan & Norton, 1996). (1) Ett strategisk rammeverk som kommuniserer strategien og tillate deltakerne å se hvordan deres individuelle handlinger bidrar til å nå de overordnede målene. (2) Tilbakemeldingsprosessene bør samle opp informasjon om hva strategien yter, samtidig som den tester innbyrdesforholdet mellom de kritiske suksessfaktorene og initiativene. (3) Et problemløsningsteam skal analysere og lære av tilbakemeldingene og foreta endringer i strategien som bedre reflekterer endrede forhold og betingelser i omgivelsene (Kaplan & Norton, 1996).

Kaplan og Norton fremhever flere punkter som kan være med på å redusere de skadelige virkningene som barrierene utgjør. De følgende avsnittene tar for seg dette.

4.1 Koble sammen strategien fra topp til tå

For at en organisasjon skal lykkes i å implementere en strategi, er det viktig at alle ansatte har den kunnskapen som er nødvendig for å nå de strategiske målene. Det er derfor viktig å utdanne og utvikle ansattes kunnskap, og involvere de som skal utføre implementeringen. Dette er med på å klargjøre rollen den enkelte skal utføre for at organisasjonen skal nå de strategiske målene.

Når organisasjonen formidler visjonen og strategien til de ansatte kan det bidra til økt forståelse og motivasjon. Kommunikasjonen og utdanningsprogrammene som iverksettes skal danne grunnlag for en kontinuerlig utvikling og ikke være et mål i seg selv. Et team bestående av medlemmer fra forskjellige organisasjonsnivåer kan være behjelpelig med denne oppgaven.

Ved å kommunisere strategien og koble sammen individuelle mål, kan ”scorecardet” skape en felles forståelse og forpliktelse blant alle organisasjonsmedlemmene. Dette driver hele organisasjonen mot en felles interesse og et felles mål.

En av teamets oppgaver er å formidle visjonen og strategien til hele organisasjonen og nøkkelaktører utenfor organisasjonen. Det kan være med på å skape tillit og trygghet og forteller at organisasjonen ivaretar viktige aktørers interesser, ved å skape ansvarlighet overfor aktørene og muligheten for tilbakemelding. På denne måten kan organisasjonen vurdere om de kritiske suksessfaktorene fanger opp elementer som er viktig for den enkelte interessent.

4.2 Sammenhengen mellom mål, initiativ og budsjett

Det er viktig at en organisasjon kobler de finansielle og fysiske ressurser opp til strategien (Kaplan & Norton, 1996). Det vil si at langsiktige initiativ, finansielle ressurser og utgifter til driften må kobles sammen med strategien og rettes mot de ambisiøse målene organisasjonen setter. For å få dette til kan man følge fire steg (Kaplan & Norton, 1996).

(1) Organisasjonen setter ambisiøse mål som alle organisasjonsmedlemmene føler seg forpliktet til å nå, men som samtidig er av en slik karakter at organisasjon må strekke seg for å nå dem. Balanced Scorecard er et verktøy som forener målene i de forskjellige perspektivene, slik at målene får en klar kobling til strategien. På den måten motiveres de ansatte, fordi de kan se koblingen mellom deres egeninnsats og hva den betyr for den overordnet strategien. Ved å inkludere både ledende og etterslepene indikatorer i ”scorecardet”, kan ledere identifisere de prosessene som må iverksettes hvis organisasjonen skal kunne nå de ambisiøse målene. Dette kan for eksempel være innovative produkter og tjenester, økt nytten av informasjonssystemene og utdanningsprogrammer som tilfører riktig kompetanse.

(2) Når målene er bestemt må organisasjonen identifisere de strategiske initiativ som skal bidra til å nå målene (de kritiske suksessfaktorene). Rekkefølgen setter lederne i stand til å se hvorvidt de aktuelle initiativene bidrar til å nå de ambisiøse målene. Når Balanced Scorecard blir benyttet som grunnblokken i styringssystemet, kan de forskjellige initiativene rettes mot å oppnå organisasjons kritiske suksessfaktorer og kritiske aktiviteter (Kaplan & Norton, 1996).

En grundig gjennomgang av alle aktuelle initiativ kan føre til at det oppdages nye initiativ som bør iverksettes.

(3) Det tredje steget er å identifisere kritiske initiativ som går på kryss av avdelinger og foretak, fordi helseforetakene har et utstrakt tverrfaglig samarbeid. Dette er et viktig element i planleggingsprosessen, fordi man klargjør koblingene mellom handlinger i forskjellige avdelinger. Handlingen kan da gjensidig forsterkes og prinsippet ”beste praksis” kan benyttes for å dele kunnskap og øke organisasjonens evne til å lære. Huber definerer organisasjonslæring som ”*an organization learns if any of its units acquires knowledge that it recognizes as potential useful to the organization*” (Huber, 1991, p 89). Organisasjonslæring øker også når flere av dens medlemmer tilegner seg kunnskapen og anser den for å være verdifull for organisasjonen.

(4) Til slutt kobles den årlige ressursallokeringen i budsjettet til den langsiktige strategien. De langsiktige strategiske planene blir koblet opp mot forsøksvise anslag til utgifter og inntekter for det neste året. På denne måten kobler man sammen handlingene i det inneværende året, med de langsiktige strategiske målene. Dette setter organisasjon i stand til å vurdere initiativenes virkninger og hvordan disse passer med de langsiktige strategiske målsettingene.

4.3 Strategiske lærings- og tilbakemeldingsprosesser

Historisk sett har kontrollsistemene vært basert på hierarkiske modeller, hvor lederne bestemmer langsiktige mål, prosedyrer og ressursallokering. Mellomledere og ansatte skal så handle i følge planer. Deretter overvåker lederne om organisasjonen klarer å nå målene og om prosessen går som planlagt. Kontrollsystemer nede i organisasjonen skal fange opp (kortsiktige) prestasjonsavvik i driftsprosessene og til de ansatte. I stabile omgivelser kan slike planleggingsprosesser være nyttig, men i dagens raskt vekslende omgivelser er ikke slike systemer egnet. Det er fordi deres eneste hensikt er å korrigere feilene slik at prosessene bedre tilpasses planen. Dette kan betegnes ”*singel loop*” læring. Med det menes at læringen hovedsakelig fører til justeringer i eksisterende prosedyrer og rutiner, ved å rette opp feil og avvik (Kaufmann & Kaufmann, 1998)⁴. Problemet er at den ikke stiller spørsmålsteget ved selve planen (strategien), og dermed bare korrigerer prosessen og ikke planene. Denne lineære

⁴ Hentet fra Argyris (1990): ”Bryt forsvarsrutinene”. Oslo. Universitetsforlaget.

prosessen kan hindre organisasjoner i å øke tilpasningsevnen. Det trengs lærings- og tilbakemeldingsprosesser som stiller spørsmålsteget ved den valgte strategien. Gjennom ”*double loop*” læring stilles det spørsmål ved grunnprinsippene for strategien og de målene som er valgt (Kaufmann & Kaufmann, 1998)⁵.

I Balanced Scorecard modellen er ”*double loop*” læring et viktig element for å drive organisasjonen mot misjonsoppnåelsen. For å legge til rette for denne læringen er det viktig at organisasjoner utvider de tradisjonelle kontrollrutinene til en strategisk læringsprosess (Kaplan & Norton, 1996). Kaplan og Norton foreslår tre viktige elementer en effektiv læringsprosess bør ha. (1) Det første elementet er å danne et strategisk rammeverk (Kaplan & Norton, 1996), fordi dette gir et utgangspunkt for den strategiske læringsprosessen. Dette utgangspunktet er en felles forståelse og motivasjon for visjonen, og definerer klart hvilke mål organisasjonen prøver å oppnå.

(2) Strategiske tilbakemeldingssystemer hjelper organisasjoner med å validere, teste og modifisere de hypotesene som ligger til grunn for strategien (Kaplan & Norton, 1996). Det er viktig å teste årsak – virkning relasjonene mellom perspektivene, slik at lederne kan vurdere de faktiske resultatene i forhold til de kortsiktige målene som er etablert.

(3) Etableringen av et team kan bidra til bedre problemløsning og større kunnskapsutvikling, fordi det er flere som tilegner seg kunnskapen og kan diskutere/analysere. Dette kan bidra til å øke organisasjonens potensielle handlingsramme.

4.4 Kort fortalt: Iverksettelse av et Balanced Scorecard

Målingssystemene som en organisasjon velger å benytte er bare et middel for å nå et høyere mål. Det skal hjelpe ledere med å iverksette strategien, samtidig som de får viktig tilbakemelding på hvordan den iverksatte strategien virker (Kaplan & Norton, 1996). De kritiske suksessfaktorene kobles sammen for å nå langsiktige strategiske mål. De individuelle målene for avdelinger, ansatte og team kobles opp mot organisasjonens langsiktige strategiske mål. Til sist danner strategien grunnlaget for investeringer og ressursfordelingen, hvilke

⁵ Hentet fra Argyris (1990): ”Bryt forsvarsrutinene”. Oslo. Universitetsforlaget.

initiativ som iverksettes og hvordan de årlige budsjettene skal støtte oppunder oppbyggingen av den strategiske kapasiteten.

5 Teori om læring.

For å beskrive læringsteori benytter oppgaven Huber sin artikkel "Organizational learning: the contributing processes and the literatures". Oppgaven vil ikke omhandle alle elementene, men konsentrerer seg om de som har betydning for et Balanced Scorecard.

Læringsprosessen i et Balanced Scorecard er et viktig element for å nå de langsiktige strategiske målene, og prosessene som sørger for tilbakemelding bidrar til læring. En organisasjon i utvikling bør tilrettelegge prosesser for læring, slik at kunnskapsbasen øker. Dette setter organisasjonen i stand til å få større bredde på sine handlinger. I følge Hubers definisjon vil organisasjonslæring øke når flere individer tilegner seg kunnskapen, og anser den for å være verdifull for organisasjonen. I tillegg øker organisasjonslæringen når flere og mer forskjellige tolkninger blir utviklet, fordi repertoaret av potensielle handlinger i organisasjonen øker (Huber, 1991).

Huber argumenterer videre for at økt organisasjonslæring oppstår når organisasjonsenheter utvikler en felles forståelse for de forskjellige tolkningene, gitt at disse er riktige. Det er ikke ment som en type gruppetenkning. Gruppetenkning kan hemme utviklingen, fordi medlemmene ikke tenker forskjellig og heller ikke er i stand til å tenke kritisk på forslag som fremsettes i gruppen. Det som er ment er at en felles forståelse av de forskjellige tolkningene går på kryss av avdelingene, og dermed øker den potensielle handlingsrammen.

Huber lister opp fire forskjellige måter en organisasjon kan tilegne seg kunnskap på. (1) *Kunnskapservervelse* er selve prosessen hvor man tilegner seg kunnskap, (2) *informasjonsdistribusjon* er prosessen hvor informasjon fra forskjellige kilder deles og dermed fører til ny informasjon eller forståelse, (3) *informasjonstolkning* er prosessen hvor delt informasjon blir gitt en eller flere felles oppfattede meninger, og (4) *organisasjonshukommelse* er måten kunnskapen lagres på (Huber, 1991). Tre av disse konstruksjonene har undergrupper.

Organisasjoner i vekst søker ofte etter ny kunnskap. Erfaringene organisasjonen (ansatte) får gjennom daglige arbeidsprosesser bidrar til å øke dens (deres) forståelse. Denne formen for læring er *erfaringsbasert*, og kan skje gjennom en systematisk prosess, som er initiert med formålet om å lære, eller den kan skje utilsiktet.

Organisatorisk eksperimentering vil si at erfaringsbasert læring styrkes gjennom tilgang på og analyse av tilbakemeldinger (Huber, 1991). For å forenkle den planlagte læringen kan organisasjoner øke presisjonen/nøyaktigheten i tilbakemeldingene om årsak – virkning relasjonen mellom handlinger og resultater (Huber, 1991).

En annen form for erfaringsbasert læring er *egenvurderinger*. Under denne kategorien legger Huber de overlappende tilnærmingene som tenderer å fokusere på medlemmers gjensidig påvirkning og deltakelse, og som er kritiske for læring (Huber, 1991). Et viktig mål for læring er medlemmenes mentale helse og relasjonene mellom dem (Huber, 1991). Mye av litteraturen innen organisasjonsmessig *egenvurdering* vektlegger det kognitive aspektet ved læring og fokuserer på å lære nye referanserammer (Huber, 1991). Det knytter seg til Argyris klassifisering ”*single loop*” og ”*double loop*” læring, som skiller mellom det å lære innenfor en referanseramme og det å tilegne seg ny referanseramme, som er ”*double loop*” læring.

De to første formene har et element av tilpassing i seg. Det vil si at organisasjonen lærer å tilpasse seg omgivelsene, for eksempel en nisje. Dette er gjerne knyttet til en kortsiktig strategisk læringshorisont. En annen form for læring oppstår når organisasjoner øker tilpassingsevnen. Da bevarer organisasjonen en kontinuerlig endringstilstand. Endringene kan påvirke struktur, prosess, domene og mål, og iverksettes selv om organisasjonen befinner seg i en tilsynelatende optimal tilstand (Huber, 1991). Denne egenskapen gjør organisasjoner til en *eksperimenterende organisasjon*.

Organisasjoner kan også øke sin kunnskapsbase ved å skaffe nye medlemmer og dele deres kunnskap (Huber, 1991). Det setter organisasjonen i stand til å overføre kunnskapen til eksisterende medlemmer og dermed øke deres potensielle handlingsramme. Gammel og ny kunnskap kan kobles sammen til en unik ny kunnskap. Denne formen for kunnskapsøkning er ofte raskere enn de tre formene nevnt ovenfor.

Organisasjoner kan søke etter ny kunnskap ved å drive en generell eller fokusert søking, eller å overvåke prosesser og prestasjonene i forhold til forventede resultater. Den siste er den klareste og mest gjennomgripende formen for kunnskapssøking. Formelt og rutinemessig vurderer organisasjoner hvor gått de treffer deres egne standarder (Huber, 1991), som for eksempel kvalitet.

Spredning av informasjon påvirker utstrekningen av organisasjonslæring og hvor stor spredning eller hvilke bredde organisasjonslæringen har. I hvilke grad læring forekommer gir en pekepinn på i hvilken utstrekning de forskjellige enhetene utvikler ny informasjon, på bakgrunn av informasjon de har fått fra andre enheter i organisasjonen. Spredningen kan føre til utviklingen av nye informasjon.

Å finne tilbake til riktig informasjon kan være vanskelig. Jo bredere organisasjonslæringen er, jo lettere er det å finne tilbake til den riktige informasjonen, fordi det er flere som har kjennskap til den.

Tolkning av informasjon defineres som prosessen som fører til at informasjon får en mening (Huber, 1991). Felles fortolkninger av ny informasjon påvirkes av uniformiteten i tidligere kognitive kart, informasjonsintensiteten til enhetene som skal tolke og hvor mye som skal avlæres (Huber, 1991). Hvordan informasjon formidles påvirker tolkningen, og individers kognitive kart (kan være tankestrukturer som man danner seg for å forenkle fortolkninger og som kan være til hinder for tolkningsprosessen) er med på å forme tolkningen av informasjonen.

Utsettes en enhet for informasjonsoverbelastning, kan det svekke dens evne til å tolke den riktige informasjonen (på rett måte). Ledere har ofte ikke tid eller kapasitet til å behandle all den informasjonen som er tilgjengelig for dem, fordi individer har begrenset kognitiv kapasitet. Hvis en enhet stimuleres med for mye informasjon, er den ikke i stand til å gjennomgå en produktiv fortolkningsprosess. Avlæring er å kvitte seg med antakelser og kunnskap som ikke er relevante for fremtiden. Avlæring kan bidra til at medlemmene lærer nye antakelser og måter å jobbe på.

6 Teori om organisasjonens kontrollsfære.

Et fundamentalt problem for ledere i dagens dynamiske omgivelser, er hvordan de skal utøve tilstrekkelig kontroll når det kreves fleksibilitet, innovasjon og kreativitet (Simons, 1995). Så lenge ansattes handlinger ikke skader organisasjonens omdømme eller strategiske målsettinger, er det viktig at forholdene legges til rette for å utforske og være kreative. Det er viktig at ledere på en kontrollert måte oppmuntrer de ansatte til å sette i gang prosessforbedringer og stimulere til nytenkning i forhold til brukernes behov.

Ledere kan ha incentiver til å tenke kortsiktig og fokusere kontrollmekanismene langs ensidige dimensjoner. For å skape forutsigbarhet måles progresjonen av initiativer opp mot planene. Dette kjennetegner en diagnostisk kontrollmekanisme. I følge Simons finnes det ytterligere tre kontrollmekanismer som kan benyttes i en organisasjon. Disse er verdisystemer, grensesystemer og interaktive kontrollsystemer. I det følgende blir disse fire kontrollsystemene beskrevet, og teorien tar utgangspunkt i Simons artikkel: "Control in an age of empowerment".

Det diagnostiske kontrollsystemet benyttes for å overvåke og måle hvorvidt organisasjonen følger fastsatte mål. Kontrollen kan utføres ukentlig, månedlig, kvartalsvis eller årlig, avhengig av hva som måles og betydningen av det som måles. Målingene sammenliknes med de standardene som settes for aktivitetene. Tilbakemeldingen lederne får tillater dem å tilpasse og finjustere inputen og prosessene, slik at fremtidige resultater sammenfaller med målene (Simons, 1995). På den måten kan det diagnostiske kontrollsystemet eliminere lederes kontinuerlige overvåkning av de diagnostiske målene. Faren er at de ansatte pålegges et stort ansvar for prestasjonsmålene som er valgt. Kombinert med friheten til å nå disse målene, kan det føre til at ansatte tar en "snarveier" for å nå målene. Grunner er at deres effektivitet (og belønning) måles i forhold til hvorvidt de greier å nå målene.

Ledere kommuniserer verdisystemer til de ansatte for å motivere de til å handle i tråd med organisasjonens verdier. Disse systemene er kortfattede, verdiforankret og inspirerende (Simons, 1995). Simons mener dette kontrollsystemet skal trekke ansattes oppmerksomhet mot viktige prinsipper som styrer organisasjonen. For eksempel hvordan organisasjonen

skaper verdier for sine brukere, hvilket prestasjonsnivå organisasjonen skal tilstrebe og hvilke forventninger det stilles til ansattes håndtering av interne så vel som eksterne relasjoner (Simons, 1995). For at verdisystemet skal fungere er det viktig at de som formidler verdiene også lever opp til de verdiene som formidles. Det vil si at ledere ”must walk the talk”. Ellers skades troverdigheten og verdiforankringen i organisasjonskulturen uteblir.

Ledere som benytter organisasjonens visjon til å lede deres handlinger – som del av et system for aksepterte atferd – har funnet en kraftfull kontrollmekanisme (Simons, 1995). Kjerneverdiene i organisasjonskulturen viker således som en kontrollmekanisme, fordi de motiverer og gir retning. Uten klart definerte verdier kan ansatte mangle den rettesnoen som verdiene representerer. Disse er til stor hjelp når ansatte møter situasjoner hvor det stilles krav til integriteten. Videre kan et verdisystem inspirere ansatte til å skape nye muligheter, ved å motivere de ansatte til å søke etter nye måter å skape verdi på for brukerne (Simons, 1995). Effektive ledere prøver å inspirere ansatte gjennom hele organisasjonen, ved aktivt å kommunisere kjerneverdiene og misjonen (Simons, 1995). På den måten er verdisystem et substitutt for sentralisert beslutningsmyndighet.

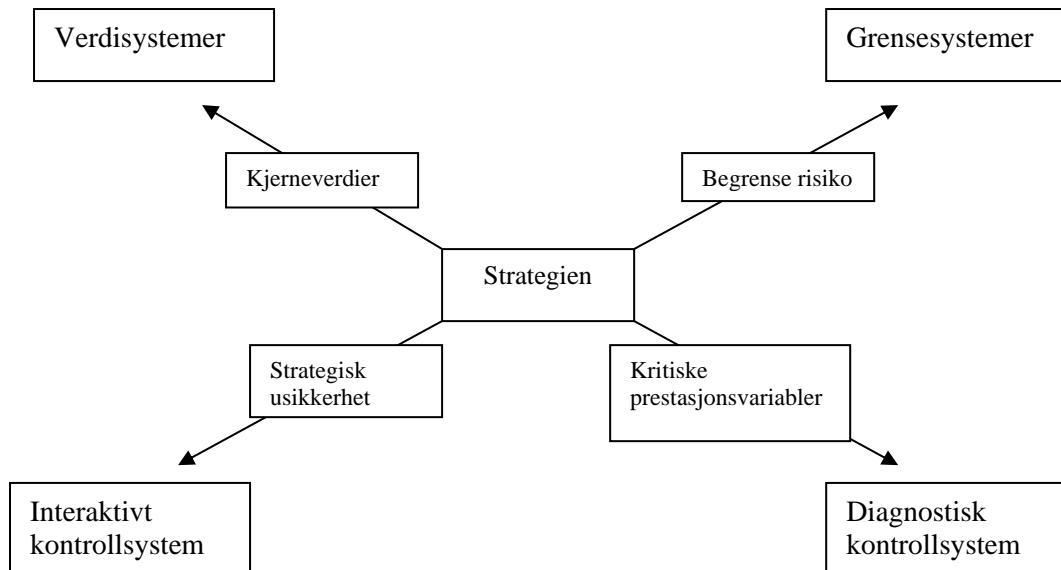
Grensesystemene bygger på en antakelse om at det er bedre å fortelle ansatte hva de ikke kan gjøre, i stedet for å fortelle dem hva de skal gjøre. Dette bidrar til å øke friheten deres innenfor fastsatte grenser og virke stimulerende på innovasjon, kreativitet og initiativ. Uten klare grenser kan ansatte som stilles ansvarlig ovenfor prestasjonsmål foreta handlinger som fører til suboptimale løsninger for organisasjonen. Dermed suppleres det diagnostiske kontrollsystem med grenser som gir handlingsfrihet.

Et grensesystem er spesielt kritisk i organisasjoner hvor rykte og troverdighet, bygget på tillit, er en viktig kilde for virksomhetens eksistens (Simons, 1995). Grensesystemer trenger ikke bare omfatte standarder for etisk atferd, det kan også omfatte strategiske grenser. Disse fokuserer på handlinger som potensielt kan være en trussel for organisasjonens strategiske målsettinger. Når ledere formidler et verdi- og grensesystem skaper det retning, motivasjon og inspirasjon. I tillegg til beskyttelse mot potensielt skadelige atferd som skapes av opportunistisk atferd hos ansatte.

Avvik som avdekkes gjennom diagnostisk kontroll fører til iverksettelsen av korrigerende tiltak. I mange tilfeller iverksettes disse korrigerende tiltakene for sent. Interaktiv kontroll er

mer kontinuerlig, og mer rettet mot å bedre tilpasningsevnen (eksperimenterende organisasjon). Det interaktive kontrollsystemet er det formelle informasjonssystemet som toppledere benytter for å involvere seg regelmessig og personlig i mellomlederes avgjørelser (Simons, 1995). Gjennom det interaktive kontrollsystemet kan topplederne delta i beslutningene til mellomlederne og samtidig fokusere organisasjonens oppmerksomhet og læring på strategiske saker som er kritisk (Simons, 1995).

Simons fremhever fire karakteristika som skiller et interaktivt kontrollsystem fra et diagnostisk kontrollsystem. (1) Et interaktivt kontrollsystem fokuserer på informasjon som kontinuerlig endres, og som har stor strategisk betydning for organisasjonen. (2) Siden informasjonen betegnes som strategisk viktig kreves det kontinuerlig og regelmessig overvåkning fra driftsledere i hele organisasjonen. (3) Videre er informasjonen som fremkommer i den interaktive kontrollen av en slik karakter at den er best egnet å diskutere og analysere sammen. Drøftingen bør være ansikt til ansikt mellom toppledere, mellomledere og ansatte. (4) Det siste punktet hvor et diagnostisk- og interaktivt kontrollsystem skiller seg fra hverandre er hvordan de brukes. Et interaktivt system skal være en katalysator for en kontinuerlig debatt om underliggende data, antakelser og handlingsplaner (Simons, 1995). Det interaktive kontrollsystemet benyttes for å overvåke organisasjonens strategiske usikkerhet, som for eksempel konjunkturførløp, investeringer, lovreguleringer og endrede brukerbehov. På denne måten kan informasjon som samles i et interaktivt kontrollsystem utfordre organisasjonens visjon og strategi. Målene som skal overvåkes i dette interaktive systemet er avhengig av organisasjonens strategi. Strategien en organisasjon implementerer avgjør hvilke faktorer som er kritisk for måloppnåelsen. Det er viktig å understreke at det er målene som er kritiske for strategien som bør overvåkes kontinuerlig, nemlig de kritiske suksessfaktorene.



Figur 6. Kontrollsfærer i en organisasjon. (Simons, 1995, s 85)

Modellen over viser hvordan ledere kan kommunisere kjerneverdier via et verdisystem. For å begrense skadelige virkninger og redusere risikoen bør lederne formidle klare regler og grenser. Den diagnostiske kontrollen utføres på mange forskjellige driftsprosesser, og representerer mål som ikke trenger kontinuerlig overvåkning av lederne. For å gjøre bilde komplett overvåkes den strategiske usikkerheten gjennom et interaktivt kontrollsystem.

Effektive ledere bemyndiger sine ansatte fordi de tror at mennesker har et iboende potensial til å være innovative og tilføre verdi i det de gjør (Simons, 1995). For å realisere dette potensialet må ledere gi fra seg den direkte kontrollen over ansattes beslutninger, og tillate ansatte på lavere organisasjonsnivå å handle fritt innenfor fastsatte rammer. Gode ledere hjelper ansatte å realisere det potensialet de har. Dette vil tilføre ansatte større glede i arbeidet og kan bidra positivt i organisasjonsutviklingen.

Del II: Litteraturgjennomgang

7 Drøfting av Balanced Scorecard.

Hva teorien sier er en ting, praksis er en annen. Hva påvirker strategiimplementeringen? Hva er strategi, og hvilke måleproblemer er knyttet til Balanced Scorecard modellen? En litteraturgjennomgang kan belyse de tre valgte emnene; strategi, mål/måleproblemer og prestasjonsmål og brukerperspektivets sentrale rolle.

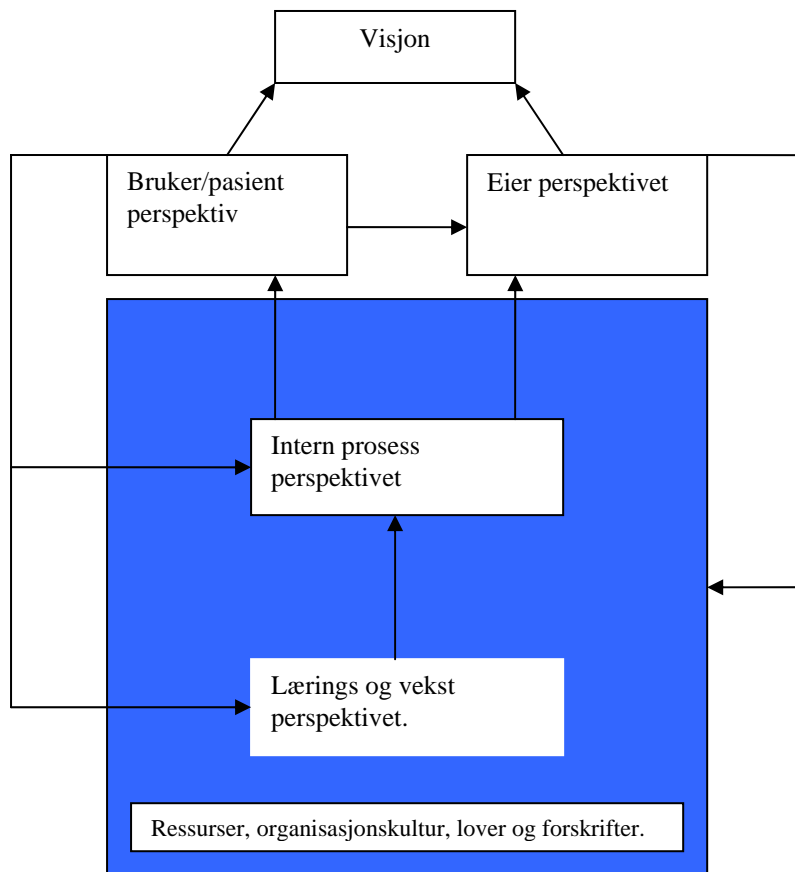
Brukerperspektivet har en sentral plassering i modellen, fordi den spiller en avgjørende rolle for et helseforetaks evne til å nå dens målsettinger. Denne oppgaven ser på koblingene som går fra brukerperspektivet. Brukerne påvirker helseforetakene blant annet gjennom brukerundersøkelser. Undersøkelsene gir tilbakemelding som kan benyttes til å forbedre tjenestene og produktene. Tilbakemeldingene tilfører helseforetakene viktig informasjon, for eksempel hvilke fagområder som skal styrkes og hvilke interne prosesser som må utvikles for å oppnå fremragende prestasjoner i brukerperspektivet. I tillegg spiller tilbakemeldinger en viktig rolle for organisasjonslæring, ved at de bidrar til å øke den potensielle handlingsrammen.

Brukerne kan påvirke eierne på flere måter, blant annet gjennom oppfatningen de danner seg av tjenesten og ved valg. Den subjektive oppfatningen kommer frem i brukerundersøkelser, og måles som tilfredshet. Brukerorganisasjoner driver lobbyvirksomhet overfor sentrale myndigheter (Stortinget) for å påvirke beslutningsprosessene. Påvirkningen kan føre til at enkelte pasientgrupper får særbehandling.

For at Helse Vest skal nå de langsiktige målsettingene er de avhengig av at målene i brukerperspektivet og eierperspektivet bli nådd. Helse 2020 påpeker fremtidige utfordringer, hvor effektivisering av helseforetakene står sentralt. Ressursgrunnlaget til Helse Vest avhengig av effektiviteten på flere måter, blant annet i de interne prosessene som leverer helsetjenester. Effektivitetsgevinster fremkommer i prosessperspektivet og har stor betydning for tildelingen av DRG-poeng, fordi effektive behandlingsprosesser kan føre til at flere pasienter får behandling, og inntektene gjennom det aktivitetsbaserte finansieringssystemet øker.

Hvordan måler man så effektivitet? I et helseforetak er pasientenes oppfatning av effektivitet ikke sammenfallende med eiernes oppfatning av effektivitet. Baldrige healthcare glossary definerer "effektiv" som hvor godt en prosess eller et mål adresserer dens tilsiktete formål. Problemet oppstår når de interne prosessene skal ta hensyn til mål i bruker- og eierperspektivet. En prosess som effektivt adresserer mål i eierperspektivet, kan neglisjere mål i brukerperspektivet. Helsepersonalet som står ansvarlig for driften av de interne prosessene skal tilfredsstillere to forskjellige interesser i det daglige arbeidet.

Verdien en tjeneste har er en subjektiv oppfatning, og forskjellige interesser tillegger tjenestene ulike verdier. Brukerne stiller andre krav til helsetjenestene enn eierne, fordi deres oppfatninger dannes på et annet verdigrunnlag. Helseforetakene må balansere verdisynet til interessentene når de utformer strategier. Helsepersonellet skal balansere verdiene og står ansvarlig ovenfor brukere og eiere for valgene (balansen) som er tatt. Verdisynet til helsepersonellet kan dermed påvirke prioriteringene som blir tatt. Nye systemer og strategier fører til endringer, og ofte krever endringene at tidligere antakelser blir revurdert. Verdiene er forankret i organisasjonskulturen, og endringer som påvirker den kan utløse sterk motstand.



Figur 7. Balanced Scorecard modellen i et helseforetak

Kvalitet etterspørres i større grad og at forventningene til kvalitet blir tilfredsstillt har stor betydning for brukerne. Myndighetene engasjerer seg for å sikre en mer aktiv holdning til kvalitet i helsetjenestene (Byrkjeflot & Neby, 2005, s 55)⁶, hvorav kvalitetsindikatorne er et resultat. Dette bør organisasjoner ta innover seg, fordi kvalitet påvirker strategiutforming, målsettinger og hvordan eiere og helseforetak bør tilrettelegge tjenestene for å dekke brukernes behov.

7.1 Kvalitet kan defineres.

Selv om kvalitet er noe man omgås med hele tiden tenker man ikke eksplisitt på den, fordi kvalitet er en egenskap man tilskriver produkter og tjenester. Derfor er kvalitet også en subjektiv oppfatning av en tjeneste eller et produkt. Ofte er det slik at kvalitet først blir et tema når ens forventninger ikke samsvarer med det faktiske produktet eller tjenesten.

⁶ Helsedirektoratet (1995): "Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten". Trykksak IK-2564

For en organisasjon kan manglende kvalitet på tjenester eller produkter føre til økte kostnader. I et helseforetak kan blant annet manglende kvalitet på tjenestene komme i form av *overforbruk*, *underforbruk* eller *feilbruk*. (Chassin & Galvin, 1998). Chassin og Galvin beskriver disse tre kategoriene. *Overforbruk* oppstår dersom en helsetjeneste blir anvendt under forhold hvor dens mulighet til å gjøre skade er større enn dens potensielt positive effekten. *Underforbruk* oppstår når helsetjenester som kan ha et gunstig utfall for en pasient, ikke tilbys/blir gitt. Når en helsetjeneste velges og det oppstår en komplikasjon, som i utgangspunktet kunne vært forhindre, fører dette til at pasienten ikke får den potensielle effekten som tjenesten skulle ha gitt. Dette betegnes *misbruk* og kan for eksempel være når det oppstår komplikasjoner, som kunne vært unngått, under kirurgisk inngrep.

Denne klassifiseringen av mangelfull kvalitet fremhever relasjonen mellom kvalitet og kostnad (Chassin & Galvin, 1998), fordi riktig bruk (rett kvalitet) kan redusere kostnadene. Disse kostnadene kalles kvalitetskostnader og er et resultat av den tiden det arbeides med å forebygge, oppdage og håndtere problemer med kvalitet (Scal et al, 2006). Scal et al. deler kvalitetskostnader inn i fire grupper. (1) *Forebyggingskostnader* oppstår fordi det iverksettes tiltak som skal redusere antall mangler (dermed øke kvaliteten) ved tjenestene. (2) *Inspeksjonskostnader* kommer av at ansatte overvåker tjenestene de selv utfører og kontrollerer at tjenesten blir levert i henhold til forskriftene. (3,4) *Interne - og eksterne feilkostnader* oppstår når en levert tjeneste ikke tilfredsstillt krav og forventninger som ilegges den. Interne og eksterne kostnader utgjør det største kostnadselementet når graden av kongruensskvaliteten er lav. Kongruensskvalitet er ”i hvilken grad et produkt eller tjeneste møter eller overgår dens design spesifikasjoner og er fri for mangler eller andre problemer som reduserer dens utseendene eller forverrer dens prestasjon” (Scal et al, 2006, s860).

I et helseforetak og i utforming av helsepolitikk spiller kvalitet en stadig større rolle, fordi bedret kvalitet er et økende krav fra brukerne og samfunnet. På grunn av markedspåvirkningen har tilbudet av tjenester og produkter i helseforetakene økt. Helsereformen, markedspåvirkningen og økende kvalitetskrav fra brukerne, stiller store krav til kvalitet.

Sentralt står det å definere hva kvalitet er. Chassin og Galvin definerer kvalitet i helsearbeidet som: “*Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current*

professional knowledge” (Chassin & Galvin, 1998, s1001)⁷. Denne definisjonen kan analyseres, for å tydeliggjøre hva kvalitet i helsearbeid innebærer.

”*Health services*” refererer til en rekke tjenester som påvirker helsen, inkludert psykiske og mental sykdommer (Chassin & Galvin, 1998). I definisjonen er helsetjenester ment å omfatte både forebygging av sykdommer, generell bedring av helsetilstanden og velvære, så vel som akutt, langsiktig, rehabilitering og smertestillende. ”*Health services*” henvender seg også til mange forskjellige utøvere innenfor helsesektoren, som for eksempel leger, pleiere, og andre typer helseprofesjoner. I tillegg til mange forskjellige miljøer, som for eksempel sykehus, omsorg på hjemmet eller der hvor man bor og private institusjoner (Chassin & Galvin, 1998).

Ved å inkludere både ”*individuals and populations*” trekker definisjonen oppmerksomheten mot flere aspekter. Den en siden er at man ser på individet, og hvilke tjenester som tilrettelegges for å dekke ulike individers behov, for eksempel kvaliteten på helsetjenestene som helseplaner og leger yter. På den andre siden trekker man oppmerksomheten mot hvilke helsetjenester hele befolkningen trenger. Det er viktig at tilgangen og hensiktsmessigheten med helsetjenestene tilrettelegges slik at de dekker hele befolkningen og at den samlede helsetilstanden forbedres (Chassin & Galvin, 1998). I brukerperspektivet blir brukerne og befolkningen vektlagt.

Formuleringen ”*desired health outcomes*” knytter seg til det ønskede utfallet en pasient venter seg av en helsetjeneste, samtidig som den fremhever den sentrale koblingen mellom hvordan helsetjenester blir tilrettelagt og hvilken effekt den har på helsen. I tillegg vektlegger formuleringen betydningen av at pasienter og pårørendes behov om alternative behandlingsmetoder og deres forventede utfall, blir fremlagt (Chassin & Galvin, 1998). Ved å inkludere ”*desired health outcomes*” fanger man opp pasientens og familiens subjektive vurdering av tilfredsheten med helsetjenestene.

Implisitt trekker formuleringen en sammenheng mellom kvalitet og sannsynlighet. Høy kvalitet på helsetjenestene ”*increase(s) the likelihood*” for at utfallet har nytte. Ved å inkludere ”sannsynlighet” tar definisjonen høyde for at økt/høy kvalitet ikke er identisk med et positivt utfall (Chassin & Galvin, 1998). Selv om helsetjenestene som blir levert kjennetegnes av høy kvalitet, kan utfallet bli negativt. Behandlinger gir ikke alltid det samme

⁷ Forfatterne bruker en annerkjent definisjon av ”quality of care” som er hentet fra Institute of Medicine.

resultatet, noen kan ha større nytte mens andre ikke har noe nytte av en behandling. Selv om den beste kvaliteten er levert, kan ikke alltid helsetjenestene bidra til et positivt utfall.

”*Current professional knowledge*” vektlegger at aktører innenfor helsetjenester må være à jour med den dynamiske kunnskapsbasen til deres profesjon og benytte kunnskapen på en konstruktiv måte (Chassin & Galvin, 1998). Selv om en helsearbeiders individuelle kunnskap og erfaring er viktige for kvaliteten i helsetjenesten, erkjennes det i dag at ingen helsetjenester isolert kan levere høy kvalitet. I økende grad er det en samhandling mellom grupper, avdelinger og systemer innenfor helseforetakene, som danner grunnlaget for god kvalitet. ”*I utviklingen av hensiktsmessige løsninger, som for eksempel skreddersøm av pasientforløp og utvikling av nye arbeidsmodeller, blir det avgjørende å få til et godt tverrfaglig samarbeid*” (Skogsaas & Svandsen, 2006, s3084)⁸. Lærings og vekstperspektivet vil identifisere mål som bidrar til å øke tilpasningsevnen (dermed opplæringen og kunnskapsutviklingen) i og mellom fagfelt.

Generelt kan kvaliteten på helsetjenester måles gjennom prosessene eller utfallene som tjenesten bidrar til. Chassin og Galvin argumenterer for at det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom disse to. For at prosessen skal være et gyldig mål på kvalitet, må den være nært relatert til det utfall som vektlegges. For at utfallet skal være et gyldig mål på en kvalitativ helsetjeneste, må det være nært knyttet til prosessene, slik at de kan modifiseres for å påvirke utfallet (Chassin & Galvin, 1998).

Kvalitetsindikatorer skal gi styringsinformasjon til de regionale - og lokale helseforetakene og danne et grunnlag for forbedringsarbeid på sykehus- og avdelingsnivå. I tillegg skal de gi offentligheten informasjon om sykehusene (Kvalitetsindikatorer 2005, Helse Vest). Noen av indikatorene brukes for å sammenlikne forhold mellom helseforetak. I helsesektoren brukes denne formen for benchmarking for å forbedre medisinsk praksis (Scal et al., 2006). Sammenlikningen kan dermed virke positivt inn på kvalitetsarbeidet i helseforetakene. Den økte interessen for benchmarkingen i offentlig sektor, henger sammen med innføringen av New Public Management (Scal et al., 2006).

⁸ Hentet fra Haugtomt (2003): ”Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling”.

Helsearbeidere har god utdanning men ”*sammenlignet med annen virksomhet er feilprosenten alt for høy i helsevesenet. Budsjettkutt og økende antall klager gjør at det nå er på tide å undersøke kvaliteten på behandlingen som gis, ved systematisk registrering av resultatene. Slik vil vi også kunne forbedre resultatene, noe som ofte fører til lavere kostnader*”⁹.

Dette viser at kvalitet har stor betydning for hvordan helseforetakene bør tilrettelegge tjenestene. Definisjonen har et visjonspreg over seg. Den er kompleks og tiltaler mange fasetter i og rundt et helseforetak. Brukerne skal være tilfredse, helsetilbudet skal være likt for befolkningen, helsepersonellens kunnskap er avgjørende og tverrfaglig samarbeid øker kvaliteten til de enkelte fagfeltene, samt erkjennelsen at høy kvalitet ikke er ensbetydende med et godt behandlingsresultat.

7.2 Strategi.

Kaplan og Norton nevner flere grunner til at organisasjoner skal benytte Balanced Scorecardet. En av grunnene er at organisasjonene skal oppnå konsensus angående strategien og at det skal bidra til en større klargjøring om hvilken retning organisasjonen vil bevege seg (Kaplan & Norton, 1996). Strategien danner grunnlaget for utformingen av et Balanced Scorecard. For å fremheve strategiens betydning i et Balanced Scorecard diskuteres det hva strategi er, hvilke problemer som er forbundet med strategier, hvordan strategier formes og konteksten rundt et helseforetak.

7.2.1 Hva er strategi

Mintzberg skriver at generelle strategier, og spesielt realiserte strategier, kan defineres som ”*a pattern in a stream of decisions*” (Mintzberg, 1978, p934). Her er ”decision” ensbetydende med en forpliktelse til å handle og kobles ofte til ressurser. Det vil si at hvis en sekvens av beslutninger (handlinger) innenfor et område viser konsistens over en viss tid, kan det betegnes som en strategiutforming (Mintzberg, 1978).

Besanko henviser til flere bidrag som definerer strategi, blant annet “*...the determinant of the basic long-term goals and objectives of an enterprise, and the adoption of courses of action*”

⁹ Kronikk i Bergens Tidene 12.april 2007, Overlege dr. Med Einar Heiervang

and the allocation of resources for carrying out these goals” (Besanko et. Al, 2003, s 1)¹⁰. Begge definisjonene har et element av beslutning i seg. I tillegg fremkommer strategi som et konsistent handlingsmønster, hvor beslutninger og ressursallokering skal føre til et bestemt mål, eller har før til et bestemt mål. Ressursfordelingen gir organisasjonen et særtrekk og er med på å forme organisasjonens konkurranseevne.

Det kan skilles mellom beslutninger som er tatt for å møte fremtidige endringer, som er proaktiv, og beslutninger som treffes når organisasjoner tilpasser seg endringer som ha inntruffet, som er reaktive.

Strategiformulering kan ikke være en prosess som foretas med fire til fem års mellomrom. I dag bør det være en kontinuerlig prosess som overvåker organisasjonenes interne og eksterne omgivelser, fordi disse omgivelsene er dynamiske og kontinuerlig endrer seg. Koblingen strategiarbeidet har til organisasjonens interne og eksterne forhold, fører til at man ikke kan standardisere denne prosessen.

7.2.2 Hvordan strategier formes og utvikles

Strategiformulering og strategiarbeid er et kontinuerlig arbeid (Kaplan & Norton, 1996). Det vil si at de kritiske aktivitetene i organisasjonen kontinuerlig overvåkes, for å kontrollere at målene blir nådd. Disse kritiske aktivitetene skal evalueres i henhold til strategien. Gitt et avvik er det naturlig å finne årsaken til avviket, evaluere årsaken til avviket eller vurdere om aktiviteten fortsatt er kritisk for strategien. Denne prosessen bidrar til økt forståelse om sammenhengen mellom aktivitetene og strategien. Dermed knyttes læring til både ”*singel-loop*” og ”*double-loop*”, fordi grunnleggende antakelser og koblinger i strategien evalueres.

Kontinuerlig overvåkning av organisasjonens prosesser kan føre til endringer. Endringene som foretaes kan være rettet mot de kritiske aktivitetene, men også strategien er gjenstand for evaluering. Den nye informasjonen som avdekkes ved å overvåke prosessene setter organisasjonen i stand til å vurdere om nivået til prestasjonsmålene er riktig. Informasjonen kan i tillegg medføre at man vurderer gyldigheten ved de prestasjonsmålene som er valgt, og deres evne til å fange inn strategien. Evalueringsprosessen kan føre til endringer i strategien, slik at den bedre tilpasses den nye informasjonen og eventuelt de nye mulighetene som

¹⁰ Hentet fra Alfred Chandler (1962): ”Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise”. Cambridge, MA, MIT Press.

oppstår. Det er viktig at mulighetene organisasjonen velger å forfølge er i samsvar med dens visjon. Implisitt vil det si at organisasjonen er i bedre stand til å nå dens misjonen.

Mintzberg mener at strategier ikke utvikler seg i kontinuerlige baner, men heller på en stegvis måte (Mintzberg, 1978). Det vil si at endringer i strategien, også inkrementelle, foregår som diskontinuitet etterfulgt av en periode med kontinuitet. Denne diskontinuiteten kommer av endringer i omgivelsene, som for eksempel ny teknologi, endrede konkurranseforhold og nytt lovverk, og bringer organisasjonen ut av likevekt. Dette kan fremtvinge en ny strategi. Grunnen til at organisasjoner gjennomgår tydelige perioder med endringer og kontinuitet, mener Mintzberg henger sammen med menneskers kognitive kapasitet, fordi mønsteret er sammenfallende med menneskelig kognisjon. Det vil si at mennesker ikke reagerer kontinuerlig på endrede forhold i omgivelsen, men heller tilpasser oss steg vist. Denne tilpassingen er en reaksjon på endringer som er store nok til at vi kan oppfatte dem (Mintzberg, 1978).

For å kunne overvåke strategien kontinuerlig er det viktig å avsette tid til strategiarbeid. Det ser derimot ut til at strategiske beslutningsprosesser i organisasjonene ikke er kontinuerlige men heller uregelmessig. 85 % av lederteamene bruker mindre enn en time pr. måned på strategidiskusjoner (Niven, 2003). Med tanke på hvilken betydning strategiarbeidet har for organisasjonen, kan manglende forpliktelse til å avsette tid virke hemmende på utviklingen av organisasjonen. Et Balanced Scorecard setter lederne i stand til å overvåke de få kritiske faktorene som er avgjørende for en vellykket strategiimplementering. Dette krever interaktiv overvåkning, men til gjengjeld er det overvåkingen av noen få indikatorer og ikke alle driftsindikatorer i organisasjonen. Slik at ledernes oppmerksomhet kan rettes mot det som er strategisk viktig, må de delegere beslutningsmyndighet til mellomlederne. En riktig verdiforankring gir muligheten til denne desentraliserte beslutningsformen.

Strategier kan deles i to kategorier, tilsiktete og realiserte. Disse kategoriene kan kombineres på tre måter (Mintzberg, 1978). Tilsiktete strategier kan ha to mulige utfall, det ene er at de realiseres og den andre at de ikke realiseres. At en strategi ikke realiseres, kan henge sammen med dens manglende evne til å nå organisasjonens visjon, eller at vesentlige endringer i omgivelsene fører til at den ikke lenger harmonerer med visjonen. Den tredje strategien er en fremvoksende strategi som blir realisert. Denne strategien er i utgangspunktet ikke initiert, og fremkommer som et fremvoksende handlingsmønster, gjerne parallelt med en initiert strategi.

Den fremvoksende strategien er et resultat av at organisasjonen tilegner seg erfaringer om hva som er egnet i implementeringsprosessen, og er et utfall av en læringsprosess. Det vil si at organisasjonen lærer mens den handler, ”*learning by doing*”.

7.2.3 Utfordringer med strategiarbeidet

Et Balanced Scorecard bygger i utgangspunktet på den strategien som skal bidra til å nå organisasjonens langsiktige mål, det vil si dens visjon. Av den grunn kan strategier sees på som tilsiktet, fordi uten en strategi er det vanskelig å identifisere de kritiske suksessfaktorene som skal bidra til å nå organisasjonens målsettinger. Det er dermed en nær kobling mellom strategien og prestasjonsmålene som velges for å implementere strategien (Otley, 1999).

Denne nære koblingen kan medføre at endringer i strategien fremtvinger endrete prestasjonsmål. Siden det i et Balanced Scorecard er den planlagte strategien som skal implementeres, må det vurderes når endringer av prestasjonsmålene skal iverksettes. Disse endringene bør så overvåkes og evalueres for å se om de bedre adresserer sine mål. Jo flere mål som identifiseres som strategisk viktig og jo nærmere disse målene kommer den operative delen av virksomheten, jo vanskeligere er det å holde de uendret når strategien endres.

Når det vurderes å endre en strategi er det viktig å vite omfanget endringen medfører. Store endringer krever både tid og ressurser, fordi strategiarbeidet i et Balanced Scorecard bygger på konsensus og klargjøring blant toppledere og mellomledere. Å oppnå konsensus i de øverste organisasjonsnivåene er viktig, men i organisasjoner hvor lederne mangler kunnskap om arbeidsoppgavenes kompleksitet (som i helsesektoren), er innspill fra ansatte viktig informasjon. Dette kan utvide problemet med å oppnå konsensus.

Å etterstrebe konsensus kan føre til infleksibilitet i organisasjoner. Raske endringer i organisasjonens omgivelser krever ofte raske beslutninger. Handler man reaktivt kan konsensus kravet føre til katastrofale utfall, fordi organisasjonen ikke kan reagere raskt nok på den endringen som fremtvinger revidering av strategien. Hvis strategiendringer gjennomføres uten konsensus, kan det føre til svekket tillit og motivasjon blant de ansatte som skal implementere strategien.

Selv om strategier skal være langsiktige og virke motiverende for de ansatte, bør de være fleksibel nok til å fange opp endringer. Kaplan og Norton skriver at resultatmål bør etableres med en langsiktighet på tre til fem år (Kaplan & Norton, 1996). Indirekte forutsetter det at omgivelsen rundt organisasjonen er stabile i denne perioden, fordi resultatmålene er fastsatt på bakgrunn av den informasjonen som lå tilgjengelig. Innenfor denne tidsperioden kan det oppstå mange situasjoner som utfordrer de valgte resultatmålene. Når endringer får konsekvenser for strategien, bør målesystemene (som overvåker de strategiske målene) revideres. Et potensielt problem er at det ikke finnes skikkelige mekanismer som effektivt oppdaterer og forbedrer målesystemene (Tuomela, 2005)¹¹.

Nye situasjoner kan bringe organisasjonens strategi ut av balanse, og medføre til at resultatmålene ikke harmonerer med den valgte strategien. Denne ubalansen kan føre til at ansattes handlinger ikke bygger oppunder de overordnede målene som var fastsatt. Raskt skiftende prioriteringer kan føre til at ansatte ikke får tid til å endre sine handlinger slik at de er tilpasset de nye resultatmålene.

Hvor ofte er det nødvendig å endre prestasjonssystemene? *“Giving credit to the continuously changing environment and emergent strategies, it is likely that strategic performance measurement systems should be refined quite often”* (Tuomela, 2005, p295)¹². Implikasjonen av dette stiller spørsmålstegn ved kontinuiteten til et Balanced Scorecard. I hvilken utstrekning kan et Balanced Scorecard representere og reflektere de langsiktige strategiene til en organisasjon, når strategien som danner grunnlaget for prestasjonsmålene er gjenstand for en kontinuerlig evalueringsprosess. Kaplan og Norton mener at det skal være langsiktighet, men mener selv at målene skal være gjenstand for en evalueringsprosess. Denne evalueringsprosessen kan bidra til en strategisk læringsprosess, som ofte er forbundet med en fremvoksende strategi.

Ikke alle endringer i organisasjonens omgivelser er så omfattende at strategien trenger en fundamental endring. Inkrementelle endringer kan være en måte å handle proaktivt på. Interaktiv kontroll av de kritiske aktivitetene kan avdekke nødvendige justeringer. Denne fremgangsmåten er forbundet med erfaringsmessig læring og kan være med å øke

¹¹ Hentet fra Anthony og Govindarajan (1998): ”Management Control Systems”, og Kasurinen (1999): ”Exploring Management Accounting Change: The Case of Balanced Scorecard Implementation”.

¹² Hentet fra Otley (1999): ”Performance Management: A framework for management control systems research”. Management Accounting.

organisasjonens tilpasningsevne. Proaktive handlinger kan bidra til økt motivasjon og større forpliktelse til endringene, gitt at konsensus er oppnådd. Muligheten ligger i at organisasjonene driver interaktiv kontroll av de kritiske aktivitetene og jevnlig avsetter tid til strategiarbeidet. Tilbakemeldinger evalueres og ny informasjon kan avdekke muligheter som organisasjonen kan følge eller trusler i omgivelsene som den kan unngå.

Proaktive handlinger er en ideell arbeidsmetode for strategiutvikling, spørsmålet er hvor stor endringene må være for at mennesker skal reagere. Mintzberg argumenterer for menneskers manglende evne til å reagere på små endringer. Dermed dannes reaksjonen som en konsekvens av mange små akkumulert endringer. Det vil si at vi reagerer på endringene (mange små endringer) først når de samlet er store nok til å oppfattes. I det tilfelle handler vi da reaktivt og ikke proaktivt.

En organisasjon har mange indikatorer som måler de operasjonelle prosessene (diagnostiske mål) og i tillegg til indikatorer som er kritisk for strategiimplementeringen (strategiske mål). Ved kritisk å evaluere de strategiske målene kan lederne settes i stand til å fange opp endringer i organisasjonens kontekst, og justere målene slik at de bedre reflekterer den nye situasjonen. Jamfør definisjonen på læring vil ny informasjon om de strategiske målene kunne føre til at organisasjonens potensielle handlingsrammer blir utvidet. Denne prosessen mener Kaplan og Norton skal foregå kontinuerlig, på bakgrunn av på ny informasjon som er tilgjengelig (Kaplan & Norton, 1996).

7.2.4 Rigiditet i strategiarbeidet

Identifiseringen av kritiske suksessfaktorer gir en klar hierarkisk oppbygging av "scorecardet". Når alle relasjonene settes sammen blir det detaljerte kart som likner et "korthus". Når en av relasjonene svikter kan det få konsekvenser for andre relasjoner i "scorecardet". For eksempel hvis organisasjonen ikke når de forventede prestasjonene i lærings og vekstperspektivet, kan det lett føre til en kjedereaksjon som resulterer i at organisasjonen ikke når dens visjon. *Hvis* organisasjonsmedlemmene ikke tilegner seg den riktige kunnskapen som skal til for å forbedre kritiske prosesser i organisasjonen, *da* kan ikke disse prosessene bidra til å øke tilfredsheten blant brukerne og heller ikke til eierne. Som ved "korthuset" faller Balanced Scorecard modellen sammen, hvis det nederste kortet fjernes (forventede resultater ikke innfris).

Relasjonssammenhengen mellom målene kan gi incentiver til å utsette endringsarbeidet, fordi endringen av ett resultatmål kan medføre endringer i andre resultatmål. Denne hierarkiske oppbyggingen er dermed en detaljert tilnærming til en strategi. En for detaljert tilnærming til et strategisk prestasjonssystem kan fremkalle manglende tilpasningsevne i strategiarbeidet (Tuomela, 2005)¹³.

Planleggingsteori forutsetter at strategier formuleres og utviklet høyt oppe i organisasjonsnivået, mens ansatte på lavere organisasjonsnivåer implementerer strategier. I den forstand er det en tilsiktet strategi. I følge Mintzberg er det to forutsetninger ved planleggingsteorien som ofte viser seg å ikke holde (Mintzberg, 1978). Den ene er at de som formulerer strategien har full informasjon, eller tilnærmet like god informasjon som de som skal implementere strategien har (Mintzberg, 1978). Den andre er at omgivelsene rundt organisasjonen er tilstrekkelig stabile, eller i hvert fall forutsigbar, for å sikre at det ikke er nødvendig å reformulere strategien under implementeringen (Mintzberg, 1978). Dersom en av disse forutsetningene ikke er til stede bryter planleggings – implementerings delingen sammen. I stedet baseres strategiarbeidet på ny informasjon og det utvikles en strategi som er bedre tilpasset den nye informasjonen. Når strategien utvikles som en konsekvens av erfaringer organisasjonen gjør/tilegner seg, får den en form som tilsvarer en fremvoksende strategi. Denne er basert og utviklet gjennom en læringsprosess. Strategiimplementering gir verdifull tilbakemelding til formuleringsarbeidet og intensjonene kan modifiseres underveis (Mintzberg, 1978).

7.2.5 En kompleks omgivelse

Hva som er et velegnet styringssystem for en organisasjon er avhengig av flere forhold. Karakteristikken ved organisasjonens omgivelser og arbeidsoppgaver er avgjørende for hvilken organisasjonsstruktur og styringssystemer de kan benytte (Otley, 1980). Et Balanced Scorecard påvirkes av omgivelsene og oppgavestrukturen til organisasjonen. Siden strategien danner grunnlaget for Balanced Scorecardet, påvirkes strategien av konteksten til organisasjonen. Den viktigste kontekstuelle faktorene i styringen av et sykehus, er at de aller fleste er statseide eller nonprofitt (Pettersen, 1995).

¹³ Henter fra Mintzberg (1987): "Crafting Strategy". Harvard Business Rev.

Som eier påvirker staten sykehusene på flere måter. Helsereformen påvirker handlingsfriheten og ansvarsforholdet i helsesektoren og de årlige styringsdokumentene legger føringer for strategiarbeidet. Helsereformen sentraliserer eierskapet og det finansielle ansvaret til de sentrale myndighetene, samt å desentralisere beslutningsmyndigheten til de regionale foretakene for å skape ansvarlighet for driften. Ansvarligheten kan kobles til kravet om budsjettbalanse. Om målet er å sette helseforetakene i stand til å gå i budsjettbalanse (resultatkontroll), trenger de tilstrekkelig beslutningsmyndighet for å gjøre det (Østergren, 2007).

Sentraliseringens hensikt er å *”samle eieransvar, myndighetsutøvelse og finansieringsansvar på statens hånd”* slik at det *”gies grunnlag for en sterkere overordnet styring for å oppfylle de nasjonale helsemålene”* (Opedal & Rommetvedt, 2005, s 65). Overordnede styringen har konsekvenser for strategiarbeidet i helseforetakene, fordi den kan redusere fleksibiliteten til helseforetakene. Om desentraliseringen skrives det at *”hensikten med organisering av sykehus som foretak er å desentralisere styringen, effektivisere ledelsen, forbedre informasjonstilgangen og delegerer økonomisk ansvar..... Gjennom desentralisering ønsker man å oppnå mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering”* (Opedal & Rommetvedt, 2005, s 65)¹⁴. Omstillingsevnen til et helseforetak er avgjørende for dens evne til å kunne benytte seg av informasjon til å gjennomføre endringer i strategiene.

På det nåværende tidspunkt er reformen ikke like vellykket på alle disse områdene. Blant annet støtter omlag halvparten av divisjonsledere, klinikkjefer og avdelingssjefer påstanden om at det er blitt mer byråkrati (Stigen, 2005, s 45). I tillegg har politikerne den egenskap å gi ekstrabevilgninger til helseforetakene. Dette kan føre til at delegeringen av det økonomiske ansvaret ikke har gitt den forventede effekten, fordi ekstrabevilgningene kan føre til svekket budsjett disiplin i helseforetakene og dermed mindre økonomiske ansvar.

Reformen skulle bidra til klarere avgrensning av eierens rolle. Desentraliseringen skulle gi foretakene større frihet til å ta beslutninger, og mindre innblanding fra politikere. New Public Management tankegangen tilsier at Stortinget skulle konsentrere seg om overordnede og prinsipielle retningslinjer for helseforetakene. Det som derimot forekommer er at stortingsrepresentanter og andre politikere engasjerer seg i enkeltsaker og detaljspørsmål, som

¹⁴ Refererer til Ot.prp. nr. 66 (s. 20 -21)

for eksempel kvaliteten og økonomien i den enkelte institusjonen...” (Opedal & Rommetvedt, 2005; Byrkjeflot & Neby, 2005¹⁵).

I tillegg til at eierne blander seg inn i driften, utvikler nasjonale helseplaner og styringsdokumenter, utvikler de også nasjonale strategier som helseforetakene skal implementere. ”Myndighetene har også engasjert seg for å sikre en mer aktiv holdning til kvalitet i helsetjenester, i første omgang gjennom den nasjonale strategien for kvalitetssikring som ble iverksatt i 1995” (Byrkjeflot & Neby, 2005, s 55). Dette viser av det er en stor mengde styringssignaler som er med på å begrense helseforetakenes fleksibilitet til å utvikle egen strategier.

Hva har så dette å si for helseforetakenes strategiarbeid? For å kunne realisere og jobbe med strategi er det viktig at helseforetakene har nødvendig beslutningsfrihet. Beslutningsmyndighet er viktig for resultatkontroll og resultatkontroll oppnås blant annet ved å iverksette de riktige aktivitetene som bidrar til å nå målene. Langsiktige strategier krever tilstrekkelig fleksibilitet, slik at ledere kan iverksette initiativene som muliggjør at strategien kan implementeres. For detaljerte handlingsplaner og for mange intervensjoner fra politisk hold, kan svekke incentivene til å tenke og jobbe langsiktig. Konteksten rundt et helseforetak er kompleks og gir føringer som påvirker friheten til å planlegge strategier.

Et for detaljert rapporteringssystem kan føre til stor oppmerksomhet på de indikatorene som benyttes. Dette kan føre til at strategien blir løskoblet fra Balanced Scorecardet, fordi målene som settes ikke er valgt med utgangspunkt i strategien, men heller som en konsekvens av et rapporteringssystem. Er dette tilfellet, vil et Balanced Scorecard ikke bidra til å nå målsetningene med strategien.

Det sterke fokuset på finansielle mål i helsesektoren er en konsekvens av den manglende evnen foretakene har til å gå i balanse. Østergren skriver at i Helse Vest oppfattes strategien som en ensidig fokusering på finansielle resultater (Østergren, 2007). For å oppnå budsjettkontroll er styringsfokuset på finansielle mål. Det ensidig finansielle fokuset kan føre med seg uønskete sideeffekter. Aidemark argumenterer for at ensidig vektlegging av finansiell kontroll, kan fører til at ledelsen neglisjerer andre viktige sider ved styringen av et helseforetak (Aidemark, 2001).

¹⁵ Aftenposten 25.06.2004

Konteksten til helseforetakene er uforutsigbare og endringene som skjer har ofte sitt utspring fra flere kilder. I tillegg er det motsetningsforhold mellom de interessentene som fremprovoserer endringer. For eksempel kan økt prioritering/satsing på utvalgte helseområder føre til sterke protester fra brukerorganisasjoner som føler at deres behov blir ”neglisjert”. Det faktum at det finnes så mange interessenter, gjør det vanskelig å utarbeide en strategi som er basert på konsensus blant interessentene.

I utgangspunktet skulle det antas at et helseforetak ikke er utsatt for de samme konkurranseforholdene som organisasjoner i privat sektor. Men innføringen av helsereformen og det aktivitetsbaserte betalingssystemet har medført større konkurranse mellom helseforetakene. Selv om konkurransen er skjermet og har en (tilnærming til) monopolistisk form, fordi staten er eieren og kontrollerer etableringen av helseinstitusjoner. I tillegg er statene den eneste som etterspør tjenester. Konkurransesituasjonen får implikasjoner for strategiarbeidet i helseforetakene. Pasientene har fått rettigheter og foretakene må tilpasse seg endrete behov. Strategien må blant annet utvikles for å rette oppmerksomheten mot de rettighetene og behovene brukerne har.

Siden et Balanced Scorecard bygger på en planlagt strategi og konteksten rundt helseforetakene er lite forutsigbar, er det grunn til å tro at det er vanskelig å jobbe med planlagte strategier. Mer sannsynlig er det at strategiene utvikles med forankring i noen overordnede mål. I utviklingen av et Balanced Scorecard er det dermed fornuftig å bygge inn en fleksibilitet som gjør det mulig å tilpasse seg endringer i organisasjonens omgivelser. Denne fleksibiliteten gjør det mulig å følge sentrale målsettinger, slik at prestasjonsmålene i perspektivene fanger opp endringer i omgivelsen. Endringene kan være nye lover og forskrifter, ressursrestriksjoner, menneskelige barrierer og innblanding fra folkevalgte. Det er viktig at strategiarbeidet er en grundig prosess, ikke bare formuleringen men også implementeringen og det fortløpende strategiarbeidet, fordi strategiarbeidet tilhører en del av organisasjonens læringsprosess.

7.3 Brukerperspektiver

Baldrige healthcare glossary definert pasienten som ”den personen som mottar helsetjenester”. Tilfredsheten med og kravene de stiller helsetjenestene er konsentrert om den helsehjelpen de mottar. Sikkerhet, kvalitet og effektivitet har stor betydning for denne gruppen. Etter avsluttet behandling endres gjerne relasjonen og kravene til helsetjenester.

I Chassin og Galvin’s definisjon av helsetjenester er befolkningen en del av brukergruppen. Denne gruppen representerer den delen av befolkningen som på det nåværende tidspunktet ikke mottar noen form for helsehjelp fra et helseforetak, men som i fremtiden kan være en potensiell bruker (i tråd med Baldrige healthcare glossary’s definisjon). Deres tilfredshet med og krav til helsetjenestene gjenspeiler seg i andre kriterier enn eierne og brukerne som mottar helsehjelp.

Innføringen av New Public Management føre til større grad av autonomi, markedsorientering og enhetlig ledelse (Byrkjeflot & Neby, 2005, s50). Tidligere hadde fylkene styringen, men overføringen av autonomi til helseforetakene hadde en klar målsetting om å øke statens styringskapasitet i helsesektoren (Byrkjeflot & Neby, 2005, s50).

Den nye ansvarsdeling innebærer at ansvaret overføres fra profesjonslederne til linjelederne, for på den måten å styrke organisasjonskunnskap framfor fagkunnskap på ledernivå. Økt autonomien i helseforetakene skulle bidra til større beslutningsmyndighet og økt handlingsrom. Den økte handlingsfriheten og flere av tiltakene som er iverksatt - pasienters valgfrihet, det aktivitetsbaserte finansieringssystemet/DRG systemet og kvalitetsindikatorer - indikerte et relativt tydelig fokus på markedstenkning (Byrkjeflot & Neby, 2005, s55).

Markedsorienteringen er ikke fullkommen og betegnes som en kvasiløsning, fordi ”*staten i overveiende grad er monopolist med hensyn til finansieringen*” (Byrkjeflot & Neby, 2005, s54). Dermed vil ikke brukerne ha den samme innflytelsen over prisdannelsen som i det private markedet. Tre forhold må ligge til grunne for at helsetjenestene skal kunne fungere som et kvasimarked (Byrkjeflot & Neby, 2005, s54).

1. Det må være en potensiell overskuddskapasitet av helsetjenester. Dermed vil det være mulig for alle å få tilgang til et gitt helsetilbud.
2. Videre må det være valgfrihet med hensyn til tjenester

3. Det må utarbeides systemer som kan sikre tilgangen på informasjon om kvaliteten på helsetilbudet.

Ideen bak markedsløsningen er at det er markedet som skal være drivkraften bak de handlingene som helseforetakene setter i gang. Det vil si at markedet gir retningslinjer og incentiver til å handle. Dette kan føre til at helseforetakene motiveres til å handle på en slik måte at de får mer utav de tilgjengelige ressursene.

Ved å tilfredsstille brukernes behov kan et helseforetak arbeide målrettet mot dens visjon. Et viktig steg i denne retningen er å inkludere brukerne i organisasjonens visjon og strategi. Gjennom denne prosessen kan brukernes interesser uttrykkes som mål i et Balanced Scorecard.

Helsesektoren har gått gjennom en radikal endringsprosess den siste tiden, hvor et sentralt element i endringene er at helseforetakene står overfor økt konsumerisme (Østergren, 2004). Dette innbefatter blant annet økt sikkerhet for brukerne, frihet til å ta egne avgjørelser på bakgrunn av tilrettelagt informasjon og en beskyttelse mot dårlig kvalitet på helsetjenestene. Mye av dette grunner i den tilliten brukerne har til helseforetakene. Det som er tilfelle er at brukernes tillit til den medisinske profesjonsstanden er avtakende (Østergren, 2004)¹⁶. Kvalitetsindikatorerne skal bidra til at brukerne har tilgang til kvalitativ informasjon, slik at de kan foreta et valg. Valget er et forsøk fra politikernes side på å gjenoppbygge tilliten (Østergren, 2004), men indikatorernes reelle virkning er svekket, fordi de til dels ikke gir skikkelig informasjon som brukerne virkelig kan fatte et valg på.

For organisasjoner hvor det største konkurransefortrinn er den intellektuelle kapitalen, er det svært uheldig å ikke inkludere denne eksplisitt i dens strategi. Et konkurransefortrinn kommer av at en organisasjon har en fordel i forhold til sine konkurrenter. Når helsesektoren kan betegnes som et kvasimarked, er det fordi det er en viss grad av konkurranse. For et helseforetak er det viktig å benytte seg av det som kan gi den et konkurransefortrinn, nemlig den intellektuelle kapitalen. Markedet til et helseforetak er i dag ikke begrenset av regionale grense, men er utvidet til de nasjonale grensene. Ved å utvikle den intellektuelle kapitalen kan et helseforetak utvide dens marked.

¹⁶ Hentet fra blant annet Schlesinger (2002): "A loss of Faith: The Source of Reduced Political Legitimacy for the American Medical Profession". Milbank Quarterly.

Det er to gode grunner til å se på et Balanced Scorecard som et styringssystem for et helseforetak. Det ene er markedsutviklingen og den andre er den intellektuelle kapitalen. I et Balanced Scorecard er begge disse perspektivene fremhevet og de kritiske suksessfaktorene skal bidra til å gi helseforetaket et unikt konkurransefortrinn.

Det som er av betydning er å se på hvilken påvirkning markedet (brukerne) har på helseforetakene og hvordan helseforetakene tilpasser deres drift. Det vil belyse fordeler og ulemper knyttet til bruken av et Balanced Scorecard. Diskusjonen ser ikke på et enkelt nivå, men belyse generelle tendenser i helseforetakene. En del av retningslinjene som kommuniseres fra politisk hold påvirker alle nivåene i et helseforetak.

7.3.1 Etterspørselsmekanismer og markedsideologi

Endringene i den Norske sykehussektoren påvirker selve ideologien. Tanker som før var dypt forankret i helsesektoren er i dag blitt erstattet. Det påvirker utformingen av styringsmekanismer i helseforetakene. Noen er organisert som forretningsselskaper hvor lokale helseforetak ikke konkurrerer med hverandre, mens andre med et internmarked hvor selvstendige enheter konkurrerer med hverandre (Østergren, 2007). Styringsformene er valgt med den hensikt å bedre balanse mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester. *”Styringsperspektivet i sykehussektoren er i større grad blitt basert på etterspørselsmekanismer og markedsideologi, og denne bedriftsorienteringen reflekteres godt i de organisasjonsformene som sykehusene tar i bruk, med begreper som divisjoner, senterstruktur og enhetligledelse”* (Martinussen & Paulsen, 2005, s128).¹⁷ Behovet til brukerne er (burde være) avgjørende for det styringssystemet helseforetakene benytter. Tilbudet av flere og mer avanserte behandlingsformer er et tegn på en markedstilpasning.

Ledere skal i dag ikke bare styre driften. En like viktig oppgave er å utvikle helseforetakene, og ledelse handler blant annet om å utvikle et *”...sterkere pasientfokus, ivareta pasientenes rettigheter, sikre samhandling på tvers av profesjonsgrensene og bidra til kvalitet og legitimitet for tjenestetilbudet.”* (Byrkjeflot & Neby, 2005, s 57). Både valg av styringsform og endret lederrolle viser at helseforetakene har endret orientering, og tilbudet og innholdet i tjenester er mer rettet mot pasientgruppen. Endringen viser også verdien utvikling har, med å

¹⁷ Hentet fra Pettersen (2001): ”Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen”. Tidsskrift For Den Norske Lægeforening.

øke samhandlingen mellom profesjonene for å øke læringsevnen. Større krav til kvalitet og et økende behov for å legitimere helsetjenestene er også et resultat av markedsmekanismenes påvirkning. Organisasjonsformene og lederkulturen skal støtte oppunder denne nye orienteringen, hvor pasienten er i fokus. Foretaksorganisering som kom med desentraliseringen skulle ”bidra til.....større fleksibilitet, effektivisering og bedre brukerorientering” (Hovik & Lie, 2005, s 177).

7.3.2 Den gyldne middelvei: Hvordan forene to roller

Bruke har mange forventninger/krav til et helseforetak. Ved utformningen av styringsmekanismer må de regionale helseforetakene ta hensyn til disse forventningene, som til dels kan være motstridende. De regionale helseforetakene betraktes som eier og kunde, fordi de ”eier” de lokale helseforetakene samtidig som de bestiller helsetjenester. Verdiene disse rollene representerer er ofte motstridende. Som kunde bestiller de helsetjenestene som brukerne etterspør. De skal sørge for at pasientens behov blir dekket på en forsvarlig måte, samtidig som befolkningen stiller krav til bedre utnyttelse av ressursene. På den måten skal de ivareta pasientenes, befolkningens og de politiske aktørenes forventninger på en og samme tid. Som eier stiller de regionale helseforetakene krav, overfører ansvar og beslutningsmyndighet, på samme tid som de forventer effektivitet, kvalitet og lave kostnader.

Denne todelte rollen skaper uklarhet vedrørende rollefordelingen. Dette er med på å øke kompleksiteten og oppgavedefinisjonen til helseforetakene, fordi rollene legger vekt på forskjellige verdier. Dette kan føre til skeiv prioritering, fordi verdiene til den sterkeste parten lett kan få avgjørende betydning i beslutningssammenhenger. Flere argumenter fremhever avveiningen mellom eier- og bestiller rollen, blant annet ”...at de regionale helseforetakene har slått sammen sykehus til et fåtall store helseforetak. Som eier kan de da ta ut økonomiske stordriftsfordeler og faglig samarbeidsfordeler, men som bestiller får de færre konkurrerende leverandører å spille på” (Stigen et al., 2005, s 110). For eiersynet er dette en fordel, men det er flere grunner til en slik sammenslåingen. ”Slike organisatoriske sammenslåinger vil gjøre sykehustjenestene mer robuste og legge til rette for en mer optimal funksjonsfordeling, bedre samarbeid og mer effektiv ressursutnyttelse enn om de minste sykehusene forblir enkeltstående” (Stigen, 2005)¹⁸. Tiltaket kan også komme brukerne til gode, og som bestiller profitterer de regionale helseforetakene på dette. Dette viser at de

¹⁸ Hentet fra Innst. O. nr. 118, 2001 – 2002:48

regionale helseforetakene balanserer synet mellom bestillerrollen og eierforholdet. Veksten i antall private sykehus viser også at bestillerrollen blir ivaretatt (Stigen et al., 2005, s 111). Samlet sett er konklusjonen at det er en ”*tendens til at helseforetakene, ..., har oppnådd bedre resultat når det gjelder eierkravene enn bestillerkravene*” (Stigen et al., 2005, s 111). Riktig nok er denne forskjellen er liten.

I kraft av bestillerrollen er de regionale helseforetakene opptatt av hvordan brukerne oppfatter tjenestene. Det stilles krav til pasientbehandling, utdanning, forskning og brukermedvirkning/pasientopplæring (Stigen et al., 2005, s 112). Siden de regionale helseforetakene betaler for tjenestene som brukerne mottar, er det en viss grad av samsvar mellom brukernes forventninger og kravene som eierne stiller.

Tilbakemeldinger om brukernes oppfatninger og tilfredshet er viktige evalueringskriterier for eieren, fordi de forteller hvorvidt prosessene i helseforetakene er tilrettelagt på en slik måte at de tilfører riktig verdi til brukerne. Når det skal utvikles et Balanced Scorecard er det en utfordring å identifisere de riktige kritiske suksessfaktorene. Denne utfordringen øker når de kritiske suksessfaktorene som identifiseres i bruker- og eierperspektivet begge er avgjørende for å nå visjonen. I bestillerrollen kan det identifiseres kritiske suksessfaktorer som ikke samsvarer med de kritiske suksessfaktorer i eierperspektivet. De kritiske suksessfaktorene kan være en refleksjon av de forventningene pasientene og befolkningen har, og disse to interessene er til dels forskjellig. Krav til effektivitet kan gå utover kvalitet, og prioriteringene reflekterer forskjellen mellom bestillerrollens og eierrollens betydning.

I følge Kristiansen blir det i økonomisk evaluering beregnet ”*kostnader av et helsetiltak i forhold til dets effekt. Ofte uttrykker man resultatet av analysen som kostnad per vunnet leveår*” (Kristiansen, 2007, s 54). Prioriteringer blir foretatt og for eierrollen er dette et naturlig argument, fordi det er en alternativkostnad forbundet med de ressursallokeringene som blir gjort. Alternativkostnaden til et tiltak er nyttetapet av den beste alternative anvendelsen de aktuelle ressursene kunne hatt (Kristiansen, 2007). Når ressurser øremerkes for en bestemt pasientgruppe, kan det medføre at andre grupper relativt sett tildeles færre ressurser. Nyttetapet er den tapte nytten av den alternative anvendelsen.

Synet på etikk har flere fasetter og ”*fordi alle helsetiltak har en alternativkostnad, kan den tradisjonelle medisinske etikken (pliktetikken) ikke stå alene, men må suppleres med en*

nytteetisk tilnærming” (Kristiansen, 2007, s 54). Økonomisk nyttevurdering er knyttet til nytteetikk, mens pliktetikken er knyttet til brukernes behov. I et helseforetak kan disse synene på etikk stå i kontrast til hverandre, og være med på å øke kompleksiteten i forhold til hvilke prioriteringer ”eieren” bør ta når de skal utarbeide et Balanced Scorecard. Gitt at økonomisk vurdering skal føre til større helsegevinster, må samfunnet si nei til andre tiltak for å sikre ressurser til de mest kostnadseffektive tiltakene (Kristiansen, 2007). I strategiutforming er dette den delen som avsettes til å identifisere hva helseforetaket ikke skal gjøre. For helseforetakene kan dette føre til problemer, fordi mange lover regulerer driften og stille krav til hva de må gjøre.

Når brukerne ikke har innvirkning på prismekanismene, kan man spørre seg om helseforetakene har innvirkning på prissettingen, fordi det i hovedsak bare er en kjøper. Om dette er med på å redusere ressursgrunnlaget, er ikke denne oppgavens mål å besvare. Men ressursgrunnlaget i helsesektoren fører til at det må taes vurderinger i forhold til nytte og plikt. I utgangspunktet kan dette føre til redusert tilfredshet, fordi man ikke kan tilfredsstille alle brukere når disse vurderingene foretas. I et Balanced Scorecard er både pliktetikk og nytteetikk representert, fordi brukernes interesser blir ivaretatt ved å tenke pliktetikk, mens eiernes interesser blir ivaretatt ved å tenke nytteetikk. Sammen med ønskede effektivitetsgevinster kan et avbalansert forhold mellom de to synene på etikk bidra til økt tilfredshet blant eiere og brukere.

7.3.3 Et mangfold av styringsimpulser

Stortingets innflytelse på helseforetakene er direkte og indirekte. Den indirekte innflytelsene formidles gjennom det parlamentariske styringssystemet, mens den direkte innflytelsen er via formelle vedtak i Stortinget. I tillegg ”... *formidles politiske signaler direkte til helseforetakene gjennom politiske debatter og utspill fra representantene på Stortinget*” (Opedal & Rommetvedt, 2005, s 79).

I politikken verden sies det at politikere ikke vinner valg for å formulere politikk, men at de formulerer politikk for å vinne valg. Dette utsagnet tilsier at befolkningen må være tilfreds med løftene som politikerne fremsetter, for å gi dem stemmer. Dermed kan befolkningen ha en direkte påvirkning på de sakene som opptar politikerne. For eksempel kommer dette til syne gjennom ekstrabevilgningene som tildeles helsesektoren når de regionale

helseforetakene ikke går i budsjettbalanse (Tjerbo & Hagen, 2005). Politikerne foretar avveininger med hensyn til merkostnadene (i form av hvor mange stemmer som kan tapes) ved ikke å gi ekstrabevilgninger. Siden politikerne tenker ”valgstemmer”, kan deres ”valgløfter” sammenliknes med markedstenkning. De forsøker å tilfredsstille velgernes behov.

Brukerne påvirker politikere gjennom brukerorganisasjoner, som for eksempel pasientombud og interesseorganisasjoner, eller gjennom media. Brukerorganisasjoner driver lobbyvirksomhet overfor politikerne, og media kan påvirke helseforetakenes beslutninger direkte gjennom oppslag eller indirekte ved at stortingspolitikere fanger opp oppslagene og setter dem på dagsorden.

Brukerne påvirker eierne i de regionale helseforetakene, lokale helseforetakene og Stortinget gjennom valg, lobbyvirksomhet, etterspørselen og massemedia. Ledelsen i helseforetakene står overfor et bredt og mangfoldig sett av styringssignaler som er med på å øke kompleksiteten og planleggingen. Dette fører til at det kan stilles spørsmål ved realiteten til handlefriheten. Redusert handlefrihet setter begrensninger for helseforetakene, og sterkt politisk press kan føre til skeiv prioritering mellom perspektivene. Å se sammenhengene i modellen er viktig. Der er alle perspektivene avgjørende for å nå de langsiktige målsetningene.

Det er fremhevet at et Balanced Scorecard, tilrettelagt for en organisasjon i privat sektor, har finansielle mål som den endelige målsettingen. Det vil si at andre perspektiver skal tilrettelegges slik at de bygger oppunder en langsiktig finansiell suksess. Med denne erkjennelsen skal de ”andre perspektivene” i et helseforetak bygge oppunder misjonen, og gitt at misjonen ikke favoriserer noen av perspektivene skal deres mål støtte oppunder misjonen.

Hvis strategien har et differensiert fokus vil sterke styringssignaler og interne målemekanismer som ensidig vektlegger et økonomisk fokus føre til mislykket strategiimplementering. Det er da en klar frakobling mellom strategien og de systemene som benyttes. Effektivisering og et finansielt fokus gir resultater som kan måles, men forteller lite om hvordan målene skal nås. Dette fører til at helseforetakene fortsetter i den kortsiktige styringssløfe og at langsiktige strategier blir en utopi i stedet for en mulighet.

7.3.4 Pasient eller økonomi i fokus?

”Pasienten i fokus” er et uttrykk som ofte blir fremsatt. I helseforetaksloven heter det seg at *”Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det,...”* (Helseforetaksloven). Videre heter det i pasientrettighetsloven at *”...lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten”* (Pasientrettighetsloven). For å ivareta pasientenes interesser og rettigheter må helseforetakene styres slik at brukernes interesser blir ivaretatt på en profesjonell måte. Det vil si at brukerne har samme tilgang, kvalitet og sikkerhet, uavhengig av demografiske og geografiske forskjeller.

Endringene i markedet og styringsmekanismene *”... sammenfaller med styringsmodeller som vektlegger målstyringskonsepter, konkrete resultatkrav og ny management-orientert lederstil med vekt på resultatorientering, administrativ profesjonalisme og mindre politikerinnflytelse”* (Martinussen & Paulsen, 2005, s128-129). Utviklingen av kvalitetsindikatorer er et tegn på målstyring i den norske helsesektoren, og kravet om budsjettbalanse er et resultatkrav. I Helse Vest er det et fokus på økonomiske prestasjonsmål, likevel har lokale helseforetak fått lov til å styre sine egne virksomheter, for å kunne oppnå bedre resultater (Østergren, 2007).

Resultatorientering er utbredt på alle nivåer i organisasjonen, og muliggjort gjennom en reell delegering av beslutningsmyndighet. Sentrale virkemidler innenfor helsevesenet har klare trekk til New Public Management, med et større fokus på resultatmål og sammenliknbare data mellom sykehusene, fritt sykehusvalg og de nye lovverkene som regulerer helseforetakene, hvor ansvaret er overført til lederposisjoner i stedet for profesjonsutdanningen (Martinussen & Paulsen, 2005)¹⁹. Om denne overføringen har ført til større vektlegging på finansielle mål er uklart. Likevel kan den kompliserte oppgavestrukturen i helsesektoren tyde på at overføringen av ansvar har valgt å legge mindre vekt på kompleksiteten i helseforetakene, fordi hovedansvaret er lagt på budsjettdisiplin.

Det har foregått en hybridisering av lederposisjonen, det vil si at fokuset er både finansielt og fagmessig (Østergren, 2007). Desentralisering og bruk av diagnostisk kontrollsystemer ser ut til å skape forhold hvor denne hybridiseringen forekommer (Østergren, 2007). Så lenge oppmerksomheten er avbalansert mellom finans og fag, er det en positiv utvikling, fordi

¹⁹ Hentet fra Vareide P (2001): ”Sykehusreformen: Et hamskifte i styringen av helsetjenestene”. SINTEF Unimed

ledere da kan ivareta både brukernes og eiernes interesser. Hvis ansvarsoverføringen fører til en skeiv prioritering, til fordel for finansielle mål, er utviklingen klart en barriere for benyttelsen av et Balanced Scorecard. Økt finansielt fokus i Helse Vest kan tyde på at ansvarsoverføringen er i eiernes (krav til budsjettbalanse) interesse.

7.3.5 Brukernes påvirkning

Hvilken kunnskap trenger helseforetakene, og hva påvirker dette? Helseforetakene trenger kunnskap som er med på å øke kvaliteten og effektiviteten i de prosessene som leverer tjenester til brukerne og tilfredsstillt eierne. Ved å oppnå dette er helseforetakene i stand til å øke verdien på tjenestene som leveres og øke tilfredsheten til eierne. Dette kan oppnåes ved å tilby mer verdiskapende tjenester som lettere kan tilpasses endrete markedskrav og eliminere tjenester som ikke tilfører brukerne noen form for verdi og samtidig driver kostnadene opp (Michelman, 1999).

Manglende kvalitet på helsetjenester påvirker brukernes tilfredshet, fordi det oppstår en "mismatch" mellom forventningene brukerne har til helsetjenesten og den faktiske helsetjenesten. I tillegg vil manglende kvalitet kunne påføre helseforetakene unødvendige kostnader. Lite tilfredsstillende prosesser kan påføre brukerne et direkte tap, blant annet i form av over- og underforbruk. Dette kan føre til at behandlingsprosessene blir mer langstrakte enn om kvaliteten hadde vært tilfredsstillende i utgangspunktet. På denne måten vil tilfredsstillende kvalitet kunne spare brukerne for unødige lidelser, og spare samfunnet for misbruk av ressurser.

Manglende ressurser, som for eksempel tid til pasientene, kan tære på tålmodigheten og samvittigheten til helsepersonellet. Fisk et al. skriver at tilfredsheten og lojaliteten til pasienten, som er sluttbrukeren av helsetjenester, er avgjørende for tilfredsheten og lojaliteten til leger, eierne, pårørende, etc. (Fisk et al., 1990). Helsepersonellet kan ikke være tilfreds med sykehuset hvis brukerne er utilfreds med de helsetjenestene de mottar. Eierne kan heller ikke være tilfreds hvis sykehuset ikke leverte kvalitetsmessige tjenester som tilfredsstillt pasientenes behov på kostnadseffektive måter. Brukernes tilfredshet er vesentlig for et helseforetak, fordi tilfredse brukere er med på å øke helsepersonellens opplevelse av tilfredshet i arbeidet. At helsepersonellet er tilfreds bidrar til at de yter bedre service, og dermed bedre kvalitet.

Etterspørselen etter tjenester er avhengig av gjentatt bruk fra tidligere brukere, muntlig markedsføring fra etablerte brukere til nye brukere og markedskommunikasjon som tiltrekker seg nye brukere (Fisk et al., 1990). For å opprettholde eller øke etterspørselen etter helsetjenester er det viktig å tilrettelegge informasjonen til brukerne, blant annet gjennom kvalitetsindikatorene.

Brukerne er viktige for ressursgrunnlaget i et helseforetak, og for fremtiden er det viktig å utvikle organisasjonen slik at den er i stand til å ivareta og utvide relasjonene med brukerne. Helseforetakenes evne til å tilfredsstille brukerne har dermed direkte betydning for ressursgrunnlaget. Finansieringssystemet er til en viss grad sensitivt for kvaliteten helseforetakene leverer, fordi dårlig kvalitet kan påvirke tilstrømmingen av pasienter. ”... *det er pasientenes etterspørsel og ikke den politiske debatten som bestemmer budsjetttilgangen*” (Martinussen & Paulsen, 2005, s 129)²⁰.

Helseforetakene bør utvikle en organisasjonskultur som fremmer læring. Brukerne påvirker helseforetakene, og helsepersonellet er den gruppen som har tettest kontakt med brukerne. Brukerne påvirker utformingen av Balanced Scorecardet, ved at de kritiske suksessfaktorene som blir identifisert i det interne prosess- og lærings og vekstperspektivet skal bidra til å utvikle helseforetaket og tilrettelegge en drift som skal tilføre brukerne en verdi.

7.3.6 Kompleksiteten i helsearbeidet

Helseforetakene er komplekse og arbeidsoppgavene som utføres er mangfoldige. Arbeidsoppgavene som tilrettelegges for å dekke pasientenes behov påvirker valget av interne kontrollmekanismer (Pettersen, 1995). Pettersen fremhever tre karakteristika ved disse arbeidsoppgavene.

(1) Produksjonen av helsetjenester er *immateriell* (Pettersen, 1995). En kunde som skal gå til anskaffelse av en bil kan se, føle og prøve den før kjøpsbeslutningen blir tatt. Dette er ikke tilfelle med helsetjenester. De aller fleste pasientene har ikke fullstendig kunnskap til helsetjenesten eller produktet som blir gitt dem før, under eller etter en behandling. Dermed har de ikke forutsetning til å vurdere kvaliteten av behandlingen de mottar. Det finnes ikke

²⁰ Hentet fra Pettersen I J (2001): ”Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen”, Tidsskrift For Den Norske Lægeforening.

noe endelig mål som kan anvendes for å spore forholdet mellom tilførselen av ressurser og ytelsen av denne tilførselen, kombinert med et mål på kvalitet av denne prosessen (Pettersen, 1995). Dermed kan brukeren ikke vurdere kvaliteten på prosessen og må stole på helsepersonalet. Dette gir helseprofesjonen et monopol, ved både å produsere helsetjenestene og evaluere kvaliteten på tjenestene som leveres. På grunn av dette er det vanskelig for ledelsen å utøve atferdskontroll og resultatkontroll (Pettersen, 1995).

(2) Helsetjenester produseres gjennom *samhandlingen* mellom pasient og helsepersonell. Ledere i helseforetak har ingen direkte innflytelse på denne samhandlingen og må stole på at kunnskapen helsepersonellet har er av en slik kvalitet at den beste servicen blir levert. Manglende innflytelse kan føre til at samhandlingen mellom pasient og helsepersonell får forskjellige utfall, fordi det ikke er en konsistent måte å handle på. For at samhandlingen tilsynelatende skal være konsistent kan ledere i helseforetak utvikle og formidle ett sett av klientorienterte verdier (Pettersen, 1995).

(3) Produksjon og konsum av helsestell skjer *simultant*. I motsetning til materielle produkter, hvor det er et klart skille mellom produksjon og konsum, vil produksjonen og konsumet av helsetjenester skje samtidig. Dette er med på å redusere fleksibiliteten og planleggingen, fordi det ikke er mulig å produsere helsetjenester for å lagre dem eller for å transportere dem til andre helseforetak. Dette fører til uforutsigbarhet, fordi helseforetakene ikke kan forutse hvilke behov som vil etterspørres og dertil allokere ressurser for å møte et slikt behov.

Siden arbeidsoppgavene tilrettelegges for å dekke brukernes behov, burde styrings- og kontrollmekanismene vektlegge disse elementene i transaksjonen, nemlig brukerne og profesjonen.

De tre karakteristikkene ved arbeidsoppgavene, *immateriell*, *direkte samhandling* og *simultanitet*, understreker betydningen av å ta med profesjonen i utviklingen av et Balanced Scorecard, fordi det er helsepersonellet som leverer tjenestene til brukerne og som har største kunnskap om verdiene brukerne har av helsetjenesten. Helsepersonellet får viktige tilbakemeldinger fra brukerne, og indirekte påvirker brukerne helseforetakene gjennom helsepersonellet. Ved å øke personellens innflytelse på utviklingen av mål, kan motivasjonen for å nå målene øke.

Et Balanced Scorecard som konstrueres fra bunnen av kan fremme "clan control" (Aidemark, 2001), fordi målene som velges i et Balanced Scorecard reduserer tvetydigheten til prestasjonsevalueringen. Klanene er en gruppe individer som er avhengig av hverandre og har et felles mål (Ouchi, 1980). Etersom profesjonene definerer målene som skal brukes, kontrollerer de hva som er viktig (Aidemark, 2001). Et Balanced Scorecard vektlegger pasienten, prosesser i helsestellet og opplæringen av ansatte (Aidemark, 2001). Den immaterielle komponenten i arbeidsoppgavene er dermed vektlagt i et Balanced Scorecard, og sammen med økt resultatkontroll gjennom beslutningsmyndigheten, kan det bidra til bedre sammenfallende interessentene mellom ledelsen og profesjonene. Dette kan føre til at læringsprosessene, forskning og utvikling og kvalitetsbevisstheten i et helseforetak øker.

Markedsmekanismenes økte innflytelse fører til at arbeidsoppgaven i enda større grad påvirkes av brukerne, og siden arbeidsoppgavene har betydning for de interne kontrollmekanismene er det naturlig å anta at brukerne har innflytelse på de interne kontrollmekanismene.

I et Balanced Scorecard måles brukernes tilfredshet og utviklingen av den immaterielle ressursen en forutsetning for at modellen skal fungere. Ved å benytte et Balanced Scorecard i et helseforetak inkluderes begge elementene i transaksjonsprosessen, brukerne og helsepersonellet, i kontrollmekanismene og styringssystemet.

7.3.7 Brukerundersøkelser

Helseforetakene foretar ved regelmessige anledninger pasientundersøkelser, for å kartlegge i hvilke grad pasientene er tilfredse med tjenestene som produseres og leveres. Tilbakemeldingen fra pasientene benyttes til forbedringer. Endrede preferanser angående kvalitet føre til at helseforetaket må endre tjenesterepertoaret, gjerne ved å levere flere tjenester (som for eksempel bedre informasjonsgrunnlag om kvaliteten) eller tilføre større verdi i de eksisterende tjenestene. Tilbakemeldingen kan dermed påvirke målene i de valgte perspektivene.

For å sikre at helsepersonellet er i stand til å levere de beste tjenestene, er det viktig at de får den riktige utviklingen og utdanningen. Dette sikrer at de som leverer tjenestene, og står brukerne nærmest, vet hvilke prosesser som er avgjørende for å levere brukerne verdi.

Ettersom helsepersonellet kjenner prosessene i et helseforetak, vet de også hvilken kunnskap som er nødvendig for å tilfredsstille fremtidige prosessforbedringene. Den manglende kjernekompetansen ledelsen har medfører problemer når de skal sette mål i det interne prosess- og læring og vekstperspektivet.

Målene som fastsettes for utvikling og læring bør være mål som organisasjonen må strekke seg etter, fordi kunnskapsfronten hele tiden er i utvikling. Nye metoder for behandling og ny informasjon om sykdommer utfordrer hele tiden gammel kunnskap. Helsepersonellet må hele tiden lære av egne og andres erfaringer, og være kreative og pågående for å få de beste resultatene²¹. For å bedre kvaliteten er det derfor viktig at læringen skjer som en del av arbeidet, både innenfor et helseforetak men også ved utstrakt samhandling mellom avdelinger og andre helseforetak. På denne måten kan målene som opprettes, både de strategiske og de diagnostiske, føre til bedre informasjonsspredning som øker kunnskapen internt i og mellom helseforetakene.

7.3.8 Brukernes verdier gjenspeiles i helseforetakene

Kombinasjonen av høy grad av usikkerhet, som følge av en intensiv personlig samhandling, og høy grad av prestasjonstvetydighet, på grunn av den immaterielle komponentene, fører til at kontrollmekanismene i et helseforetak for en stor del støtte seg til kulturell kontroll (Pettersen, 1995). Denne formen for kontroll er adekvat når standardisering av arbeidsprosesser og resultat ikke er mulig, og innebærer standardiseringen av normer og verdier gjennom profesjonell utdanning (Pettersen, 1995). Dette er forenlig med Simons kontrollsfærer. Kjerneverdiene kommuniseres for å inspirere, motivere og gi retning, og for å begrense risikoen kommuniseres grenser for akseptabel atferd.

Strategier som utvikles og implementeres medfører ofte endringer i organisasjoner. Endringene kan føre til at organisasjonsmedlemmene endrer deres atferd, slik at handlingene er i tråd med strategien. Resultatet er manglende overensstemmelse mellom atferd og holdning (Lines, 2005). *“Modern programmatic change technologies such as....., and balanced scorecards include tools for the direct influence of behaviours in organizations”* (Lines, 2005, s18). Når systemene fører til rigid atferd kan inkonsistens mellom atferd og holdning føre til at medlemmene endrer deres holdninger. Dette fører til endrete verdier i

²¹ Kronikk i Bergens Tidene 12.april 2007, Overlege dr. Med Einar Heiervang.

organisasjonen, som igjen endrer organisasjonskulturen. Helsereformen legger vekt på mål som effektivitet og økt kvalitet, og alle endringene rundt og inne i sykehusene indikerer at det foregår et verdiskifte (Østergren, 2007).

Verdiskifte er blant annet en følge av påvirkningen brukerne har på helseforetakene. Helsereformen gir brukerne økt medbestemmelse og rettigheter, og det påvirker strategien i helseforetakene. Den endrete strategien fører til et verdiskifte. For å øke kvaliteten er det viktig med opplæring og utdanning av helsepersonellet. Et Balanced Scorecard kombinert med de fire kontrollmekanismene er en fremgangsmåte for å oppnå en standardisering av normer og verdier. Det kan bidra til større konsistens i samhandling mellom leger og pasienter, og bedret kvalitet på de tjenestene som leveres.

7.4 Prestasjonsmål og målesystemer

En av målsettingene med å overføre autonomi fra fylket til sykehusforetakene kan kobles til statens ønske om å øke styringskapasitet i helsesektoren (Byrkjeflot & Neby, 2005). De nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer skal bidra til bedre styringsinformasjon i helseforetakene. Kvalitetsindikatorer representerer resultatmål, og skal rapporteres til sentrale institusjoner ved jevne mellomrom.

Sentraliseringen har endret organisasjonsstrukturene og skapt et mer komplekst bilde av helsevesenet. Utfordringen med å styre og måle prestasjoner i helseforetakene blir ytterligere komplisert når helseforetakene utvikler seg til integrerte helsesystemer som er sammensatt av blant annet sykehus, poliklinisk pasient, kirurgiske sentre og pleiehjem (Pinenno, 2002).

Helseforetakene kan karakteriseres som arbeidsintensive institusjoner og det påvirker utformingen av prestasjonsmålingssystemer. Heterogeniteten kan forklare hvorfor prestasjonene til ansatte varierer, alt etter ferdigheter og sinnsstemning, og hvordan prestasjonen mellom ansatte kan variere, alt etter hvilke erfaringer og ferdigheter de har (O'Connor et al., 1988). Dette fører til problemer når ansattes ytelser skal måles. I tillegg er det vanskelig å måle prestasjonene mellom avdelinger i forskjellige helseforetak, fordi spesialisering ofte bygges opp i fagsentre. Dette kan gi unøyaktige målinger som er lite egnet til sammenlikning mellom avdelinger.

Balanced Scorecard har størst effekt når den benyttes for å drive en organisasjon gjennom en endringsprosess (Kaplan & Norton, 1996). Ledere kan kommunisere behovet for endring ved å etablere mål som organisasjonen skal strekke seg etter. Ved å nå disse målene kan strategien realiseres og organisasjonen nærmer seg visjonen.

I et helseforetak kan de finansielle og ikke-finansielle målene være motstridende og hvis de ikke balanseres kan de by på problemer for å nå de langsiktige målsettingene. Før en organisasjon kan identifisere de kritiske suksessfaktorene, er det en forutsetning at den har noe å jobbe mot, gjerne en tentativ strategi. Hvorvidt strategien reflekterer hele organisasjonen eller om den er utviklet i et vakuum får ikke betydning for fastsettelsen av mål, men for hvor vellykket strategiimplementeringen er.

Selv om organisasjonsmedlemmene er enige om strategien som skal følges, er det vanskelig å definere målene, iverksette de riktige aktivitetene som er kritiske for å nå målene og tilpasse et belønningssystem som ikke medfører suboptimale løsninger for organisasjonen (Tuomela, 2005). I helsesektoren kan aktørene i interessentperspektivet ofte ha motstridende interesser. Dette fører til problemer med defineringen og fastsettelsen av mål, og iverksettelsen av tilhørende aktiviteter for å nå målene. I hvilken grad det kan rettferdiggjøre at fastsette mål i et perspektiv forulemper mål i et annet perspektiv, er avhengig av misjonen.

7.4.1 Balanserte mål og målesystemer: virkninger og følger

Målesystemer for prestasjoner har tre karakteristikker som er avgjørende for utformingen (De Toni & Tonchia, 2001). Den ene er *formaliseringen* av systemene. Hva skal måles og hvordan skal dette måles? Det er viktig å se etter fenomener som lett kan defineres og måles. Den andre er i hvilken grad målesystemet skal *integreres med andre systemer*, som for eksempel regnskapssystemer, driftsplanlegging og kontrollsystemer og strategiske planleggingssystemer. Den siste er hva målesystemet skal *brukes til* og kan være (1) planlegging, kontroll og koordinasjon av aktiviteter, (2) kontroll, evaluering og involvering av menneskelig kapital og (3) til å sammenlikne prestasjonene i organisasjoner, avdelinger eller prosesser med andre (benchmarking).

Finansielle mål har lenge vært benyttet som styringsinformasjon i organisasjoner. I tillegg har utdanningsinstitusjoner fokusert på finansielle mål som styringsmekanismer. I budsjettstyring

vektlegger organisasjonen evalueringen av de oppnådde finansielle resultatene. Dette representerer styringsløyfen og består av strategisk planlegging, budsjettforberedelse, drift og målinger, og rapportering og evaluering (Østergren, 2007). Det siste elementet, rapportering og evaluering, benyttes i den strategiske planleggingen, og slutter sirkelen. Denne styringsløyfen kjennetegner et diagnostisk kontrollsystem, og har ofte en kortsiktig styringshorisont.

Finansielle mål er på sett og vis enklere å kontrollere enn ikke-finansielle mål. De representerer slutten av en kjede, og kommer klart frem i regnskapet som organisasjonen er pliktig til å fremlegge årlig. På den måten er arbeidet gjort, og det må ikke iverksettes isolerte prosesser som fremskaffer styringsinformasjonen.

I motsetning til de finansielle målene har ikke-finansielle mål en kortere "historie". For noen organisasjoner representerer ikke-finansielle mål et helt nytt element i styringssystemet. Dette skaper et usikkerhetsmoment, fordi ikke eksisterende eller lite erfaring med målinger kan reduserer tilliten til ikke-finansielle mål (Tuomela, 2005).

Det kan være vanskelig å sette mål og velge ut riktige mål. Mangelfull kunnskap fører til problemer med å identifisere de riktige målene i flere av perspektivene (Tuomela, 2005)²². En følge av dette er at prestasjonsnivået kan settes for lavt eller for høyt. Om prestasjonsnivået er for krevende kan det virke demotiverende og er det for lavt trenger ikke organisasjonsmedlemmene å anstrenge seg for å nå dem. I begge tilfeller kan det føre til en mislykket strategiimplementering.

Mangelfull kunnskap om virkningen mellom ikke-finansielle mål og mellom finansielle og ikke-finansielle mål gjør det vanskelig å vite hvordan avveiningen mellom de forskjellige målene virker (Otley, 1999). Antakelsen om årsak – virknings relasjonen mellom perspektivene er grunnleggende, fordi man antar at målene i de ikke-finansielle områdene skal kunne forutse fremtidige finansielle mål (Nørreklit, 2000). I dette ligger det at de finansielle mål skal si noe om tidligere prestasjoner, mens ikke-finansielle mål skal representere de handlingene som skal skape fremtidige finansielle resultater (Nørreklit, 2000). Finansielle mål er bakoverskuende og ikke-finansielle mål er fremoverskuende.

²² Hentet fra Vaivio (1995): "The emergent of Non-financial Management Accounting Measures: a Case study".

For å benytte finansielle og ikke-finansielle mål til styringsformål, må lederne ha tillit til prognosene som settes. Det vil si at de resultatmålene må representere et reelt mål, og ikke fastsettes på bakgrunn av incentivforventninger og legitimeringsbehov. Det må derfor være en klar kobling mellom målene som settes og de faktiske målene som benyttes til evaluering. Pettersen fant forskjeller mellom det planlagte budsjettet og det reell budsjettet i norske sykehus, noe som kunne være til hinder for organisatorisk læring og evalueringen av prestasjonene (Pettersen, 1995).

Handlingene som foretaes er middelet for å oppnå et ønsket resultat. Ved å sammenligne de faktiske resultatene med de ønskete resultatene kan man måle avvik i forhold til strategien. Men å måle effekten av handlinger som er forbundet med nye og komplekse aktiviteter er spesielt vanskelige, fordi det er vanskelig eller umulig å etablere prestasjonsmål for aktiviteter som organisasjonen har liten eller ingen erfaring med (Nørreklit, 2000).

Vaivio mener at inkluderingen av ikke-finansielle mål i styringsprosesser også drar nytte av konseptet om diagnostisk- og interaktiv kontroll. Diagnostisk kontroll overvåker de ikke-finansielle målene gjennom strategiimplementeringen, det vil si at kontrollen følger utviklingen mot de strategiske målene. Ved avvik iverksettes det tiltak som bringer strategiimplementeringen på rett bane igjen. Interaktive kontrollen av de ikke-finansielle målene skjer ved å overvåke organisasjonens strategiske usikkerhet. Dette kan være områder som kontinuerlig endrer seg og har stor strategisk betydning for organisasjonen.

7.4.2 Innbyrdes avhengighet eller lineære sammenheng mellom målene

Kaplan og Norton fremstiller modellen som en lineær sammenheng mellom perspektivene (Kaplan & Norton, 1996). Bedre opplæring og økt kunnskap blant ansatte skal føre til bedring av de interne prosessene. Skjønt dette kan være en forenkling av virkeligheten (Otley, 1999). Nørreklit argumenterer for at det er en gjensidig avhengighet mellom perspektivene (Nørreklit, 2000), som i tilfellet med bruker- og personaltilfredshet. At brukerne er tilfredse kan være avgjørende for tilfredsheten til helsepersonellet og deres tilfredshet er bare tilstede hvis brukerne er tilfredse med tjenestene som leveres. Samtidig er brukertilfredsheten avhengig av at helsepersonellet er tilfreds, fordi et utilfreds helsepersonell kan bidra til å forringe kvaliteten på tjenestene som leveres brukerne. At det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom perspektivene er med på å komplisere arbeidet med å velge ut de

kritiske suksessfaktorer, fordi målene i perspektivene påvirker hverandre. Dette står i kontrast til den lineære tanken om at ett mål er en forutsetning for at andre mål skal bli nådd.

7.4.3 Vridningseffekter

I forhold til ensidig vektlegging av finansielle mål, ansees Balanced Scorecard å gi et mer korrekt bilde av kompleksiteten i helseforetakene. Kompleksiteten i arbeidsoppgaver og heterogeniteten til helsepersonellet fører til at det er vanskelig å definere prestasjonsmål for nøkkelfaktorer, og at målene bare til en viss grad kan benyttes til sammenlikninger (Aidemark, 2001). Helsepersonell anser det for å være svært vanskelig å sammenlikne kostnader mellom helseforetak, selv innen samme spesialisering, fordi forholdene og omstendighetene er vidt forskjellige (Aidemark, 2001).

Prestasjonsmålinger kan føre til at helsepersonellet med vilje feilrapporter, fordi de ha incentiver til å gi feile opplysninger. Det kan være frykten for å rapportere resultater som ikke tilfredsstillende målsettinger, og konsekvensene dersom resultatene ikke er gode. Et eksempel kan illustrere dette: *”Et norsk kvalitetsregister innen kirurgi førte til at 16 sykehus sluttet med en bestemt kreftoperasjon. For mange døde på deres avdelinger. Dette var en dramatisk konsekvens.”*²³ Resultatene var ikke tilfredsstillende. For høy dødelighet kunne svekke kvaliteten og det kunne føre til redusert tillit hos brukerne. I Helse Vest svarte 77 prosent av respondentene at de trodde avdelingene ville få strammere budsjett påfølgende år, hvis de faktisk greide å holde seg til budsjettet i det inneværende året (Østergren, 2007). Dermed virker det som om det er negative konsekvenser knyttet til å nå målene. Dette virker klart hemmende på tilliten til prestasjonssystemene og får konsekvenser for læringsprosessene i organisasjonen, fordi det ikke er nøyaktighet i resultatene. Det er en løskobling mellom prognosene og realiteten.

For et Balanced Scorecard er løskoblingen mellom fastsatte og faktiske resultatmål svært negativt, fordi avvik da ikke sier noe om hvordan strategiimplementeringen faktisk går. I tillegg er målene som settes ikke knyttet til selve strategien. I henhold til teorien om Balanced Scorecard er det heller ikke noe som tilsier at modellen vil være en suksess når de fastsatte målene ikke er forankret i strategien.

²³ Kronikk i Bergens Tidene 12.april 2007, Overlege dr. Med Einar Heiervang.

7.4.4 Fordeler og kontrollgrunnlag

Til tross for at det finnes problemer med bruken av målinger, har systemet fordeler også. En undersøkelse av mer enn 500 studier indikerte at prestasjonene økte med 16 prosent i organisasjoner som etablerte mål (Niven, 2003). Når prestasjonsmålene kommuniseres virker de som offentlige erklæringer, fordi målene offentliggjøres. De målene som kommuniseres får lett oppmerksomhet, noe som bidrar til å øke forpliktelse til å nå målene. Når et Balanced Scorecard utarbeides og kommuniseres virker det som en offentlig erklæring som skal hjelpe organisasjonen i å nå langsiktige målsettinger. Målene som etableres i de valgte perspektivene blir mål som organisasjonsmedlemmene lett kan identifisere seg med.

Målene bidrar til at hver enkelt ansatt ser en klar sammenheng mellom egne handlinger og organisasjonens overordnede mål, fordi de informere hele organisasjonen om hvilken forventet atferd og prestasjonsnivå som er viktig for å lykkes. På denne måten får alle organisasjonsmedlemmene en klare ideer om hvilken innsats som er forventet av dem, og hva deres innsats har å si for organisasjonens overordnede mål.

Kompleksiteten i helseforetakene gjør det vanskelig å måle prestasjoner langs en enkelt dimensjon (Pink et al., 2001; Bilkhu-Thompson, 2003). De finansielle målene er mest nyttig når de sees i sammenheng med ikke-finansielle mål, fordi de ikke-finansielle målene er driverne for de fremtidig finansielle resultatene. Ved å benytte ikke-finansielle mål til styringsinformasjon vil et helseforetak skape en plattform som danner grunnlaget for effektivisering. Resultatet av effektiviseringen er mer helse pr krone investert. Gode finansielle mål og et godt finansielt resultat er dermed kritiske for å opprettholde høy kvalitet på helsetjenestene (Pink et al., 2001), fordi finansielle mål i denne sammenhengen representerer mer og bedre helse av investerte ressurser.

Et ensidig fokus på budsjettunderskudd, som representerer begrensinger for helseforetaket, kan føre til neglisjering av andre prosesser, som for eksempel kvalitet. I et helseforetak har Balanced Scorecard et stort potensial som styringsverktøy (Bilkhu-Thompson, 2003), fordi det er basert på en avveining mellom finansielle og ikke-finansielle mål.

Aidemark mener at prestasjonsmålinger er et innflytelsesrikt verktøy i et helseforetak. ”Klanen”, som kontrollmekanisme, kan måle og bruke målingene i konstruksjonen av en ny realitet (Aidemark, 2001). I et helseforetak er ”klankontroll” det eneste effektive (Aidemark,

2001; Nyland & Pettersen, 2004), selv om den virker sammen med andre former for kontroll. Implementeringen av et Balanced Scorecard fører til endringer i status quo.

Dette kan føre til at "klanen" motsatte seg endringene. På tross av dette viser det seg at Balanced Scorecard er et attraktivt styringsverktøy for profesjonsstanden og for ledere i helsesektoren, fordi et Balanced Scorecard har et fokus på kvalitetsarbeid i helsesektoren, pasienter, ansatte og prosesser, uten å overse de finansielle målene (Aidemark, 2001). På denne måten er flere av interessentenes synspunkter vektlagt og målene som fastsettes kan virke som bindende kontrakter.

Nye strategier kan medføre endrete prioriteringer som nødvendiggjør en omallokering av ressurser til de initiativene som bidrar til å nå de nye målene. Ressursallokeringen er koblingen mellom budsjettet og strategien, og i budsjettet fastsettes den årlige ressursfordelingen. En bred enighet om strategi gir grunnlaget for å definere mål, og dermed allokere ressurser til de initiativene som har høyest prioritet. Når ansatte inkluderes i strategiarbeidet og utviklingen av målene i et Balanced Scorecard, kan det oppnås en sterk motivasjon for å nå de fastsatte målene. Når målene er etablert kan denne "bottom-up" prosess gir nye muligheter for en byråkratisk ovenfra og ned kontroll (Aidemark, 2001).

Kontrollsystemet er avhengig av at ledere har god kunnskap om transformasjonsprosessen (input-output), evnen til å sette prestasjonsstandarder og måle ansattes resultater (Arthur, 1994). Dette setter lederne i stand til å overvåke og styre ansatte atferd. I helseforetak er transformasjonsprosessens resultat ikke like klart, og et system som baserer seg på input, eller "klan", vil foretrekkes. I et slik system kan seleksjon, trening og sosialiseringsprosesser prøve å forene ansattes interesser med organisasjonens interesser (Arthur, 1994)²⁴.

Kontrollprinsippet tilsier at ledere holdes ansvarlig for de hendelsene og det ansvarsområde som tilhører deres kontrollsfære (Nyland & Pettersen, 2004)²⁵. Ansvarlighet er så basert på at det er mulig å definere planer og at det foreligger en velkjent relasjon mellom input og resultat. Når denne relasjonene er uklare og muligheten til å måle lav, er det vanskelig å utøve organisasjonskontroll basert på spesifikke regler og byråkratiske kontrollmekanismer (Nyland

²⁴ Hentet fra Eisenhardt K M (1985): "Control: Organizational and economic approaches", Management Science.

²⁵ Hentet fra Modell og Lee (2001): "Decentralization and Reliance on the Controllability Principle in the Public Sector", Financial Accountability and Management.

& Pettersen, 2004). Dette leder til at interaktiv kontroll er mer formålstjenlig, fordi den baserer seg på uformell og formell kommunikasjon angående organisasjonens strategiske usikkerhet. Den strategiske usikkerheten er blant annet knyttet til konteksten og oppgavestrukturen i helseforetak. Ved å inkludere "klanen" i utviklingen av styringssystemet, gjennom den formelle og uformelle kommunikasjonen, kan styringssystemet og kontrollen få innslag av normene og verdiene i organisasjonskulturen. Flere av målene i Balanced Scorecardet representerer dermed interessene til "klanen" og styringen av organisasjonen er bundet opp til "klanens" verdier og normer.

7.4.5 Diagnostiske og interaktiv kontroll

Skillet mellom diagnostiske - og strategiske mål får konsekvenser for styringen i en organisasjon. Det er de strategiske målene som kontinuerlig skal overvåkes og evalueres (Kaplan & Norton, 1996), fordi det er disse målene som er avgjørende for fremtidig suksess. Strategiske mål benyttes til strategisk styring og gjennom kontinuerlig overvåking og evaluering bidrar de til organisasjonslæring. Læringen oppstår ved å eksperimentere med målene og ved å foreta egevaluering av de valgte målene. I foretak som har liten erfaring med å benytte ikke-finansielle mål som styringsinformasjon, er denne formen for læring en viktig kilde til å forbedre prosessen som leder til identifiseringen og fastsettelsen av mål.

For organisasjoner som har liten eller ingen erfaring med ikke-finansielle mål, utgjør de disse målene en usikkerhet. Det er knyttet usikkerhet til den informasjonen de ikke-finansielle målene gir og koblingen mellom målene i perspektivene er gjensidige. Dette forsterker behovet for interaktiv kontroll av de ikke-finansielle målene. Informasjonen som fremkommer bør diskuteres og analyseres av alle berørte parter. Den interaktive kontrollen setter fokus på dialog og fokuserer på den strategiske usikkerheten i organisasjonen (Østergren, 2007). Informasjonene som avdekkes gjennom den interaktive kontrollen kan få konsekvenser for den valgte strategien og/eller målene. Kontrollen setter organisasjon i stand til å tilpasse og justere målene slik at de er bedre tilpasse organisasjonens omgivelser. Denne formen for styring baserer seg på "double loop" læring, der det stilles spørsmålsteget om strategien er den rette for å nå langsiktige målsettinger.

Interaktive kontrollsystemer er viktige i krisetider, fordi kriser ofte fremkaller endringer i strategien (Østergren, 2007). Endringer i strategien fører med seg usikkerhet og risiko, fordi

strategien bygger på et sett av hypoteser om hvordan langsiktige mål nåes. Den interaktive kontrollen ivaretar den langsiktige tidshorizonten, mens det diagnostiske målesystemet har en kortsiktig tidshorizont, fordi det består av en lukket sløyfe. Rapportering og evaluering av finansielle og ikke-finansielle mål danner i det diagnostiske systemet grunnlaget for endringer i den strategiske planleggingen i styringsløyfen. Denne type kontroll er ikke tilstrekkelig for å balansere til dels motstridene aktørers interesser (Østergren, 2007), fordi informasjonen ofte hentes fra resultatregnskap hvor økonomiske interesser fremheves.

Det diagnostiske målesystemet representerer ”*singel loop*” læring, fordi det ikke setter organisasjonen i stand til å bryte ut av styringsløyfen. Man endrer ikke de kritiske handlingene når målene ikke er korrekte, men bare korrigerer prosessene for å bringe de på riktig bane igjen.

I et helseforetak er det viktig å fastsette eksplisitte mål for utviklingen av de immaterielle eiendelene og nøye overvåke disse, fordi denne ressursen representerer den største utgiften og inntekten til organisasjonen, i tillegg til at denne ressursen er kilden til fremtidig suksess. Immaterieliteten er en del av oppgavestrukturen i helseforetakene, og hvis det ikke dannes mål for hvordan disse ressursene skal utvikles, blir forpliktelsen til å allokere ressurser svekket.

Hver eneste strategi er unik, fordi hver enkelt organisasjon formulerer en strategi som er tilpasset dens visjon. Av denne grunnen er et Balanced Scorecard også unikt. Det kan ikke utarbeides et Balanced Scorecard for hele helsesektoren Norge. Det er for mange særegenheter mellom helseforetakene, som for eksempel forskjellig fagkompetanse og ressursgrunnlag. Det følger av dette at sammensettingen av de kritiske suksessfaktorene og resultatmålene til de kritiske aktivitetene er forskjellig, alt etter hvilken organisasjon det er, hva den driver med og hvilke langsiktige mål den har. Hvert foretak har en unik sammensetning av kunnskap og en unik omgivelse som gjør det vanskelig å danne like mål.

Å etablere systemer som skal måle prestasjonen til organisasjonen krever en grundig gjennomgang av hva som skal måles og hva målesystemet skal brukes til. Kvalitetsindikatorerne som er etablert representerer mål som skal benyttes i styringen av helseforetakene. Ut i fra teori er denne formen for prestasjonsmål lite egnet til styring, fordi

målene er etablert nasjonalt og regionalt og ikke tilpasset helseforetakenes særegenheter. De gjenspeiler ikke hvert enkelt foretaks unike situasjon og valgte strategi.

De nasjonale kvalitetsindikatorene har ikke innfridd oppgaven de var tiltenkt. *"Nasjonale kvalitetsindikatorer omfatter i hovedsak systemkvalitet og pasienttilfredshet. Disse brukes i liten grad som styringsinformasjon på avdelingsnivå."* (Fra strategi til handling, 2006). Når de ikke blir benyttet til styringsinformasjon har de ikke noe relevans for et Balanced Scorecard.

Del III: Drøfting av empiri

8 Analyse av intervjuene

8.1 Strategi.

Strategien helseforetakene utvikler blir ofte begrenset av det politiske systemet, ressurstilgangen og eierinnflytelse. I Helse Vest fremstår budsjettet som en begrensning for deres mulighet til å tenke langsiktig. Helse 2020 representerer et langsiktig perspektiv, og budsjettprinsippet er lite egnet til å implementere Helse 2020, fordi denne styringsmodellen ikke fanger opp kompleksiteten i og den langsiktige utviklingen av helseforetaket.

8.1.1 Hvor er vi og hvor vil vi?

For å møte de fremtidige utfordringene ser Helse Vest manglene ved dagens styringssystem. På spørsmålet om hvilke begrensninger budsjettet har svarte:

”Budsjettet er slutten på en årlig strategidiskusjon, i hvert fall på et taktisk nivå. I tillegg er det en totalgjennomgang på alt som er av utfordringer og ulike løsningsalternativer på det. På den måte er budsjettet et uttrykk for den strategien som skal følges det nærmeste året, i hvert fall på tidspunktet budsjettet blir lagt.”

Økonomidirektør i Helse Vest

”Uten at man evner å se budsjettet i forhold til aktivitetene og det man skal oppnå, og til å skjele til de såkalte behovene, enten definert av pasient eller helsepersonell, blir budsjettredskapet ikke nok. Det fanger ikke opp kompleksiteten i helseforetakene.”

Fagdirektør i Helse Vest

Balanced Scorecard inkorporerer det langsiktige perspektivet og kompleksiteten bedre enn et budsjett, fordi det går utover det ensidige økonomifokuset som budsjettet har. Dermed fokuserer implementeringen av strategien ikke ensidig på økonomiske resultater, men vektlegge det som skaper resultatene. Et Balanced Scorecard er på den måten et bedre egnet styringssystem for Helse Vest enn et budsjettprinsippet.

Helse 2020 ser på utfordringer som ligger langt frem i tiden. I det kortsiktige perspektivet av Helse 2020 ligger det føringer som kommer gjennom den Nasjonale helseplanen. Regjeringen ønsker med Nasjonal helseplan (2007 – 2010) å ”...gi et samlet bilde av hvordan de ulike deler av helsetjenesten henger sammen og er avhengig av hverandre for at pasienten skal få et godt tilbud. Målet er å styrke og samordne innsatsen for likere og mer rettferdig fordeling av god helse” (Helse- og omsorgsdepartementet).

Helse Vest har med hensikt utvidet analysen for å møte fremtidige utfordringer. På spørsmålet om Helse 2020 var en regional eller Nasjonal strategi svarte:

”Helse 2020 er en regional strategi som i det kortsiktige perspektivet bygger på Nasjonal helseplan. ... vi har forsøkt å gjøre et mer langsiktig perspektiv.”

Prosjektdirektør i Helse Vest

Det kan se ut til at Helse 2020 danner en visjon, og at de Nasjonale helseplanen skal operasjonaliseres som en strategi. Ideelt sett er en strategi som strekker seg fire år frem i tid et bra utgangspunkt for Helse Vest. Hvis den Nasjonale helseplanen, sammenkoblet med Helse 2020, blir benyttet til å identifisere aktiviteter/initiativer, kan Helse Vest implementert strategien ved hjelp av et Balanced Scorecard. Det kan gi et godt grunnlag for å identifisere kritiske suksessfaktorer i de utvalgte perspektivene.

Fagdirektøren utdyper diskusjonen rundt Helse 2020 slik:

”Helse 2020 definerer mulighetene eller handlingsrommet vi har ut ifra den ressursrammen samfunnet stiller til disposisjon. Ser man på behovsetterspørselen i forhold til tilgjengelige ressurser, er det inkongruens i utgangspunktet. Det vil alltid være et misforhold, og Helse 2020 har vært viktig for å realitetsorientere folk i forhold til en klart definert ressursramme. Helse 2020 har vært helt avgjørende for å komme et skritt videre og ikke få polarisering som går på manglende ressurser og økende behov. Noe som er situasjonen i dag.”

Fagdirektør i Helse Vest

I Helse 2020 erkjennes det at Helse Vest ikke kan velge mellom økonomi og brukernes behov, men at de sammen definerer Helse Vest sin fremtid. Helse 2020 fremstår som et

realistisk blide på kompleksiteten og utfordringene i Helse Vest. Finansieringen, hvor effektivisering er et velbrukt uttrykk, er eiernes fokus. Sammen med brukernes økende/endrede behov kan disse fremstå som to poler. Et Balanced Scorecard vektlegger begge interessentene og trekker oppmerksomheten til Helse Vest vekk fra polariseringen. Dette kan sette dem i stand til å implementere Helse 2020, og gjenspeiler et realistisk syn på kompleksiteten og utfordringene.

8.1.2 Autonomi og planlagte strategier

Den nærme sammenhengen mellom strategi og prestasjonsmål fører til at revideringen av strategien forplanter seg til endrete prestasjonsmål. Gjennom dette strategiarbeidet kan Helse Vest utvikle en kompetanse for hvordan de skal benytte prestasjonsmål og hvilke prestasjonsmål som er egnet for strategiimplementeringer.

Når organisasjoner skal implementere en strategi ved hjelp av et Balanced Scorecard, må de stille spørsmål ved hvorvidt det er mulig å realisere strategien. For å realisere strategien må Helse Vest ha evnen og friheten til å velge ut de kritiske suksessfaktorer som bidrar til å implementere deres strategi. Kaplan og Norton fremhever at det ikke er operative mål som skal danne grunnlaget for et Balanced Scorecard, men strategiske mål. Siden strategien skal konkretiseres i mål i hvert perspektiv, er det naturlig å stille spørsmålet om Helse Vest har muligheten til å sette egne mål, som er tilpasset de interne og eksterne omgivelsene.

”Det er det vi holder på med eller som vi er i ferd med å begynne.”

Prosjektdirektør i Helse Vest

”Nasjonal helseplan ligger som et overordnet mål for alle, så frihetsgraden er ikke så veldig stor. Vi må evne og se at styringsinformasjonssystemer bare fanger inn fasetter at totaliteten. De fanger selvsagt mye inn på økonomi, fordi det er bunnlinjen. Økonomiske mål er sentrale for avviksmåling og fordelinger av kostnader til ulike kostnadsarter.”

Fagdirektør i Helse Vest

Lengden på en strategi er avgjørende for dens suksess.

”En strategi som strekker seg femten år inn i tid, er i mitt hode en visjon. Jo lengre tidshorisont jo oftere må den revideres.”

Konsulent i Bergen

Strategier som ofte revideres får likhetstrekk med en fremvoksende strategi, og fraviker den planlagte strategien. Det er nokså sannsynlig at Helse Vest når deres mål ved å revidere strategien, og at de gjennom erfaringer og nye politiske innspill (blant annet Nasjonal helseplan) lærer hvilke aktiviteter som bidrar til å bevege dem i riktig retning.

Fleksibiliteten begrenses gjennom mange forskjellige styringssignalene som Helse Vest får.

”Hvis det er nasjonale føringer er vi forpliktet til å følge dem opp.”

Fagdirektør i Helse Vest

Det er to grunner til at Helse Vest ikke kan implementere langsiktige strategiske planer. Den ene er at Helse Vest ikke har forutsigbare og stabile rammer, som gir dem muligheten til å implementere en slik planlagt strategi. For mange styringsimpulser og politiske vedtak er med på å bringe ubalanse i de langsiktige styringsplanene. Den andre er knyttet til det faktum at de som formulerer strategien ikke sitter med den samme kunnskapen som helsepersonellet. Dermed har de ikke den kjernekompetansen om og påvirkningen av samhandlingen mellom pasient og helsepersonell. Dette henger sammen med den kompliserte oppgavestrukturen i helseforetakene, hvor ledelsen må stole på ekspertisen og vurderingene til helsepersonalet.

Strategiarbeidet Helse Vest legger opp til kan karakteriseres som en fremvoksende strategi. Den vil utvikles gjennom erfaringer, og krever at Helse Vest tilrettelegger systemer som analyserer og viderebringer informasjonen. På denne måten utvikles de til en lærende organisasjon. Læringsprosessen har stor betydning for Helse Vest, fordi de har liten erfaring med å benytte ikke-finansielle mål til styringsinformasjon, og trenger å sette organisasjonen i stand til å utvikle kompetanse innenfor dette feltet. Det vil si å søke etter ny kunnskap, ved å overvåke prosesser og prestasjoner i forhold til forventede resultater. Kunnskapen må spres og være tilgjengelig på alle nivåer, slik at de som trenger informasjonen lett får tak i den.

Dermed kan alle avdelinger og individer være i stand til å relatere sin drift/oppgave opp mot Helse Vest sine overordnede målsettinger.

Den interaktive kontrollen bidrar til å øke læringen og dermed kunnskapsoppbyggingen i Helse Vest, fordi gjennom dette systemet overvåkes og evalueres den strategisk usikkerheten, som for eksempel konjunkturer, investeringer, lovreguleringer og endrede behov hos brukerne. Den kontinuerlige overvåkingen og evalueringen setter Helse Vest bedre i stand til å konkretisere strategien og bidrar dermed til økt læring.

På spørsmål om nedbryting av strategien, til lokal- og individnivå, kan skape bedre link mellom behandling og overordnet mål svarer ansatte i Helse Vest slik:

”Vi har startet med noe som vi tror er i riktig retning. Det må utvikles, fordi vi erkjenner at selv om styrerapportene blir brutt ned på HF nivå,.....(ville) de være lite relevant i forhold til det som er kjernevirksomheten. ...Ingen av disse tingene har vi i dag, men vi må fase de inn. Dette krever informasjon, og i dag er det ikke noe automatikk i å hente ut denne type informasjon.”

Fagdirektør i Helse Vest

Helseforetakene bør utvikle egne strategier, som er bedre egnet til å støtte oppunder de overordnede målsettingene (visjonen) i Helse Vest. Det erkjennes at informasjonssystemer er viktige for å bidra til utviklingen i Helse Vest. Disse prosessene kan målsettes innenfor prosessperspektivet, for eksempel utviklingen av læringsprosesser og økt tilgjengelighet av viktig informasjon.

8.1.3 Konsensus

En viktig forutsetning for å lykkes med strategiimplementering, er at den utvikles gjennom et samarbeid med alle interessentene. Helse 2020 bygger på et grundig arbeid hvor flere av interessentene har vært delaktig.

”Alle som har hatt interesse har vært med, for eksempel brukerorganisasjonene.”

Økonomidirektør i Helse Vest

”I tillegg er alle med i høringen som skjer etter at prosjektet er levert.”

Prosjektdirektør i Helse Vest

Dette er et viktig utgangspunkt for å lykkes med strategiimplementeringen, fordi strategien ikke bare reflekterer eierne og helseforetaksledelsens syn på fremtiden, men også brukerne og de ansatte. Med det som utgangspunkt settes Helse Vest i stand til å identifisere de kritiske suksessfaktorene i alle perspektivene som er avgjørende for å nå visjonen.

8.1.4 Ensidig fokus og nedbryting av strategien

Men det ligger begrensinger i Helse Vest som er viktig å bearbeide. Finansperspektivet fremkommer som en begrensning på Helse Vest sine handlingsrammer. Det er en gitt økonomisk ramme som Helse Vest må holde seg innenfor, og det gir føringer for prioriteringene mellom perspektivene. Faren er at det legges for mye vekt på resultatene i eierperspektivet, og at man dermed får en skeiv prioritering på bekostning av de andre perspektivene. Gjør man det vektlegges resultatene og ikke driverne for fremtidig suksess. For at Balanced Scorecardet skal være til nytte må det sees slik at eksplisitte mål i lærings og vekstperspektivet skal sette Helse Vest i stand til å drive de kritiske interne prosessene slik at de tilfører både brukerne og eierne optimale resultater. Det danner dermed grunnlaget for at organisasjonen skal kunne implementere en langsiktig strategi. Et problem i Helse Vest er at det er for stor vektlegging av det finansielle perspektivet (og resultatene), altså eierne syn. På spørsmålet om de finansielle målene hadde størst betydning/fokus ble det svart:

”Det er klart at finansielle mål har mye å si og dominerer bildet, men det er igjen basert på de sentrale føringene. Beskjeden styrelederen formidler til oss er at det er budsjettkontrollen som er overordnet. Han er tydelig på at det er vår målsetting. Det er klart at når slikt skjer kan andre ting bli tonet noe ned.”

Fagdirektør i Helse Vest

Dette samsvarer også med funn som Østergren har gjort, som viser at Helse Vest har et massivt fokus på finansielle resultater (Østergren, 2007). Dette fokuset ser også ut til å være en del av strategien.

Nedtoning av "andre ting" får klart konsekvenser for andre interessenter i Balanced Scorecardet. Pasientrettighetene er absolutte og bindene for helseforetakene, fordi de er forankret i Norges lover. På spørsmålet om det er pasientens tilfredshet eller ressurser begrensningene som legger premissene for problemløsninger, siteres et illustrerende eksempel.

"I Helse Bergen for et år siden hadde de et styremøte om budsjettet, og det ble satt absolutte krav til nedskjæring av så og så mye. Direktøren stilte spørsmålet: "Hva med kravet til den andre siden? Pasientrettighetsloven, som gir pasienten juridiske bindende rettigheter kan ikke innfris innenfor denne økonomiske rammen". Det slo ikke igjennom. Det var økonomene som vant. "Dette er et økonomisk foretak og det er styres plikt til å overholde de økonomiske rammene."

Pasientombudet i Hordaland

Sitatet bekrefter at et ensidig fokus på økonomi får store konsekvenser for andre perspektiver. Et slikt ensidig fokus kan hemme langsiktige strategiimplementeringer, og er lite forenlig med tankegangen som ligger bak et Balanced Scorecard. Ensidig fokusering på økonomi hemmer mulighet til å utvikle de immaterielle ressursene i organisasjonen, som igjen er med på å utvikle organisasjonen slik at den i fremtiden vil kunne innfri de økonomiske kravene. I tillegg kan en strategi som ensidig fokuserer på finansielle mål være vanskelig å oversette i andre perspektiver enn et finansperspektiv.

Når økonomiske prioriteringer går foran tilfredshet (og rettigheter), er det et klart tegn på at Helse Vest står overfor en verdikonflikt mellom interessenten. Verdiene til eierne blir tydelig formidlet og at Helse Vest prøver å skjøtte sin oppgave godt (sett fra eiernes side), tyder på at verdiene i Helse Vest er økonomisk relatert. Eierne bruker verdier som et substitutt for en sentralisering, fordi med sammenfallende interesser er det større sannsynligheten for at desentraliserte beslutninger er i tråd med eiernes verdisyn. Helsereformens tanke var sentralisert desentralisering, og man kan spørre seg om desentraliseringens realisme kunne er formalisert i et økonomiske verdisyn.

Ressurstilgangen i helseforetakene er begrenset, og investeringer kan gjenspeile prioriteringer. Prioriteringene kan gå utover rettighetene pasientene har. Selv om fagdirektøren i Helse Vest

ikke kunne se at dette var tilfelle, uttalte en seksjonsleder ved Haukeland på spørsmålet om strenge krav til økonomiske mål kunne gå utover pasientens rettigheter og tilfredshet:

”Det er klart at det er et voldsomt kjøp på økonomien. Det aksepteres ikke avvik. Det er klart det kan gå utover aktiviteten og at det kan gå utover tilbudet til pasientene. ...Når økonomien er begrenset blir det spesielt viktig å bruke prioriteringsforskriften til å sikre at de som trenger det mest får hjelp først. Det betyr at ventelistene for ”rett til annenhelsehjelp” kan gå opp.”

Seksjonsleder ved Haukeland Sykehus

Kunnskapsgapet (arbeidsoppgavenes kompleksitet) mellom ledere og helsepersonell kan være en barriere i strategiarbeidet til Helse Vest. For å lukke dette gapet kan ledelsen ta med de ansatte i utviklingen av strategien. Det er til dels gjort i Helse Vest, men ikke fullt ut.

”Jeg tror det er umulig å la tusen blomster blomstre lengre nede og deretter aggregere noe på toppnivået i konsernet.”

Fagdirektør i Helse Vest

”Vi opererer jo på overordnet (nivå) og jobben med å bryte ned strategiene er jo en interessant øvelse. Man kan lett få målforskyvninger når man tar utgangspunkt i strategiene som er laget her (Helse Vest sitt regionale kontor). Når man kommer til en avdeling i Bergen kan det hende at scorecardet som de lager blir oppfattet å komme på tvers av den strategien som blir utviklet her.”

Økonomidirektør i Helse Vest

”Oppfatter at helsereformen skulle bli et regime på overordnet (nivå), fra og la de tusen blomster blomstre er det nå mye mer topp-down.”

Prosjektdirektør i Helse Vest

Aidemark skriver om ”klanen”, og dens betydning for å utvikle et Balanced Scorecard. For å oppnå kontroll er det mulig å kommunisere kjerneverdier og grenser. Dette er sammenfallende med Pettersen, som også mener at kontroll av verdier og normer gir en større kontroll enn byråkratisk kontrollmekanismer. Monopolstillingen helsepersonellet har

medfører at de er en stor maktfaktor i et helseforetak og ”*Professionerne nøjes ikke med at søge kontrol over de traditionelle fagforeningsområder som løn, særlige privilegier og sikkerhed på arbejdet. De søger også at kontrollere definitionen af selve arbejdet ved at skabe en institutionel ramme, der støtter deres aktiviteter i bredest mulig forstand*” (Sognstrup, 2003, s46).

Strategien skal kommuniseres til hele organisasjonen og det trengs prosessen og systemer som hjelper til med implementeringen. Hvert nivå skal så utforme et eget Balanced Scorecard, som er egnet for deres drift. Det som er avgjørende er at ”scorecardet” på hvert nivå bidrar til de overordnede målsettingene.

Kaplan og Norton mener at utviklingen av et strategikart kan hjelpe strategiimplementeringen, fordi det skaper en visuell representasjon av organisasjonens kritiske suksessfaktorer og aktiviteter (Kaplan & Norton, 2000). Kartet skal bidra til å klargjøre sammenhengen mellom det arbeidet ansatte utfører og organisasjonens evne til å nå de kritiske suksessfaktorene. På denne måten kan lederne kommunisere betydningen av hver enkelt arbeiders innsats, for de overordnede målene i organisasjonen.

8.2 Brukerperspektivet.

Markedsmekanismene skal bidra til at helseforetakene får incentiver til å forbedre sine tjenester til brukerne. Flere private aktører har fått avtaler med helseregionen, og det har oppstått en konkurranse om brukerne. Dette kan tjene brukerne, men fører til utfordringer og ulike konkurransevilkår mellom de offentlige helseforetakene og de private helseforetakene. Hvorvidt denne løsningen kommer brukerne til gode i det lange løpet, gjenstår å se. De offentlige helseforetak påvirkes blant annet i kompetanseoppbyggingen og pasientgrunnlaget.

”Det er inngått avtaler med private helseforetak som har svekket pasientgrunnlaget vårt. Dette medfører at vi ikke får den tilstrekkelige tilgangen på pasienter som vi må ha for å dekke undervisningsplanen vår. Skal vi utdanne medisinstudenter må vi ha tilgangen på en viss pasientmiks. Dette for å kunne få opplæring i blant annet prosedyrer og behandlinger. I tillegg vil svekket pasientgrunnlag føre til overkapasitet i enkelte avdelinger.”

Seksjonssjef ved Haukeland Sykehus

Universitetssykehusene må ha en viss pasientmiks for å sette sammen en gyldige læreplaner. Deler av opplæringen og kunnskapshevingen skjer ved hjelp av erfaringer og et mindre pasientgrunnlag kan fører til at avdelinger ikke greier å opprettholde kunnskapsnivået. Overkapasitet kan gå utover behandlingstilbudet generelt, fordi resurssene ikke blir utnyttet effektivt.

8.2.1 Brukerutvalg og organisatoriske endringer

På lokalt og regionalt nivå i helseforetakene er det etablert brukerutvalg hvor brukerorganisasjonene er representert. Disse kan påvirke helseforetakene gjennom administrasjonen. Pasientombudet uttrykket det slik på spørsmålet om hvilken påvirkning brukerorganisasjonene hadde på eierne:

”Organisasjonen har representanter i brukerutvalgene og disse har en reell påvirkning, ikke bare for den enkelte pasient, men for brukerne generelt. Det er organisasjonene som utpeker medlemmer i brukerutvalgene. I tillegg har de store pasientorganisasjonene direkte møter med sosialkomiteen.”

Pasientombudet i Hordaland

Sammensettingen i brukerutvalgene kan representere politiske prioriteringer, fordi brukerutvalgenes sammensetning består av de brukerorganisasjonene som kommer fra prioriterte pasientgrupper (Andreassen, 2007). Brukerorganisasjonene styrker dermed ikke bare brukernes innflytelse, men er også et middel for å styrke spesielle brukergruppers innflytelse. Dette kan bidra til en helsepolitisk omfordeling og underbygge nasjonale prioriteringer (Andreassen, 2007). På denne måten får helseforetakene tilført verdifull kunnskap som bare brukerne sitter med, og representerer således et annet synspunkt/perspektiv. Hvorvidt dette dekker brukene i vid forstand er heller uklart.

Sykehusreformen endret situasjonen for helsepersonellet og førte til et endret verdisyn. Endringene påvirker organisasjonskulturen og det tilsier at endringene tar lang tid å gjennomføre. Å endre verdifokuset krever at gamle antakelser og tankemønstre som er forankret i organisasjonskulturen avlæres.

Økte rettigheter fører til økte krav som må innfris, og oppstår det ubalanse mellom rettighetene brukerne har og helseforetakenes evne til å innfri kravene, går det utover brukernes oppfattede tilfredshet. På spørsmålet om hvilken kunnskap som fører til økt tilfredshet blant brukerne, svarte pasientombudet:

”Fra mitt ståsted ser jeg at de i større grad burde øke helsepersonellens kunnskap om rettighetene pasientene har, slik at disse blir fulgt.”

Pasientombudet i Hordaland

Forklaringen på dette er at:

”De nye retningslinjene representerer en ny kultur. Det er totalt brudd med den gamle samaritaner tankegangen. ...Helt nye roller bryter med den gamle kulturen. ...helsepersonellet er ikke vant til å forholde seg til at de utøver rettigheter, de utfører en helsetjeneste og de har mye mer av samaritaner tradisjonen i seg. Den tar det tid å snu.”

Pasientombudet i Hordaland

Dette verdiskiftet er også bekreftet i andre studier (Østergren, 2007).

For brukerne er ikke bare ventetiden avgjørende når de benytter sin rett til å velge behandlingssted, i økende grad etterspørres også kvalitet. Det er flere forhold som kan være med på å øke pasientenes vurdering av kvalitet, blant annet faglighet, logistikk, innfrielse av rettigheter, subjektive opplevelser og fritt sykehusvalg²⁶. For å vurdere om kvaliteten er god trengs det gode indikatorer og det er et problem. På spørsmålet om det finnes reelle mål for tilfredshet, svarte pasientombudet:

”Nei, det er vanskelig å måle direkte, er individuelt. Tilfredshet er avhengig av kvaliteten i helsetjenesten som blir levert og den sosiale relasjonen mellom pasient og helsepersonell.”

Pasientombudet i Hordaland

Når tilfredsheten kobles til kvaliteten på behandlingen er det vanskelig å måle resultatet, fordi mottaker ikke er i stand til å vurdere kvaliteten på den behandlingen som er mottatt. Men

²⁶ Kommer fra brosjyren, 06 Sammendrag av pasientombudets årsmelding.

tilfredsheten kan måles langs andre dimensjoner. Disse dimensjonene er gjerne knyttet til prosesser som bidrar til å øke brukernes oppfattede kvalitet.

8.2.2 Pasientundersøkelser

Det blir foretatt nasjonale brukerundersøkelser hvert tredje år, og resultatene gir en vurdering av brukernes tilfredshet med helsetjenestene. Resultatene skal benyttes til å avdekke avvik mellom fastlagte/planlagte mål og faktiske mål, og gir dermed informasjon om et forbedringspotensial i helseforetakene. For at disse brukerundersøkelsene skal gi verdifull informasjon, bør de utformes, analyseres og rapporteres med den hensikt. Det er problemer knyttet til brukerundersøkelsene og disse kan skade validiteten og den potensielle nytten resultatet skal gi.

”Pasientundersøkelser er ikke utfyllende, fordi pasienter som får time til behandling er tilfredse bare med å komme til. I tillegg vil manglende kunnskap om resultatet, og særlig når det gjelder behandlinger hvor pasienten ikke ser resultatet umiddelbart, være med på å tilføre brukerundersøkelsene unøyaktighet.”

Pasientombudet i Hordaland

Pasientombudet opplever at brukerne er fornøyde når de blir spurt, men ved nærmere ettertanke og etter en tid kan deres oppfatning endres.

Undersøkelser er i seg selv en vitenskap, og det er mulig å utforme undersøkelsene slik at de fabrikerer et ønsket svar. Det vil si at respondenten styres til å svare på en bestemt måte. Dette er klart med på å svekke troverdigheten i undersøkelsen, og den potensielle nytten en organisasjon kan ha av resultatet. Når svarene er manipulert kan ikke resultatet benyttes til styringsinformasjon. Problematikken med undersøkelsene ble uttrykket slik:

”Måten spørsmålene stilles på er avgjørende for svarene. Spørreundersøkelser kan designes slik at de ikke diskriminerer mellom godt eller dårlig. Det betyr at man må ha et avslappet forhold til en del undersøkelser. Vi må også erkjenne at vi har et behov for å legitimere oss, slik at folk er fornøyd.”

Fagdirektør i Helse Vest

For at brukerundersøkelsene skal gi nyttig informasjon bør tidsdifferansen, det vil si differansen mellom tidspunktet undersøkelsene blir foretatt på og tidspunktet når svarene foreligger, ikke være for lang. Realiteten mange organisasjoner må ta innover seg er at omgivelsene kontinuerlige endrer seg. For å iverksette tiltak bør tilgjengelig informasjon og tilbakemeldinger foreligge raskt. Det er ingen nytte i resultatene av en måling, når selve undersøkelsen er foretatt flere måneder i forvegen, fordi det på dette tidspunktet ikke er noe relevant styringsinformasjon for organisasjonen.

Det interaktive kontrollsystemet betyr en kontinuerlig overvåkning av de kritiske suksessfaktorene, og informasjonsnøyaktighet er viktig. Uten riktig informasjon vil lederne ikke kunne evaluere de målene som skal bidra til vellykket strategiimplementering. I diskusjonen om mål på kvalitet i brukerperspektivet kontra den faglige kvaliteten, uttalte:

”Jeg er helt enig i at brukerperspektivet er viktig og igjen er vi tilbake til systemene som blir brukt. Brukererfaringsundersøkelsene man opererer med på nasjonalt nivå blir gjennomført hvert tredje år. De har et stort omfang og svaret foreligger først noen måneder etter selve gjennomføringen. Hvilken mening gir dette i en virksomhet som egentlig lever 24 timer i døgnet 7 dager i uken. Jeg er for en forenkling og tror at det er det som er nøkkelen.”

Fagdirektør i Helse Vest

I Helse Vest har de anerkjent problemene med de nasjonale målene (indikatorene) og metodene som benyttes til å måle brukertilfredshet. Det er viktig å utvikle egne systemer, fordi i utgangspunktet er Balanced Scorecard unikt og resultatet av de nasjonale målingene fanger gjerne ikke opp den informasjonen som er nytting for Helse Vest. Økonomidirektøren uttalte en måte som kunne fange opp informasjonen bedre:

”Det enkleste er ofte det beste. Det koster lite å stille alle medarbeidere spørsmålet om de er fornøyd med sjefen, eller spørre alle pasienter om de var fornøyd med det de opplevde i kontakt med helseforetaket. En del helt enkle spørsmål og gjerne gjentakelse etter noen måneder.”

Økonomidirektør i Helse Vest

Fagdirektøren hadde følgende bemerkning til hvordan forbedringene med det nasjonale målesystemet kunne foretas:

”Vi jobber med å forenkle det og vi skal foreta brukerundersøkelser mer regelmessig enn de nasjonale undersøkelsene. De gir veldig lite informasjon til styringsdelen. Det er mer et symbol eller legitimeringsbehov.”

Fagdirektør i Helse Vest

Helse Vest har klare tanker på hvordan de kan forbedre målingene slik at de får tilbakemelding/resultater av undersøkelsene som er bedre egnet til styringsinformasjon. Det bør bemerkes at resultatene av slike undersøkelser (brukertilfredshet) gjerne er et resultat av driften. Det vil si at de er etterslepene indikatorer og kan sammenliknes med de finansielle resultatene. De forteller ikke hvordan Helse Vest har oppnådd tilfredsheten. Hvis det ikke iverksettes tiltak som er med på å heve kvaliteten, som for eksempel kunnskap om hvordan logistikken kan forbedres, kan man lett ende opp med at resultatene av brukerundersøkelsene fortsetter å være et legitimeringsmål overfor eier, brukerorganisasjoner og media.

8.2.3 Kvalitet: måling og etterspørsel

Når det kommer til kvalitet kan det være vanskeligere å måle resultatet. Pasientombudet har sett en klar økning i etterspørselen etter kvalitet i helsehjelpen.

”Savner egentlig gode kvalitetsindikatorer, fordi pasienter i dag oftere etterspør kvalitet enn ventetid. Det er vanskelig å foreta valg ut i fra kvalitet, fordi det ikke finnes gode mål.”

Pasientombudet i Hordaland

En av tankene med kvalitetsindikatorene var å frembringe informasjon til brukerne slik at de på en realistisk måte kunne utøve deres valgfrihet og medbestemmelsesrett. Konkrete mål på kvaliteten av enkelte behandlinger skulle øke sikkerheten til brukerne. Men få og til dels vanskelige kvalitetsindikatorer sørger for at informasjonsgrunnlaget som brukerne fatter beslutninger på heller er svakt. Når det hevdes at indikatorene er mer egnet til å skape en legitimeringseffekt, er det vanskelig å forstå hvordan de skal være med på å gi brukerne et reelt valggrunnlag. Om brukernes påvirkning på politikerne dermed heller slår tilbake, det vil si at politikerne påvirker brukerne ved å komme med valgløfter som brukerne stemmer på, er ikke denne oppgavens mål å avdekke.

Problemene med å måle utfallet av en behandling gjør at det er vanskelig å utarbeide adekvate kvalitetsindikatorer. Det er i tillegg vanskelig å knytte sammen pasientbehandling og økonomi, fordi oppgavestrukturen og brukerbehovene er heterogene. Hva som kompliserer denne sammenkoblingen mener fagdirektøren er:

”Vi har ikke outcome, de rette målepunktene. Vi pirker litt med indikatorer og ser på de som surrogat markører for kvalitet. Jeg tror samfunnet trenger en forsikring om at vi skjønner samfunnsoppgaven på en rimelig og ryddig måte. Å si at de er et uttrykk for kvalitet i tjenesten, kvaliteten på den enkelte pasients behandling, mener jeg er feil.”

Fagdirektør i Helse Vest

I et Balanced Scorecard kan heller ikke kvalitet måles direkte, men flere av målene, og da spesielt de ikke-finansielle målene, bidrar til å måle prosessene og grunnlaget for å yte god kvalitet. Dermed kan et godt utviklet Balanced Scorecard bidra til å heve kvaliteten indirekte. Dette kan føre til øket kvalitetsfølelse og tilfredshet for brukerne. På den måten forteller ”scorecardet” hvordan Helse Vest kan nå kritiske suksessfaktorer i brukerperspektivet.

8.3 Prestasjonsmål og målesystemer.

For å drive en organisasjon trengs det mange mål. Størsteparten av disse tilhører operative mål som benyttes i driften. Når et Balanced Scorecard skal benyttes er det viktig å identifisere mål som er strategisk viktig. Det er mange operative mål i Helse Vest, men det er ikke sikkert at hver av disse har avgjørende betydning for at strategien skal lykkes. Hvis mange av målene betegnes som avgjørende, kan de kategoriseres. I et helseforetak kan dette lett være tilfelle, fordi hver avdeling i et sykehus skal dekke behovene til en bestemt brukergruppe, og mener at deres mål er unike og avgjørende for at brukergruppen skal tilfredsstilles. I tillegg er behovene individuelt betont, det vil si at hvert individ har forskjellig oppfatning og styrke av et behov.

Niven (2003) kategoriserte mange av brukernes behov i noen få avgjørende aktiviteter som organisasjonene bør vektlegge, som for eksempel tilkomst og effektivitet. Gitt at disse aktivitetene utføres med nøyaktighet, kan de bidra til økt tilfredsheten blant brukerne. For eksempel er tilfredsheten i brukerperspektivet den kritiske suksessfaktoren som Helse Vest må gjøre det godt i for å lykkes med strategi implementeringen.

8.3.1 Egendefinerte mål og kvalitetsindikatorer

Nasjonale føringer begrenser fleksibiliteten i Helse Vest. Dette får konsekvenser for utvelgelsen av mål som skal reflektere strategiene. At Helse Vest må rapportere på mange ulike indikatorer, fører lett til at disse inkluderes i et Balanced Scorecard. Sammenhengen mellom strategi og fleksibilitet ble uttrykt slik:

”Jeg føler det skurrer litt med strategien. Skal fange inne Helse 2020 i et Balanced Scorecard og uttrykke det med indikatorer, blir det et krevende arbeid. Jeg er på jakt etter realismen i dette, jeg avviser det ikke.”

Fagdirektør i Helse Vest

Det er viktig å skilles mellom hvilke indikatorene som skal gies strategisk betydning. Det ikke meningen å innfase alle indikatorene som benyttes i Helse Vest. Ved utelukkende å inkludere de som er viktige for strategien, og overvåke disse interaktivt, kan organisasjonen settes i stand til å vurdere om strategien den følger er den riktige. Mange måleindikatorer og mye informasjon fører lett til et uoversiktlig strategikart.

Dette kan se noe forenklet ut. Helseforetakene er komplekse og det er vanskelig å fange opp fasettene i en slik virksomhet med noen enkle mål og i en modell. De nasjonale og regionale målene som Helse Vest benytter er økonomiske og faglige. Dette kan danne et grunnlag for forbedringsarbeid i helseforetakene.

På tross av at indikatorene har en god hensikt, dekker de ikke inn viktige perspektiv i Balanced Scorecardet. Det er også manglende bevis på at de brukes til styringsinformasjon. Kvalitetsindikatorers formål ser ut til å være tvetydig.

”Administrasjonen, regionalt helseforetak og helseforetak har et behov å vise styre, departement, statsråd og media, at vi på en rimelig måte skjøtter det samfunnsoppdraget som er gitt oss. Men å tro at dette (kvalitetsindikatorer og krav) skal gi grunnlag for forbedringer i helsetjenester som er knyttet opp til pasientbehandlingen, da er det et hav av dimensjoner mellom oss.”

Fagdirektør i Helse Vest

Et av formålene med kvalitetsindikatorer var nettopp at de skulle benyttes til forbedringsarbeidet i Helse Vest. For at dette skal skje må indikatorene ha relevans for den som skal benytte dem. Det vil si at formålet med indikatorene må ha en klar sammenheng med virksomheten. Hvis de ikke har en sammenheng med virksomheten kan indikatorene lett blir frakoblet styringen, fordi de ikke har noen relevans for helsepersonalet som er i kontakt med pasienten. Ved å bryte ned strategien og utvikle egne ”scorecard” for avdelinger og ansatte, kan det utvikles mål for ansatte som har relevans, samtidig som de bygger oppunder kvalitetsindikatorene. På spørsmålet om ansatte lettere ville se sammenhengen mellom deres handlinger og overordnede mål, hvis strategien ble brutt ned til delmål, svarte:

”Vi har noen overflatiske krav og indikatorer, og det kommer flere. Men hvis man prøver å fremstille at dette er relevant for den enkelte helsearbeider, som sitter og behandler pasienter, da tror jeg vi er på ville veier.”

Fagdirektør i Helse Vest

Hva er det da som gjør at helseforetak velger å benytte kvalitetsindikatorene, når et Balanced Scorecard skal tilpasses hver organisasjon? Det ser ut til at indikatorene ofte velges fordi de er en del av et overordnet rapporteringssystem. I tillegg identifiserer helseforetakene egne indikatorer som skal reflektere organisasjonen. Om kvalitetsindikatorene kunne være til hinder for utviklingen av egne mål i et Balanced Scorecard, svarte konsulenten:

”Siden helseforetakene må rapportere flere indikatorer er det lett å ta de med. Helseforetakene må jo følge med på den. Dette kan vanskeliggjøre utviklingen av et eget Balanced Scorecard som er tilpasset interne behov. Helseforetakene må være tøffere i å prioritere vekk de overflødige indikatorene.”

Konsulent i Bergen

Skal en planlagt strategi realiseres er det er forutsetning at organisasjoner velger de riktige indikatorene. Helse Vest har ikke noen erfaring med et Balanced Scorecard, og deres erfaringer med å benytte kvalitetsindikatorer til styringsformål er begrenset. Av denne grunnen være naturlig å basere implementeringen av et Balanced Scorecard på erfaringer. Det vil si at de lærer mens de implementerer, og dermed utvikles det en kontinuerlig læringsprosess. Dette setter organisasjonen i stand til å tilpasse seg omgivelsene og øke dens

tilpassingsevne. Det siste er spesielt viktig fordi økt tilpassingsevne setter organisasjonen i stand til å drive kontinuerlig endringsprosess, som blant annet kan påvirke struktur, prosess, domene og mål.

Ut i fra dette er det viktig å tenke at oppnåelsen av strategien henger sammen med kritiske suksessfaktorene. Helse Vest må identifisere de få kritiske suksessfaktorene som er avgjørende for deres evne til å implementere strategien vellykket. Det er viktig å ikke velge for mange kritiske suksessfaktorer, fordi ledelsen da lett mister oversikten over og oppmerksomheten på det som er strategisk viktig. At helseforetakene har en tendens til å inkludere mange indikatorer, gjenspeiler gjerne de mange forskjellige spesialiseringene helseforetakene består av. Konsulenten mente at:

”Når sykehusene tenker balansert målstyring tenker de ofte at de skal ha en drifts rapportering av alle indikatorene, og det finnes mange indikatorer. De mangler ikke på indikatorer men på prioriteringer. Hva skal det balanserte målekortet benyttes til? Er det for å følge driften eller for å implementere strategien. Det er to forskjellige ting, og det er de ikke helt klare på.”

Konsulent i Bergen

8.3.2 Måling av resultat

For å overvåke aktivitetene og bare bryte inne når avvik blir konstatert, er det fra et diagnostisk perspektiv viktig å ha gode prestasjonsmålinger (Østergren, 2007). Prestasjonsmål måler effekten innsatsen har, og denne sammenhengen er ikke like klar når effekten helsetjenester har skal måles. Et klart input-resultat forhold er en forutsetning for å kunne gjennomføre gode målinger.

”Input- output målinger på sykehusnivå kan måles med kvantumsmålinger. For antallet leger og kostnad per DRG poeng kan det estimeres et resultat, men ikke helt eksakt. Noen indikatorer kan sees i forhold til hva man får ut, men det gjelder ikke kvaliteten. Kvaliteten er et problem. Der er vanskelig å måle den faktiske kvaliteten. Det er bedre å tilrettelegge målinger som måler hvor gode helseforetakene er til å lage systemer som støtter oppunder prosessene og sikrer at de har rett kvalitet.”

Konsulent i Bergen.

Den til dels uklare sammenhengen er med på å fremheve betydningen av det interaktive kontrollsystemet, fordi usikkerheten tilknyttet målingene kan påvirke strategiens utfall. I følge Simons er svekkelsen/forningelse av intellektuelle ressurser en betydelig risiko for en organisasjons evne til å implementere dens strategi (Simons, 1998). Dette kan komme av en underinvestering i kunnskapsoppbyggingen til ansatte.

8.3.3 Mål på immaterielle ressurser

For å bygge opp kompetansen er det viktig å sette mål i lærings og vekstperspektivet. På spørsmålet om Helse Vest har god nok fleksibilitet til å satse på ansatte (for eksempel læringsmål) svarte:

”Jeg tror det er her vi avviker mest fra det som er metoden.... Jeg tror at den overordnede målsettingen vår er mulig å operasjonalisere ned på en god måte, og dermed skape felles ledelsesoppfølging. Om en tid vil vi se målekort som lokale ledere kan identifisere seg med. Vi er ikke der i dag, og det er ett langt stykke igjen, fordi det vi avkreves på fra nasjonal rapportering krever andre prioriteringer enn det vi snakker om her. Det er nesten to konkurrerende aktiviteter.”

Prosjekt sjef i Helse Vest

Prioriteringene i Helse Vest støtter ikke oppunder eksplisitte mål tilknyttet kompetanseutvikling. Denne manglende brikken erkjennes. Kompetanseutviklingen er grunnleggende for å nå målene i bruker- og eierperspektivet. Pasientombudet erfaringer er for eksempel at *”sykehusene har problemer med å innfri lovens bestemmelser²⁷”*. En av hovedgrunnene mener de er at ansatte i sykehusene har for liten kunnskap om hvilke rettigheter pasientene har ifølge lovverket.

Hele målesystemet i Helse Vest er rettet mot andre prioriteringer enn det som underbygge et Balanced Scorecard. Sitat fra konsulenten er med på å sette problemet i perspektiv:

²⁷ Kommer fra brosjyren, 06 Sammendrag av pasientombudets årsmelding.

”Man måler det målbare og ikke det viktige, og dermed viktig gjør vi det målbare og ikke det som er viktig”.

Konsulent i Bergen

8.3.4 Desentralisering og beslutningsmyndighet

Organisasjonens evne og autonomi til å utvikle egne strategier er viktig for å benytte et Balanced Scorecard. Hvis en organisasjonsenhet har en eller er del av en misjon, har den mulighet til å iverksette en egen strategi som er i tråd med misjonen, gitt tilstrekkelig evne og autonomi. Målene som identifiseres er dermed bedre koblet til organisasjonsenhetens virksomhet og de overordnede målene.

Autonomi er viktig for å kunne iverksette strategiarbeid, fordi per definisjon er en strategi en rekke konsistente beslutninger som trekker i en retning (knyttet til ressursallokering og handlinger). Uten tilstrekkelig autonomi kan ikke organisasjonsenheten følge en konsistent ressursallokering som bidrar til å implementere strategien.

Målene i perspektivene er kritiske for en vellykket implementering, og målene krever at initiativ blir iverksatt, slik at organisasjonen settes i stand til å nå de fastsatte målene. Hver enkelt organisasjonsenhetens strategi skal tilføre verdi til den overordnede målsettingen i organisasjonen. En utstrakt detaljstyring og vektlegging av mål som er fastsatt på øverste nivå i organisasjonen, er til hinder for å sette egne mål. På spørsmålet om det ble utviklet egne mål kontra de nasjonale kvalitetsindikatorene, svarte seksjonssjefen

”I hovedsak er det de (nasjonale kvalitetsindikatorer) vi jobber etter. Helseforetakene styres etter veldig mange variabler, og til dels veldig detaljert. Å lage flere mål gjør vi sjeldent, fordi vi har mer enn nok med å nå de som er definert av våre eiere og myndigheter.”

Seksjonsleder ved Haukeland Sykehus

Helsereformen skulle gi økt autonomi i helseforetakene. I utgangspunktet skulle det bety at helseforetakene fritt kan velge blant annet styringsmekanismer, som skal bidra til å nå overordnede mål. I realiteten virker desentraliseringen gjennom utstrakt styring og måling av kvalitetsindikatorene.

”Det er et voldsomt målehierarki, vi skal levere på mange indikatorer. Ser man på dette over tid er det mye tettere styring nå, på langt flere variabler, enn det noen gang har vært. Noen så for seg at helsereformen skulle medføre mer overordnet styring, og at foretakene ble mer selvstyrte innenfor noen rammer. Jeg tror det er mange som opplever at det er mer gjennomgående og detaljert styring, fra toppen helt ned på klinikknivå.”

Seksjonsleder ved Haukeland Sykehus

9 Konklusjon.

Å svare på problemstillingen ser ut til å være like kompleks som helsesektorens kontekst. Balanced Scorecard kan være et velegnet styringssystem i Helse Vest, gitt at de greier å løsrive seg fra de barrierene som er tilstede i dag. Men noen av barrierer er for store til at et Balanced Scorecard, slik teorien tilsier, skal være vellykket.

For å utvikle et Balanced Scorecard bør Helse Vest ha tilstrekkelig autonomi. Blant annet må de ha frihet til å velge ut indikatorer som bedre reflekterer deres strategi, enn det de nasjonale indikatorene gjør. Oppgaven peker på flere forhold som er med på å begrense denne friheten. Helsereformen bidrar til en sentralisert desentralisering som gir foretakene større frihet til å fatte beslutninger, samtidig skal de levere og rapportere på veldig mange indikatorer. Dette fører til at den reelle autonomien er begrenset. Ved å løsrive seg fra de mange nasjonale indikatorer, kan Helse Vest heller utviklet egne indikatorer som bidrar til å nå de nasjonale indikatorene.

Å planlegge en strategi til 2020 er vanskelig. Det Helse Vest har gjort er å peke på utfordringer som vil ligge i fremtiden. Med det som grunnlag kan det utvikles og læres fremgangsmåter som er egnet for å nå visjonen. Inkluderingen av aktørene utenfor Helse Vest i dette arbeidet er svært positivt, fordi arbeidet da reflekterer flere av fasettene som Helse Vest må ta hensyn til. Det som er utfordringen er å ikke prioritere skeivt, slik at noen av perspektivene blir neglisjert.

Et mangfold av styringssignaler er med på å begrense evnen Helse Vest har til å implementere planlagte strategier. Det ligger et stort potensial i å implementere en strategi som er et produkt av en læringsprosess, en fremvoksende strategi. Læring henger sammen med den interaktive kontrollen av de kritiske suksessfaktorene, fordi dette sørger for kontinuerlig tilbakemelding på de faktorene som kan være til hinder for en vellykket strategiimplementering. Helse Vest kan ved benyttelsen av interaktiv kontroll utvikle en strategisk læringskompetanse.

På tross av at Helse Vest har ikke-finansielle mål de rapporterer etter, blir ikke de benyttet til styringsinformasjon. Denne frakoblingen vil føre til at et Balanced Scorecard ikke bidrar til å

implementere en strategi. Målene, både de finansielle og ikke-finansielle, må brukes til styringsinformasjon. Det er det som er fundamentet i modellen.

Utviklingen av styringssystemet bør ha en bred deltakelse fra profesjonen, fordi det er de som har mye kunnskap om hvilke prestasjonsmål/prosesser som er riktige. Bare til en viss grad er denne anerkjennelsen til stede i Helse Vest. Et lite crux er at Helse Vest består av mange forskjellige profesjoner. Dette kan være en utfordring, fordi alle profesjonene vil ha med indikatorer som reflekterer viktige områder for dem. Har man først fått etablert et mål, blir det større forpliktelse til å allokere ressurser til initiativ som er med på å nå målene.

At Helse Vest ikke benytter kvalitetsindikatorne til styringsinformasjon, men heller til legitimering overfor eier, gir klare tegn på at indikatorne ikke er forenlige med strategien til Helse Vest. Men å løsrive seg har vist seg vanskelig, fordi de må rapportere kvalitetsindikatorne og da er det lett å inkludere dem i Balanced Scorecardet. Kvalitetsindikatorne sammen med egenutviklede indikatorer skaper et svært og til dels uoversiktlig ”scorecard”.

Mange av indikatorne som inkluderes kan karakteriseres som diagnostiske mål, og ikke strategiske mål. Når disse inkluderes forsterkes løsekoblingen mellom strategi og Balanced Scorecard i Helse Vest.

Et klart finansielt fokus i Helse Vest er også en barriere for den langsiktig strategien. Det finansielle ivaretar eiernes interesser og neglisjerer brukerne. Dette fører til en skeiv fordeling som kan redusere Helse Vest sin evne til å nå langsiktige målsettinger.

Brukerne kan påvirke helseforetakene på flere måter. Gjennom valgene, undersøkelser, brukerorganisasjoner og de utvalgene som er etablert, og gjennom samhandlingen mellom dem og helsepersonalet. Det er viktig at Helse Vest bruker informasjonen som fremkommer på alle nivåer, og da spesielt den informasjonen som helsepersonalet har. De sitter på en unik kompetanse og har evnen til å se realistiske mål. I tillegg får de tilbakemelding fra brukerne.

Det er mange forhold som taler for at et Balanced Scorecard kan være velegnet. En av de viktigste er immaterialiteten i oppgavestrukturen. Denne vil ivaretaes ved

strategiimplementeringen og organisasjonsutviklingen. Dermed kan oppbygging av fagkompetanse og felles organisasjonskultur bli bærebjelken i Helse Vest.

Mange organisasjoner trekker ut delene av systemene som de mener er velegnet for deres organisasjon. Det er gjerne mulig å manipulere Balanced Scorecardet. Om Helse Vest da oppnår en vellykket organisasjonsoppbygging, som er setter dem i stand til å møte fremtidige utfordringer, er mer usikkert. Dette er en problemstilling for videre arbeid. I tillegg kan videre arbeid se på hvordan en eventuell implementering kan gjennomføres, med identifisering av misjon, visjon, strategi og tilhørende perspektiver.

En begrensning med analysen er at det er få intervjuobjekter. Intervjuet med Pasientombudet var av svært dårlig kvalitet, dette har ført til at all informasjon i intervjuet ikke har kommet frem. I tillegg er erfaringen til intervjuer, med å foreta intervju, begrenset. Dette kan ha virket inn på spørsmålsformuleringen og styringen av intervjuene. Begge disse punktene kan ha påvirket diskusjonen og den konklusjonen som oppgaven kommer frem til.

Den eksterne validiteten er begrenset, fordi flere av intervjuobjektene tilhører Helse Vest og informasjonen som er innhentet konsentrerer seg om forholdene i Helse Vest. Dette fører til at konklusjonen på det nåværende tidspunkt ikke kan generaliseres til andre helseenheter.

10 Litteraturliste

Artikler

Aidemark L-G (2001): The meaning of Balanced Scorecards in the health care organisations: Financial Accountability & Management;

Andreassen T A (2007): For at ikke pasientperspektivet skal bli glemt?: En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak: Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet;

Arthur J B (1994): Effects of Human Resource Systems on Manufacturing Performance and Turnover: The Academy of Management Journal;

Besanko D, Dranove D, Shanley M and Schaefer S (2003): Economics of strategy, 3rd edition: John Wiley & Sons, Inc;

Bilkhu-Thompson M K (2003): A Process Evaluation of a Health Care Balanced Scorecard: Journal of Health Care Finance;

Carpenter I, Bobby J, Kulinskaya E and Seymour G (2007): People admitted to hospital with physical disability have increased length of stay: Implications for diagnosis related group reimbursement in England: Age and Ageing;

Chassin M R and Galvin R W (1998): The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality: American Medical Association;

De Toni A and Tonchia S (2001): Performance Measurement Systems: International Journal of Operations and Production Management: MCB University Press;

Fisk T, Brown C J, Cannizzaro K and Naftal B (1990): Creating patient satisfaction and loyalty: Journal of Health Care Marketing;

Forgione D A, Vermeer T E, Surysekar K, Wrieden J A and Plante C A (2004): The Impact of DRG-Based Payment Systems on Quality of Health Care in OECD Countries: Journal of Health Care Finance;

Huber G. (1991): Organizational learning: the contributing processes and the literatures: Organization science;

Kaplan R S (2001): Strategic Performance Measurement and Management in Non-profit Organizations: Non-profit Management and Leadership;

Kaplan R S and Norton D P (2000): Having trouble with your strategy? Then map it: Harvard business review;

Kristiansen I S (2007): Prioritering og helse – bør det innføres makspris på leveår?: Tidsskrift norsk Lægeforening;

Lines R (2005): The structure and function of attitudes towards organizational change: Human Resource Development Review;

Lægneid P, Opedal S and Stigen I M (2005): The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy: Journal of Health Politics, Policy and Law;

Michelman J E, Rausch P E and Barton T L (1999): Value Measurement in Health Care: A New Perspective: Healthcare Financial Management;

Mintzberg H (1978): Patterns in strategy formation: Management Science;

Nørreklit H (2000): The balance on the Balanced Scorecard – a critical analysis of some of its assumptions: Management accounting research;

Nyland K and Pettersen I J (2004): The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (non)-Decisions in Hospital Settings: Financial Accountability and Management;

O'Connor S J, Powers T L and Bowers M R (1988): Improving Service Quality in the Health Care Setting: Journal of Health Care Marketing;

Otley D T (1980): The Contingency Theory of Management Accounting: Achievement and Prognosis: Accounting, Organizations & Society;

Otley D T (1999): Performance management: A framework for management control systems research; Management Accounting Research;

Ouchi W G (1980): Markets, Bureaucracies and Clan: Administrative Science Quarterly;

Pettersen I J (1995): Budgetary Control of Hospitals – Ritual, Rhetorics and Rationalized Myths?: Financial Accountability & Management;

Pineno C J (2002): The Balanced Scorecard: An Incremental Approach Model to Health Care Management: Journal of Health Care Finance;

Pink G H, McKillop I, Schraa E G, Preyra C, Montgomery C, and Baker G R (2001): Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System: Journal of Health Care Finance;

Scal W, Garrison R H and Noreen E W (2006): Quality and business processes: Measurement and management: Management accounting;

Simons R (1995): Control in an age of empowerment: Harvard Business Review;

Simons R (1998): Identifying Strategic Risk: Harvard Business School;

Skogsaas B P og Svendsen M V (2006): Endringsledelse i sykehusene: Tidsskrift For en Norske Lægeforening;

Tuomela T - S (2005): The interplay of different levers of control: A case study of introducing a new performance measurement system: Management Accounting Research;

Vaivio J (1999): Exploring a 'non – financial' management accounting change: Management Accounting Research;

Østergren K (2004): The Institutional Construction of Consumerism: A Study of Implementing Quality Indicators: Stein Rokkan Centre for Sosial Studies: Unifob AS;

Østergren K (2007): Management Control practices and clinician managers: The case of Norwegian Health sector;

Bøker

Kaplan R S and Norton D P (1996): The balanced scorecard: Translating strategy into action: Harvard Business School Press;

Kaufmann G and Kaufmann A (1998): Psykologi i organisasjon og ledelse: Fagbokforlaget;

Niven P R (2003): Balanced scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies: Hoboken, N.J.: Wiley;

Opedal S og Stigen I M (2005): Helse – Norge i støpeskjeen: Søkelys på sykehusreformen: Fagbokforlaget;

- Byrkjeflot H og Neby S: Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren?;
- Martinussen P E og Paulsen B: Ny rolle for fylkespolitikere: Fra eier til ombud;
- Opedal S og Rommetvedt H: Sykehusreformen: Balansegang mellom politisk styring og selvstendigjorte sykehus;
- Stigen I M: Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse.
- Stigen I M, Finstad N, Gjernes T og Torjesen D: Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?;
- Tjerbo T og Hagen T (Pettersen, 1995): "Harde" og "myke" budsjettskranker og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling;

Sognstrup H (2003): Professionelle i afdelingsledelse: Institut for Økonomi, politik og Forvaltning: Aalborg Universitet: AK Trykkeri;

Internett-kilder

Baldrige healthcare glossary:

<http://www.baldrige21.com/Baldrige%20Glossary%20HD.html>;

Fra Strategi Til Handling (2006): Forprosjekt: Rammer for kvalitetsarbeidet i Helse Vest: Rapport fra arbeidsgruppe:

http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/RegionaleRapporter/Endelig_versjon_kvalitetsrapport.pdf;

Fritt sykehusvalg:

<http://www.frittsykehusvalg.no/sidemaler/VisStatiskInformasjon;2038.aspx>; (9. mars 2007);

Helse- og omsorgsdepartementet:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Sok.html?id=86900&quicksearch=nasjonal+helseplan>;

Helse 2020, Grunnlagsdokument som fundament for føretaksplan og langtidsplan:

http://www.helse-vest.no/graphics/hv/Dokumenter/Helse2020/Grunnlagsdok_Helse_Vest_opdatert_21.02.2007.pdf;

Kva er Helse 2020 (10. mai 2007):

<http://www.helse-vest.no/sw20857.asp>;

Kvalitetsindikatorer 2005, Helse Vest; Dokument:

http://www.helse-vest.no/graphics/hv/Grafikk/Kvalitetsindikatorer/Definisjonsdokument_2005_Revidert_april.doc;

Lovdata:

- Helseforetaksloven 2001-06-15-93:

http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20010615-093.html&emne=helseforetakslov*&

- Pasientrettighetsloven 1999-07-02 nr 63:

http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&