



Målstyring ved St. Olavs hospital

Hva motiverer helsearbeidere til å jobbe med styringsmål, og hvilken effekt har målstyringen over tid?

En casestudie av fire klinikker ved St. Olavs hospital

Christine Hegdalsaune Egeberg og Carina Søndergaard

Veileder: Iver Bragelien

Selvstendig arbeid i masterstudiet økonomi og administrasjon

Hovedprofil: Økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

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

Forord

Denne masterutredningen er et resultat av det selvstendige arbeidet i forbindelse med mastergraden i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole. Utredningen er skrevet innenfor masterprofilen Økonomisk styring (BUS). Utredningen er skrevet våren 2019.

Vi har gjennomført en casestudie av hvordan ulike klinikker ved St. Olavs hospital jobber med å nå målsettingene satt i styringsdokumentet *Styringskrav og rammer*.

Datamaterialet er innhentet gjennom dybdeintervjuer med ansatte ved St. Olavs hospital og Helse Midt-Norge. Arbeidet har gitt oss innsikt i hva som motiverer helsearbeidere til å jobbe med styringsmålene, og utfordringer knyttet til målstyring i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker derfor å rette en stor takk til alle som deltok i studien vår.

Vi ønsker også å takke veileder Iver Bragelien for raske og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid.

Bergen, 1. juni 2019

Christine Hegdalsaune Egeberg

Carina Søndergaard

Sammendrag

Ved innføring av Helseforetaksreformen i 2002 gikk norske sykehus fra å være offentlige forvaltningsorganer til å bli egne rettssubjekter eid av staten. Gjennom årlig utsendelse av oppdragsdokumentet fastsetter Helse- og omsorgsdepartementet styringsmål som helseforetakene skal fokusere på i det påfølgende året. Vi har i vår utredning undersøkt hva som motiverer utvalgte klinikker ved St. Olavs hospital til å jobbe med styringsmålene, samt hvilken effekt målstyringen har hatt over tid. Studien er begrenset til styringsmålene for reduksjon av ventetid, antall fristbrudd og antall brudd på pasientavtaler. Datainnsamlingen er basert på åtte dybdeintervjuer gjennomført med ansatte ved St. Olav og Helse Midt-Norge. Temaet blir slik sett belyst fra ulike nivåer i hierarkiet.

Vi finner at det ikke benyttes direkte økonomiske insentiver som motivasjon for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene. Likevel er måloppnåelsen ved de fleste av klinikkene som deltar i studien god. Klinikksjefenes motivasjon kan forklares ut ifra arbeidsoppgaver og ansvarsområder man har som klinikksjef, og at måloppnåelse følges tett opp av ledelsen ved St. Olav. I tillegg kan indirekte insentiver som fremtidige karrieremuligheter ved god måloppnåelse, antas å bidra til økt motivasjon. Innføring av direkte økonomiske insentiver synes derfor ikke å være nødvendig på klinikksjefsnivå. Vi finner imidlertid indikasjoner på at direkte økonomiske insentiver kan ha en motiverende effekt på lavere nivåer.. En økning av ressurser, for eksempel i form av økt stillingsbudsjett, kan gi en positiv signaleffekt til de ansatte og bidra til økt motivasjon. En risiko ved å innføre økonomiske insentiver er imidlertid at man kan undergrave ansattes idealistiske motivasjon.

Målstyringen av St. Olavs hospital har medført at det sjelden forekommer fristbrudd ved sykehuset, og gjennomsnittlig ventetid er redusert fra 72 dager i 2014 til 56 dager i 2018. Vi finner imidlertid at målstyringen har medført vridningseffekter. For eksempel virker det å være spesielt store problemer knyttet til interne køer ved klinikkene, og vi finner indikasjoner på at pasienter i noen tilfeller forskyves bakover i køen i forsøkt på å overholde myndighetskravene. For å unngå dette, ønsker intervjuobjektene ytterligere måling av det videre pasientforløpet. Vi observerer også at det er uenighet om hvorvidt styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer. Det trekkes blant annet frem et behov for flere skjønnsmessige styringsmål. Vi foreslår derfor at Helse- og omsorgsdepartementet i større grad involverer helseforetakene i utarbeidelsen av styringsmålene.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
INNHOLDSFORTEGNELSE	5
FIGURER, GRAFER OG TABELLER	7
1. INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING	9
1.2 PROBLEMSTILLING	10
1.3 UTREDNINGENS AVGRENSNING	11
1.4 UTREDNINGENS STRUKTUR	12
2. TEORETISK RAMMEVERK	14
2.1 PRINSIPAL-AGENT TEORI	14
2.2 ØKONOMISKE INSENTIVER I OFFENTLIG SEKTOR.....	18
2.3 RETTFERDIGHETSTEORI	21
2.4 MÅLSETTING	22
2.5 MÅLSTYRING	26
2.6 KARAKTERISTIKA VED JOBBEN	30
2.7 ØKONOMISTYRING I OFFENTLIG SEKTOR	31
2.8 NEW PUBLIC MANAGEMENT	33
2.9 DESENTRALISERING.....	34
2.10 PRODUKTIVITET OG EFFEKTIVITET.....	35
2.11 OPPSUMMERING AV TEORETISK RAMMEVERK	36
3. ST. OLAVS HOSPITAL OG DETS KONTEKST	38
3.1 HELSEFORETAKSREFORMEN 2002	38
3.2 FINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	40
3.3 VENTETID, FRISTBRUDD OG BRUDD PÅ PASIENTAVTALER	42
3.4 ST. OLAVS HOSPITAL	47
3.5 OPPSUMMERING AV ST. OLAVS HOSPITAL OG DETS KONTEKST	48
4. METODISK TILNÆRMING	50
4.1 VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	50
4.2 UTVALG.....	52
4.3 DATAINNSAMLING	55
4.4 EVALUERING AV DATAMATERIALE.....	57

4.5	ETISKE VURDERINGER	60
4.6	OPPSUMMERING METODE	61
5.	HOVEDFUNN	62
5.1	KLINIKSJEFENE SAVNER FLERE/ANDRE STYRINGSMÅL	62
5.2	ULIKE BEHOV FOR DIREKTE ØKONOMISKE INSENTIVER PÅ KLINIKKEN	65
5.3	MÅLOPPNÅELSE BLIR TETT FULGT OPP, MEN SVAK PRESTASJON MEDFØRER INGEN DIREKTE ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....	68
5.4	MÅLING GIR FORBEDRING.....	69
5.5	VRIDNINGSEFFEKTER OPPSTÅR	72
5.6	ØKT RESSURSTILGANG ER IKKE ALLTID NØDVENDIG FOR MÅLOPPNÅELSE	74
5.7	ANDRE FUNN	76
5.8	OPPSUMMERING HOVEDFUNN	79
6.	DISKUSJON.....	80
6.1	ENIGHET OM STYRINGSMÅLENE	80
6.2	INSENTIVER OG KONSEKVENSER	84
6.3	EFFEKT AV MÅLSTYRING	89
6.4	ULIK MÅLOPPNÅELSE MELLOM KLINIKKENE.....	93
6.5	ANDRE MOMENTER.....	96
7.	TILBAKEMELDING FRA ANALYSESJEF VED ST. OLAVS HOSPITAL	98
8.	AVSLUTNING.....	100
8.1	KONKLUSJON	100
8.2	IMPLIKASJONER OG BEGRENSNINGER	101
8.3	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	102
9.	LITTERATURLISTE	103
VEDLEGG.....	110

Figurer, grafer og tabeller

Figurer

Figur 1. Prinsipal-agent forholdet i helsesektoren.	16
Figur 2. Multiple prinsipal-agent forhold	17
Figur 3. Sykehusets interesser.....	19
Figur 4. Prestasjonssyklusen.....	24
Figur 5. Oversette visjon og strategi: fire perspektiver.....	25
Figur 6. Kunnskap om mål-middelrelasjon og konsekvenser for valgt styringsform.....	27
Figur 7. Forholdet mellom målsetting og virkemiddel	28
Figur 8. Forholdet mellom helsepersonell og økonomer	33
Figur 9. Produksjonslinjen og teknisk effektivitet	36
Figur 10. Forløp ventetid	42
Figur 11. Organisasjonskart over St. Olavs hospital.....	48

Grafer

Graf 1. Gjennomsnittlig ventetid	44
Graf 2. Antall fristbrudd i prosent.....	45
Graf 3. Gjennomsnittlig ventetid for fire klinikker ved St. Olav	45
Graf 4. Andel fristbrudd for fire klinikker ved St. Olav	46

Tabeller

Tabell 1. Variabler som kan moderere effekten av målsettingen	23
Tabell 2. Jobbkarakteristika-modell.....	31
Tabell 3. Syv dimensjoner som kjennetegner NPM	34
Tabell 4. Oversikt over tildelingen av midler fra Helse Midt-Norge til St. Olav i 2018.....	42
Tabell 5. Oversikt over gjennomførte intervjuer	54
Tabell 6. Oversikt over våre funn	62
Tabell 7. Oppsummering funn 1	65
Tabell 8. Oppsummering funn 2	67
Tabell 9. Oppsummering funn 3	69
Tabell 10. Oppsummering funn 4	71
Tabell 11. Oppsummering funn 5	73
Tabell 12. Oppsummering funn 6	76
Tabell 13. Oppsummering hovedfunn	79

1. Innledning

I kapittel 1 vil vi først forklare bakgrunnen for valgt tema, før vi presenterer vår problemstilling. Vi skal så gå inn på avgrensningene for utredningen. Til slutt skal vi redegjøre for utredningens struktur.

1.1 Bakgrunn for tema og problemstilling

I 2002 ble Helseforetaksreformen innført i Norge. Reformen bygger på New Public Management som har til hensikt å modernisere offentlig sektor (Nyland & Pettersen, 2010). Innføringen av reformen medførte at sykehusene gikk fra å være offentlige forvaltningsorganer til å bli egne rettssubjekter eid av staten (Pettersen m.fl., 2008). Dette betyr at beslutningsmyndigheten ligger hos helseforetakene, men de må forholde seg til overordnede helsepolitiske mål og rammer.

Som eier utsender Helse- og omsorgsdepartementet årlig ut et oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (Regjeringen, 2019a). Hensikten med oppdragsdokumentet er å legge føringer for oppgaver og styringskrav som skal utføres det kommende året, innenfor gitte budsjettammer. De regionale helseforetakene formidler oppdraget videre til sine lokale helseforetak gjennom et styringsdokument som heter *Styringskrav og rammer*.

Det har over flere år vært styringsmål om reduksjon av ventetid og antall fristbrudd gjennom oppdragsdokumentet. Tidligere leder i Overlegeforeningen, Arne Refsum, har i Dagens Medisin kritisert målene for å være politiske styringsmål heller enn gode kvalitetsmål (Nilsen, 2017). Kritikken begrunnes med at styringsmålene fastsettes ut ifra hva som er enkelt å måle, fremfor hva som er viktig å måle.

Basert på tall fra Norsk Pasientregister, har styringsmålene tilsynelatende hatt en positiv effekt på ventetid og antall fristbrudd. I 2016 ble det imidlertid avslørt at norske sykehus sliter med store interne køer (Storvik, 2016a). Det ble spekulert i om de interne køene oppsto som følge av at flere pasienter ble henvist til utredning fremfor behandling, sammenlignet med tidligere år (Storvik, 2016b). Dersom pasienten har behov for videre utredning eller behandling, settes vedkommende på en intern liste, der det ikke eksisterer noe myndighetskrav til ventetiden.

Målstyring i spesialisthelsetjenesten er utfordrende på mange områder. Profesjonene har for eksempel ulike målsettinger som kommer i konflikt med hverandre (Fallan & Pettersen, 2010). Det kan derfor være interessant å undersøke hvorvidt styringsmålene samsvarer med hva helsearbeiderne anser som viktige målsettinger.

Grunnet stor organisatorisk avstand mellom Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakene, er det vanskelig for departementet å overvåke hvordan helseforetakene jobber med å nå styringsmålene. Det er ikke tradisjon i norsk offentlig sektor å benytte direkte økonomiske insentiver for å styre innsatsen til underliggende enheter (Sørensen, 2009). Det er derfor interessant å se på hva som motiverer ansatte ved St. Olav til å jobbe med styringsmålene, når det ikke gis direkte økonomiske insentiver.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av momentene i delkapittel 1.1, har vi utarbeidet følgende problemstilling for vår utredning:

Hva motiverer klinikkene ved St. Olavs hospital til å jobbe med styringsmålene om reduksjon av gjennomsnittlig ventetid, antall fristbrudd og antall brudd på pasientavtaler, og har målstyringen hatt ønsket effekt?

Videre har vi utarbeidet fire forskningsspørsmål som sammen skal besvare vår problemstilling.

- 1. Er det enighet om at styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten?*
- 2. Hvilke insentiver gis for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene?*
- 3. Hvilken effekt har målstyringen ved St. Olavs hospital hatt over tid?*
- 4. Hvorfor er det forskjeller i måloppnåelse mellom klinikkene?*

Forskningsspørsmål 1 omhandler hvorvidt styringsmålene fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet samsvarer med hva sykehusansatte mener er gode kvalitetsindikatorer

i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å undersøke forskningsspørsmålet opp mot kritikken av at styringsmålene satt i oppdragsdokumentet måler det som er enkelt å måle, fremfor det som er viktig å måle.

Gjennom forskningsspørsmål 2 ønsker vi å se nærmere på hva som motiverer klinikkene til å jobbe med styringsmålene. Spørsmålet er utformet med bakgrunn i at det typisk ikke gis direkte økonomiske insentiver i norsk offentlig sektor. Vi vil undersøke om det er utfordringer knyttet til å styre helseforetakenes innsats, dersom det ikke gis direkte økonomiske insentiver.

Forskingsspørsmål 3 har til hensikt å forklare hvilken effekt målstyring ved St. Olav har hatt over tid. Vi ønsker spesielt å undersøke om det oppstår negative effekter ved målstyringen, ut ifra spekulasjoner i media om store interne køer.

Gjennom forskningsspørsmål 4 vil vi kartlegge årsaker til at det er variasjon i måloppnåelse på reduksjon av gjennomsnittlig ventetid og antall fristbrudd mellom klinikkene ved St. Olav. Ideen bak forskningsspørsmålet kom etter samtale med analysesjefen ved sykehuset i forkant av arbeidet med utredningen. Analysesjefen hadde observert ulik måloppnåelse mellom klinikkene, og ønsket å få kartlagt årsaker til dette.

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene har vi gjennomført åtte intervjuer med ansatte ved St. Olav og Helse Midt-Norge. Vi har intervjuet ansatte ved fire klinikker, en representant fra ledelsen ved St. Olav og en representant fra Helse Midt-Norge. Klinikkerne som deltar i studien, er valgt på bakgrunn av ulik størrelse og ulik måloppnåelse på styringsmålene. Intervjuobjektene er valgt slik at de kan belyse ulike perspektiver rundt utredningens tema. I tillegg til de åtte intervjuene, har vi hatt en innledende og en avsluttende samtale med analysesjefen ved sykehuset.

1.3 Utredningens avgrensning

Oppdragsdokumentet består i utgangspunktet av tre overordnede styringsmål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018):

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Under hvert hovedmål er det konkrete styringsmål som helseforetakene skal jobbe med det påfølgende året. Vår utredning er avgrenset til å se på styringsmål under hovedmålet å *redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen*. Det blir da tre styringsmål som belyses (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018):

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle regioner innen 2021.
- Ingen fristbrudd.
- Regionen skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Regionen skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021¹.

Utredningen vår tar utgangspunkt i oppdragsdokumentet utsendt til Helse Midt-Norge for 2018. Styringsmålene som presenteres i oppdragsdokumentet, er videreformidlet gjennom *Styringskrav og rammer St. Olav 2018*, se vedlegg 1.

Til slutt nevnes det at utredningen er avgrenset til å inkludere fire av atten klinikker ved St. Olav.

1.4 Utredningens struktur

I *kapittel 1* forklares bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Deretter presenteres problemstilling og forskningsspørsmål, og til slutt utredningens avgrensninger.

I *kapittel 2* presenteres det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for utredningens diskusjon. Det teoretiske grunnlaget tar utgangspunkt i prinsippal-agent teori og teori om målstyring.

I *kapittel 3* introduseres St. Olavs hospital og dets kontekst. I kapittelet beskrives pasientforløpet med tilhørende begreper, og finansiering av sykehuset.

¹ Styringsmålet omtales også som «brudd på pasientavtaler»

I *kapittel 4* begrunnes metodiske valg vi har tatt i arbeidet med utredningen.

I *kapittel 5* presenteres utredningens hovedfunn. Funnene er basert på datainnsamling gjennom dybdeintervjuer.

I *kapittel 6* diskuteres funnene fra kapittel 5 i lys av relevant teori og kontekst fra henholdsvis kapittel 2 og 3. Kapittelet er strukturert med henblikk på å besvare våre fire forskningsspørsmål.

I *kapittel 7* presenteres tilbakemeldinger fra analysesjefen ved St. Olavs hospital på funnene vi viser i kapittel 5.

I *kapittel 8* oppsummerer vi våre resultater og presenterer vår konklusjon. I tillegg avklares utredningens implikasjoner og begrensninger. Til slutt gis det forslag til videre forskning.

2. Teoretisk rammeverk

I kapittel 2 presenteres det teoretiske rammeverket for utredningen. Kapittelet starter med en beskrivelse av prinsipal-agent teori og hvordan moralsk hasard oppstår i et slikt forhold. Incentivkontakter introduseres deretter som en løsning på moralsk hasard problemet (Hendrikse, 2003). Videre beskrives prinsipal-agent forhold med multiple nivåer, ettersom slike hierarkiske forhold ofte forekommer i offentlig sektor (Dixit, 2002).

I offentlig sektor benyttes det sjelden incentivkontrakter (Sørensen, 2009). Videre i kapittelet presenteres derfor årsaker til at økonomiske incentiver sjelden tas i bruk. Herunder diskuteres multiple prinsipaler, offentlige ansattes motivasjon, mothakeeffekt og karrieremotiv. I tillegg forklares det hvordan moralsk motivasjon påvirkes av størrelsen på økonomiske incentiver (Adams, 1965).

Gjennom oppdragsdokumentet og *Styringskrav og rammer* stilles det styringsmål til helseforetakene (Regjeringen, 2019a). Videre i kapittelet diskuteres det hvorfor man setter mål, og hvordan gode mål utformes. Deretter beskrives betingelser for målstyring i en virksomhet, samt utfordringer knyttet til målstyring i offentlig sektor.

Ifølge Besley og Ghatak (2003) tiltrekker offentlige virksomheter ofte arbeidstakere som brenner for den gitte samfunnsmissjonen. Ansattes motivasjon kan også forklares ut ifra jobben de utfører og situasjonen den utføres i (Einarsen & Skogstad, 2011). For å forklare et slikt fenomen, presenteres Hackman og Oldhams (1976) jobbkarakteristika-modell.

Videre i kapittelet diskuteres økonomistyring i offentlig sektor, og forholdet mellom helsearbeidere og økonomer. Deretter presenteres desentralisering som en sentral del av New Public Management (Hood, 1995). Til slutt defineres forskjellen mellom begrepene produktivitet og effektivitet.

2.1 Prinsipal-agent teori

Gjennom Helseforetaksreformen av 2002 ble det innført økt grad av desentralisering i spesialisthelsetjenesten (Pettersen m.fl., 2008). Delegeringen av ansvar og

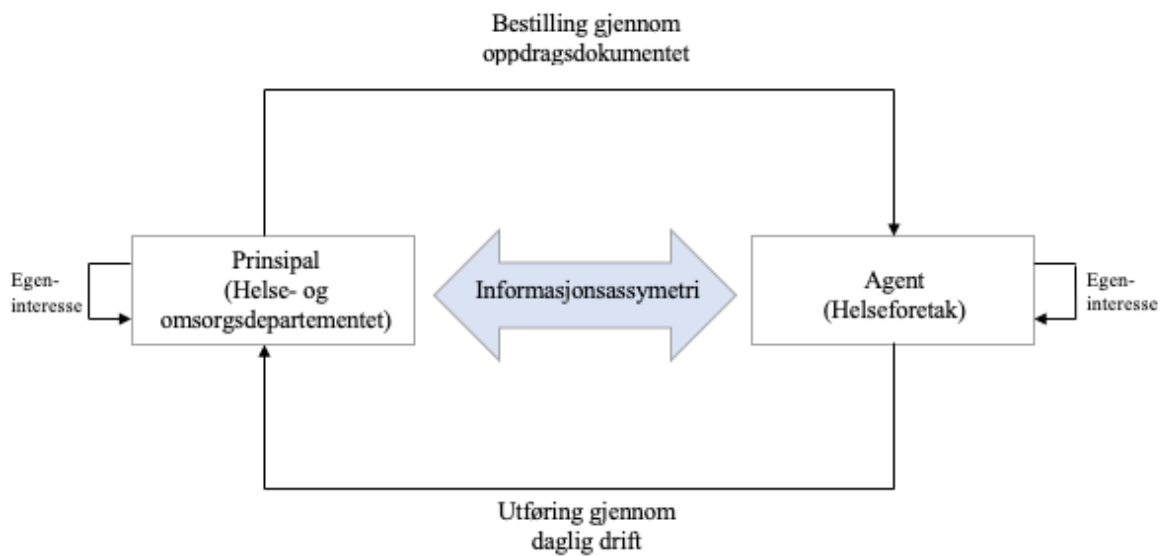
beslutningsmyndighet medfører at det oppstår et prinsipal-agent forhold mellom Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakene (Kaplan & Atkinson, 2014).

Forholdet oppstår når en part (prinsipalen) ansetter en annen part (agenten), for å utføre en handling som krever at prinsipalen delegerer beslutningsmakt og autoritet til agenten (Kaplan & Atkinson, 2014). Et prinsipal-agent forhold kan oppstå på ulike nivåer i organisasjonen, for eksempel når eierne av en organisasjon, gjerne gjennom styret, ansetter en toppledelse som gis ansvar for den daglige driften. Videre vil det være et prinsipal-agent forhold mellom toppledelsen og eventuelle ledere på lavere nivåer i organisasjonen.

I et prinsipal-agent forhold er det typisk to problemer som oppstår (Eisenhardt, 1989). Det ene problemet er en interessekonflikt som oppstår dersom 1) prinsipalens og agentens ønsker og målsettinger kommer i konflikt med hverandre, eller 2) det er vanskelig eller dyrt for prinsipalen å overvåke agentens faktiske handlinger. Det andre problemet oppstår når prinsipalen og agenten foretrekker forskjellige handlinger på bakgrunn av ulike risikopreferanser.

Separasjon av eierskap og kontroll vil i mange tilfeller være nødvendig ettersom eierne av en organisasjon ikke nødvendigvis er de som er best egnet til å lede organisasjonen (Hendrikse, 2003). En slik separasjon vil imidlertid kunne by på utfordringer. Dersom både prinsipal og agent er å anse som nyttemaksimerende, kan en anta at agenten ikke alltid vil handle i prinsipalens beste interesse (Jensen & Meckling, 1976). Agenten kan ønske å nå andre mål enn å maksimere profitt for prinsipalen (Hendrikse, 2003). Slike mål kan for eksempel være knyttet til egen økonomisk vinning, makt, prestisje eller karriereutvikling.

Agenten er vanligvis bedre informert om virksomhetens daglige drift enn prinsipalen (Hendrikse, 2003). Prinsipalen kan som regel kun observere resultatet av agentens handlinger, men ikke innsatsen eller omstendighetene rundt. Dette skaper informasjonsasymmetri. Dersom årsaken til et dårlig resultat ikke kan identifiseres sikkert av prinsipalen, kan agenten utnytte informasjonsasymmetrien til å handle på en måte som er til ugunst for prinsipalen. Et slikt problem er også kjent som *moralsk hasard*. Risikoen for at agenten skal handle på denne måten, øker dersom prinsipalen er dårlig informert om agentens handlinger og beslutninger. For å redusere risikoen, kan prinsipalen overvåke agentens handlinger og/eller gi insentiver for at agenten skal handle i prinsipalens beste interesse (Jensen & Meckling, 1976). Figur 1 oppsummerer prinsipal-agent forholdet.



Figur 1. Prinsipal-agent forholdet i helsesektoren. Egenutviklet basert på Eilifsen m.fl. (2014, ss 7)

Generelt sett vil det være umulig for prinsipalen å redusere risikoen for at agenten handler ugunstig uten at det medfører kostnader, og det er ikke gitt at nettoeffekten av slike tiltak vil være positiv for prinsipalen (Hendrikse, 2003).

Insentivkontrakt

Fama og Jensen (1983) beskriver en organisasjon som et sett av kontrakter mellom prinsipaler og agenter. Kontraktene utgjør spillereglene for agenten, og spesifiserer hver agents rettigheter, prestasjonskriterier og belønningsstruktur (Hendrikse, 2003). Kontrakten kan utformes som en insentivkontrakt, der den økonomiske kompensasjonen vil avhenge av resultatet som oppnås. En slik kontrakt kan være en løsning på moralsk hasard problemet, som ble drøftet tidligere i delkapittel 2.1.

For at agenten skal godta insentivkontrakten prinsipalen tilbyr, må den tilfredsstillende to betingelser (Hendrikse, 2003; Bragelien, 2017):

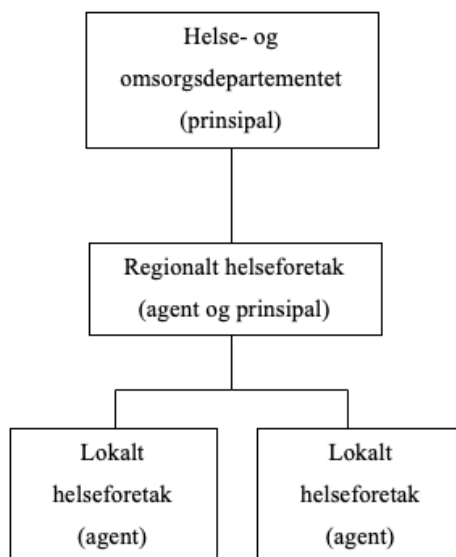
1. Frivillig deltagelse; agenten må oppnå like høy forventet nytte hos prinsipalen som han kan oppnå i markedet.

2. Frivillig innsats; agenten må oppnå minst like høy forventet nytte av å yte høy innsats som å yte lav innsats.

Insentivkontrakten må dermed bestå av en betingelse som sikrer at agenten tjener minst like mye som ved å velge alternativkostnaden, og en belønningsstruktur som etablerer en kobling mellom prinsipalens intensjoner og agentens interesser (Hendrikse, 2003). Om prinsipalen ønsker at agenten skal yte høy innsats, må belønningsstrukturen utformes slik at dette blir stimulert. Et eksempel kan være å gi en høyere utbetaling til agenten dersom resultatet er av høy kvalitet, enn ved lav kvalitet.

Multiple nivåer

Mange prinsipal-agent forhold er hierarkiske. Det vil si at en agent på et høyt nivå kan være en prinsipal for et lavere nivå i organisasjonen (Dixit, 2002). I offentlig sektor finner vi ofte slike hierarkiske forhold. Figur 2 illustrerer forholdene for spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet er prinsipal ovenfor de regionale helseforetakene (agenten), som igjen er prinsipal for de lokale sykehusene.



Figur 2. Multiple prinsipal-agent forhold. Egenutviklet figur

Fordelen med hierarkisk inndeling er at det mellomste nivået (de regionale helseforetakene) kan tilegne seg kunnskap og informasjon som gjør det bedre rustet til å kontrollere agentene på lavere nivå (de lokale helseforetakene) til en lavere kostnad (Dixit, 2002). Dersom den øverste prinsipalen skulle innhentet samme informasjon, hadde kostnaden vært større.

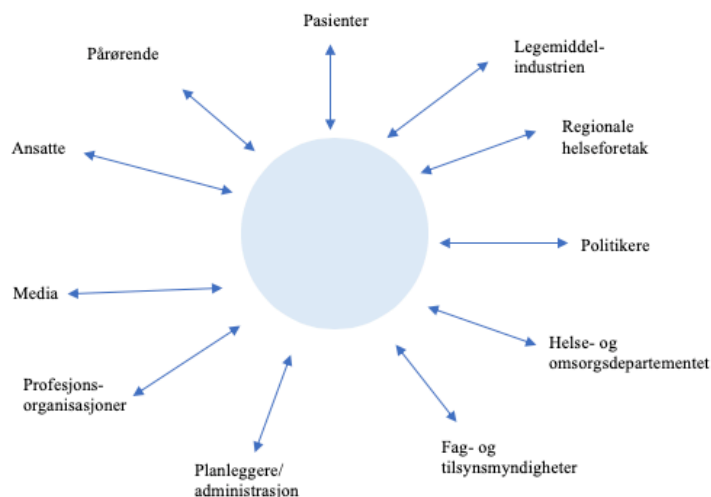
En utfordring med multiple prinsipal-agent forhold, er at det kan forekomme samarbeid mellom de laveste nivåene i hierarkiet som er til ugunst for prinsipalen (Dixit, 2002). En løsning kan være at den øverste prinsipalen gir agenten på det mellomste nivået akkurat nok insentiver, slik at det blir rapportert korrekt om den laveste agenten.

2.2 Økonomiske insentiver i offentlig sektor

Delkapittel 2.1 viste hvordan problematikken rundt moralsk hasard kan løses gjennom insentivkontrakter. Bruken av insentivkontrakter er vanlig i privat sektor, men man ser sjelden at økonomiske insentiver tas i bruk i offentlig sektor (Sørensen, 2009). Vi vil videre forklare årsaker til dette.

Multiple prinsipaler

Offentlige virksomheter har ofte flere interessenter (prinsipaler) som samtidig forsøker å påvirke deres handlinger og drift (Dixit, 2002). I slike situasjoner er det en kompleks prosess å utarbeide et felles insentiv, ettersom hver interessent kun er interessert i noen få dimensjoner ved driften (Burgess & Ratto, 2003). I figur 3 illustreres sykehusets ulike interessenter:



Figur 3. Sykehusets interessenter. Hentet fra Pettersen m.fl. (2008, ss. 134)

I tilfeller med multiple prinsipaler, vil hver prinsipal kun bry seg om sitt interessefelt og påvirke agenten til å yte innsats på det området (Burgess & Ratto, 2003). Dette vil påvirke andre prinsipaler negativt, ettersom deres interesseområder blir mindre prioritert. En løsning kan være at prinsipalene på forhånd finner et felles interessegrunnlag, og blir enige om hvilke insentiver som vil fremme dette på best mulig måte. En slik enighet er imidlertid vanskelig å oppnå i praksis, og prinsipalene ender ofte med å påvirke agenten ut ifra egne interesseområder.

Offentlig ansattes motivasjon

I delkapittel 2.1 så vi hvordan man kan øke agentens nytte ved hjelp av økonomiske insentiver. Agenten kan imidlertid også få økt nytte på bakgrunn av bestemte arbeidsoppgaver eller av å jobbe for en bestemt organisasjon (Dixit, 2002). I slike tilfeller, kan prinsipalen betale en lavere fastlønn eller gi lavere bonus, og likevel møte betingelsen om frivillig deltakelse. Økt nytte gjennom bestemte arbeidsoppgaver, eller som følge av at man jobber for en bestemt organisasjon, er effekter som er vanligere å observere i offentlig sektor enn i privat sektor. En viktig årsak til observasjonen, er at offentlige ansatte ofte deler en felles idealistisk eller etisk tankegang med organisasjonen.

Besley og Ghatak (2003) påpeker at offentlige virksomheter ofte tiltrekker seg arbeidstakere som brenner for den gitte misjonen og ønsker å tjene samfunnets innbyggere. En slik idealistisk, indre motivasjon kan være nok til å motivere offentlig ansatte, mens økonomiske gevinster ofte er en sterkere motivasjonsfaktor for ansatte i privat sektor (Sørensen, 2009). I Norge underbygger funn gjort av Sørensen m.fl. (2007) og Sørensen (2008) denne antakelsen. Studiene gjorde funn som tilsier at ledere og ansatte i offentlige virksomheter legger mer vekt på verdien av det organisasjonen bidrar med overfor sine brukere. Offentlig ansatte verdsetter i større grad enn ansatte i privat sektor integritet, ansvar og oppofrelse i arbeidet. Innføring av økonomiske insentiver i offentlige virksomheter kan dermed virke mot sin hensikt, ved at insentivet undergraver ansattes idealistiske motivasjon (Sørensen, 2009). Økonomiske insentiver kan imidlertid ha *liten* effekt på ansattes innsats dersom de står overfor komplekse målsettinger og vanskelig målbare resultater.

En annen årsak til at økonomiske insentiv ikke blir brukt i offentlig sektor, kan være at samfunnet rundt tolker insentivene som et signal på at offentlig ansatte ikke jobber for misjonen til virksomheten, men for den økonomiske gevinsten (Kreps, 1997).

Videre skiller offentlig sektor seg fra privat sektor ved at det ikke er eiere som tar ut overskudd fra driften (Burgess & Ratto, 2003). Overskuddet kommer hele virksomheten til gode, gjennom bruk til for eksempel investeringer eller vedlikehold. Dette er et viktig element for offentlig ansattes motivasjon for å yte god innsats (Francois, 2000). Dersom de jobber effektivt, kan det medføre en bedre økonomi for virksomheten, som igjen vil komme alle til gode.

Mothakeeffekt

For spesialisthelsetjenesten varer prinsipal-agent forholdet over flere perioder ved at Helse- og omsorgsdepartementet løpende følger opp måloppnåelsen blant helseforetakene. For slike tilfeller kan insentivkontrakter ha intertemporale aspekter ved seg (Gibbons & Roberts, 2013). Dersom prinsipal og agent kun møtes én gang, antar man at ingen lærer noe før *etter* at transaksjonen er gjennomført. Dersom partene møtes flere ganger, kan de observere hverandre og ny informasjon blir tilgjengelig i løpet av periodene.

Mothakeeffekt oppstår når prinsipalen bruker agentens prestasjon i dag som standard for prestasjon i morgen ved utforming av ny kontrakt (Gibbons & Roberts, 2013). Det betyr at

dersom prinsipalen ser at en oppgave kan løses enklere enn forutsatt, vil han i neste periode redusere belønningen eller øke kravet for oppgaven. Agentens dilemma blir dermed at god prestasjon i dag, medfører en høyere belønning der og da, men i senere perioder kan det straffe seg i form av økte krav eller redusert belønning (Hendrikse, 2003). Et optimalt belønningssystem bør derfor utformes slik at man ikke bruker nåværende periodes resultat til å utforme kontrakten for neste periode.

Karrieremotiv

Et annet intertemporalt aspekt som kan oppstå er karrieremotiv. *Karrieremotiv* oppstår i situasjoner der agenten ikke bare yter innsats for å maksimere nåværende belønning, men også for å påvirke andres oppfatning (Prendergast, 1999). I slike tilfeller vil agenten yte innsats til tross for at det ikke er noen eksplisitt kontrakt. Årsaken er at fremtidige kontrakter avhenger av dagens prestasjon, som gir insentiver til å yte positiv innsats. Karrieremotivet vil være sterkest i starten av karrieren, ettersom agentens talent da er relativt ukjent for prinsipalen. Høy produktivitet kan ha stor innvirkning på andres oppfatning av agentens talent. I tillegg har unge arbeidstakere mange perioder fremfor seg der de kan opparbeide seg et godt rykte, noe som vil være motiverende for å yte høy innsats. Med tiden vil agentens talent være kjent for prinsipalen, og agenten vil da ha svakere insentiver til å yte høy innsats uten at det foreligger eksplisitte kontrakter.

2.3 Rettferdighetsteori

I delkapittel 2.1 så vi hvordan prinsipalen kan utforme insentivkontrakter for at agenten skal yte ønsket innsats. Vi vil videre forklare hvordan opplevelsen av rettferdig betaling kan påvirke agentens innsats ved hjelp av rettferdighetsteori.

Rettferdighetsteori er en sosial sammenligningsteori, også kalt for teori om *moralsk motivasjon* (Cappelen & Tungodden, 2012). Moralsk motivasjon går ut på å gjøre det som oppfattes som moralsk riktig. Vi ønsker rettferdighet og holder oss motiverte så lenge vi føler betalingen vi mottar samsvarer med hvor hardt vi har jobbet, sammenlignet med andre (Adams, 1965).

Dersom vi opplever urettferdig betaling, kan det korrigeres på to måter: 1) hvis vi føler vi blir underbetalt, vil vi redusere mengden arbeid vi legger i en oppgave, eller 2) hvis vi føler vi blir overbetalt, vil vi jobbe hardere i et forsøk på å rettferdiggjøre at vi fortjener den høye betalingen (Sutton, 2015). En vil imidlertid være mindre motivert til å øke arbeidsinnsatsen for å føle at overbetalingen er rettferdig, enn motsatt (Carrell & Dittrich, 1978). Den andre korrigeringen vil derfor i beste fall være kortvarig, ved at man jobber hardere i starten. Etterhvert vil man føle at arbeidet som ble utført i utgangspunktet, var verdt overbetalingen. Arbeidsinnsatsen vil da reduseres til opprinnelig nivå.

2.4 Målsetting

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter årlig styringsmål til helseforetakene gjennom oppdragsdokumentet (Regjeringen, 2019a). Delkapittel 2.4 omhandler hvordan målsetting kan påvirke ansattes innsats og prestasjon. Vi skal i tillegg vise hvordan en virksomhet kan sette gode mål gjennom SMART målsetting. Deretter presenteres balansert målstyring som et styringsverktøy der finansielle måltall komplementeres med ikke-finansielle måltall.

Locke og Lathams målsettingsteori

Målsetting kan brukes for å motivere og påvirke prestasjonsnivået og innsatsen hos ansatte i en virksomhet (Locke & Latham, 1990). Locke og Latham presenterer to hovedfunn om målsetting:

1. Jo vanskeligere målsetting som settes, desto mer innsats og høyere prestasjon vil ansatte oppnå.
2. Spesifikke og vanskelige målsettinger vil lede til et høyere prestasjons- og innsatsnivå enn om man får beskjed om å «bare gjøre sitt beste».

Videre presenterer Locke og Latham (2002) fire mekanismer som forklarer *hvordan* målsetting påvirker prestasjonsnivået vårt:

1. Mål gir retning for innsatsen vår og sørger for at vi fokuserer på oppgaver som er relatert til målet, heller enn å legge innsats i oppgaver som ikke er knyttet opp mot målet.
2. Mål er energigivende; høyere målsettinger leder til at vi yter en høyere innsats for å nå målet enn ved lavere målsetting.
3. Mål fremmer standhaftighet.
4. Mål har en indirekte effekt på prestasjon ved at målsetting aktiverer den målrelaterte kunnskapen vi besitter, eller oppmuntrer til å skaffe riktig kunnskap.

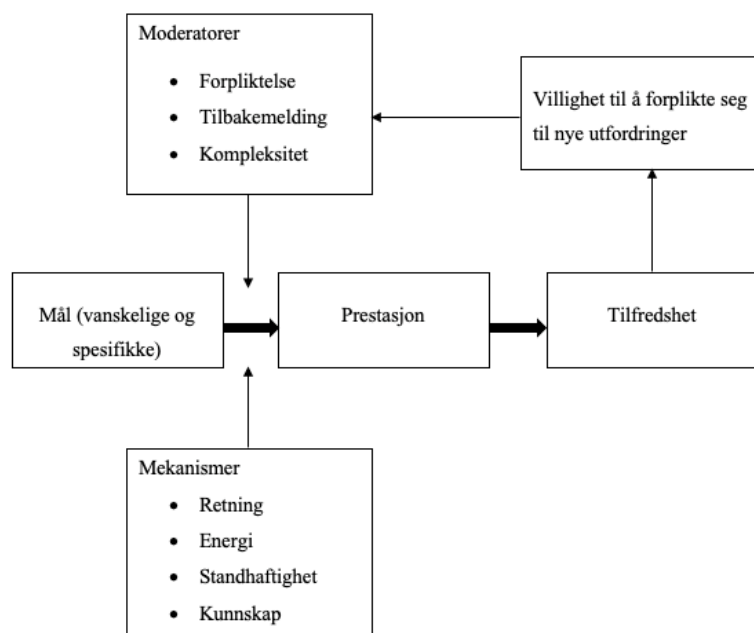
I tillegg til de overnevnte mekanismene, har Locke og Latham (2002) kartlagt variabler som forsikrer *effekten* målsetting har. Variablene er forklart i tabell 1:

Variabel	Forklaring
Forpliktelse	Man kan påvirke en persons forpliktelse til målsettingen gjennom den oppfattede betydningen av målet, samt gjennom personens tro på evnen om å nå målet. Jo mer forpliktet man er til et mål, desto høyere innsats vil man yte for å nå målet.
Tilbakemelding	Man må vite hvordan man presterer på målsettingen for å kunne justere fokus og innsats.
Kompleksitet	Jo mer kompleks en oppgave er, desto mindre effekt vil målsettingen ha på en persons prestasjonsnivå. Ettersom en oppgave blir mer kompleks vil andre variabler (for eksempel kunnskap, evne eller ferdighetsnivå) påvirke prestasjonsnivået.

Tabell 1. Variabler som kan moderere effekten av målsettingen. Egenutviklet basert på Locke og Latham (2002)

Et siste element fra målsettingsteorien er tilfredshet. Locke og Latham (2002) argumenterer for at det finnes en nær kobling mellom tilfredshet og måloppnåelse, og at tilfredshet er essensielt for å kunne avgjøre hvor villige vi er til å forplikte oss til fremtidige utfordringer. Vanskelige og høye målsettinger kan lede til en økning i innsats- og prestasjonsnivå, men en må være oppmerksom på at uoppnåelige målsettinger kan føre til en reduksjon i tilfredshet og forpliktelse (commitment).

De ulike elementene vi har drøftet innenfor målsettingsteori, vises i prestasjonssyklusen. Syklusen er illustrert i figur 4.



Figur 4. Prestasjonssyklusen. Hentet fra Sutton (2015, ss 66)

SMART målsetting

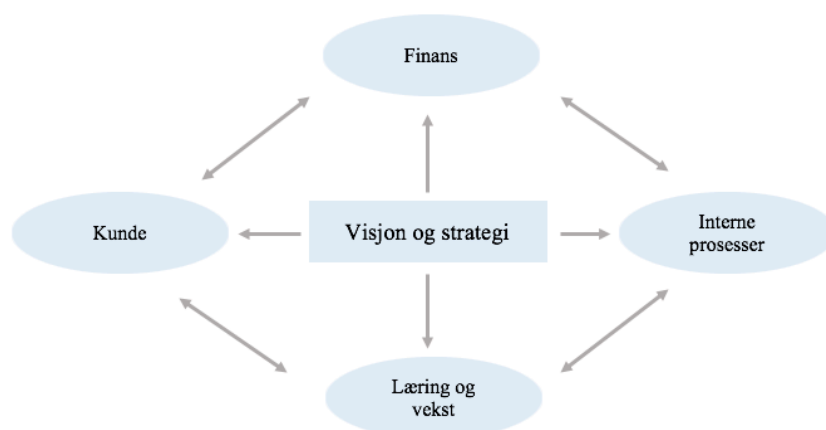
Som diskutert under Locke og Lathams målsettingsteori, gir mål retning, energi, standhaftighet og økt fokus på målrettet kunnskap for de ansatte (Locke & Latham, 2002). For at man skal oppnå ønsket effekt, må man tenke over hvilke målsettinger ansatte skal jobbe mot. SMART målsetting går ut på å sette mål som skal oppfylle fem ulike kriterier: mål skal være spesifikke, målbare, oppnåelige (attainable), realistiske og ha et tidsaspekt (Shahin, 2007; Bovend'Eerd m.fl., 2009).

For det første må målene være så *spesifikke* og detaljerte som mulig (Bovend'Eerd m.fl., 2009). Med spesifikke mål er det enklere å holde ansatte ansvarlige for sin prestasjon. For det

andre er det viktig at målsettingen er *målbar* for å kunne avgjøre om målet er nådd. Man kan sette kvalitative eller kvantitative mål, men målingen må være i forhold til ytelse eller forventning. Det tredje kriteriet er at målet skal være *oppnåelig*. Målsettingen bør ikke være utenfor rekkevidde, samtidig som det må være en viss grad av utfordring knyttet til målet. Ulike studier viser at team som har høye og ambisiøse målsettinger, presterer bedre enn team med lavere målsetting (Larson & LaFasto, 1989; Likert, 1961). Det fjerde kriteriet er at målet må være *realistisk* (Bovend'Eerdt m.fl., 2009). Kriteriet utdyper at målet skal være oppnåelig ved at man setter mål som er realistiske for de ansatte. Det femte kriteriet er at det må være et *tidsaspekt* for når målet skal være nådd. En tidsramme gir struktur for arbeidet, og lar ledere overvåke fremdriften.

Balansert målstyring

Balansert målstyring er et styringsverktøy som kobler organisasjonens strategiske målsettinger med ett sett sammenhengende prestasjonsmål (Kaplan & Norton, 1993). Formålet med balansert målstyring er å komplementere de tradisjonelle, finansielle måltallene med måltall basert på ikke-finansielle kriterier. Figur 5 illustrerer de fire styringsperspektivene som danner selve rammeverket for balansert målstyring, og deres kobling mot virksomhetens visjon og strategi (Kaplan & Norton, 1996). Perspektivene skal gi økt oppmerksomhet mot måloppnåelse i ansattes daglige arbeid.



Figur 5. Oversette visjon og strategi: fire perspektiver. Hentet fra Kaplan og Norton (1996, ss 193)

De fire perspektivene skal støtte opp om bedriftens langsiktige strategi og visjon (Kaplan & Norton, 1996). Balansert målstyring gir dermed bedriften mulighet til å overvåke den finansielle utviklingen, samtidig som det fokuseres på verdiskaping for kunden, kontinuerlig forbedring og innovasjon, samt utvikling og opplæring av ansatte.

Det *finansielle perspektivet* representerer aksjonærenes eller eiernes oppfatninger av virksomheten (Kaplan & Norton, 1992). De finansielle måltallene skal indikere hvorvidt virksomhetens strategi, implementering og utførelse bidrar til å skape størst mulig verdi for aksjonærene eller eierne. Gjennom *kundeperspektivet* skal virksomheten forstå hva som gir verdi for kunden, og utforme spesifikke mål som reflekterer verdsette faktorer. Slike faktorer kan for eksempel være tid, kvalitet eller serviceytelse. Det *interne perspektivet* identifiserer og fokuserer på kritiske, interne prosesser som påvirker hvordan virksomheten kan møte kundens forventninger. Det kan være prosesser for innovasjon, operative rutiner eller avsluttende prosesser. Det siste perspektivet er *læring og vekst perspektivet*. Perspektivet legger vekt på hvordan virksomheten kan forbedre seg og skape verdi gjennom læring og utvikling, kreativitet, forskning og personlig ansvar.

For offentlige virksomheter som har innført balansert målstyring, påpeker Holving (2009) at rekkefølgen for de to øverste perspektivene ofte er endret. Kunde-/brukerperspektivet kommer først, deretter det finansielle. Årsaken er at offentlige virksomheter som regel ikke har andre finansielle målsettinger enn å drifte innenfor en gitt økonomisk ramme. Det er heller viktig å synliggjøre hvem man er til for, nemlig kundene, i form av brukere, skattebetalere og samfunnsborgere.

2.5 Målstyring

Delkapittel 2.4 omhandlet hvordan man ved fastsettelse av gode mål, kan påvirke ansattes motivasjon. Dette delkapittelet skal redegjøre for målstyring, samt betingelser og utfordringer knyttet til styringsformen.

Ledelsen i en virksomhet må sørge for at de ansatte arbeider på en effektiv måte gitt egenskapene de besitter (Drucker, 1955/2007). Målstyring er en styringsform som retter oppmerksomheten mot sammenhengen mellom målsettingene og resultatene som oppnås.

Fokuset rettes altså mot effektivitet. Det er dermed viktig å ta hensyn til både målformulering og resultatoppnåelse, som gjør målstyring til en kompleks styringsform (Pettersen m.fl., 2008).

Ifølge Drucker (1955/2007) bygger målstyring på tre grunnleggende betingelser som må være til stede i virksomheten:

1. Fastsettelse av mål og kontinuerlig overvåking av disse.
2. Det må være en felles forståelse og adopsjon av de spesifikke målene blant de ansatte. Målene gjøres relevante gjennom regelmessig tilbakemelding.
3. Det må være en helhet mellom funksjonene og aktivitetene i virksomheten.

Ledelsen må altså vite hva virksomheten skal oppnå, om man er på rett vei, og hvordan man kan endre seg slik at man når ønsket måloppnåelse (Pettersen m.fl., 2008). Ifølge Ouchi (1977) finnes det kun to forhold i en virksomhet som kan måles og knyttes direkte opp mot måloppnåelse: 1) ansattes adferd, altså hvordan ansatte i bedriften utfører handlinger og 2) resultatene av ansattes adferd, altså utfallet av handlingene. Som leder kan man dermed styre etter adferd eller resultatoppnåelse. Hvilket fokus man skal ha, kan illustreres i mål-middel modellen, som vi nå skal forklare.

Mål-middel modellen

Ledelsen kan velge å styre ansattes adferd eller ansattes resultat (Ouchi, 1977). I figur 6 illustreres sammenhengen mellom hvor klare resultatmålene er og hvor god kausalkunnskap ledelsen har om den daglige driften av virksomheten (Pettersen m.fl., 2008).

		Kausalkunnskap	
		God	Dårlig
Resultatmål	Klare	Resultat-/adferdsstyring	Resultatstyring
	Uklare	Adferdsstyring	Rituell styring eller profesjonsstyring

Figur 6. Kunnskap om mål-middelrelasjon og konsekvenser for valgt styringsform. Hentet fra Pettersen m.fl. (2008, ss 129)

Adferdsstyring krever at ledelsen har kunnskap om hvordan handlinger skal utføres for å nå målsettingene (Pettersen m.fl., 2008). Ledelsen setter normer og regler for hvordan ulike aktiviteter skal gjennomføres. Det forventes da at man oppnår ønsket effekt av målstyringen. Virksomheten kan for eksempel utforme standardiserte prosedyrer for hvordan ulike oppgaver eller prosesser skal utføres.

Resultatstyring krever at man utarbeider gode og spesifikke resultatmål (Pettersen m.fl., 2008). Det kan imidlertid være vanskelig for ledelsen å sette få og entydige mål. Dermed må det ofte utvikles mange resultatindikatorer som skal vurderes.

Dersom det er uklare mål-middel relasjoner i en virksomhet, kan man bruke *norm- og profesjonsstyring* (Pettersen m.fl., 2008). Virksomhetens aktiviteter kan være uoversiktlige, og det kan være mange måter å utføre handlinger på for å nå samme målsetting. Det blir dermed vanskelig å utarbeide én standardisert prosedyre for hvordan ansatte skal arbeide, og ledelsen må i større grad bruke erfaring og profesjonelt skjønn for å styre ansattes adferd.

Det er imidlertid ikke gitt at profesjonenes respektive normer og verdier kan forenes mot et felles mål (Pettersen m.fl., 2008). Figur 7 illustrerer ulike forhold mellom målsetting og virkemiddel. Forholdene oppstår på bakgrunn av at det kan være uenighet om hvilke virkemidler som er optimale for å nå en gitt målsetting. Når mål-middel relasjonene er uklare og delvis motstridene, kan interessegrupper komme i motsetningsforhold til hverandre.

		Målsetting	
		Enig	Uenig
Virkemiddel	Enig	Harmoni	Usikkerhet
	Uenig	Forhandling	Konflikt

Figur 7. Forholdet mellom målsetting og virkemiddel. Hentet fra Pettersen m.fl (2008, ss 133).

Utfordringer ved målstyring

Prinsipalen har gjerne flere oppgaver det er ønskelig at agenten skal utføre, eller agentens enkeltoppgaver har flere dimensjoner ved seg (Holmstrom & Milgrom, 1991). Gjennom insentiver kan agentens oppmerksomhet allokteres mellom de ulike oppgavene og pliktene.

Det er viktig å merke seg at innsatsen agenten legger på én aktivitet, går på bekostning av innsats på en annen aktivitet. Som diskutert i delkapittel 2.1, er det vanskelig for prinsipalen å overvåke alle agentens handlinger, og agenten kan dermed utnytte insentivene som gis til sin fordel (Prendergast, 1999). Man kan se for seg en situasjon der agenten må velge mellom å yte innsats på aktivitet a eller b, og grensekostnaden for agenten er slik at han er indifferent mellom de to aktivitetene. Dersom prinsipalen tilbyr en høyere betaling på aktivitet a, vil agenten legge all sin innsats på denne, selv om prinsipalen ønsker at agenten skal yte innsats på begge aktivitetene. Betalingen medfører dermed en vridning av agentens innsats bort fra aktivitet b, som blir lavest belønnet. Hvis aktivitet a og b er perfekte substitutter, må grenseinntekten, altså belønningen, være lik for begge aktivitetene for å unngå vridningseffekten.

Vridningseffekter kan også oppstå dersom styringen fokuserer på kortsiktig verdiskaping heller enn den langsiktige verdiskapningen (Bragelien, 2009). Virksomheter kan for eksempel styre etter finansielle måltall, som på kort sikt ikke sier noe om hvilken effekt investeringer, kundebehandling og vedlikehold har over en lengre periode. Det er imidlertid vanskelig å utforme måltall om virkninger som skjer på lang sikt, og målstyring er dermed ofte konsentrert rundt kortsiktig verdiskaping. Slik målstyring kan føre til at virksomheten vrir oppmerksomheten bort fra aktiviteter som skaper langsiktig verdi.

For å dempe vridningseffektene kan virksomheten utarbeide flere måltall (Bragelien, 2009). En slik løsning kan imidlertid føre til demotiverte ansatte, ettersom mange mål og hyppig måling kan føles som et måltyranni (Lai, 2017). Mange måltall kan også gi et inntrykk av at ledelsen har mistillit og lave forventninger til ansattes arbeid. Det er heller ingen selvfølge at man til tross for mange mål, ikke overser områder som er viktige for verdiskapningen (Bragelien, 2009). Man fristes alltid til å måle det som er lett å måle, i stedet for det som er viktig å måle.

En annen utfordring ved målstyring er at man forplikter seg til strategien som er valgt, og dermed kan overse eller undervurdere ny informasjon som motsier strategien (Johannessen & Olaisen, 2007). Ettersom ledere ofte ønsker å fremstille seg som konsistente, kan dette medføre at de holder stø kurs selv om dette ikke er rasjonelt. Slike tilfeller omtales som *stø-kurs paradokset*.

Svak måloppnåelse uten konsekvenser

Ifølge Sørensen (2009) finnes det flere eksempler på situasjoner, særlig i offentlig sektor, der rapportert svak måloppnåelse ikke har medført forbedring over tid. Sørensen viser til tre kategorier der dårlig måloppnåelse ofte ikke medfører negative konsekvenser.

(1) *Svak måloppnåelse leder ikke til endring, og heller ikke til forbedring.* En ser ofte at måloppnåelse i offentlig sektor er svakere enn målsettingen, uten at det leder til endringer. I offentlig sektor vil det typisk gjennomføres evalueringer av eventuelle reformer og tjenestetilbud, som konkluderer med at måloppnåelsen ikke er god nok. Til tross for en slik konklusjon, leder det sjelden til negative konsekvenser for de som blir målt.

(2) *Svak måloppnåelse leder til tiltak, men ingen forbedring.* Svak måloppnåelse kan lede til at offentlige virksomheter må gjennomgå omfattende reformer og omstillinger, men det er ikke alltid tiltakene fører til høyere måloppnåelse.

(3) *Svak måloppnåelse leder til større offentlige bevilgninger, men ingen forbedring.* I offentlig sektor ser man ofte at svak måloppnåelse fører til krav om mer ressurser, og offentlige bevilgninger øker følgelig. Det er imidlertid ikke gitt at økte bevilgninger gir bedre måloppnåelse. I mange tilfeller kan bedre ressursutnyttelse også påvirke måloppnåelsen.

2.6 Karakteristika ved jobben

Delkapittel 2.2 så på hvordan ansatte i offentlig sektor motiveres av å jobbe for en bestemt organisasjon. Dette delkapittelet beskriver hvordan bestemte arbeidsoppgaver eller karakteristika ved jobben virker motiverende.

Ansattes motivasjon kan forklares gjennom selve jobben de utfører og situasjonen arbeidet utføres i (Einarsen & Skogstad, 2011). Karakteristika ved jobben kan presenteres i en jobbkarakteristika-modell. Den mest anerkjente modellen er utviklet av Hackman og Oldham (1976) og er presentert i tabell 2. Modellen fremhever tre kritiske, psykologiske tilstander som påvirker motivasjonen til de ansatte. De tre tilstandene er 1) opplevd meningsfullt arbeid, 2) opplevd ansvarsrolle overfor resultat av arbeidet, og 3) faktisk kunnskap om resultatene av det man gjør.

Kjernekaraktistika ved jobben	Kritisk psykologisk tilstand
1. <i>Mangfoldig bruk av ferdigheter.</i> Hvor mange forskjellige ferdigheter bruker jeg for å utføre arbeidet? 2. <i>Oppgaveidentitet.</i> I hvilken grad fullfører jeg en hel oppgave? 3. <i>Oppgavebetydning.</i> Hvor mye har mitt arbeid å si for andre?	Opplevelse av arbeidet som <i>meningsfullt</i> . Tror jeg at mitt arbeid faktisk skaper verdi og er verdt tiden jeg bruker?
4. <i>Autonomi.</i> Hvor mye frihet har jeg til å bestemme hvordan og når jeg vil jobbe?	Opplevelse av <i>ansvar</i> for utfallet av arbeidet. Tror jeg at jeg kan stilles personlig til ansvar for resultatet av arbeidet mitt?
5. <i>Tilbakemelding.</i> I hvilken grad mottar jeg tydelig og direkte informasjon om min effektivitet?	<i>Kunnskap</i> om det faktiske utfallet av arbeidet. Vet jeg hvor gode mine prestasjoner er?

Tabell 2. Jobbkarakteristika-modell. Egenutviklet basert på Sutton (2015).

Dersom ansatte opplever at de tre overnevnte tilstandene er til stede, vil det lede til høy motivasjon, god kvalitet på arbeidet og høy trivsel på arbeidsplassen (Hackman & Oldham, 1976). Modellen kan derfor brukes til å forklare positive forsterkninger man får i jobben. Dersom man føler seg bra med tanke på arbeidet man utfører, vil man arbeide mer.

2.7 Økonomistyring i offentlig sektor

Økonomistyring kan defineres som «den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger» (Pettersen m.fl., 2008, ss 139). Definisjonen viser at økonomistyring har et målformulerende, kommuniserende, lederorientert og analytisk perspektiv, som til sammen skal gjøre organisasjonen mer målorientert (Pettersen & Nyland, 2008). Ved økonomistyring i offentlig sektor foreligger det imidlertid utfordringer knyttet til definisjonen (Nyland & Pettersen, 2010). Hovedmålsettingen i offentlig sektor er ikke å maksimere et overskudd, men å utnytte ressursene man har til rådighet for å skape mest

mulig velferd for brukerne av tjenesten. Hovedformålet er dermed å realisere velferdspolitiske og samfunnsmessige målsettinger innenfor et gitt tjenestoområde og en gitt budsjetttramme (Mauland & Mellemvik, 2004). Målsettinger i offentlig sektor inneholder derfor ofte mål som er vanskelig å måle, som gjør økonomiske styring av en slik sektor mer kompleks sammenlignet med andre sektorer

I tillegg til de overnevnte funksjonene økonomistyringen skal ha, må økonomistyring i offentlig sektor ha en legitimerende funksjon (Nyland & Pettersen, 2010). Ettersom finansieringen av offentlige virksomheter er basert på skattepenger, er staten avhengig av at skattebetalerne føler en trygghet til at ressursene forveltes på en hensiktsmessig måte.

Helseøkonomi

Helseøkonomi er et fagområde der det medisinske faget kombineres med det økonomiske (Berg, 2017). Et viktig aspekt ved helseøkonomi er at man skal utnytte knappe ressurser, som helsepersonell, budsjettmidler, bygninger og utstyr, på en best mulig måte. Ved å kombinere kunnskapen til helsearbeidere og økonomer, vil man gi god pasientbehandling, samtidig som man søker etter en optimal utnyttelse av knappe ressurser.

I helsevesenet må man blant annet ta stilling til hva og hvor mye som skal produseres, hvem som skal få tjenesten og hvem som skal betale. For å finne gode løsninger på disse problemstillingene, er man avhengig av et godt samarbeid mellom økonomene og helsearbeiderne (Opstad, 2003). Økonomi handler om å forvalte ressurser på best mulig måte. Den økonomiske verdiskapingen i samfunnet skjer gjennom produksjon og aktiviteter, og økonomene skal tilrettelegge for at man får mest mulig igjen for innsatsen som legges ned

I spesialisthelsetjenesten er oppgaver og beslutningsmyndighet i stor grad desentralisert (Opstad, 2003). Økonomistyringen er dermed spredt nedover i systemet til den enkelte klinikk, avdeling eller seksjon. I den daglige driften oppstår det ofte konflikt mellom faglige mål og ønsker og de økonomiske rammene som er satt. Konfliktene oppstår fordi økonomiske hensyn må ligge til grunn når beslutninger tas. Ledere på ulike nivåer må følgelig ha den økonomiske tankegangen om utnyttelse av knappe ressurser, som en del av den daglige driften.

I figur 8 beskrives forholdet mellom økonomer og helsepersonell. Ansatte i helsesektoren må tenke økonomi for at flest mulig skal få nytte av tjenestene (Opstad & Berg, 1992). Økonomer

å tenke medisin på samme måte. Økonomer skal heller bistå sykehusene til å tenke og styre etter økonomiske prinsipper.



Figur 8. Forholdet mellom helsepersonell og økonomer. Hentet fra Opstad og Berg (1992, ss 10)

2.8 New Public Management

New Public Management (NPM) er en samlebetegnelse på reformer med hensikt om å modernisere offentlig sektor (Nyland & Pettersen, 2010). Utgangspunktet for introduksjonen av NPM (ca. 1980), var å løse problemer knyttet til ineffektivitet, manglende muligheter for brukerpåvirkning og redusert legitimitet til den offentlige sektoren (Christensen & Lægreid, 2011). Felles for reformene som ble innført, var å forbedre effektiviteten i offentlig sektor, forbedre responsen overfor kunder og brukere, redusere offentlige utgifter og øke delegeringen av ansvar (Christensen & Lægreid, 2016). En slik endring skjer ved at styringsmekanismer som i stor grad har vært forbeholdt privat sektor, benyttes i offentlig sektor.

Hood (1995) presenterer syv dimensjoner som kjennetegner NPM. Dimensjonene er oppsummert i tabell 3.

Syv dimensjoner som kjennetegner NPM	
1	Desentralisering av offentlig sektor. Ulike enheter organiseres som egne kostnadssentre.
2	Et skifte mot økt konkurranseutsetting, både mellom offentlige sektorer, og mellom offentlig og privat sektor.
3	Styringsverktøy som har vært forbeholdt privat sektor, benyttes i offentlig sektor.
4	Mer disiplin og sparsommelighet når det kommer til bruk av ressurser.
5	Økt fokus på «hands-on» ledelse, mer aktiv kontroll og synlige ledere.
6	Økt bruk av eksplisitte og målbare standarder i prestasjonsmåling.
7	En mer statisk styring basert på forhåndsbestemte mål for output.

Tabell 3. Syv dimensjoner som kjennetegner NPM. Egenutviklet basert på Hood (1995)

I Norge har reformene i stor grad konsentrert seg rundt budsjett- og styringsreformer og brukerorientering, mens privatisering har i mindre blitt brukt for å effektivisere offentlig tjenesteproduksjon (Nyland & Pettersen, 2010).

Sykehusreformen som ble innført i 2002 bygger bygger på NPM. Reformen er nærmere beskrevet i delkapittel 3.1.

2.9 Desentralisering

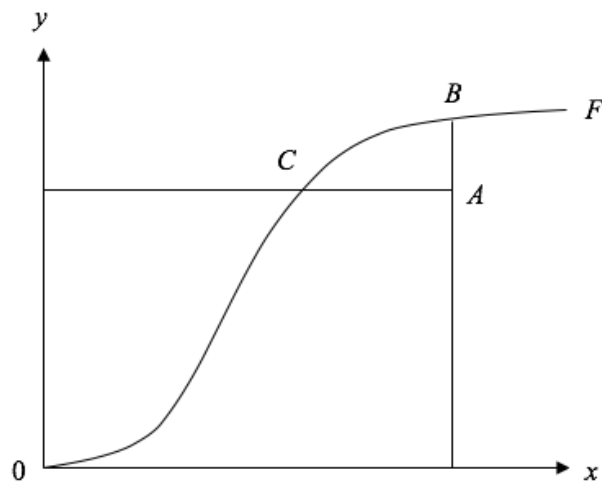
Som vist i delkapittel 2.7 og 2.8, er desentralisering et sentralt kjennetegn for offentlige virksomheter (Pettersen m.fl., 2008). Desentralisering er én av flere dimensjoner som fremmes av NPM, som vist i tabell 3 (Hood, 1995). For spesialisthelsetjenesten ble økt grad av desentralisering innført gjennom Helseforetaksreformen.

Ledelsen i en organisasjon må bestemme hvem som skal ha autorisasjon og ansvar for å ta beslutninger (Kaplan & Atkinson, 2014). Store virksomhet består av mange avdelinger og

enheter som utfører ulike aktiviteter med forskjellig grad av kompleksitet. En tilnærming til å lede slike organisasjoner, er å ha en *sentral kontroll*. Kontrollen gjøres ved å sende ordrer ovenfra og ned til enhetene som utfører oppgavene. Gjensidig avhengige aktiviteter som gjøres på ulike avdelinger, blir koordinert gjennom planer satt på høyere nivå. En sentral ledelse vil imidlertid være vanskelig å gjennomføre i praksis, ettersom ingen kan ha kjennskap til alle aktiviteter og behov i organisasjonen. Det blir dermed utfordrende for en sentral ledelse å ta gode beslutninger for avdelinger og enheter på lavere nivåer. Utfordringene taler for innføring av *desentralisert* ledelse i store og komplekse virksomheter. En desentralisert organisasjon har fordelt beslutningsmyndighet og ansvar til ledere på lavere nivåer i organisasjonen. Avdelings- eller enhetsledere har et bedre informasjonsgrunnlag til å ta gode beslutninger innenfor sitt område, enn en sentralisert ledelse har.

2.10 Produktivitet og effektivitet

Delkapittel 2.7 beskrev hvordan man i helsesektoren ønsker å gi best mulig pasientbehandling, samtidig som man har en effektiv ressursutnyttelse. Begrepene produktivitet og effektivitet brukes stadig om hverandre. Det er imidlertid viktig å skille mellom begrepene, ettersom de har ulik betydning (Coelli m.fl., 2005). *Produktivitet* viser til forholdet mellom input og output. Produktiviteten kan økes enten ved å a) øke output samtidig som input holdes konstant, eller ved å b) holde output konstant samtidig som man reduserer input (Kaplan & Atkinson, 2014). *Effektivitet* omhandler hvordan man utnytter ressursene man har tilgjengelig gitt tilgjengelig teknologi (Coelli m.fl. 2005). Figur 9 viser produksjonslinjen F som illustrerer forholdet mellom input x og output y . Produksjonslinjen representerer maksimal output for en gitt størrelse av input og gitt tilgjengelig teknologi. Man kan dermed si at virksomheter som ligger på produksjonslinjen er *teknologisk effektive*. Dette er illustrert ved punkt B og C i figur 9. Virksomheter som ligger under produksjonslinjen er ikke teknologisk effektive ettersom de kan øke outputen fra punkt A til B uten å øke inputen.



Figur 9. Produksjonslinjen og teknisk effektivitet. Hentet fra Coelli m.fl. (2005, ss 4)

2.11 Oppsummering av teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverk startet med å vise hvordan et prinsipal-agent forhold oppstår når en part (prinsipalen) delegerer beslutningsmakt og autorisasjon til en annen part (agenten) (Kaplan & Atkinson, 2014). Prinsipal-agent forholdet gjenkjennes i spesialisthelsetjenesten ved at Helse- og omsorgsdepartementet delegerer ansvar til de underliggende helseforetakene. Slik desentralisering av beslutningsmakt er også et kjennetegn ved New Public Management, som lå til grunn for innføringen av Helseforetaksreformen i 2002 (Hood, 1995). I et prinsipal-agent forhold vil det typisk oppstå problemer knyttet til ulike målsettinger mellom partene og moralsk hasard (Eisenhardt, 1989; Jensen & Meckling, 1976; Hendrikse, 2003). Moralsk hasard problemet kan løses gjennom utforming av insentivkontrakter som sikrer frivillig deltakelse og innsats fra agenten (Hendrikse, 2003; Bragelien, 2017).

Videre forklarte vi hvorfor det sjelden brukes økonomiske insentiver i offentlig sektor. For det første har virksomheter i offentlig sektor ofte flere prinsipaler, og det kan være vanskelig å utarbeide felles insentiver (Dixit, 2002; Burgess & Ratto, 2003). For det andre kan agenten få økt nytte av å utføre bestemte arbeidsoppgaver og av organisasjonens bidrag til samfunnet (Dixit, 2002). Offentlig sektor tiltrekker seg ofte arbeidstakere med en slik indre, idealistisk motivasjon, og økonomiske insentiver kan da virke mot sin hensikt (Besley & Ghatak, 2003; Sørensen m.fl., 2007; Sørensen, 2008; Sørensen, 2009). I tillegg møtes prinsipal og agent i offentlig sektor ofte over flere perioder, noe som skaper utfordringer ved utforming av

økonomiske incentiver. Det kan da oppstå mothakeeffekter (Gibbons & Roberts, 2013). Ved hjelp av rettferdighetsteorien viste vi hvordan størrelsen på incentiver må oppleves rettferdig for at man skal øke ansattes arbeidsinnsats og motivasjon (Adams, 1965).

Det teoretiske rammeverket presenterte videre hvordan man kan bruke målsetting som motivasjonsfaktor og hvordan man fastsetter gode mål som gir ønsket effekt (Locke & Latham, 1990; Locke & Latham, 2002; Shahin, 2007; Bovend'Eerd m.fl., 2009). Vi viste videre hvordan balansert målstyring kan komplementere finansielle måltall ved hjelp av ikke-finansielle kriterier (Kaplan & Norton, 1993).

Avhengig av om ledelsen har god eller dårlig kausalkunnskap, og hvorvidt resultatmålene er klare, kan ledelsen velge å styre etter ansattes adferd eller resultat (Pettersen m.fl., 2008). Det kan oppstå utfordringer knyttet til uklare mål-middel relasjoner, og profesjons- og normstyring kan da være en løsning. Deretter så vi på utfordringer knyttet til målstyring, der blant annet vridningseffekter kan oppstå dersom agenten gis incentiver for kun én oppgave (Holmstrom & Milgrom, 1991; Prendergast, 1999). Vi viste også at svak måloppnåelse i offentlig sektor sjelden medfører negative konsekvenser (Sørensen, 2009). Videre presenterte vi Hackman og Oldhams (1976) jobbkaraktistika-modell som viser hvordan ansatte motiveres gjennom karakteristika ved arbeidet de utfører.

Deretter forklarte vi hvordan hovedmålsettingen i offentlig sektor er å utnytte ressursene en har til rådighet, og hvorfor det er viktig med et godt samarbeid mellom helsearbeidere og økonomer for å nå målet (Opstad & Berg, 1992; Nyland & Pettersen, 2010). Til slutt definerte vi forskjellen mellom produktivitet og effektivitet.

I neste kapittel presenteres St. Olavs hospital og relevant kontekst for utredningen

3. St. Olavs hospital og dets kontekst

I kapittel 3 presenteres relevant kontekst for utredningen og relevant informasjon om St. Olavs hospital. Vi vil først redegjøre for Helseforetaksreformen, og hvilke endringer reformen medførte. Videre beskriver vi ulike momenter ved finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten. Deretter forklares det hva som ligger bak indikatorene *ventetid*, *fristbrudd* og *passert planlagt tid*. Utredningen skal gjennom diskusjonen i kapittel 6 se på styringsmålene som omhandler de tre ovennevnte indikatorene. Til slutt presenteres generell informasjon om St. Olavs hospital.

3.1 Helseforetaksreformen 2002

Sykehusenes virksomhet og tjenester påvirkes av en rekke eksterne og interne faktorer (Pettersen m.fl., 2008). Slike faktorer kan være økonomiske rammebetingelser, helsepolitiske vedtak, juridiske bestemmelser eller interne organisatoriske forutsetninger. I tillegg vil valg av styringsmessige og organisatoriske relasjoner mellom staten som eier og helseforetakene, påvirke samspillet mellom virkemidlene i helsepolitikken.

Tidligere fungerte sykehusene som offentlige forvaltningsorganisasjoner der politiske aktører deltok aktivt på styringsarenaen i fellesskap med sykehusenes ledelse (Pettersen m.fl., 2008). Bakgrunnen for en slik organisering var at folkevalgte organ, som Stortinget og fylkestingene, ble sikret direkte politisk innflytelse. Organiseringsformen medførte imidlertid at sykehusenes egne styringsmuligheter ble begrenset av en rekke eksterne interesser. Organiseringen støttet dermed ikke oppfatningen av at sykehusene var en del av et større helsetjenestemarked, der pasientstrømmer heller enn budsjettammer skulle styre ressurstilgangen. Utviklingen mot en gammeldags og utilstrekkelig forvaltningsorganisering, medførte et press i retning av å reformere sykehusorganisasjonene. Ifølge Pettersen m.fl. (2008) observerte man at utviklingen i Norge fulgte den internasjonale trenden med New Public Management (NPM), som ble presentert i delkapittel 2.8.

Helseforetaksreformen ble innført 1. januar 2002, og de viktigste endringene skjedde gjennom opprettelsen av regionale helseforetak som overtok ansvaret for planlegging, utbygging og drift av helseinstitusjoner fra fylkeskommunene (Pettersen & Nyland, 2008).

Helseforetaksreformen var basert på to hovedelementer: 1) staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten, og 2) virksomhetene ble organisert som foretak (NOU 2016: 25, 2016). Foretakene ble dermed egne rettssubjekt eid av staten, men ikke en del av den statlige forvaltningen. Foretaksmodellen som regulerer sykehusene gir foretakene status gjennom egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi. Sentrale trekk ved statseide foretak er (Pettersen m.fl., 2008):

1. De er egne sentrale rettssubjekt med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi.
2. Statsmyndighetene styrer fra eierposisjon (generalforsamling/foretaksmøte) overfor selskapenes øvrige formelle organer.
3. Det er begrensninger i styringsmulighetene ved at statens styring og kontroll av den enkelte virksomhet fastlegges nærmere av reglene som lovgivningen har fastsatt. Staten har det overordnede ansvaret og styrer etter strategiske forhold, mens foretakene har ansvar for den løpende driften.

Oppdragsdokument og Styringskrav og rammer

Helse- og omsorgsdepartementet utsender årlig oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger fra Stortinget (Regjeringen, 2019a). Oppdragsdokumentene har i hovedsak to formål:

1. Det stilles styringskrav til de regionale helseforetakene.
2. Midlene i Stortingets budsjettvedtak blir formelt stilt til de regionale helseforetakenes disposisjon.

Gjennom oppdragsdokumentet mottar de regionale helseforetakene de viktigste styringssignalene fra staten (Nyland & Pettersen, 2010). Relasjonen mellom staten og de regionale helseforetakene kan dermed beskrives ut fra en bestiller-utførerlogikk. Staten bestiller helsetjenester fra de regionale helseforetakene basert på årets bevilgning og en rekke formulerte krav som skal følges opp i styringsdialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene (Pettersen & Nyland, 2008).

På samme måte som Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav til de regionale helseforetakene, stiller de regionale helseforetakene krav til de lokale helseforetakene i regionen (Helse Midt-Norge, 2019a). Gjennom dokumentet *Styringskrav og rammer*

sammenstilles styringskravene fastsatt i oppdragsdokumentet med det regionale helseforetakets styringsbudskap for året. *Styringskrav og rammer* viser også hvilke overordnede økonomiske føringer som skal ligge til grunn for styringen, samt hvilke faglige prioriteringer helseforetakene skal fokusere på det kommende året. De regionale helseforetakene skal i tillegg utarbeide en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, *Årlig melding*, som omhandler årlig måloppnåelsen på styringsmålene for regionen.

3.2 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Helsetjenester utgjør en stor del av det norske statsbudsjettet, og tall for 2018 viser at det ble brukt 67 770 kroner per innbygger på helseutgifter (SSB, 2019). Om vi sammenligner med land med tilsvarende inntektsnivå, lå Norge i 2015 på sjette plass av landene i verden som brukte størst andel av BNP på helseutgifter (SSB, 2016).

Staten finansierer spesialisthelsetjenesten gjennom bevilgning av midler til de regionale helseforetakene (Helsedirektoratet, 2019a). Årsaken er at finansieringsordningen skal understøtte sørge-for ansvaret² til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene mottar en todelt finansiering; en basisbevilgning og en aktivitetsbevilgning, som de fordeler videre til sine lokale helseforetak. Utbetaling av midlene finner sted etter endt budsjettår.

Basisbevilgningen skal dekke 50 prosent av helseforetakenes driftskostnader og er uavhengig av aktiviteten i helseforetakene (Helsedirektoratet, 2019a). Størrelsen avhenger av antall innbyggere som holder til i hver region og innbyggernes alderssammensetning.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en aktivitetsbasert bevilgning (Helsedirektoratet, 2019a). Størrelsen på ISF avhenger av hvor mange pasienter som får behandling og hvilke typer behandling pasientene mottar. ISF-bevilgningen skal dekke de resterende 50 prosentene av driftskostnadene knyttet til aktiviteter hos helseforetakene. For å beregne hvor stor refusjon hvert helseforetak skal ha, benyttes blant annet DRG-systemet (diagnose relaterte grupper).

² Sørge-for ansvaret er ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt geografiske område, enten gjennom bestillinger til lokale helseforetak, private aktører, aktører i utlandet, eller som bestillinger til andre regionale helseforetak (SSB, 2018).

Hver pasient som behandles blir gitt en DRG-kode, som viser hvor mange aktivitetspoeng behandlingen gir helseforetaket. Helseforetaket mottar deretter en refusjon basert på hvor mange DRG-poeng det har produsert.

Slik finansieringsordningen er i dag, er budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av antall pasienter som behandles og for hvilken diagnose (Helsedirektoratet, 2019a). Ordningen skal stimulere til en mer kostnadseffektiv pasientbehandling. Dersom den faktiske aktiviteten ved de lokale helseforetakene avviker fra det som er budsjettert, vil de regionale helseforetakene motta en redusert eller økt bevilgning i neste omgang. En høyere aktivitet enn budsjettert blir imidlertid kun kompensert gjennom den innsatsstyrte finansieringen, altså dekkes kun 50 prosent av kostnadene ved økt aktivitet.

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) er en finansieringsordning som gir inntekter til de regionale helseforetakene gjennom måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål (Helsedirektoratet, 2018a). KBF utbetales årlig og kommer i tillegg til basisbevilgning og ISF. KBF skal stimulere helseforetakene til å yte god kvalitet på pasientbehandling. Kvalitetspoengene vektes basert på regionens størrelse og pasientsammensetning. Staten tildeler midlene til de regionale helseforetakene, som står fritt til å fordele midlene til de lokale helseforetakene etter behov og ønsker i regionen. Indikatorene som ligger til grunn for KBF er ikke knyttet til styringsmålene om reduksjon av gjennomsnittlig ventetid, antall fristbrudd eller brudd på pasientavtaler.

Finansiering av St. Olavs hospital

I 2018 mottok Helse Midt-Norge over 14 milliarder kroner, der 9,2 milliarder kroner ble fordelt til St. Olav. Dette inkluderer øremerkede midler på omtrent 230 millioner kroner, som ikke skal gå til daglig drift av sykehuset. Tabell 4 gir en oversikt over midlene St. Olav mottok fra Helse Midt-Norge i 2018.

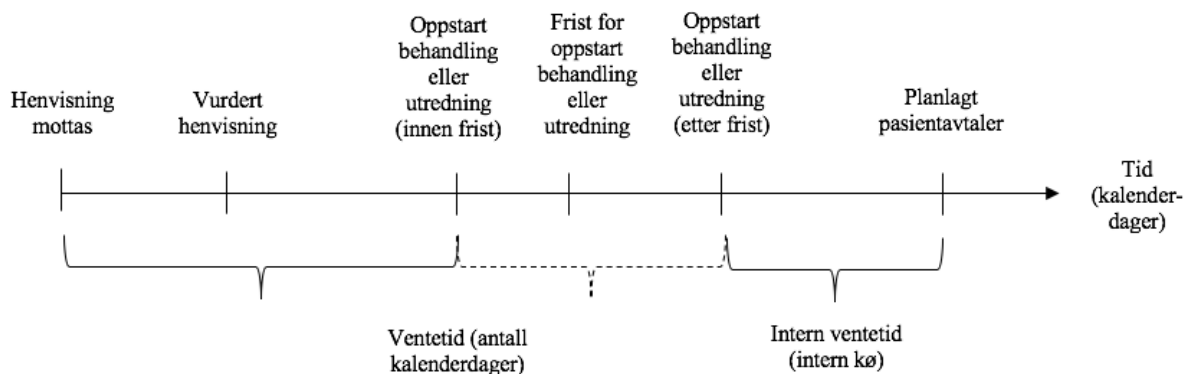
Fordeling fra Helse Midt-Norge RHF ³ til St. Olav 2018	Beløp i NOK
Basisramme	6 209 205 000
Kvalitetsbasert finansiering	42 631 000
Aktivitetsbasert inntekt	2 742 918 000
Øremerkede midler	229 587 000
Sum bevilgning	9 224 341 000

Tabell 4. Oversikt over tildelingen av midler fra Helse Midt-Norge til St. Olav i 2018. Tall hentet fra Helse Midt-Norge (2018)

3.3 Ventetid, fristbrudd og brudd på pasientavtaler

Vår utredning undersøker hvorvidt det er enighet om at styringsmålene om å redusere ventetid, antall fristbrudd og brudd på pasientavtaler er gode kvalitetsindikatorer. Utredningen skal også se på hvilken effekt målstyringen har hatt på disse indikatorene. Delkapittel 3.3 skal derfor redegjøre for de overnevnte begrepene.

Figur 10 illustrerer pasientforløpet fra henvisning fra primærhelsetjenesten mottas i spesialisthelsetjenesten.



Figur 10. Forløp ventetid. Egenutviklet

³ RHF = Regionalt helseforetak

Indikatoren *ventetid* måles i antall kalenderdager fra henvisning mottas i spesialisthelsetjenesten til ventetiden avsluttes (Helsedirektoratet, 2018b). Ventetiden avsluttes når pasienten møter til oppstart av nødvendig helsehjelp i form av enten behandling eller utredning. Ventetid skal registreres i sykehusets pasientadministrative system (PAS) og rapporteres til Norsk pasientregister (NPR) slik at indikatoren blir en del av offentlig statistikk. Spesialisthelsetjenesten er lovpålagt å behandle henvisningen innen 10 kalenderdager etter at den er mottatt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Fastsettelse av dato skal skje på bakgrunn av anbefalingene gitt i prioriteringsveilederne⁴ og er juridisk bindende, jf. pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 bokstav b).

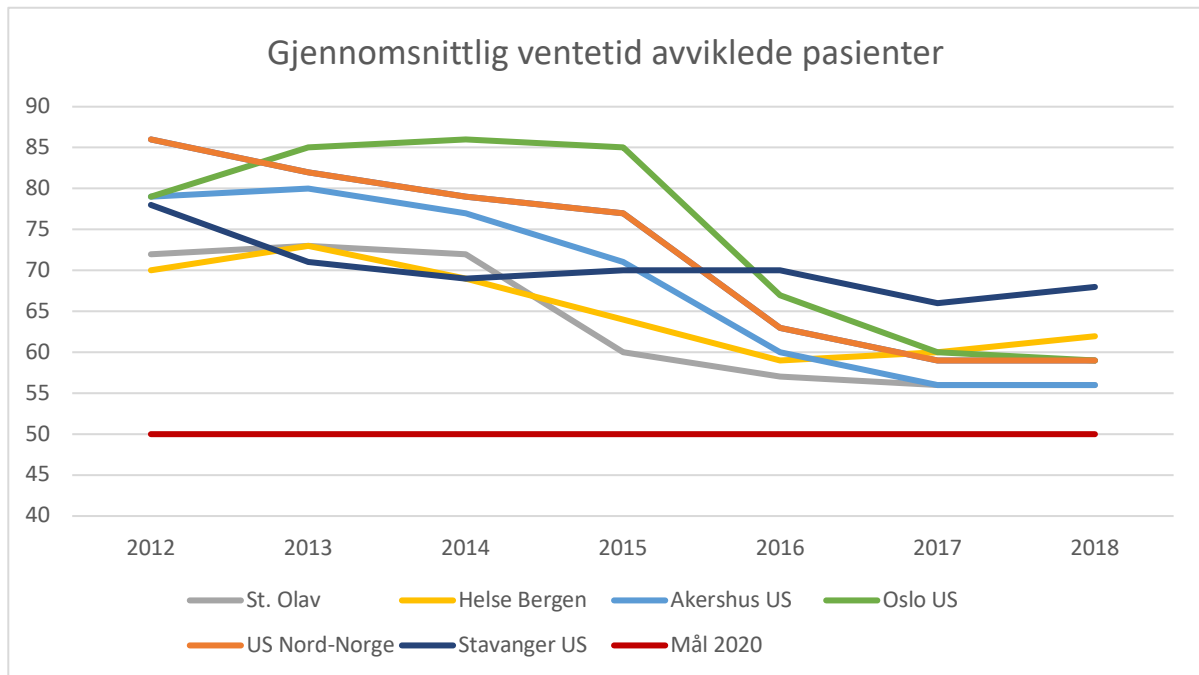
Alle pasienter som blir vurdert til å motta helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 kalenderdager gis en frist for når hjelpen senest skal starte (Helsedirektoratet, 2018b). *Fristbrudd* viser til andelen av pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke får påbegynt helsehjelpen innen fristen som er satt. Utsettelse på grunn av medisinske årsaker eller pasientbestemmelser skal holdes utenfor. Antall fristbrudd skal også registreres i PAS og rapporteres til NPR, og blir dermed en del av offentlig statistikk.

Indikatoren *brudd på pasientavtaler* måler antall pasientavtaler som blir utsatt (Regjeringen, 2017). Indikatoren teller avtalebrudd for både nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et forløp. Måleindikatoren ble innført gjennom oppdragsdokumentet i 2018, og styringsmålet er at regionen skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med året før (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Innen 2021 skal regionene overholde minst 95 prosent av pasientavtalene. Siden indikatoren først ble innført i 2018, har vi ikke inkludert data som viser utviklingen.

Graf 1 viser gjennomsnittlig ventetid i perioden 2012-2018 for universitetssykehusene i Norge. Styringsmålet for gjennomsnittlig ventetid er å redusere tiden sammenliknet med det foregående året (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være under 50 dager. Av graf 1 ser vi at St. Olav (grå kurve) presterer godt på ventetidindikatoren, sammenliknet med de øvrige universitetssykehusene. Grafen viser også

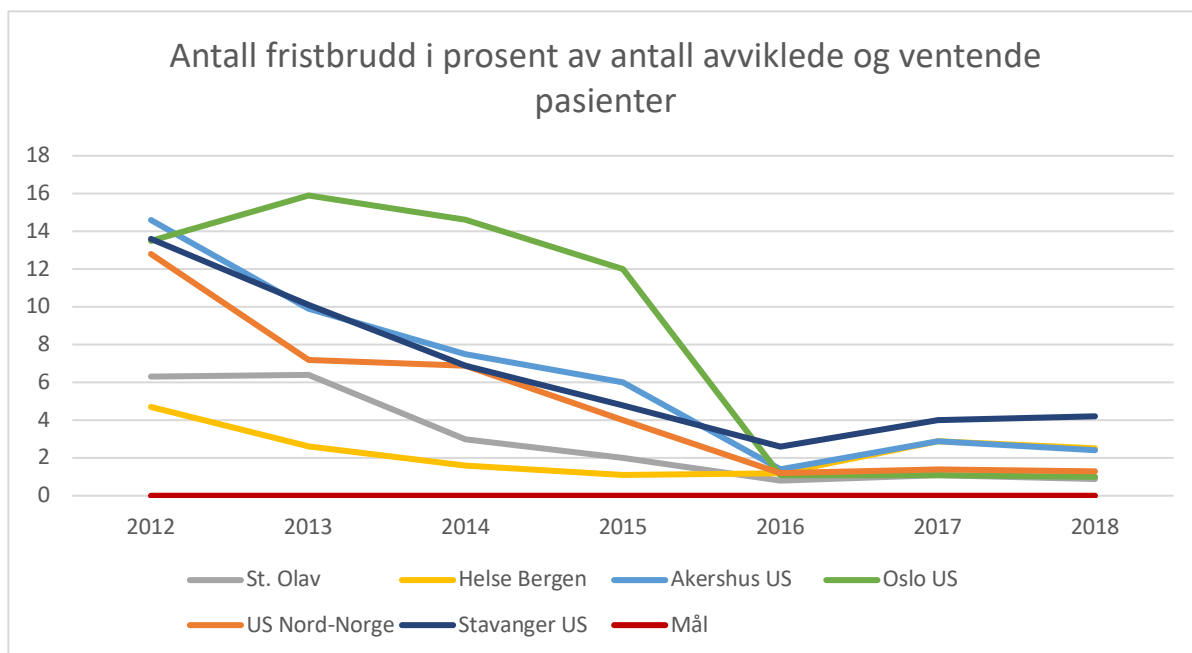
⁴ Prioriteringsveilederne skal bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem (Helsedirektoratet, 2019d). Formålet er at pasientrettighetene blir oppfylt i lik grad uavhengig av hvor pasientene bor og hvilke sykdommer de har

en klar trend med reduksjon i gjennomsnittlig ventetid for samtlige sykehus, spesielt i perioden 2015-2018.



Graf 1. Gjennomsnittlig ventetid. Egenutviklet basert på data hentet fra Helsedirektoratet (2019b)

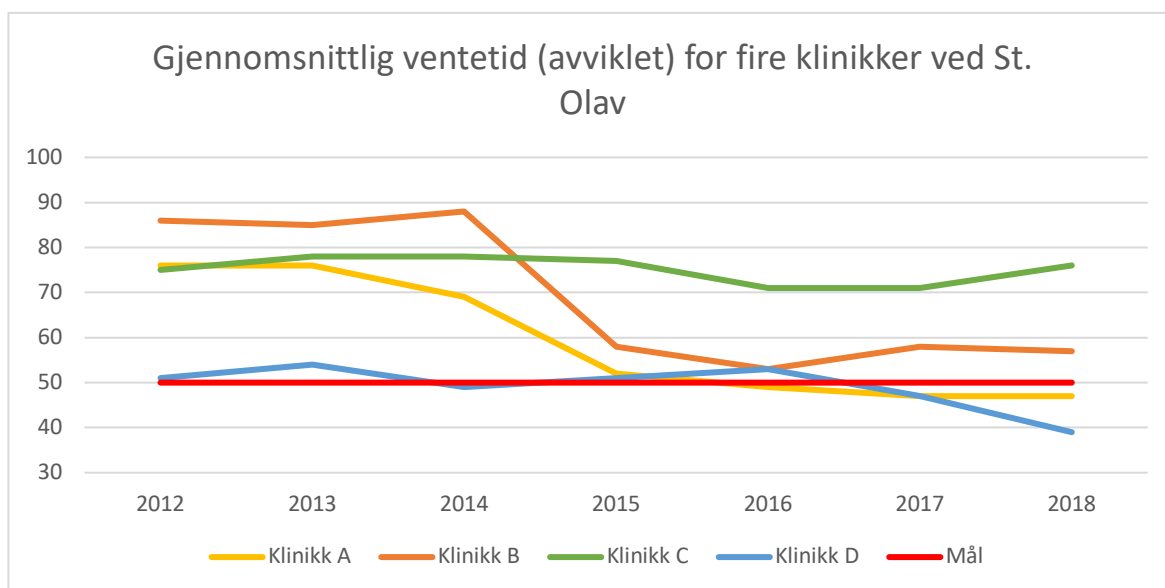
Graf 2 viser andel fristbrudd for de norske universitetssykehusene i perioden 2012-2018. Styringsmålet for fristbrudd er ingen fristbrudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Graf 2 viser en tydelig trend i reduksjon av antall fristbrudd, spesielt i perioden fra 2015 og frem til 2018. Grafen viser også at St. Olav (grå kurve) hadde nest færrest andel fristbrudd fra 2012 til 2015, bare Helse Bergen hadde en lavere andel.



Graf 2. Antall fristbrudd i prosent. Egenutviklet basert på data fra Helsedirektoratet (2019c)

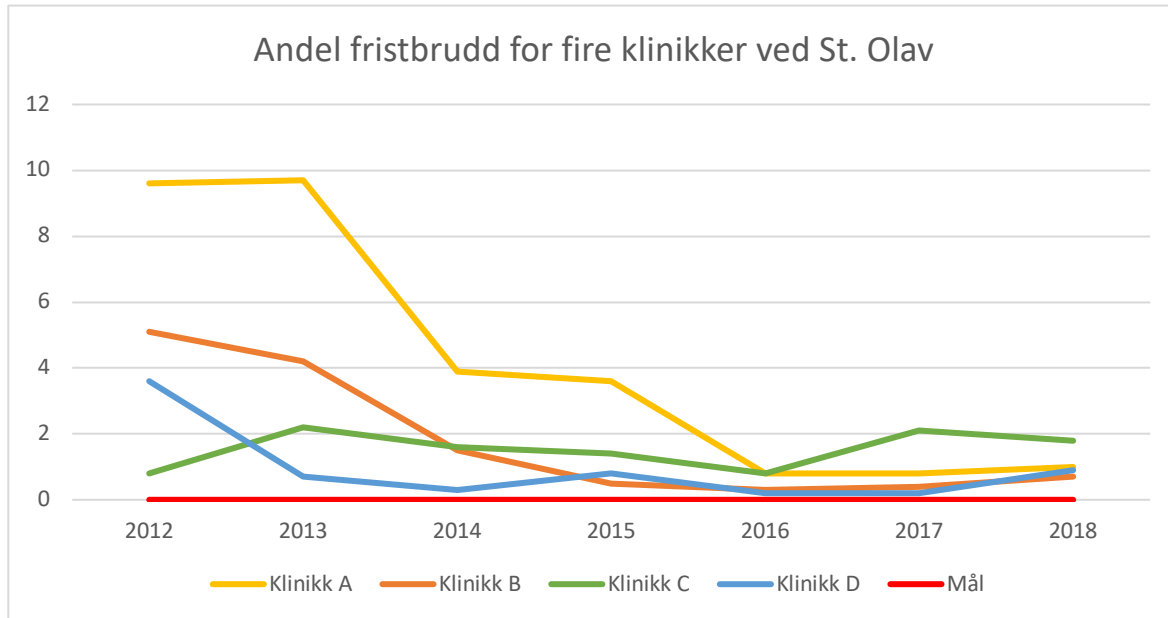
Ventetid og fristbrudd ved fire klinikker ved St. Olavs hospital

Under samtaler med analysesjefen ved St. Olav ble det vist at det er ulik måloppnåelse på styringsmålene mellom klinikkene. Det fjerde forskningsspørsmålet undersøker derfor årsaker til at forskjellene har oppstått. Graf 3 og 4 viser henholdsvis gjennomsnittlig ventetid og andel fristbrudd ved de fire klinikkene som deltar i studien vår.



Graf 3. Gjennomsnittlig ventetid for fire klinikker ved St. Olav. Egenutviklet baser på data fra Helsedirektoratet (2019b)

Graf 3 viser at tre av klinikkene har klart å redusere gjennomsnittlig ventetid, og klinikk A og D ligger i tillegg under målet om 50 dager ventetid. Klinikk C presterer dårlig på denne indikatoren sammenlignet med de andre klinikkene.



Graf 4. Andel fristbrudd (av antall ordinært avviklede pasienter) for fire klinikker ved St. Olav. Egenutviklet basert på data fra Helsedirektoratet (2019c)

Graf 4 viser at samtlige klinikker har redusert andel fristbrudd. Klinikk C presterer også her dårligst.

Diskusjoner i media

Styringsmålene fastsatt i oppdragsdokumentet har gjennom media fått kritikk for å være politiske styringsmål heller enn gode kvalitetsmål (Nilsen, 2017). Tidligere leder i Overlegeforeningen, Arne Refsum, har blant annet kritisert styringsmålene for å måle det som er enkelt fremfor det som er viktig.

Videre har også ventelisterapporteringen vært tema for diskusjon i media. I 2016 publiserte Dagens Medisin en avsløring av ventelistepraksisen som viste at i perioden 2011-2015 var det langt flere pasienter med henvisning til spesialisthelsetjenesten som fikk time for utredning, enn pasienter som fikk time til behandling (Storvik, 2016b). Avsløringen pekte på at ved å vurdere pasienter til utredning, ble de raskt kalt inn til poliklinikk og dermed kunne pasientene

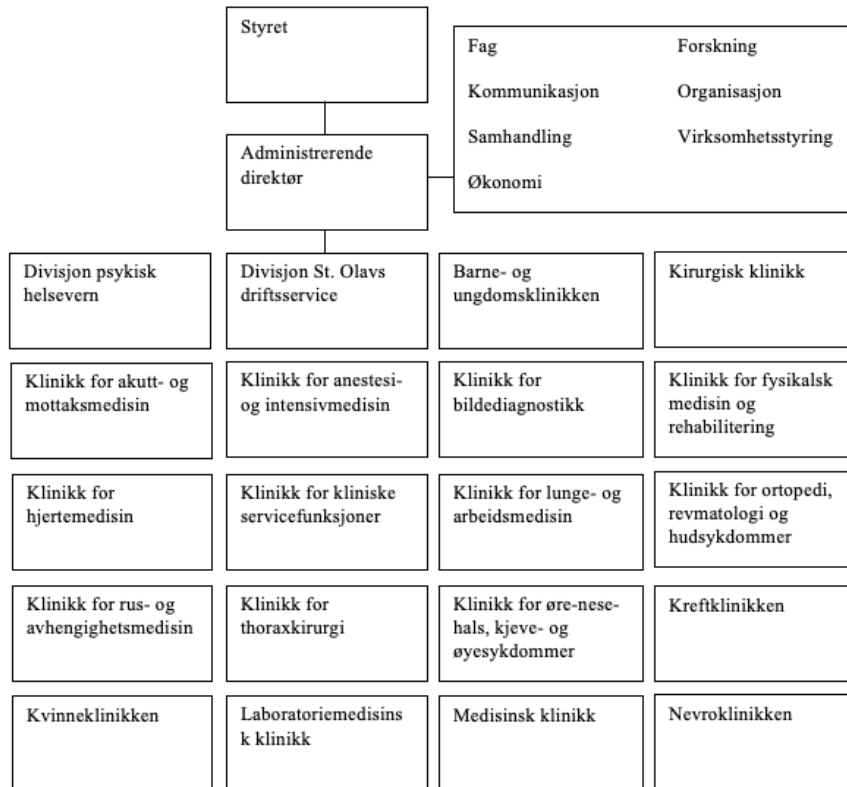
tas av ventelisten. På den måten innfridde sykehusene det offisielle kravet til ventetid og unngikk fristbrudd, men konsekvensen ble økte interne køer. Dersom pasienten skal ha videre behandling, følger det ingen juridiske frister for det videre behandlingsforløpet. Det ble påpekt at en praksis med interne ventelister lurte pasientene, staten og systemet (Holman & Halvorsen, 2016).

3.4 St. Olavs hospital

St. Olavs hospital er universitetssykehuset i Trondheim og visjonen er å tilby «*fremragende behandling til befolkningen i Midt-Norge*» (St. Olav, 2019). I 2018 hadde Trondheim kommune et innbyggertall på 193 501, og for hele region Midt-Norge var befolkningstallet 725 600. St. Olav har rundt 10 500 ansatte og 983 sengeplasser. Som et universitetssykehus er det tett samarbeid med Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) om utdanning og forskning, og i 2018 hadde over 1700 studenter praksisopphold ved sykehuset.

I Midt-Norge har St. Olav ansvaret for mange spesialiserte behandlingstilbud, og mottar derfor pasienter fra hele regionen (St. Olav, 2019). Sykehuset har i tillegg enkelte landsfunksjoner og samarbeider ofte med øvrige universitetssykehus i Norge. St. Olav er også lokalsykehuset for den sørlige delen av Trøndelag, og har et bredt tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling. Sykehuset har også avdelinger på Røros og Fosen og i Orkdal.

Figur 11 viser organisasjonskartet til St. Olav. Sykehuset er organisert i 18 klinikker og 2 divisjoner for henholdsvis psykisk helsevern og driftsservice (St. Olav, 2019). Direktørenheten og styret fungerer som øverste ledd for sykehuset.



Figur 11. Organisasjonskart over St. Olavs hospital. Hentet fra St. Olav (2019)

Som nevnt i delkapittel 3.1 ble det gjennom Helseforetaksreformen etablert regionale helseforetak som skal stå som eier av tilknyttede lokale helseforetak (Helse Midt-Norge, 2019b). I Midt-Norge er eieren Helse Midt-Norge, som til sammen er eier for tre helseforetak: St. Olavs hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. Helse Midt-Norge er ansvarlig for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen. Ansvarer kalles for sørge-for-ansvaret, og tilbudet dekkes gjennom bestillinger til lokale helseforetak, private aktører, aktører i utlandet, eller til andre regionale helseforetak (SSB, 2018).

3.5 Oppsummering av St. Olavs hospital og dets kontekst

I kapittel 3 startet vi med å redegjøre for Helseforetaksreformen som ble innført i 2002. De viktigste endringene reformen medførte var opprettelsen av regionale og lokale helseforetak (Pettersen & Nyland, 2008; NOU 2016: 25, 2016). Videre ble det beskrevet hvordan

helseforetakene finansieres gjennom en basisramme, innsatsstyrt finansiering og kvalitetsbasert finansiering (Helsedirektoratet, 2019a).

Deretter redegjorde vi for indikatorene *ventetid*, *fristbrudd* og *brudd på pasientavtaler*. Ettersom utredningen ser på styringsmålene som omfatter disse begrepene, er det viktig å forstå betydningen. Det ble også presentert grafer for gjennomsnittlig ventetid og andel fristbrudd hos universitetssykehusene i Norge 2012-2018, og tilsvarende grafer for de fire klinikker som deltar i studien. Grafene viste at St. Olav presterer godt på styringsmålene om reduksjon i ventetid og antall fristbrudd, men at det er variasjoner mellom klinikkene. Avslutningsvis ble generell informasjon om St. Olav presentert.

I kapittel 4 presenteres de metodiske valgene som ligger til grunn for utredningen.

4. Metodisk tilnærming

I kapittel 4 presenteres forskningsmetoden som ligger til grunn for vår utredning. Ifølge Ghauri og Grønhaug (2005) er forskning en prosess av planlegging, utførelse og undersøkelser for å finne svar på spesifikke spørsmål. For å sikre pålitelige svar på spørsmålene, må undersøkelsene gjøres på en systematisk måte slik at det skapes troverdighet rundt funnene i utredningen. En systematisk undersøkelsesprosess medfører også at det er enklere for leseren å forstå logikken i utredningen.

Vi vil først drøfte valg av forskningsdesign. Deretter vil vi beskrive hvordan vi gikk frem for å bestemme utvalg og hvordan vi gjennomførte datainnsamlingen. Til slutt vil vi evaluere kvaliteten av det innsamlede datamaterialet og drøfte etiske vurderinger i forbindelse med prosjektet. Metoden er valgt med henblikk på å besvare vår problemstilling og de fire forskningsspørsmålene, som er definert i delkapittel 1.2.

4.1 Valg av forskningsdesign

Forskningsdesignet er den overordnede planen for hvordan man skal gå frem for å besvare problemstillingen (Saunders m.fl., 2016). Gjennom forskningsdesignet spesifiseres det hvilke datakilder som skal brukes og hvordan dataene skal uthentetes og analyseres. I tillegg må en vurdere hvilke etiske dilemmaer som kan oppstå ved datainnsamlingen og begrensninger ved forskningen. Hva slags forskningsdesign som er hensiktsmessig, vil avhenge av problemstillingen. Designet kan være eksplorerende, beskrivende, forklarende, evaluerende eller en kombinasjon av disse. Det finnes lite forskning på hvordan klinikker ved norske sykehus jobber for å nå styringsmålene som er satt i oppdragsdokumentet og hvorfor det er forskjeller i måloppnåelse mellom klinikkene. På bakgrunn av dette anser vi et eksplorerende forskningsdesign som passende for utredningen. Det vil gi oss muligheten til å stille åpne spørsmål og få dyp innsikt i temaet vi vil utforske. Fordelen med et eksplorerende forskningsdesign er at det er fleksibelt og gir mulighet for justeringer underveis dersom ny data eller innsikt tilsier at dette er nødvendig (Saunders m.fl., 2016). Med et eksplorativt forskningsdesign vil man typisk starte med et bredt fokus som snevres inn utover i forskningsprosessen.

Forskningsmetode

Ved utarbeidelse av forskningsdesign må en velge mellom kvantitativ eller kvalitativ metode, eller en kombinasjon av disse (Saunders m.fl., 2016).

Kvantitativ metode forbindes ofte med datainnsamlingsteknikker eller dataanalyseprosedyrer som produserer eller bruker numeriske data (Saunders m.fl., 2016). Et kvantitativt forskningsdesign vil vanligvis inneholde en deduktiv forskningsmetode der man bruker data til å teste eksisterende teori, men det kan også inkludere en induktiv tilnærming der data brukes til å utvikle ny teori.

Kvalitativ metode er som regel forbundet med datainnsamlingsteknikker eller dataanalyseprosedyrer som produserer eller bruker ikke-numeriske data (Saunders m.fl., 2016). Et kvalitativt forskningsdesign vil ofte ha en induktiv tilnærming der man gjennom forskningen utvikler ny teori eller videreutvikler eksisterende teori. Da vi som nevnt ønsker å få dypere innsikt i hvordan det jobbes med styringsmålene ved St. Olav, anser vi en kvalitativ tilnærming i form av intervjuer som en hensiktsmessig måte for datainnsamling. En kvalitativ tilnærming gir oss muligheten til å få intervjuobjektene personlige meninger og erfaringer.

Vi vil likevel benytte oss av kvantitative data som sekundærdata for å understøtte våre kvalitative data. Sekundærdataene består i hovedsak av data fra Norsk Pasientregister (NPR). De kvantitative dataene gir oss en bedre forståelse av hvilken effekt styringsmålene har hatt over tid.

Casestudie

Ifølge Yin (2014) vil man gjennom en casestudie gå i dybden på et fenomen innenfor fenomenets naturlige kontekst. En casestudie er derfor hensiktsmessig når man ønsker å forstå sammenhengen mellom et fenomen og dets kontekst (Dubois & Gadde, 2002). En forespørsel som går i dybden på et fenomen, kan bli utformet for å identifisere hva som skjer og hvordan (Saunders m.fl., 2016). I tillegg kan man gjennom en casestudie forsøke å forstå effekter av det som skjer. I vår utredning ønsker vi som sagt å undersøke hvordan klinikkene ved St. Olav jobber med styringsmålene. Klinikkene vil trolig ha ulike fremgangsmåter, og en casestudie gir oss mulighet til å gå i dybden på disse. I tillegg ønsker vi å undersøke om styringsmålene

har gitt ønsket effekt. En casestudie vil også være passende for å skaffe nødvendig forståelse på dette området.

Casestudier har imidlertid blitt kritisert for at kunnskapen man erverver er uegnet til å produsere generaliserende, pålitelige og teoretiske bidrag til teori (Yin, 2013). Vår studie er basert på hvordan utvalgte klinikker ved St. Olav jobber med styringsmålene, og kan dermed ikke generaliseres til å gjelde for alle klinikker ved St. Olav, eller for alle norske sykehus. Vi mener likevel at noen generelle betraktninger kan trekkes, og at disse kan være av verdi for andre klinikker og sykehus.

4.2 Utvalg

For å besvare vår problemstilling og forskningsspørsmål har vi tatt utgangspunkt i kvalitative primærdata innhentet gjennom intervjuer. I forkant av studien hadde vi en innledende samtale med analysesjefen ved St. Olav. Der diskuterte vi hvordan sykehuset jobber med å nå styringsmålene, og at det er variasjoner i måloppnåelse mellom klinikkene. På bakgrunn av samtalen ble det foreslått at vi intervjuet informanter fra fire ulike klinikker, samt informanter fra henholdsvis ledelsen ved St. Olav og Helse Midt-Norge. Vi gjennomføre til sammen åtte intervjuer i tillegg til oppstarts- og avslutningsmøtene med analysesjefen.

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, og vi var begge tilstede ved samtlige intervjuer. Ifølge Saunders m.fl. (2016) kan intervjuobjekter være mindre villige til å dele sensitiv og konfidensiell informasjon til fremmede. Under intervjuene fikk intervjuobjektene mulighet til å stille spørsmål om hvordan dataene skulle brukes, og vi kunne oppklare eventuelle misforståelser.

Utvalgsstørrelse

Utvalgsstørrelse, utvalgsstrategi og rekruttering vil ifølge Johannesen m.fl. (2016) være av stor betydning ved kvalitativ metode.

Utvalget må være stort nok til at man kan belyse problemstillingen (Kruzel, 1999). For mindre prosjekter og pilotprosjekter er 10-15 intervjuobjekter et vanlig utvalg, selv om det ikke er

unormalt med flere (Johannesen m.fl., 2016). Det er imidlertid viktigere at utvalget av intervjuobjekter er relevante enn at det er mange. Vi har i denne utredningen gjennomført til sammen 10 intervjuer med 9 ulike intervjuobjekter, inkludert samtalene med analysesjefen.

Utvalgsstrategi

Gjennom kvalitative intervjuer ønsker man fyldige beskrivelser av fenomenet og dets kontekst slik at man kan belyse problemstillingen (Johannesen m.fl., 2016). Formålet med rekrutteringen av intervjuobjekter til kvalitative intervjuer er tydelig, og tilfeldig trekking av utvalg er derfor lite hensiktsmessig. Intervjuobjektene i vår studie er valgt på bakgrunn av de innledende samtalene med analysesjefen ved St. Olav. Klinikkene er valgt på bakgrunn av deres størrelse og måloppnåelse på styringsmålene. Vi ønsket å intervju personer på klinikkene som jobber med styringsmålene daglig, og klinikkjefene var dermed ønsket som en del av utvalget. I tillegg ønsket vi å snakke med representanter på lavere nivå enn klinikkjefen. For å få innsikt i hvordan oppfølging og rapportering foregikk, var det i tillegg ønskelig å inkludere representanter fra henholdsvis ledelsen ved St. Olav og Helse Midt-Norge. Utvalget vårt er dermed basert på strategisk utvelgelse, der vi først bestemte hvilken målgruppe som måtte delta for å gi ønsket informasjon, før vi valgte ut aktuelle personer.

Vi har valgt å anonymisere intervjuobjektene slik at de kunne snakke mer fritt under intervjuene. Klinikksjefene vil derfor benevnes som «*Klinikkjef*» og er nummerert fra 1-4. Ansatte på nivå under klinikkjefen er benevnt som «*Klinikkansatt*» og er nummerert fra 1-2. Det er ingen sammenheng mellom nummerering og klinikk. Det vil si at klinikkjef 1 og klinikkansatt 1 ikke nødvendigvis arbeider ved samme klinikk. Intervjuobjektene fra ledelsen ved St. Olav og Helse Midt-Norge er referert til som henholdsvis «*Representant St. Olav*» og «*Representant HMN*». Tabell 5 viser en oversikt over intervjuene som ble gjennomført.

Tittel	Sted	Varighet
Analysesjef St. Olav	St. Olavs hospital Trondheim	
Klinikkansatt 1	St. Olavs hospital Trondheim	50 minutter
Klinikkansatt 2	St. Olavs hospital Trondheim	40 minutter
Klinikksjef 1	St. Olavs hospital Trondheim	124 minutter
Klinikksjef 2	St. Olavs hospital Trondheim	52 minutter
Klinikksjef 3	St. Olavs hospital Trondheim	71 minutter
Klinikksjef 4	St. Olavs hospital Trondheim	67 minutter
Representant St. Olav	St. Olavs hospital Trondheim	36 minutter
Representant HMN	HMN regionskontor Stjørdal	37 minutter
Analysesjef St. Olav	St. Olavs hospital Trondheim	

Tabell 5. Oversikt over gjennomførte intervjuer

Rekruttering

Intervjuobjektene er ansatte ved St. Olav og Helse Midt-Norge, og vi fikk kontaktinformasjon til samtlige fra analysesjefen ved St. Olav. Vi sendte først ut forespørsler om muligheter for å

få gjennomføre intervjuer omtrent en måned før ønsket gjennomføring av intervjuene. Da vi fikk tilbakemelding, sendte vi ut et mer utfyllende informasjonsskriv der vi beskrev prosjektet i detalj, hva det innebar for intervjuobjektene å delta og at de hadde muligheten til å trekke seg så lenge prosjektet pågikk, se vedlegg 2. Gjennom informasjonsskrivet ba vi også om samtykke til å ta lydopptak av intervjuet, og informerte om at intervjuobjektet ville motta en transkribert versjon av intervjuet, med mulighet til å korrigere utsagn i etterkant. Intervjuobjektene ble også tilbudt å få tilsendt den endelige masterutredningen om ønskelig. I forkant av intervjuene mottok alle intervjuobjektene den samme informasjonen, som er viktig ifølge Johannesen m.fl. (2016). På den måten ble samtlige intervjuer gjennomført på bakgrunn av samme informasjonsgrunnlag.

4.3 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte dybdeintervjuer. Slike intervjuer refereres ofte til som *kvalitative forskningsintervjuer*, og kjennetegnes ved at man ikke har noen standardisert plan for gjennomføring (Saunders m.fl., 2016). Fordelen med slik gjennomføring er at man enkelt kan tilpasse intervjuet underveis avhengig av intervjuobjekt og kontekst. Ved å ha noen overordnede spørsmål vi ønsket svar på, fikk vi et godt sammenligningsgrunnlag mellom klinikkene. Samtidig hadde vi muligheten til å stille mer inngående spørsmål der vi ønsket mer utdypning. Semistrukturerte intervjuer førte i tillegg til at vi fikk nyttig informasjon vi kanskje ikke hadde tenkt på som relevant i forkant av studien.

Utarbeidelse av intervjuguide

En intervjuguide er en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås ved intervjuet (Johannesen m.fl., 2016). I forkant av intervjuene utarbeidet vi 3 ulike intervjuguider som ga en overordnet oversikt over innhold og tema for intervjuene, se vedlegg 2-5. Vi ønsket å stille spesifikke spørsmål om temaene vi anså som viktigst først, for å forsikre oss at disse ble belyst. Deretter ønsket vi å stille mer generelle spørsmål rundt problemstillingen. Strukturen i intervjuguidene ble derfor utformet med dette som bakgrunn, og bidro til å sette gode rammer for intervjuet. Gjennom intervjuguidene sikret vi i tillegg

konsistens i datamaterialet, som var viktig for å få et godt sammenligningsgrunnlag mellom klinikkene.

Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble avholdt ved intervjuobjektets arbeidsplass, enten på kontoret eller på møterom i nærheten. Vi fant dette mest hensiktsmessig ettersom intervjuobjektet da var i trygge og kjente omgivelser. Det var også mest praktisk å avholde intervjuene ved arbeidsplassen med tanke på reising.

I forkant av intervjuene ble intervjuobjektene informert om at intervjuet ville vare i ca. en time. Dette for å sikre at intervjuobjektet hadde avsatt tilstrekkelig tid. Vi holdt oss stort sett innenfor tidsrammen, selv om den ble overskredet ved et par av intervjuene. Vi kunne trolig unngått overskridelsen ved å være mer konsekvente på tidsstyringen under gjennomføringen.

Vi startet intervjuene med en beskrivelse av prosjektet og hva vi skulle snakke om. Før intervjuet startet, forsikret vi oss nok en gang om at vi kunne ta lydopptak av intervjuet. Ved å ta lydopptak kunne vi rette oppmerksomheten mot hva som ble sagt, og komme med oppfølgingsspørsmål.

Ettersom alle intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, var det mulig å observere intervjuobjektens reaksjoner på spørsmålene vi stilte. Det ga oss verdifull informasjon i form av om intervjuobjektene var nølende, ironiske eller bestemte i sitt svar.

En utfordring under gjennomførelsen var å forholde oss objektive. Etter at vi hadde gjennomført noen intervjuer, fikk vi en anelse om hvordan situasjonen var. En risiko er at vi kan ha ledet intervjuobjektet til å svare med bakgrunn i våre antagelser. Vi har imidlertid vært bevisste på at slike situasjoner kan oppstå, og mener vi har unngått å legge føringer for intervjuobjektet.

Analyse og tolkning av kvalitative data

Alle intervjuene ble transkribert ordrett kort tid etter at de var gjennomført slik at vi fremdeles hadde intervjuene friskt i minne. Transkriberingen var tidkrevende arbeid, men det ga oss god oversikt over datamaterialet. Dette var fordelaktig med tanke på den videre analysen.

Intervjuobjektene ble i etterkant tilsendt transkripsjonene med mulighet til å gjøre endringer dersom det var ønskelig.

Vi benyttet oss av en såkalt «*template*» analyse, der hensikten er først å kode datamaterialet, for så å se etter temaer (Saunders m.fl., 2016). Da transkriberingen var gjennomført, gikk vi gjennom hver transkripsjon og kodet den. Koding involverer å merke all data innenfor en bestemt kategori med en felles kode. Hensikten er å gjøre dataene lett tilgjengelig for videre analyse. Vi valgte å kode datamaterialet basert på hvilke deler av teorigrunnet vi mente det var innenfor. Da alt datamaterialet var kodet, gikk vi gjennom transkripsjonene på nytt for å sikre at all relevant informasjon var med. Deretter sorterte vi kodene slik at all data innenfor samme kategori ble samlet. Sorteringen ga oss god oversikt over temaer og eventuelle sammenhenger i datamaterialet.

4.4 Evaluering av datamateriale

Det er uenighet om hvilke kriterier som bør legges til grunn for å vurdere datakvaliteten ved kvalitative studier, og trolig er det ikke slik at det må være enten/eller (Johannesen m.fl., 2016). Ifølge Yin (2014) kan man legge til grunn de samme kriteriene som ved vurdering av gyldigheten til kvantitative studier; reliabilitet og ulike validitetsformer. Lincoln og Guba (1985) beskriver imidlertid fire andre kriterier som skaper troverdighet ved kvalitative studier; troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og overensstemmelse. Vi har valgt å ta utgangspunkt i Lincoln og Guba sine fire kriterier.

Troverdighet (intern validitet)

Validitet ved kvalitative undersøkelser omhandler i hvilken grad en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke (Johannesen m.fl., 2016). For å sikre at datamaterialet er troverdig, er det derfor viktig at fremgangsmåten er slik at funnene reflekterer formålet med studien og virkeligheten på riktig måte. Semistrukturerte dybdeintervjuer har den egenskapen at man kan oppnå høy grad av intern validitet (Saunders m.fl., 2016). Etersom utvalget av intervjuobjekter ble gjort i samarbeid med analysesjefen ved St. Olav, visste vi at alle intervjuobjektene hadde god kunnskap om temaene vi ønsket å snakke om. Vi fikk også god

anledning til å stille oppklarende spørsmål underveis i intervjuene dersom det var noe vi var usikre på.

Saunders m.fl. (2016) presenterer to teknikker som kan bidra til å øke troverdigheten til forskningen; triangulering og deltakervalidering. *Triangulering* går ut på å benytte mer enn én datakilde og metode for å bekrefte validiteten av dataene. Vi har brukt semistrukturerte dybdeintervju som primærdata i studien. I tillegg har vi benyttet oss av sekundærdata fra kilder som styringsdokumenter og NPR, for å kontrollere om utsagn rundt måloppnåelse stemmer. *Deltakervalidering* går ut på at intervjuobjektene får tilsendt datamaterialet for å bekrefte dets gyldighet (Saunders m.fl., 2016). Alle intervjuobjektene fikk tilsendt transkripsjon av intervjuet der de kunne endre utsagn dersom det var ønskelig. Vi mener at bruk av sekundærkilder og at dataenes gyldighet er blitt bekreftet av intervjuobjektene, bidrar til å styrke studiens interne validitet.

Overførbarhet (ekstern validitet)

Overførbarhet omhandler i hvilken grad resultatene fra forskningsprosjektet kan overføres til liknende fenomener (Johannesen m.fl., 2016). Vi må derfor vurdere om funnene gjort ved de fire klinikkene kan overføres til andre klinikker ved St. Olav, eller til andre norske sykehus. Vår casestudie er utformet som en singlecase, og det har ikke vært en hensikt med studien at funnene skal generaliseres. Vi anser derfor den eksterne validiteten til studien for å være relativt lav. Likevel er det slik at oppdragsdokumentet som utsendes fra Helse- og omsorgsdepartementet er relativt likt uavhengig av hvilket regionalt helseforetak som er mottaker. De ulike helseforetakene og klinikkene står derfor overfor nokså like styringsmål. Det vil dermed være rimelig å anta at det er en viss overføringsverdi til andre helseforetak og klinikker, selv om vi anser den eksterne validiteten som lav.

Pålitelighet (reliabilitet)

Reliabilitet er knyttet til replikasjon og konsistens (Saunders m.fl., 2016). Det vil si i hvilken grad man vil få de samme resultatene dersom man gjennomfører studien på nytt. Reliabiliteten vil avhenge av hvilke data som brukes, hvordan dataene er samlet inn og hvordan de bearbeides (Johannesen m.fl., 2016).

Saunders m.fl. (2016) presenterer fire faktorer som kan true reliabiliteten til en studie.. Den første trusselen er *deltakerfeil*, som innebærer alle faktorer som kan påvirke en deltakers respons. Ved å gi deltakerne et tidsvindu på to uker der de selv kunne bestemme intervjuetidspunkt, mener vi at vi la til rette for at tidspunktet skulle passe deltakeren godt. Ved to av intervjuene opplevde vi imidlertid avbrytelser i form av at andre hadde behov for å prate med intervjuobjektet. Intervjuene ble likevel fullført, men det kan ha påvirket påliteligheten ved at intervjuobjektet kan ha følt seg presset på tid.

Den andre trusselen er *deltakerbias*, som oppstår dersom deltakeren gir feilaktige svar eller ikke sier sin egentlige mening (Saunders m.fl., 2016). Deltakerbias kan typisk oppstå dersom deltakeren føler seg overvåket. Ettersom flere av spørsmålene i intervjuguidene omhandler forholdet til ledelsen, er det en mulighet for at deltakerne har svart det de mener er politisk korrekt istedenfor sin egentlige mening. Vi mener likevel vi har lagt til rette for en åpen og god dialog ved å informere om studien og om etterfølgende databehandling i forkant av intervjuet. Ved å anonymisere deltakerne, og gi deltakerne mulighet til å gjøre endringer i etterkant av intervjuet, mener vi at muligheten for deltakerbias ble redusert.

Den tredje trusselen er *forskerfeil*, som kan oppstå hvis forskeren ikke er tilstrekkelig forberedt til intervjuet, ikke er uthvilt eller misforstår intervjuobjektet (Saunders m.fl., 2016). I forkant av intervjuene forberedte vi oss godt, og vi gjennomgikk intervjuguiden flere ganger. Vi allokerte ansvarsoppgaver mellom oss, og på den måten sikret vi en god struktur under intervjuene. Ved at begge var tilstede ved alle intervjuene, reduserte vi sjansen for at vi skulle misforstå intervjuobjektene. Likevel opplevde vi i etterkant at det var enkelte ting vi hadde oppfattet ulikt. Vi kunne unngått ulik oppfatning ved å stille flere oppfølgingsspørsmål under intervjuene. Ved et par anledninger gjennomførte vi mer enn ett intervju per dag. Det kan ha redusert oppmerksomheten vår ved intervjuene som ble gjennomført sist på dagen. Vi mener likevel at dette ikke har vært et stort problem, da vi hadde gode pauser mellom intervjuene de aktuelle dagene.

Den fjerde og siste trusselen er *forskerbias*, som oppstår dersom forskeren tolker svarene feil (Saunders m.fl., 2016). En fare er at forskeren lar sin egen subjektive mening påvirke tolkningen av dataene. Faren for forskerbias reduseres ved at vi begge har vært tilstede under samtlige intervjuer. I etterkant av hvert intervju diskuterte vi hvilken informasjon vi hadde fått, og skapte dermed en enighet oss imellom om hvordan ulike utsagn skulle tolkes. Gjennom

transkripsjonene kunne vi også se tilbake på hva som ble sagt, og på den måten redusere faren for forskerbias ytterligere.

Selv om vi anser studiens reliabilitet som god, er det ikke sikkert en ville fått de samme resultatene dersom studien ble gjentatt på et senere tidspunkt. Ifølge Johannesen m.fl. (2016) er krav om reliabilitet innenfor kvalitativ forskning lite hensiktsmessig. Årsaken er at det ofte er samtalen heller enn en strukturert datainnsamlingsteknikk, som styrer datainnsamlingen. Videre er observasjoner verdiladet og kontekstavhengige, og det vil være så og si umulig å replikere en kvalitativ studie. I tillegg vil forskere ha ulik erfaring og bakgrunn, som medfører at data vil tolkes ulikt.

Bekreftbarhet/Overenstemmelse (Objektivitet)

Ved kvalitative studier er det viktig at funnene er et resultat av forskningen, og ikke et resultat av forskerens subjektive holdninger (Johannesen m.fl., 2016). Vi har gjennom prosjektet forsøkt å holde oss så objektive som mulig. Vi har blant annet utformet spørsmål som i liten grad leder intervjuobjektet til å svare i en bestemt retning. Utredningens tematikk har vært mye diskutert i media, men vi har forsøkt å ikke la disse diskusjonene påvirke oss i tolkningen av datamaterialet. Vi har i tillegg understøttet datamaterialet fra intervjuene ved å kontrollere det mot sekundære kilder.

4.5 Ethiske vurderinger

I en forskningskontekst omhandler etikk hvordan man overholder rettighetene til de som er gjenstand for forskningen, eller som blir berørt av forskningen (Saunders m.fl., 2016).

Samtlige intervjuobjekter ble informert om at de ville bli anonymisert i studien da vi sendte ut forespørsel om gjennomføring av intervju. Det var også en betingelse for at flere av intervjuobjektene ønsket å delta. Vi har derfor konsekvent beholdt anonymiteten til intervjuobjektene gjennom hele prosessen. Transkripsjonene er også anonymisert, og det er kun vi som har hatt tilgang til disse. Etersom vi skulle oppbevare personopplysninger i form av lydopptak, var vi pliktige til å melde prosjektet inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig

Datatjeneste (NSD). Vi fikk en forenklet godkjenning ettersom studien ble vurdert til å ha en lav personvernulempe. Det er kun vi som har hatt tilgang til lydopptakene, og alle lydopptak ble slettet da transkriberingen var fullført.

Det har vært viktig for oss å presisere at alle deltakerne har hatt mulighet til å trekke seg så lenge studien pågår. De ble informert om dette da vi sendte ut forespørsel om intervju, og i et senere utsendt informasjonsskriv.

4.6 Oppsummering metode

I kapittel 4 har vi gjennomgått de metodiske valgene som ligger til grunn for vår utredning. Vi har valgt et kvalitativt forskningsdesign i form av semistrukturerte dybdeintervjuer, da vi anså en slik metode som best egnet for å besvare vår problemstilling og forskningsspørsmål. I tillegg ga forskningsdesignet oss ønsket fleksibilitet ved gjennomføring av intervjuene.

Deltakerne i studien er valgt i samarbeid med analysesjefen ved St. Olav. Vi var derfor sikre på at intervjuobjektene var personer med mye kunnskap om utredningens tematikk.

Datamaterialet er innhentet gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer gjennomført ved intervjuobjektens arbeidsplass, og vi var begge til stede under samtlige intervjuer. Vi brukte intervjuguiden som utgangspunkt for strukturen under intervjuene, men vi avvekt fra guiden der vi anså det som hensiktsmessig. Intervjuene ble i etterkant transkribert ordrett før deltakerne fikk mulighet til å korrigere utsagn dersom de ønsket det. Transkripsjonene ble deretter kodet og datamaterialet sortert. Vi fikk dermed en god oversikt over den innhentede informasjonen. Vi har også benyttet oss av sekundære datakilder for å understøtte primærdataene.

Det vil alltid være en fare for svakheter ved kvaliteten av datamaterialet. Vi har imidlertid tatt de forhåndsregler og gjort de tiltak vi anser som hensiktsmessige og gjennomførbare for å sikre at datamaterialet er troverdig. Det samme gjelder for det etiske aspektet ved studien. Vi har behandlet datamaterialet med stor forsiktighet for å sikre at deltakernes interesser ivaretas på best mulig måte.

Vi vil i neste kapittel redegjøre for utredningens hovedfunn.

5. Hovedfunn

I kapittel 5 vil vi presentere funnene vi har gjort gjennom intervjuer ved St. Olav og Helse Midt-Norge. Funnene er strukturert med henblikk på å besvare våre fire forskningsspørsmål. Gjennom det første forskningsspørsmålet ønsker vi å undersøke hvorvidt det er enighet om at styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Deretter vil det andre forskningsspørsmålet undersøke hvilke insentiver som gis for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene. Det tredje forskningsspørsmålet skal se på hvilken effekt målstyringen har hatt over tid. Til slutt skal det fjerde forskningsspørsmålet forklare årsaker til at det er ulik måloppnåelse mellom klinikkene. Hovedfunnene våre er presentert i tabell 6. Vi har seks hovedfunn, samt to mindre funn (funn 7 og funn 8).

Funn 1	Klinikksjefene savner flere/andre styringsmål
Funn 2	Ulike behov for direkte økonomiske insentiver på klinikken
Funn 3	Måloppnåelse blir tett fulgt opp, men svak prestasjon medfører ingen direkte økonomiske konsekvenser
Funn 4	Måling gir forbedring
Funn 5	Vridningseffekter oppstår
Funn 6	Økt ressurstilgang er ikke alltid nødvendig for måloppnåelse
<i>Funn 7</i>	<i>ISF er ikke en perfekt pådriver for effektivisering</i>
<i>Funn 8</i>	<i>Ønske om bedre kommunikasjon ved avtaleinngåelse med private leverandører av helsetjenester</i>

Tabell 6. Oversikt over våre funn

I de følgende delkapitlene beskrives våre hovedfunn nærmere.

5.1 Klinikksjefene savner flere/andre styringsmål

St. Olav mottar årlig bestillerdokumentet *Styringskrav og rammer* fra Helse Midt-Norge. Dokumentet forteller hva sykehuset skal fokusere på det kommende året, og er utarbeidet på bakgrunn av oppdragsdokumentet utsendt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Enkelte av

oppgavene i oppdragsdokumentet løses på regionsnivå, mens andre gis videre nedover til de lokale helseforetakene.

Ett av styringsmålene som er fastsatt, er at gjennomsnittlig ventetid ved helseforetakene skal reduseres til 50 dager innen 2021. Flere av intervjuobjektene mente det var avvik mellom ventetidsmålet og medisinsk forsvarlighet. For noen pasienter kan det, av ulike årsaker, være bedre å vente med behandling. I slike tilfeller kan det ikke begrunnes medisinsk at ventetiden skal reduseres til 50 dager. Det virker å være et ønske blant klinikksjefene om en form for differensiering mellom ulike pasientgrupper når det kommer til kravet om ventetid.

Klinikksjef 3: *«Et flatt måltall på 50? Jeg vet ikke, men jeg tror på en form for differensiering av ventetiden. Men da blir det kanskje vanskelig å måle.»*

Klinikksjef 2: *«Det er en kamp med ventelistebildet. Det har ikke noe med medisinsk forsvarlighet å gjøre, som legene reagerer særlig på. Noe jeg forstår, for det er et eller annet med at det er avhengig av lidelse.»*

Klinikksjef 3: *«Det med å drive som lege, det er jo legene som i stor grad styrer her. Du vil godt kunne få en diskusjon om hvor mye det hjelper pasienter å få tidsfrister som det her. Hva slags betydning har det for utfallet, og da tenker jeg på liv og død. (...) Men hvis jeg var lege der ute, så ville jeg ikke brydd meg så mye om det (fristene).»*

Som norsk borger har man krav på likt helsetilbud uavhengig av hvor man bor. For å sikre forutsigbarhet må staten derfor sette felles rammevilkår for alle helseforetakene. I tillegg er ventetid og fristbrudd noe som påvirker befolkningens oppfattelse av spesialisthelsetjenesten.

Klinikksjef 1: *«Noe som i stor grad preger befolkningens oppfattelse av tilgjengelighet av tjenesten, går nettopp på ventetider.»*

Til tross for at det er noe uenighet om viktigheten av styringsmålene, jobber klinikksjefene med å skape forståelse for målene blant de ansatte.

Klinikksjef 1: *«Det er ikke uten unntak, men jeg synes at flere folk nedover i rekken begynner å skjønne at man er her for et formål, nemlig å levere helsetjenester. Og at det skal foregå på visse måter.»*

Klinikkssjef 2: *«Det er ikke akkurat motiverende (at man skal redusere ventetiden). Men man må nesten forstå at det er en helsepolitisk beslutning, og da er det på en måte greit.»*

Flere av intervjuobjektene har forslag til andre parametere de mener kan være like viktige som dagens styringsmål. Blant annet nevnes HMS, arbeidsmiljø og brukererfaringer som indikatorer som kan gi vel så god styringsinformasjon. Indikatorene er imidlertid vanskelige å måle, som intervjuobjektene også uttrykker.

Klinikkssjef 3: *«Det å styre etter de tallene her har nok noen fordeler, og så kan det ha noen nedsider. Jeg tenker at andre variabler vil være like bra. Men akkurat nå er tall populært. (...) Jeg tror at kvalitet og sannsynligvis også brukererfaring; hvor subjektivt fornøyd er de som individ og hvordan gikk det med meg. Det tror jeg kanskje er vel så gode måltall som tid.»*

Klinikkssjef 2: *«Jeg er veldig opptatt av medarbeidertilfredshet. (...) Legene mistrives og føler seg ikke sett. Det tror jeg man kunne jobbet mer med. Det holder ikke med en medarbeiderundersøkelse en gang per år.»*

Viktigheten av økt fokus på arbeidsmiljø underbygges av at den ene klinikkansatte uttrykte stor bekymring for de ansattes arbeidshverdag. Det høye arbeidspresset har blant annet medført problemer med å få innleid nok vikarer ved ferier. Arbeidsmiljø og -trivsel var derfor ønskelig som et større fokusområde.

Klinikkansatt 1: *«Det er jo fra tid til annen i media om hvor hardt folk synes det er å jobbe på sykehus. (...) Man blir ganske bekymret over hverdagen til de som jobber her. (...) Folk vil ikke jobbe her.»*

Funn 1 viser at det er ønske om mer differensiering dersom man skal måles på ventetid. I tillegg foreslås det flere andre indikatorer som kan være vel så gode kvalitetsindikatorer. Blant annet nevnes HMS, arbeidsmiljø og brukererfaringer. Funn 1 er oppsummert i tabell 7⁵.

⁵ I tabell 7 refereres det til klinikkssjefer som KS, klinikkansatte som KA, representant St. Olav som SOH og representant Helse Midt-Norge som HMN. Forkortelsene gjelder for alle tabeller i kapittel 5.

Funn 1	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KA 1	KA 2	SOH	HMN
Det er ønske om flere/andre mål	Enig	Enig	Enig	Usikker	Enig	Enig	Ikke diskutert	Enig

Tabell 7. Oppsummering funn 1

5.2 Ulike behov for direkte økonomiske insentiver på klinikken

Det finnes ingen formell belønningsstruktur ved sykehuset, og det gis ifølge klinikksjefene ingen direkte økonomiske insentiver for å motivere til å jobbe med styringsmålene. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er imidlertid innrettet som et insentiv for å stimulere til høyere aktivitet. ISF fungerer dermed som et indirekte økonomisk insentiv til å redusere ventetidene gjennom økt aktivitet.

Representant St. Olav: «Det er bare litt over 15-20 år siden vi fikk økonomisk insentiv (ISF) til å håndtere enkeltpasienter. Jo flere pasienter vi har, jo mer tjener vi. (...) Og det har hatt en effekt når det kommer til ventelisteproblematikken hos oss.»

En kan anta at god måloppnåelse på lengre sikt også vil bli belønnet gjennom for eksempel økte karrieremuligheter eller økte muligheter til å gjennomføre prosjekter. På kort sikt uttrykker klinikksjefene at det er motiverende at målfokus er en naturlig del av deres jobb, og at ledelsen ved sykehuset har tett oppfølging av måloppnåelse ved klinikkene.

Klinikksjef 1: «For eksempel ved fristbrudd, da blir du jo hengt opp på tørk (på møter), og det virker jo. Bare det med publisering av prestasjon er jo en konsekvens. For det er ingen som liker å være en versting.»

Klinikksjef 2: «Det er ikke artig å være dårligst i klassen. Vi får ukentlige tall, og røde tall og. Vi figurerer for tiden på denne rød-ventetidlisten. Og det er jo klart at det er motiverende at det er fokus.»

Klinikksjef 3: «Å introdusere slike måltall skaper nok ingen stor iver for å levere på det. Det er viktig for meg i min jobb, fordi jeg blir målt av direktøren, som igjen blir målt av direktøren for helseforetaket, som igjen blir målt av ministeren.»

For ansatte på lavere nivå mener flere av klinikkjefene at den største motivasjonen for å jobbe med styringsmålene, er hensynet til pasientene. Likevel kan det være vanskelig å motivere ansatte på klinikken til å stadig prestere bedre uten at det gis direkte insentiver. Utfordringen forsterkes av at økning i prestasjon ofte skal skje innenfor de samme budsjetttrammene.

Klinikkjef 4: *«Det var ikke noen vanskeligheter med å selge inn målet om kortere ventetid. Alle var enige om det. Men derfra, og motivere de ansatte i forhold til hvordan vi skal klare det innenfor den samme ressursrammen, for det er det som er realiteten.»*

En av de klinikkansatte er frustrert over at klinikken hele tiden har et budsjettunderskudd de må ta igjen. Økonomiske insentiver ved høy måloppnåelse kunne hjulpet klinikken ut av underskuddet, som kunne hatt en motiverende effekt på klinikkens ansatte. Den andre klinikkansatte ser imidlertid ikke behovet for økonomiske insentiver ettersom klinikken skal ha tilstrekkelig med ressurser til å nå styringsmålene.

Dersom en klinikk har høy måloppnåelse, mener en klinikkjef at det burde gis noen positive signaler i form av økonomiske insentiver til klinikken som helhet.

Klinikkjef 4: *«Jeg tenker jo at det burde være noen signaler om å nå mål.»*

Klinikkjef 3 er enig i at økonomiske insentiver til klinikken som helhet, kan ha en positiv effekt gitt at den blir brukt til å løse opp i en flaksehals.

Klinikkjef 3: *«Det er klart at hvis noen sa at jeg fikk en bonus på vegne av klinikken fordi vi var flinke, så hadde jeg sikkert kunne solgt det inn nedover i rekken. Jeg kunne nok fått folk til å jobbe fortere under den forutsetning at pengene ble brukt til å kompensere for en eller annen flaskehals som oppleves som vanskelig for de som jobber.»*

Klinikkjef 2 peker også på at økonomiske insentiver til klinikker som har god måloppnåelse, kan ha en positiv effekt. Samtidig ser klinikkjefen problematikken som kan oppstå dersom de som er flinke hele tiden får mer ressurser, mens de som har svakere måloppnåelse ikke får noe.

Klinikkjef 2: *«Det er jo stimulerende hvis du får noe positivt ut av at du er flink. Men det er vanskelig, for det er så komplekst.»*

Videre kan en økning i økonomiske tilskudd bidra til å gi en positiv signaleffekt. Den ene klinikken hadde et år fått økt stillingsbudsjettet sitt, og selv om økningen prosentvis ikke var så stor, ga det en positiv effekt ettersom årsverkene ble knyttet til flaskehalsen på klinikken.

Klinikkssjef 4: «Det er en dråpe i havet når vi tenker på at vi har x antall årsverk. Men det er noe med signaleffekten.»

Det er dermed en mulighet for at direkte økonomiske insentiver til klinikken som helhet kan ha en positiv effekt på ansattes motivasjon. På spørsmål om hva slags insentiver som kan være aktuelle, blir det nevnt at insentivene ikke nødvendigvis trenger å være økonomiske. Klinikkssjef 4 foreslår blant annet insentiver i form av muligheter til faglig fordypning. En annen klinikkssjef mener at en teambasert tilnærming til måten å jobbe på også kan virke motiverende for ansatte.

Klinikkssjef 3: «Vi er nok ikke flinke nok til å tenke at jo fortere vi som team gjør oss ferdig, jo fortere kan du gå hjem. Det hadde sikkert vært attraktivt for folk, med noen sanne gulrøtter. Mer ned i organisasjonen enn på mitt nivå.»

Klinikkssjefene virker å være relativt enige om at det ikke er behov for direkte økonomiske insentiver for at de skal fokusere på styringsmålene. Flere mener at økonomiske insentiver for klinikken som helhet kan ha en positiv effekt på de ansattes motivasjon. Det blir også foreslått ikke-økonomiske insentiver som kan øke ansattes motivasjon. Funn 2 er oppsummert i tabell 8.

Funn 2	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KA 1	KA 2	SOH	HMN
Økonomiske insentiver for klinikkssjefen kan øke klinikkssjefens motivasjon	Uenig	Uenig	Uenig	Ikke diskutert	Ikke diskutert	Ikke diskutert	Ikke diskutert	Ikke diskutert
Økonomiske insentiver for klinikken som helhet kan øke ansattes motivasjon	Ikke diskutert	Usikker	Enig	Enig	Enig	Uenig	Ikke diskutert	Ikke diskutert

Tabell 8. Oppsummering funn 2

5.3 Måloppnåelse blir tett fulgt opp, men svak prestasjon medfører ingen direkte økonomiske konsekvenser

Klinikkene overvåker kontinuerlig hvordan de ligger an med styringsmålene. Listene gjennomgås daglig for å se om det er noen pasienter som har spesielt lang ventetid, eller om det er unormale variasjoner. Registeringen av ventetid og fristbrudd er i stor grad lovregulert, og det eksisterer gode styringsverktøy for oppfølging av styringsmålene. Klinikksjefene rapporterer månedlig til St. Olav ved sykehuset hvordan klinikken ligger an med styringsmålene. Videre må ledelsen ved sykehuset rapportere til Helse Midt-Norge, som igjen rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet. Ved lav måloppnåelse bli oppfølgingen tettere.

Klinikkansatt 1: *«Vi har fagmøter annenhver uke (...) der vi gjennomgår ventetid og fristbrudd, og ser hvor vi har størst utfordringer.»*

Klinikkansatt 2: *«Vi har daglige rutiner for føring av ventelister og fristbrudd. Det er en prosedyre på sykehuset hvordan vi skal håndtere henvisninger og registrering.»*

Klinikksjef 2: *«Måloppnåelsen følges opp, og det er jo sånn at hvis du ligger dårlig an så blir du fulgt opp mer. (...) Jeg tror det fungerer rimelig greit. Oppfølgingen er direkte og du vet hva som gjelder.»*

Klinikksjef 3: *«Vi har månedlige rapporter på aktivitet og budsjett.»*

Klinikksjef 4: *«Det er redegjørelser og forklaringer. Og for så vidt er jo det greit nok.»*

Representant St. Olav: *«Det har vært møter nå med en håndfull klinikker med administrerende direktør, økonomidirektør og fagdirektør. Der man ser at klinikkene sliter, er vi fra direktørens side lite interessert i forklaringer. (...) Vi er mer interessert i «hva gjør vi?» og «hva har du tenkt å gjøre med dette?». Så det er et strengt regime i forhold til dette med å følge opp.»*

Representant HMN: *«På samme måte som vi følger opp våre helseforetak, blir vi fulgt opp fra Helse- og omsorgsdepartementet med tertialmøter og oppfølgingsmøter. Vi har også månedlige statusrapporteringer der Helse- og omsorgsdepartementet er ganske tett på og ber oss om å svare ut dersom vi avviker på sentrale målsettinger.»*

Konsekvensen av lav måloppnåelse er i hovedsak at klinikksjefene må redegjøre for den svake prestasjonen. I tillegg blir klinikkens resultater offentliggjort slik at andre kan se måloppnåelsen, som vist i funn 2. De største avvikene kan medføre konsekvenser i form av negative medieoppslag og pålegg fra helsetilsynet. På spørsmål om svak måloppnåelse medfører direkte økonomiske konsekvenser, sier klinikksjefene at det ikke eksisterer. Vi antar derfor at direkte økonomiske konsekvenser ikke brukes som straff ved svak måloppnåelse.

Representant St. Olav: *«Når det gjelder faglige krav, så er det klart at ved de største avvikene er det avisoppslag og helsetilsynet kommer med pålegg om å rette opp i feil som er gjort og så videre. Men at vi har for lange ventelister eller fristbrudd, gir ikke her og nå noen direkte konsekvenser. Det går mer på omdømme og slikt.»*

Klinikkssjef 2: *«Det har liksom ikke vært noen konsekvenser, og det har vært diskutert i hovedledelsen. Hva er vitsen? Vi har signert lederavtaler om at vi skal drive i balanse, og så har man sittet her i 15 år med minus hos noen.»*

Oppfølgingen av styringsmålene virker å være gjennomgående god. Det gjennomføres månedlige møter mellom klinikkene og ledelsen ved St. Olav, mellom ledelsen og Helse Midt-Norge og mellom Helse Midt-Norge og Helse- og omsorgsdepartementet. Lav måloppnåelse medfører konsekvenser blant annet i form av redegjørelser for mulige årsaker. Det medfører ingen direkte økonomiske konsekvenser. Funn 3 er oppsummert i tabell 9.

Funn 3	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KA 1	KA 2	SOH	HMN
Måloppnåelse blir tett fulgt opp	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig

Tabell 9. Oppsummering funn 3

5.4 Måling gir forbedring

Til tross for at det ikke gis direkte økonomiske insentiver til å jobbe med styringsmålene, har det vært en stor forbedring på indikatorene som måles. I dag oppstår det nesten ingen fristbrudd ved klinikkene, og flere klinikker har også redusert ventetiden kraftig. Det virker å være enighet blant de fleste intervjuobjektene om at styringsmålene gir en retning for arbeidsinnsats, som i stor grad er årsaken til forbedringen.

Klinikkansatt 1: *«Når jeg begynte å jobbe med fristbrudd, hadde vi 150 stykker. Så vi har jobbet intenst for at det ikke skal oppstå. I dag for eksempel, hadde vi ett. Ofte har vi null.»*

Klinikkansatt 2: *«Fristbrudd er egentlig ikke et tema hos oss, men vi jobber med det fordi det har vært hovedfokus veldig lenge på sykehuset. Det er veldig sjeldent vi har reelle fristbrudd.»*

Klinikksjef 1: *«Det som fikset fristbrudd var ikke at vi plutselig ble så mye bedre. Det var fordi det kom et klart styringssignal.»*

Klinikksjef 2: *«Folk kom på poliklinikken etter å ha vært 10 år på venteliste, så det er bra det har vært fokus på dette.»*

Klinikksjef 2: *«Det som det fokuseres på, det jobber du med.»*

Den ene klinikksjefen mente derimot at årsaken til at klinikken hadde god måloppnåelse, var interne prosjekter som ble igangsatt i forkant av at det kom styringsmål om ventetid og fristbrudd. Klinikken hadde selv sett behovet for å gjøre endringer, slik at variasjon i ventetid ble redusert.

Klinikksjef 4: *«Både prosjekt x og omstillingsprosjektet var alfa og omega for å møte kravet (om ventetid). Så alt henger sammen med alt. Hadde ikke prosjektene blitt gjennomført og vi hadde stått der uten noe grunnlag på systemnivå eller på ressurstilgang, så hadde vi ikke klart målsettingen så fort som vi gjorde.»*

Styringsmålene har vært konsistente over mange år, som omtales som positivt av flere intervjuobjekter. Det gir et sterkt styringssignal og forutsigbarhet. Det har også vært viktig med fokus på områder over tid ettersom forbedring ofte krever større omstillinger.

Klinikksjef 1: *«Sterk regulering og tydelige styringssignal har vært effektivt for å få til forbedringer. Og det mener jeg!»*

Representant St. Olav: *«Bent Høie har vært veldig stødig. Han har holdt stø kurs. Det er ikke sånn «hopp og sprett, hva skal vi finne på for noe spennende i år for å vinne stemmer?». Det er først og fremst god ledelse å sette tydelige mål.»*

Representant HMN: *«Jeg tenker at det er fornuftig å ha fokus på områder over tid. For ofte er disse områdene det pekes på, områder som tar tid.»*

Det virker å være en gjennomgående oppfatning på alle nivåer at måling er viktig og nødvendig. På klinikknivå uttrykker flere at de ønsker mer måling ettersom man da tvinges til å innfri. En klinikkansatt uttrykte bekymring for at det kunne oppstå dårlige holdninger rundt å overholde pasientavtaler dersom man ikke måler antall fristbrudd. I tillegg bidrar styringsmålene til at man beholder oversikten over pasientene.

Klinikkansatt 2: «Jeg merker en holdningsendring hvis vi begynner å si at det ikke er så farlig med fristbrudd, for da blir det slapt. Vi trenger å ha noe som binder oss.»

Flere av intervjuobjektene diskuterte problematikken rundt lite måling i pasientens videre forløp. Etter at fristen for oppstart av nødvendig helsehjelp er innfridd, har ikke pasienten flere juridiske rettigheter når det kommer til tidsfrister og avtaler. Innføringen av pakkeforløp⁶ ble nevnt som et eksempel på at mer måling har hatt positiv effekt. Pakkeforløpene bidrar til at klinikkene må innfri fristene som settes gjennom tett oppfølging av hver enkelt pasient.

Klinikkansatt 2: «Jeg synes det er veldig rett å ha en frist for utredning, men det videre forløpet er ikke riktig. Jeg synes det skulle vært sånn at du får en frist til utredning, du kommer inn og blir vurdert, og så skulle du hatt en ny juridisk frist i neste trinn.»

Klinikkansatt 1: «Pakkeforløp har blitt innført i det siste, og der følger vi et forløp på en annen måte, og vi innfrir løpene underveis. Så det hadde nok vært en bedre opplevelse for pasientene hvis man fikk en frist man kunne banket i bordet med på en annen måte i forhold til behandling og operasjon.»

Inntrykket fra intervjuene er at de fleste mener styringsmålene er en viktig årsak til at man har sett forbedringer. Styringsmålene gir et sterkt styringssignal om retning for arbeidsinnsatsen. Videre er det positivt at styringsmålene har vært konsistente over tid. Det er i tillegg ønskelig med mer måling av det videre pasientforløpet. Funn 4 er oppsummert i tabell 10.

Funn 4	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KA 1	KA 2	SOH	HMN
Måling fører til forbedring	Enig	Enig	Enig	Uenig	Enig	Enig	Enig	Enig

Tabell 10. Oppsummering funn 4

⁶ Pakkeforløp er nasjonale standardiserte pasientforløp med standardiserte forløpstider og frister (Helsedirektoratet, 2019e). Pakkeforløpene og forløpstidene er ikke juridisk bundet, men bygger på helsepolitiske føringer.

5.5 Vridningseffekter oppstår

Selv om flere av klinikkene har forbedret seg på styringsmålene uttrykkes det bekymring for at målfokuset går på bekostning av noe annet. Det nevnes at det videre pasientforløpet nedprioriteres, ved at man er mer opptatt av å innfri tiden frem til pasientens juridiske frist⁷. Det har ifølge flere intervjuobjekter medført problemer med interne køer til for eksempel operasjon ved enkelte klinikker.

Klinikkansatt 2: *«Det er jo realistisk å oppnå ingen fristbrudd, men det er fordi vi kan utsette de andre (pasientene som venter internt). (...) Det har vært et stort fokus på fristbrudd, vi gjør alt for å forhindre det.»*

Klinikksjef 1: *«Det kan fort oppstå noen spill-faktorer ved håndtering av ventelister. Hva er enkleste måte å få pasienten ut av kontoret på? Jo, å søke han inn til operasjon.»*

Klinikksjef 3: *«For å sikre at vi leverer på styringsmålene kalles alle i en bestemt pasientgruppe inn til et oppstartsmøte. Check, fristen er innfridd. Det betyr ikke at man er i gang med behandling, men det svarer ut til myndighetskravet.»*

Klinikksjef 4: *«Vi ser ofte at når man har fokus på én del av en pasientprosess, så er det der støtet og målene blir nådd. Så glemmer en kanskje at det må jobbes like hardt på den andre delen av behandlingsprosessen.»*

Representanten fra ledelsen ved St. Olav peker også på interne køer som et problem. I 2018 ble brudd på pasientavtaler innført som et styringsmål. Representanten uttrykker at ledelsen ved sykehuset har forsøkt å rette oppmerksomhet mot helheten av pasientbehandlingen, også i forkant av at styringsmålet ble innført. På klinikknivå virker det imidlertid fortsatt å være et stort problem.

Representant St. Olav: *«Det vi har satt fokus på ved St. Olav og gradvis nasjonalt, er at man må ha fokus på både tid til oppstart, og på tid til du blir fulgt opp videre. Jeg mener vi har hatt et fokus på å se helheten hele veien.»*

⁷ Fastsatt dato for seneste forsvarlige oppstart av helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018b)

En annen vridningseffekt er at pasientforløpet kan gå for fort for enkelte pasientgrupper. Kort ventetid er ikke alltid det beste for pasienten. Dette henger sammen med ønsket om en differensiering av ventetidsmålet, som ble uttrykt under funn 1.

Klinikkansatt 1: *«Det er veldig stort fokus på ventetid, som kanskje skremmer pasienten innimellom. Det behøver ikke bestandig være det lureste at det skal gå så fort.»*

Klinikksjef 3: *«Hvis du er gammel og har kreft, sier myndighetskravet at du skal være operert innen en måned. Og når du er gammel, så har du ikke bare kreft. Da har du hjertesykdom, forvirring og nyresvikt og hva vet jeg. Så det å pushe en gammel skrott gjennom et slikt forløp, det tror jeg ikke er spesielt genialt. Jeg tror heller man skulle satset på en slags habilitering før du opererer. (...) Av og til går det for fort, slik at jeg som pasient vil ikke være med på det tempoet her, jeg vil heller vente.»*

Ved den ene klinikken mener klinikksjefen at med en økende henvisningsrate og uendret ressurstilgang, går fokuset på styringsmålene på bekostning av klinikernes faglige fordypning. Med en full timeplan får ikke klinikerne tid til å gjøre nødvendige forberedelser eller oppfølging i for- og etterkant av pasientkonsultasjoner, som til slutt kan gå utover kvaliteten av behandlingen.

Klinikksjef 4: *«En er veldig skvist mellom pasienter, og det går utover den faglige fordypningen, som forarbeidet til timene og etterarbeidet. Det er sånn harelabbarbeid på ting som klinikerne opplever som veldig viktig for at pasienten skal nå målene sine om å fungere i livet.»*

Stort fokus på den første delen av pasientforløpet ser dermed ut til å gi vridningseffekter. Det oppstår blant annet problemer med interne køer. I tillegg uttrykkes det bekymring for at pasienter presses gjennom et behandlingsforløp i et tempo som ikke er tilpasset pasientens livssituasjon. Det ble også uttrykt at arbeidet med å redusere ventetider og fristbrudd, kan gå på bekostning av klinikernes tid til forberedelser og etterarbeid. Funn 5 er oppsummert i tabell 11.

Funn 5	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KA 1	KA 2	SOH	HMN
Vridningseffekter oppstår	Enig	Ikke diskutert	Enig	Enig	Enig	Enig	Usikker	Ikke diskutert

Tabell 11. Oppsummering funn 5

5.6 Økt ressurstilgang er ikke alltid nødvendig for måloppnåelse

Alle klinikkene har iverksatt tiltak for å redusere ventetiden, antall fristbrudd og antall brudd på pasientavtaler. Enkelte klinikker har iverksatt store omorganiseringer for å møte målsettingene, andre har jobbet med å rydde i ventelisten og å rette opp i feilregistreringer. En fellesnevner for klinikkene som har hatt god måloppnåelse, virker å være at de har klinikksjefer som er løsningsorienterte og innovative. Flere av intervjuobjektene mener effektiv utnyttelse av eksisterende ressurser, kan gi like god måloppnåelse som økte bevilgninger.

Klinikkansatt 1: *«Vi vet vi ikke får noe mer personale, og det er ikke sikkert at mer folk bestandig ville hjulpet heller.»*

Klinikkansatt 2: *«Vi har kuttet i antall kontroller så langt det lar seg gjøre. Pasienter trenger for eksempel ikke å komme inn til unødvendige kontroller i etterkant av behandling bare for å se hvordan det går.»*

Klinikksjef 1: *«Selv om behovet blir større og større, kan man ikke bare multiplisere opp produksjonsapparatet sitt. Det må også være et element av effektivisering, og kanskje et element av at ikke alle som kommer på døren blir pushet videre.»*

Det fremkommer av intervjuene at klinikksjefene i varierende grad har hatt fokus på hvordan inntaket av pasienter til klinikken er organisert. Noen klinikker har kommet langt i arbeidet med å organisere et velfungerende og effektivt inntakskontor, andre klinikker har prioritert dette i mindre grad. Det er imidlertid bred enighet om at god logistikk er viktig for å redusere ventetiden og antall fristbrudd.

Klinikksjef 2: *«Vår klinikk innovasjonsprosjekt er å se på inntakslogistikken for å bedre inntaket av pasienter. (...) Jeg tror det går mye på logistikk, og så er det noe med kapasitet. Det er jo det alle skriker om. Vi må ha flere folk, vi må ha flere folk. Men jeg tror ganske mye kan gjøres med logistikk. Vi har en utdannet logistiker som skal hjelpe oss med inntakslogistikkprosjektet. I 20 år har jeg tenkt at vi burde ha en egen logistiker på klinikken. Det er så mye vi kunne gjort annerledes tror jeg, men man ser det ikke i sin egen hverdag.»*

Flere av klinikkene har fått hjelp fra ulike fagmiljøer ved NTNU og SINTEF til å gjennomføre analysearbeid og undersøke om driften kan effektiviseres. Analysene har ligget til grunn for flere vellykkede effektiviseringsprosjekter og omorganiseringer, der blant annet ventetiden har blitt redusert. Det virker dermed å være essensielt for klinikken å ha en klinikkjef som ser verdien av å benytte ekstern kompetanse.

En klinikkjef mener ansatte på sykehuset i for stor grad anser seg som spesialister på virksomheter, og at de grunnleggende analysene ofte mangler. Klinikksjefen er opptatt av at man må utfordre det tradisjonelle synet på sykehusdrift. Blant annet ser klinikkjefen mange likhetstrekk mellom å drive sykehus og en produksjonsbedrift, og mener økt bruk av operasjonell planlegging og Lean⁸ kan bidra til å effektivisere mange prosesser ved sykehuset.

Klinikkjef 3: *«Vi utfordret logistikkmiljøet ved industriell økonomi på NTNU til å se på hvor mye MR-kapasitet som trengs, og hvor mye ressurser vi sitter på. Vi ba de utarbeide en optimeringsmodell for å si noe om hvordan vi skulle forvalte ressursene våre bedre.»*

Klinikkjef 4: *«Vi gikk inn i et prosjekt med to eksterne ved NTNU som hjalp til med å dra ut data fra vårt pasientsystem.»*

Prosjektet klinikkjef 4 henviste til, viste at for å håndtere ventetiden ved klinikken, måtte målet være å kutte topper og bunner i antall henvisninger for å få en jevnere driftsplanlegging gjennom året.

Klinikkjef 1: *«Jeg hadde hørt om operasjonsanalyse som metodikk (...) og det viste seg at det var en hel avdeling for anvendt økonomi på SINTEF. Vi henvendte oss til de og sa at vi måtte finne ut om ventelisteproblematikken ved en av våre avdelinger i det hele tatt var teoretisk løsbart. For hvis den ikke var det, ville ikke jeg prøve å løse den.»*

Resultatet av analysen SINTEF gjennomførte for klinikkjef 1, viste at for å håndtere køen ved avdelingen krevdes det en økning av ressurser i form av 1,5 overlege og 1 sykepleier. Tiltaket ble gjennomført, og ventetiden ble følgelig redusert ved avdelingen.

⁸ Lean er en tankegang der man forsøker å redusere sløsing og forbedre produktivitet gjennom endring av organisatoriske prosesser. Endringene skjer gjennom innføring av spesialiserte analytiske verktøy og teknikker, samtidig som man etablerer en kultur der man søker etter stadig forbedring (Womack & Jones, 1996)

Ledelsen ved St. Olav bidrar også i arbeidet med å endre interne prosesser ved klinikkene.

Representant St. Olav: «Vi går inn og prøver å bistå med rådgivning i forhold til hvordan klinikkene har organisert for eksempel inntaksprosessen. Vi gjør en logistikkanalyse for å finne ut hva som er flaskehalsene.»

Klinikkene har iverksatt ulike tiltak for å redusere ventetid, antall fristbrudd og brudd på pasientavtaler. De som har best måloppnåelse er de som har sett på hvordan de kan omorganisere og effektivisere eksisterende prosesser, gitt ressursene som er tilgjengelig. Det virker å være enighet om at effektivisering og bedret logistikk er nøkkelen for å nå styringsmålene. Funn 6 er oppsummert i tabell 12.

Funn 6	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KA 1	KA 2	SOH	HMN
Økt ressurstilgang er ikke alltid nødvendig for måloppnåelse	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Ikke diskutert

Tabell 12. Oppsummering funn 6

5.7 Andre funn

I tillegg til de seks hovedfunnene vi har presentert, har vi identifisert to mindre funn vi mener kan påvirke måloppnåelsen blant klinikkene. Det første funnet omhandler innsatsstyrt finansiering (ISF). Det andre funnet omhandler avtaleinngåelse med private leverandører av helsetjenester. Vi har ikke diskutert disse temaene med alle intervjuobjektene, og vi kan følgelig ikke si noe om omfanget av funnene.

Funn 7: ISF er ikke en perfekt pådriver for effektivisering

Helseforetakene mottar midler fra Helse Midt-Norge basert på en basisbevilgning og en aktivitetsbevilgning (ISF). ISF stimulerer til økt aktivitet ved sykehusene, og fungerer dermed som et indirekte insentiv for å redusere ventetiden, som påpekt under funn 2.

Fra funn 6 mente flere klinikkssjefer at ventetiden kan reduseres gjennom effektiviseringstiltak. Det ble imidlertid uttrykt at ISF ikke alltid er en pådriver for effektivisering. For noen år

tilbake ble omtrent halvparten av DRG-takstene for dagkirurgiske aktiviteter likestilt med å gjøre samme behandling med innleggelse. Ved å få like mange DRG-poeng for å gjøre noe dagkirurgisk som ved innleggelse, vil det stimulere til å gjøre mer dagkirurgisk. Klinikken blir dermed mer effektiv ved at det frigjøres ressurser. For takstene som ikke ble likestilt, vil man imidlertid ikke ha noen insentiv til å effektivisere driften. Klinikken tjener mer penger på å legge inn pasienten enn ved å utføre behandlingen uten innleggelse.

Klinikk sjef 1: *«Problemet med å ikke likestille for alt, er blant annet at det kan jo være noe man gjør som innlagt nå, som kan gjøres som dagkirurgi. Men hvorfor skal man gjøre det hvis du taper penger på det?»*

Representant St. Olav: *«Etter hvert som vi blir styrt veldig på hva vi skal oppnå (gjennom styringsmålene), blir det fort slik at de økonomiske virkemidlene (ISF) i forhold til hva det lønner seg å gjøre, ikke nødvendigvis stemmer overens med det vi har krav om å gjøre.»*

Det er dermed indikasjoner på at dagens finansieringssystem ikke fungerer perfekt, dersom målet er å effektivisere driften for å redusere ventetid.

Funn 8: Ønske om bedre kommunikasjon ved avtaleinngåelse med private leverandører av helsetjenester

Helse Midt-Norge har sørge-for ansvaret i regionen. Det betyr at de har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i Midt-Norge. Det regionale helseforetaket gir derfor St. Olav og de andre helseforetakene i regionen bestillinger basert på aktiviteten som skal utføres. I tillegg inngår Helse Midt-Norge avtaler med privatpraktiserende leverandører, enten det er avtalespesialister eller private sykehus.

Avtalene som inngås med private leverandører skal hjelpe helseforetakene med å løse opp eventuelle flaskehals, som igjen kan lede til reduserte ventetider og færre fristbrudd. Helse Midt-Norge kan for eksempel kjøpe eksterne tjenester dersom en klinikk presterer svakt på styringsmålene. Slik avtaleinngåelse har hatt en positiv effekt på styringsmålene ved St. Olav.

Representant St. Olav: *«Ut ifra å se på muligheter for å utnytte private aktører i større grad der vi ser at vi har for dårlig kapasitet eller har problemer, har vi sett på i hvor stor grad*

klinikkene har et samarbeid med private, og i hvor stor grad de sender over pasienter hvis de kan. Det har hatt en effekt i forhold til å redusere ventetider og fristbrudd hos oss.»

Ved flere klinikker gis det imidlertid uttrykk for at dialogen er mangelfull mellom Helse Midt-Norge og klinikkene om hvilke behov klinikkene har.

Klinikksjef 1: *«Det er Helse Midt-Norge som inngår kontrakter med de private, og det har de gjort i større eller mindre grad i dialog eller som en respons fra sykehuset. Den mest gjennomgående oppfatning er at det blir gjort nokså uten vårt initiativ og uten å snakke med oss.»*

Representant St. Olav: *«Fram til nylig har det vært altfor liten dialog mellom de ulike kliniske miljøene og Helse Midt-Norge, som har inngått disse avtalene. Det er noe med dette å bruke inngåtte avtaler med private ut ifra hvilke behov fagområdene har.»*

Det kan også virke som at andelen midler som går med til å kjøpe tjenester fra private leverandører, er et frustrasjonsmoment. En klinikksjef uttaler at pengesummen heller kunne ha kommet klinikken til gode.

Klinikksjef 3: *«Det er penger som kunne gått direkte til meg, og så kunne jeg ha rigget meg selv. (...) Om det er lurt eller ikke å kjøpe tjenester fra private, avhenger av hva som er flaskehalsen. Hvis flaskehalsen er én enkelt operatør, så ville det ha lønnet seg. Men etter hvert som det er en helt marginal kapasitet i hele systemet, vil det for mitt vedkommende være slik at for at jeg skal kunne komme opp neste trinn, er jeg nødt til å bygge en helt ny operasjonsstue, ansette flere fagansatte, og hva vet jeg. Det er kjempedyrt.»*

Inntrykket fra intervjuene er dermed at avtaleinngåelsen Helse Midt-Norge gjør med private leverandører er nødvendig for å ha tilstrekkelig kapasitet i regionen. Det virker samtidig å være et ønske om bedre kommunikasjon mellom Helse Midt-Norge og St. Olav om hvilke avtaler som inngås.

5.8 Oppsummering hovedfunn

Våre hovedfunn er oppsummert i tabell 13.

	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KA 1	KA 2	SOH	HMN
Funn 1: Det er ønske om flere/andre mål	Enig	Enig	Enig	Usikker	Enig	Enig	Ikke diskutert	Enig
Funn 2: Økonomiske insentiver for klinikkjefen kan øke klinikkjefens motivasjon	Uenig	Uenig	Uenig	Ikke diskutert	Ikke diskutert	Ikke diskutert	Ikke diskutert	Ikke diskutert
Funn 2: Økonomiske insentiver for klinikken som helhet kan øke ansattes motivasjon	Ikke diskutert	Usikker	Enig	Enig	Enig	Uenig	Ikke diskutert	Ikke diskutert
Funn 3: Måloppnåelse blir tett fulgt opp	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig
Funn 4: Måling fører til forbedring	Enig	Enig	Enig	Uenig	Enig	Enig	Enig	Enig
Funn 5: Vridningseffekter oppstår	Enig	Ikke diskutert	Enig	Enig	Enig	Enig	Usikker	Ikke diskutert
Funn 6: Økt ressurstilgang er ikke alltid nødvendig for måloppnåelse	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Enig	Ikke diskutert

Tabell 13. Oppsummering hovedfunn

I tillegg til de seks hovedfunnene har vi også to mindre funn som indikerer at det kan være utfordringer knyttet til finansieringssystemet og effektivisering, samt at det er ønskelig med bedre kommunikasjon ved avtaleinngåelse med private leverandører av helsetjenester.

Vi vil i neste kapittel diskutere funnene opp mot relevant teori og kontekst.

6. Diskusjon

I kapittel 6 diskuterer vi funnene som er presentert i kapittel 5, med utgangspunkt i relevant teori og kontekst fra henholdsvis kapittel 2 og kapittel 3. Diskusjonen har til hensikt å besvare utredningens problemstilling, og strukturen i kapitlet tar utgangspunkt i våre fire forskningsspørsmål, som er presentert i delkapittel 1.2.

Vi starter med å diskutere hvorvidt det er enighet om at styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer. Deretter redegjør vi for hvilke insentiver som gis for at klinikkene ved St. Olav skal jobbe med styringsmålene. Videre ser vi på hvilken effekt målstyringen har hatt over tid, før vi diskuterer mulige årsaker til at det er variasjon i måloppnåelse mellom klinikkene. Til slutt vil vi diskutere to andre momenter som kan ha en påvirkning på måloppnåelsen blant klinikkene, basert på de to mindre funnene fra delkapittel 5.7.

6.1 Enighet om styringsmålene

Vi skal i dette delkapitlet besvare forskningsspørsmål 1:

Er det enighet om at styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer?

Forskningsspørsmål 1 besvares gjennom diskusjon av funn 1. Funnet diskuteres opp mot prinsipal-agent teori, målstyringsteori og teori om hvordan man setter gode mål.

Prinsipal-agent forhold i spesialisthelsetjenesten

Som beskrevet av Fama og Jensen (1983) består en organisasjon av et sett med kontrakter som spesifiserer agentens rettigheter, prestasjonskriterier og belønningsstruktur. Oppdragsdokumentet fungerer som en slik kontrakt mellom Helse- og omsorgsdepartementet som prinsipal, og de regionale helseforetakene som agenter. Helse- og omsorgsdepartementet definerer styringsmål som de regionale helseforetakene skal jobbe med og hvilke rammer det skal gjøres innenfor. På samme måte fungerer *Styringskrav og rammer* som en kontrakt mellom de regionale helseforetakene og deres lokale helseforetak. Vi observerer dermed et hierarkisk prinsipal-agent forhold, som beskrevet av Dixit (2002). De lokale helseforetakene er ansvarlige for den daglige driften og at måloppnåelse skjer innenfor rammene satt av Helse- og omsorgsdepartementet. Organiseringen av spesialisthelsetjenesten er dermed i tråd med

New Public Management, der styringen skjer i form av delegering gjennom budsjettfullmakter kombinert med mål- og resultatstyring (Nyland & Pettersen, 2010).

Gjennom funn 1 finner vi at det er uenighet om hvor gode kvalitetsindikatorer styringsmålene som er satt i oppdragsdokumentet og *Styringskrav og rammer* er. Ifølge Eisenhardt (1989), kan en interessekonflikt i et prinsipal-agent forhold forklares ut ifra to årsaker:

1. Prinsipalen og agentens ønsker og målsettinger kommer i konflikt med hverandre.
2. Det er vanskelig eller dyrt for prinsipalen å overvåke agentens faktiske handlinger.

Helse- og omsorgsdepartementets overordnede mål er å sikre befolkningen gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester (Regjeringen, 2019b). Utsendelse av oppdragsdokumentet er et virkemiddel for å nå dette målet. Gjennom intervjuene fremkom det at å levere gode helsetjenester også er det viktigste målet for de ansatte ved klinikkene. Det virker dermed som at det overordnede målet om å skape gode helsetjenester, er det samme for alle nivåene i hierarkiet. Flere av intervjuobjektene uttrykte imidlertid at de var uenige i at redusert ventetid nødvendigvis hadde noe med kvaliteten på helsetjenesten å gjøre. Det virket å være gjennomgående hos alle klinikkene at de sykeste pasientene prioriteres først, uavhengig av om det er satt en frist eller ei.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter likevel styringsmål om reduksjon av gjennomsnittlig ventetid og antall fristbrudd. En forklaring kan være at det er vanskelig eller dyrt for Helse- og omsorgsdepartementet å overvåke de ulike helseforetakenes handlinger. For å kunne evaluere helseforetakenes prestasjon, og sikre likt helsetilbud på tvers av regioner, er Helse- og omsorgsdepartementet avhengig av å sette felles rammevilkår for alle helseforetakene. Styringsmålene er lett sammenlignbare, og er dermed et godt styringsverktøy for å sikre likhet i helsetilbudet på tvers av landets sykehus.

Vi observerer, i tillegg til Eisenhardts (1989) to årsaker, en tredje årsak til at det kan oppstå interessekonflikt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakene. Ettersom helseforetakene selv er ansvarlig for egen sykehusdrift, er det de som sitter med informasjon om driften. Denne informasjonen er vanskelig for Helse- og omsorgsdepartementet å få innsyn i. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor ikke kausalkunnskap om hvordan man skal drifte et sykehus. Ifølge Pettersen m.fl. (2008) kan det da være vanskelig å sette få og entydige resultatmål, som resulterer i at det utvikles mange resultatindikatorer. Vi observerer at

oppdragsdokumentet inneholder relativt mange styringsmål. Dette gjenspeiler seg i *Styringskrav og rammer*, se vedlegg 1. En mulig løsning på problemet kan være å inkludere de regionale helseforetakene i utformingen av oppdragsdokumentet. Det er rimelig å anta at de besitter mer kunnskap om sykehusdrift enn Helse- og omsorgsdepartementet, ettersom de er tettere på den daglige driften. Representanten vi intervjuet fra Helse Midt-Norge, bekreftet at et slikt samarbeid ikke eksisterer i dag.

Helse- og omsorgsdepartementet er også en agent på vegne av den norske befolkningen, og styringsmålene bidrar til å skape transparens ved forvaltningen av fellesskapets ressurser. En slik legitimering av ressursbruk er viktig i offentlig sektor (Nyland & Pettersen, 2010). Fra funn 1 observerte vi at en klinikkjef mener ventetider og fristbrudd påvirker befolkningens oppfatning av spesialisthelsetjenesten, som kan forklare hvorfor det er et styringsmål.

Uenigheten rundt styringsmålene kan videre forklares ut ifra at profesjoner har egne respektive normer og verdier, som ikke uten videre forenes mot et felles mål (Pettersen m.fl., 2008). Som nevnt virker det å være enighet om det overordnede målet om å skape en best mulig helsetjeneste. Vi observerer imidlertid at det er uenigheter om hvilke midler som skal brukes for å nå målet, ved at det er uenighet om hva som bør måles. Det oppstår altså et motsetningsforhold som følge av en uklar og motstridende mål-middelrelasjon (Pettersen m.fl., 2008). Slik uenighet kan løses gjennom forhandlinger, se figur 7 i delkapittel 2.5. Problemet kan sees i sammenheng med interessekonflikten som oppstår grunnet manglende kausalkunnskap om sykehusdrift hos Helse- og omsorgsdepartementet. Dersom de regionale helseforetakene inkluderes i utformingen av oppdragsdokumentet, kan de forhandle på vegne av sine lokale helseforetak og komme frem til midler, i form av styringsmål, som i større grad er i tråd med helsepersonellens normer og verdier.

Alternative styringsmål

Styringsmålene oppfyller i stor grad kravene til SMART målsetting gjennom å være spesifikke, målbare, oppnåelige, realistiske og tidfestet (Shahin, 2007; Bovend'Eerd m.fl., 2009). Det er imidlertid ikke gitt at styringsmålene gir den beste styringsinformasjonen, og vi observerer at det er ønskelig med mer skjønnsmessig evaluering. Gjennom funn 1 avdekkes det alternative indikatorer som kan være viktige for å skape en god helsetjeneste. Herunder nevnes blant annet et ønske om økt oppmerksomhet på HMS, arbeidsmiljø og

brukererfaringer. Man kunne blant annet målt hvor subjektivt fornøyd en pasient er som individ eller innført mer differensiering ved måling på ventetid, tilpasset ulike pasientgrupper. De alternative indikatorene er imidlertid vanskelige å måle sammenlignet med dagens styringsmål, og intervjuobjektene er usikre på hvordan måling av slike måltall ville fungert i praksis.

Vi observerer at de tre overordnede målene⁹ som er satt i oppdragsdokumentet, og videreført til *Styringskrav og rammer*, se vedlegg 1, har likhetstrekk med Kaplan og Norton (1992) sitt rammeverk for balansert målstyring. Det er fokus på andre perspektiver enn kun det finansielle, og målene vektlegger i stor grad brukerperspektivet gjennom å rette oppmerksomheten mot ventetider, kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, kompetanseutvikling, forskning og innovasjon skal underbygge god pasientsikkerhet og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). På den måten vektlegges også læring og vekst perspektivet og interne prosesser perspektivet. Helse- og omsorgsdepartementet kunne imidlertid tilstrebet å utarbeide flere skjønsmessige vurderingskriterier, da dagens styringsmål i stor grad er objektive.

Oppsummering forskningsspørsmål 1

Gjennom diskusjonen av funn 1 kommer vi frem til at det er noe uenighet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakene om hvorvidt styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer. Uenigheten kan skyldes ulik oppfatning av hvilke midler som må til for å skape gode helsetjenester. En årsak kan være manglende kausalkunnskap om sykehusdrift hos Helse- og omsorgsdepartementet. Utfordringene knyttet til interessekonflikten kan også forklares ut ifra uklare mål-middel relasjoner som oppstår mellom profesjoner. Problemet kan trolig løses gjennom økt samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de underliggende helseforetakene ved utarbeidelse av oppdragsdokumentet.

Styringsmålene er i utgangspunktet gode mål ved at de oppfyller kravene til SMART målsetting. Videre har de tre overordnede målene i oppdragsdokumentet likhetstrekk med

⁹ Oppdragsdokumentet har tre overordnede mål som skal oppfylles innenfor de rammer og ressurser som er stilt til rådighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I 2018 var de overordnede styringsmålene følgende; 1) Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. 2) Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 3) Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

balansert målstyring. Basert på intervjuene er det likevel et ønske om flere skjønnsmessige styringsmål, og vi opplever at det er noe uenighet om hvor gode kvalitetsindikatorer styringsmålene er.

6.2 Insentiver og konsekvenser

I forrige delkapittel diskuterte vi hvorvidt det er enighet om at styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer. I dette delkapittelet vil vi se på hvilke insentiver som gis for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene. Vi vil også se på hvilke konsekvenser svak måloppnåelse medfører. Vi vil med dette svare på vårt andre forskningsspørsmål, som er:

Hvilke insentiver gis for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene?

Forskningsspørsmål 2 besvares gjennom diskusjon av funn 2 og 3. Funnene diskuteres opp mot teori om bruk av insentivkontrakter i et prinsipal-agent forhold, hvordan karakteristika ved jobben fremmer motivasjon og hva som motiverer offentlig ansatte.

Insentivkontrakt

Det oppstår informasjonsasymmetri mellom klinikksjefene og ledelsen ved St. Olav ettersom klinikksjefene er tettere på den daglige driften. Informasjonsasymmetrien kan utnyttes av klinikksjefene på en måte som er til ugunst for ledelsen dersom klinikksjefene har andre mål enn ledelsen ved sykehuset (Hendrikse, 2003; Jensen & Meckling, 1976).

Ifølge Hendrikse (2003) kan insentivkontrakter benyttes for å sikre at agenten ikke opptrer på en måte som er til ugunst for prinsipalen. Gjennom å gi klinikksjefene riktige insentiver kan St. Olav sikre at klinikksjefene fokuserer på styringsmålene, og ikke på aktiviteter som klinikksjefen anser som viktigere. Det gis ifølge klinikksjefene ingen direkte økonomiske insentiver, og flere klinikksjefer mener det finnes andre mål det er viktigere å prestere på enn styringsmålene. En burde derfor forvente å observere at målene som ansees som viktigere, blir gitt større fokus enn målene som er satt i *Styringskrav og rammer*. En slik observasjon gjør vi imidlertid ikke. Fra funn 2 har vi at klinikksjefene mener det ikke er behov for direkte økonomiske insentiver for at de skal fokusere på styringsmålene. Det er tilstrekkelig at

målfokus er en del av jobben som klinikkssjef, samt at måloppnåelsen blir tett fulgt opp av ledelsen ved sykehuset.

Selv om klinikkssjefene gjennom intervjuene gir uttrykk for at de ikke mottar direkte insentiver for å jobbe med styringsmålene, kan det eksistere indirekte insentiver. ISF, som beskrevet i funn 2, er et indirekte økonomisk insentiv for å redusere ventetiden gjennom økt aktivitet. I tillegg kan motiver som fremtidige karrieremuligheter og ekstra ressursbevilgninger antas å ha en indirekte effekt på klinikkssjefenes motivasjon for å prestere godt på styringsmålene. Den tette oppfølgingen fra ledelsen kan også sees på som et indirekte insentiv til å jobbe med styringsmålene. En situasjon der klinikkssjefene ikke yter innsats med tanke på å maksimere nåværende betaling, men for å påvirke ledelsens oppfatning, beskrives av Prendergast (1999) som karrieremotiv. Karrieremotivet vil være sterkest i starten av karrieren, for så å avta etterhvert som klinikkssjefens talent blir kjent.

Motivasjon gjennom jobbkarakteristika

Karakteristika ved stillingen som klinikkssjef og tett oppfølging fra ledelsen er, som beskrevet tidligere i delkapittelet, tilstrekkelig motivasjon for at klinikkssjefene jobber med styringsmålene. En slik observasjon kan forklares ut ifra jobbkarakteristika-modellen til Hackman og Oldham (1976). Modellen fremhever spesielt tre psykologiske tilstander som påvirker ansattes motivasjon, hvor godt de arbeider og trivsel på arbeidsplassen. De tre tilstandene er:

1. Opplevd meningsfullt arbeid.
2. Opplevd ansvarsrolle ovenfor resultat og arbeid.
3. Faktisk kunnskap om resultatene av det man gjør.

For at ansatte skal oppleve arbeidet som meningsfylt, foreligger det tre kjernekarakteristika (Hackman & Oldham, 1976): 1) mangfoldig bruk av ferdigheter, 2) oppgaveidentitet og 3) oppgavebetydning. I jobben som klinikkssjef må man kombinere økonomiske, administrative og medisinske ferdigheter for å etablere tiltak som skal redusere ventetid, antall fristbrudd og antall brudd på pasientavtaler. Således kan en anta at klinikkssjefene føler at de bruker mangfoldige ferdigheter. Klinikkssjefen opplever oppgaveidentitet og oppgavebetydning gjennom tett oppfølging av tiltak og rapportering, og opplevelsen av å gi et bedre tilbud til

pasientene ved forbedring av måloppnåelse. Klinikkenes arbeidsoppgaver er av stor betydning for menneskers liv og helse, og arbeidsoppgavene vil som en følge føles meningsfulle.

For at klinikksjefen skal oppleve en ansvarsrolle ovenfor resultatet og arbeidet, må han oppleve frihet til å selv bestemme hvordan og når arbeidsoppgaver skal utføres (Hackman & Oldham, 1976). Gjennom intervjuene er vårt inntrykk at klinikksjefene i stor grad er fristilt når det kommer til hvordan de skal løse venteliste- og fristbruddproblematikken. De må selv komme med tiltak og ideer, og ledelsen følger måloppnåelsen tett. Klinikksjefene føler følgelig et ansvar og eierskap for klinikkens prestasjon. Fra funn 3 har vi at klinikksjefene mottar tydelige og direkte tilbakemeldinger fra sykehusledelsen på hvordan de presterer gjennom månedlige rapporteringer og redegjørelse for dårlig måloppnåelse. Den tette oppfølgingen bidrar til at klinikksjefene opplever en faktisk kunnskap om resultatene av det de gjør. Tett oppfølging og tilbakemelding er også to av de grunnleggende betingelsene for målstyring i en virksomhet (Drucker, 1955/2007).

Klinikksjefenes motivasjon for å jobbe med styringsmålene kan derfor forklares ut ifra psykologiske tilstander. Opplevelsen av meningsfulle arbeidsoppgaver, opplevd ansvarsrolle og kunnskap om resultatet av måloppnåelsen, gjør at direkte økonomiske insentiver ikke er nødvendig.

Fra funn 2 fremkommer det at det er mindre motivasjon for å jobbe med styringsmålene blant ansatte på lavere nivå enn klinikksjefnivå. Det virker ikke å være noe problem å selge inn målet om kortere ventetid, men det er demotiverende at det skal skje innenfor de eksisterende budsjetttrammene. Ifølge klinikksjefene er mange ansatte av den oppfatning at reduserte ventetider ikke har noe med medisinsk forsvarlighet å gjøre. Det kan medføre at reduksjon av ventetid og antall fristbrudd oppleves som lite meningsfylt arbeid. Vårt inntrykk er at ansatte på klinikken ikke får den samme opplevelsen av ansvar for måloppnåelse eller kunnskap om måloppnåelse. Dette kan ha sammenheng med at de klinikkansatte i mindre grad blir fulgt opp og får tilbakemeldinger på prestasjon på styringsmålene sammenlignet med klinikksjefen. Klinikksjefens motivasjon kan dermed ikke forklares ut ifra Hackman og Oldham (1976) sin jobbkarakteristika-modell.

Direkte økonomiske insentiver til klinikken

Fra funn 2 er det indikasjoner fra klinikksjefene på at direkte økonomiske insentiver, for eksempel en bonus til hele klinikken ved god måloppnåelse, kan ha en positiv effekt på motivasjonen til ansatte på lavere nivå. Studier viser imidlertid at ansatte i offentlig sektor legger mer vekt på verdien av det organisasjonen bidrar med overfor sine brukere, enn ansatte i privat sektor (Sørensen m.fl., 2007; Sørensen, 2008). Dixit (2002) peker på at i slike tilfeller kan man redusere insentivene og likevel oppnå ønsket innsats på aktiviteten. Innføring av økonomiske insentiver ved St. Olav kan undergrave den idealistiske motivasjonen hos de ansatte (Sørensen, 2009). Det fremkommer fra intervjuene at den største motivasjonen for å jobbe med styringsmålene på lavere nivåer, er hensynet til pasientene. Risikoen for å undergrave de ansattes idealistiske motivasjon, kan være en årsak til hvorfor det ikke gis direkte økonomiske insentiver til verken klinikkansatte eller klinikksjefer.

En feltstudie utført av Berry og Kanouse (1987) viser at forhåndsbetaling kan være et alternativ for å øke arbeidsinnsatsen. Feltstudien undersøkte legers responsrate på et spørreskjema tilsendt på e-post. En tilfeldig halvpart av utvalget mottok en sjekk på \$20 med spørreskjemaet. Sjekken kunne veksles inn uavhengig av om legene svarte på spørreskjemaet eller ikke. Den andre halvparten fikk beskjed om at de ville få \$20 etter at de hadde besvart og returnert spørreskjemaet. Studien viste at forhåndsbetaling uten noen forpliktelser hadde signifikant positiv effekt på responsraten. En artikkel av Cappelen og Tungodden (2012) påpeker at slike eksperimenter viser hvordan moralsk motivasjon, altså ønsket om å gjøre det man mener er moralsk riktig, kan ha betydning for hvor stor arbeidsinnsats man legger ned.

Vi observerer likhetstrekk mellom Berry og Kanouse (1987) sine resultater og en av våre observasjoner. Ved den ene klinikken ble det et år gitt økt stillingsbudsjett for å redusere ventetiden, som ga en positiv signaleffekt til de ansatte. I etterkant av tildelingen observerte klinikksjefen en økning i ansattes motivasjon og arbeidsinnsats. Sett i sammenheng med feltstudien til Berry og Kanouse (1987) trenger dermed ikke forhåndsbetalingen å være i form av en ren pengeutbetaling. Den kan også være i form av øremerkede midler til for eksempel flere stillinger.

Det økte stillingsbudsjettet var imidlertid lite sammenlignet med klinikkens totale budsjett, og signaleffekten ble som en følge dempet. Ifølge rettferdighetsteori vil innsatsen reduseres dersom ansatte opplever urettferdighet i form av en underbetaling (Sutton, 2015). Dersom

klinikkens ansatte mente de hadde fortjent en større økning i stillingsbudsjett, kan det forklare hvorfor signaleffekten ble dempet.

Konsekvenser ved lav måloppnåelse

Fra funn 2 og 3 fremkommer det at svak måloppnåelse medfører at klinikkens sjef må redegjøre overfor sykehusdirektøren, St. Olav må redegjøre overfor Helse Midt-Norge og Helse Midt-Norge må redegjøre overfor Helse- og omsorgsdepartementet. Ved store avvik fra styringsmålene kan det i tillegg komme pålegg fra helsetilsynet og oppslag i media. Vi får imidlertid inntrykk av at det ikke medfører direkte økonomiske konsekvenser dersom måloppnåelsen er lav.

En klinikkens sjef mente til og med at svak måloppnåelse kunne medføre positive konsekvenser i form av økte bevilgninger. Bevilgningene gis som et bidrag i forsøk på å bedre måloppnåelsen ved klinikken. Slike tilfeller samsvarer med Sørensen (2009), som trekker frem at svak resultatoppnåelse i offentlige virksomheter ofte leder til større offentlige bevilgninger, men ikke nødvendigvis til forbedringer.

I tillegg til direkte konsekvenser i form av redegjørelser, intern publisering av resultater og negativ medieomtale er det rimelig å anta at lav måloppnåelse også kan ha indirekte konsekvenser. Det kan for eksempel være i form av et dårlig rykte blant ledelsen og reduserte fremtidige karrieremuligheter. Svak måloppnåelse antas videre å kunne medføre at klinikken i fremtiden blir tildelt færre ressurser til for eksempel utvikling og prosjekter.

Oppsummering forskningsspørsmål 2

Gjennom diskusjon av funn 2 fremkommer det at til tross for at det ikke eksisterer noen direkte økonomiske insentiver, jobber klinikkens sjefene med styringsmålene. En årsak kan være at det eksisterer indirekte insentiver gjennom for eksempel ISF eller fremtidige karrieremuligheter. En annen årsak kan være at de motiveres gjennom karakteristika ved jobben, som beskrevet av Hackman og Oldham (1976).

For lavere nivåer på klinikkene gis det heller ingen direkte økonomiske insentiver. Her kan man imidlertid ikke forklare de ansattes motivasjon ut ifra jobbkarakteristika. Fra funn 2 er det

indikasjoner på at direkte økonomiske insentiver kan ha en positiv effekt på de ansattes motivasjon på lavere nivåer. Det er imidlertid en fare for at slike insentiver kan undergrave offentlige ansattes idealistiske motivasjon. Forhåndsbetaling i form av øremerkede midler, for eksempel i form av økt stillingsbudsjett, hadde imidlertid en positiv effekt på ansattes motivasjon ved den ene klinikken, men det er viktig at betalingen oppfattes som rettferdig.

Fra funn 2 og 3 har vi at direkte konsekvenser ved svak måloppnåelse er at klinikksjefen må redegjøre for seg og klinikken, og at måloppnåelsen bli offentliggjort. Ved store avvik kan det også medføre medieoppslag og pålegg fra helsetilsynet. Svak måloppnåelse virker ikke å medføre noen direkte økonomiske konsekvenser for klinikkene. Det kan imidlertid foreligge indirekte konsekvenser i form av reduserte omdømme på sikt.

6.3 Effekt av målstyring

Vi har til nå undersøkt i hvilken grad det er enighet om at styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer og hvilke insentiver som gis for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene. I dette delkapittelet vil vi undersøke i hvilken grad innføringen av styringsmålene har hatt ønsket effekt ved St. Olav. Med det vil vi svare på det tredje forskningsspørsmålet, som er:

Hvilken effekt har målstyringen hatt over tid ved St. Olavs hospital?

Forskningsspørsmål 3 besvares gjennom diskusjon av funn 4 og 5. Funnene sees i sammenheng med målsettingsteori og utfordringer ved målstyring, samt relevant kontekst om utviklingen i ventetid og antall fristbrudd.

Positive effekter av målstyring

I delkapittel 3.3 ser vi av graf 1 og 2 at det nesten ikke forekommer fristbrudd ved St. Olav i dag, og ventetiden er blitt kraftig redusert. Videre har vi fra funn 4 at syv av åtte intervjuobjekter er enige om at styringsmålene om reduksjon av ventetid og antall fristbrudd, er hovedårsakene til forbedringen.

Klinikkenes forbedring av måltallene kan forklares ut ifra Locke og Lathams (2002) fire mekanismer om hvordan målsetting påvirker ansattes prestasjonsnivå. For det første bidrar mål til å gi retning for innsats. Vi observerer at samtlige klinikkjefer gir uttrykk for at de jobber med å redusere ventetid og antall fristbrudd, fordi det gis et sterkt styringssignal gjennom *Styringskrav og rammer*. Styringsmål virker å være et godt verktøy for klinikkjefene til å styre innsatsen til ansatte. Ved at det eksisterer formelle målsettinger, kan klinikkjefene enklere håndheve hva det skal fokuseres på overfor sine ansatte. Flere av intervjuobjektene er derfor positive til mer måling ettersom det «tvinger» klinikken til å jobbe med problemområder. Det nevnes spesielt et ønske om mer måling og regelstyring videre i pasientforløpet, for å redusere problemene med interne køer. Flere viste til hvordan økt måling ved pakkeforløp¹⁰ har bidratt til at klinikken overholder frister. Ønsket om økt målstyring er i strid med teori om at for mange og hyppige mål kan føre til en følelse av måltyranni (Lai, 2017).

Videre kan mål ha en energigivende effekt (Locke & Latham, 2002). Fra graf 4 i delkapittel 3.3 ser vi at de fleste klinikkene er tett på å ikke ha fristbrudd. Det er innarbeidet gode rutiner for å unngå at fristbruddene oppstår. Motivasjonen for å jobbe med styringsmålet virker imidlertid å være redusert ettersom målet i all hovedsak er nådd. Når det gjelder motivasjonen for å redusere ventetiden, får vi inntrykk av at den er høyere. Spesielt for klinikkene der man er et stykke fra å nå målsettingen, ønsker man å jobbe for å redusere ventetiden. Fra graf 3 i delkapittel 3.3 ser vi at et par klinikker ikke har nådd målet om 50 dager enda. Sterkere motivasjon for å redusere ventetid enn for å redusere antall fristbrudd, kan forklares ut ifra at mål som er vanskeligere å nå, ofte medfører økt innsats sammenlignet med mål som er enklere å nå (Locke & Latham, 2002).

Styringsmålene har vært konsistente over flere år, og målsettingen er å forbedre seg sammenlignet med det foregående året. Man forventer da å observere mothakeeffekter, som beskrevet av Gibbons og Roberts (2013). Fra funn 4 ser vi imidlertid flere eksempler på at både klinikkjefer og representanter fra henholdsvis St. Olav og Helse Midt-Norge er positive til at det har vært like styringsmål over flere år. En stødig kurs og tydelige mål virker å ha en motiverende effekt for klinikkene. Det trekkes frem som spesielt viktig med et langsiktig

¹⁰ Pakkeforløp er nasjonale standardiserte pasientforløp med standardiserte forløpstider og frister (Helsedirektoratet, 2019e). Pakkeforløpene og forløpstidene er ikke juridisk bundet, men bygger på helsepolitiske føringer.

perspektiv ettersom det ofte må større omorganiseringer og langsiktig arbeid til for å nå styringsmålene. Med konsistente mål bidrar Helse- og omsorgsdepartementet til å skape standhaftighet blant de som jobber med målene. Standhaftighet forklares av Locke og Latham (2002) som en mekanisme som bidrar til økt prestasjon, og videre til økt måloppnåelse. En utfordring med konsistente mål kan være at man undervurderer eller overser informasjon som motsier strategien. Dette kalles for stø-kurs paradokset (Johannessen & Olaisen, 2007). Vi har imidlertid ingen holdepunkter for å vurdere om paradokset oppstår i vårt tilfelle.

For å nå styringsmålene satt i *Styringskrav og rammer* har det som nevnt vært nødvendig å gjennomføre organisatoriske endringer ved flere klinikker. Endringene har i all hovedsak vært knyttet til hvordan man organiserer inntaksprosessen av pasienter. I tillegg har flere klinikkjefer utfordret eksterne fagmiljøer som SINTEF og NTNU, til å se om man kan effektivisere driften ytterligere. Styringsmålene oppmuntrer dermed klinikkjefene til å utnytte kompetansen de allerede besitter i kombinasjon med ny kunnskap, for å nå målsettingene. Dette er i tråd med den fjerde mekanismen til Locke og Latham (2002), som sier at målsetting kan ha en indirekte effekt på prestasjon ved at det aktiverer eksisterende målrelatert kunnskap, samtidig som en blir oppmuntret til å innhente ny nødvendig kunnskap.

Negative effekter av målstyring

Vridningseffekter kan oppstå dersom agenten har flere oppgaver han skal utføre (Prendergast, 1999). Gjennom datainnsamlingen identifiserer vi flere slike effekter.

Fra funn 5 ser vi at redusert fokus på det videre pasientforløpet virker å være problematisk. For å innfri styringsmålene om reduksjon av ventetid og antall fristbrudd, har det i mange år vært stort fokus på pasientforløpet frem til pasientens juridiske frist er innfridd. Flere av intervjuobjektene uttrykte bekymring for at det videre pasientforløpet som en følge blir nedprioritert. Ved at klinikkene kun måles på ventetiden frem til den juridiske fristen, vil klinikkene rette oppmerksomheten mot å gjøre denne så kort som mulig.

Fra graf 1 og 2 i delkapittel 3.3 ser vi at det var en kraftig reduksjon i ventetid og andel fristbrudd blant helseforetakene i perioden 2015-2016. I samme periode (1. november 2015) trådte en lovendring i kraft der antall virkedager fra henvisning mottas i spesialisthelsetjenesten, til pasienten får informasjon om rett til nødvendig helsehjelp, ble redusert fra 30 til 10 dager, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Det har vært diskusjoner

i media om hvorvidt lovendringen har ført til at flere pasienter kalles inn til utredning i stedet for til behandling slik at klinikkene kjøper seg tid (Storvik, 2016b). Gjennom datainnsamlingen sitter vi ikke igjen med inntrykk av at dette er utbredt praksis, men vi finner indikasjoner på at slike situasjoner kan forekomme. Fra funn 5 hevder blant annet en klinikkssjef at man for enkelte pasientgrupper kaller gruppen inn til et felles oppstartsmøte og på den måten innfrir myndighetskravet, men uten at faktisk behandling er startet. Videre påpeker en klinikkansatt at målet om ingen fristbrudd er enkelt å nå, siden pasientene som venter på videre behandling eller kontroller kan skyves bakover i køen for å få plass til nyhenviste pasienter først.

Fra funn 5 ser vi videre at kortere ventetider kan føre til et for raskt forløp for pasienten. Spesielt for eldre pasienter kan det virke mot sin hensikt at forløpet skal foregå så raskt. En slik vridningseffekt kunne vært unngått dersom man differensierte ventetiden for ulike pasientgrupper, som nevnt i delkapittel 6.1.

En annen utfordring knyttet til kortere ventetid, er at det kan gå på bekostning av klinikernes tid til faglig fordypning og oppfølging av pasienter. Tiden mellom hver pasient blir stadig kortere, og det blir følgelig mindre tid til viktig for- og etterarbeid. I verste fall kan dette medføre redusert kvalitet på pasientbehandlingen.

Vridningseffektene som oppstår kan forklares ut ifra prinsippal-agent teori som sier at agenten i valget mellom to aktiviteter, vil legge mest innsats på aktiviteten som gir høyest betaling (Prendergast, 1999). Fra funn 2 så vi at tett oppfølging fra ledelsen er et tilstrekkelig insentiv til at klinikkssjefene jobber med målsettingene. Gitt at klinikkssjefene er indifferente mellom å fokusere på forløpet frem til den juridiske fristen og det videre forløpet, vil fokuset legges på den delen av pasientforløpet med størst betaling. I vårt tilfelle vil det være delen av forløpet klinikkssjefene blir målt på, altså frem til den juridiske fristen. Vridningseffektene kan derfor forklares ut ifra at det videre pasientforløpet ikke har hatt et styringsmål. For å dempe vridningseffektene kan en løsning være å innføre flere mål (Bragelien, 2009). Et ønske om flere mål har som nevnt blitt ytret av flere intervjuobjekter.

Vi vil nevne at det i 2018 ble innført et styringsmål om reduksjon av brudd på pasientavtaler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det nye styringsmålet medfører tettere oppfølging og måling av det videre pasientforløpet, og kan dermed redusere vridningseffekten. Styringsmålet er imidlertid så nytt at det er vanskelig for oss å vurdere om det har hatt noen effekt så langt.

Oppsummering forskningsspørsmål 3

Gjennom diskusjon av funn 4 og 5 fremkommer det at målstyringen har medført positive og negative effekter. Den positive effekten kommer i form av god måloppnåelse på styringsmålene gjennom reduserte ventetider og antall fristbrudd. Den gode måloppnåelsen kan forklares ut ifra Locke og Lathams (2002) målsettingsteori.

Fokuset på å redusere ventetid og antall fristbrudd medfører imidlertid negative effekter. Vi finner blant annet at det videre pasientforløpet nedprioriteres, ettersom det ikke er et styringskrav om måling av denne delen av forløpet. Videre fører kortere ventetider til et for raskt forløp for enkelte pasientgrupper, og økende tidspress medfører mindre tid til faglig fordypning for klinikerne. Vridningseffektene som oppstår, kan forklares ut ifra prinsippal-agent teori (Prendergast, 1999).

6.4 Ulik måloppnåelse mellom klinikkene

I de foregående delkapitlene har vi sett på om det er enighet om at styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer, hvilke insentiver som gis for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene samt hvilken effekt målstyringen har hatt over tid. Fra graf 3 og 4 i delkapittel 3.3 ser vi at det er variasjon i måloppnåelse mellom klinikkene. Vi vil i dette delkapittelet se på mulige årsaker til variasjonen. Med det besvarer vi vårt fjerde og siste forskningsspørsmål, som er:

Hvorfor er det forskjeller i måloppnåelse mellom klinikkene?

Forskningsspørsmål 4 besvares gjennom diskusjon av funn 6. Vi ser funnene i sammenheng med teori om hvordan lederstil og effektivisering kan påvirke klinikkens prestasjon på styringsmålene.

Klinikkens medisinske natur

En grunnleggende årsak til at det er forskjeller i måloppnåelse, ligger i klinikkens medisinske natur. Blant klinikkene som har deltatt i studien, har enkelte klinikker en stor andel akutt pasienter som må behandles raskt. Hovedgruppen av pasienter ved andre klinikker er mindre akutte, som medfører store forskjeller i forutsigbarhet, og videre hvordan klinikkene

kan planlegge inntaket av pasienter. Klinikker med mange akuttepasienter må prioritere denne pasientgruppen først, som medfører at mindre akutte pasienter kan bli utsatt, og får lengre ventetid. I tillegg er det noen pasientgrupper som, av medisinske årsaker, må vente før behandling kan startes. Det kan for eksempel være på grunn av at behandling må gis på bestemte tider av året. Slike tilfeller skal ikke registreres på ventelisten i det pasientadministrative systemet, men ifølge en klinikk-sjef ble dette likevel ofte gjort. Det medfører at den registrerte gjennomsnittlige ventetiden ved klinikken blir høyere enn den faktisk er.

Ulik effekt av tiltak

Gjennom funn 6 ser vi at alle klinikk-sjefene er enige om at effektivisering av driften kan gi økt måloppnåelse. Effektivisering vil, ifølge Coelli m.fl. (2005), si at man utnytter ressursene optimalt gitt teknologien som er tilgjengelig. Intervjuobjektene påpekte at en økning i ressurser ikke nødvendigvis er løsningen på problemene. Ved hjelp av omorganisering har flere klinikker løst opp i tidligere store flaskehalser. Tiltak som har hatt god effekt er blant annet jobbglidning, der sykepleiere tar over legeoppgaver, og omorganisering av inntakslogistikken. Ved en klinikk gjennomførte de endringer i antall kontroller etter behandling. I dag kontakter pasienten selv klinikken dersom det oppstår behov for videre oppfølging. Endringen medførte at viktige legeressurser ble frigjort, og klinikken så en reduksjon i gjennomsnittlig ventetid. En forklaring på variasjonen måloppnåelse kan være at klinikkene har iverksatt tiltak av ulikt omfang. Det er da rimelig å anta at effekten av tiltakene også er varierende. Vi har imidlertid ikke fått innsyn i alle tiltak som er gjennomført for å redusere ventetid og antall fristbrudd, eller effekten av disse, så det vil fra vår side kun bli spekulasjoner.

Lederstil

Femfaktormodellen presenterer fem faktorer som kjennetegner ledere og deres effektivitet (Sutton, 2015). En av faktorene er *åpenhet for erfaringer*, som kjennetegnes ved at lederen er fleksibel og ser etter nye måter å gjøre ting på (Judge m.fl., 2002). Gjennom intervjuene gjenkjenner vi disse egenskapene hos flere av klinikk-sjefene. Funn 6 viser at flere av klinikk-sjefene er initiativrike og løsningsorienterte i håndteringen av ventetid- og fristbruddproblematikken. Flere klinikk-sjefer har benyttet ekstern fagkompetanse for å

forbedre interne prosesser. En klinikkssjef hadde også stor interesse for hvordan man kunne inspireres av Lean¹¹-tankegang i sykehusdrift, men opplevde imidlertid at slik tankegang var lite populært ved St. Olav. I en artikkel av Radnor m.fl. (2012) konkluderes det med at Lean kan være et godt verktøy for å forbedre prosesser i helsesektoren. En utfordring er imidlertid at effekten av Lean avhenger av konteksten det skal innføres i. Ofte kan implementering av verktøy som typisk brukes i privat sektor, være utfordrende å innføre i offentlig sektor. Ved innføring av Lean i sykehus, må man etablere strukturer og tankesett som sikrer at Lean-tankegangens underliggende forutsetninger og prinsipper anerkjennes og opprettholdes blant ansatte.

Selv om vårt inntrykk er at alle klinikkssjefene er opptatt av å iverksette tiltak som kan redusere ventetidene og antall fristbrudd, er det rimelig å anta at klinikkssjefene er i varierende grad åpne for nye måter å gjøre ting på. Vi får inntrykk av at det er klinikkssjefene som har sittet i stillingen kortest som er mest interessert i å jobbe med ventelisteproblematikken. Det kan forklares ut ifra karrieremotiver. Som diskutert i 6.2 vil innsatsen typisk være sterkest i starten av karrieren. Det kan gi utslag på hva slags tiltak som iverksettes, og effekten de har. Lederstil og kjennetegn ved klinikkssjefen kan dermed ha en påvirkning på måloppnåelsen til klinikken.

Oppsummering forskningsspørsmål 4

Gjennom diskusjon av funn 6 identifiserer vi tre ulike årsaker til at det er variasjon i måloppnåelse mellom klinikkene. For det første grunner variasjonen i at det er forskjeller i klinikkenes medisinske natur. For det andre kan omfang, og dermed effekten av iverksatte tiltak påvirke klinikkenes måloppnåelse. Den tredje årsaken kan være at klinikkssjefens egenskaper bestemmer hva slags tiltak som iverksettes, som følgelig vil påvirke måloppnåelsen.

¹¹ Lean er en tankegang der man gjennom endring av organisatoriske prosesser søker å redusere sløsing, samt forbedre produktiviteten. Endringene skjer gjennom innføring av spesialiserte analytiske verktøy og teknikker, samtidig som man etablerer en kultur der man søker etter stadig forbedring (Womack & Jones, 1996)

6.5 Andre momenter

Gjennom intervjuene har vi identifisert to andre momenter vi ønsker å diskutere, men som ikke svarer direkte på forskningsspørsmålene våre. Momentene er beskrevet i funn 7 og 8 i delkapittel 5.7. Det første momentet er at det aktivitetsbaserte finansieringssystemet (ISF) ikke er en perfekt pådriver for effektivisering. Det andre momentet er at det er ønske om bedre kommunikasjon ved avtaleinngåelse med private leverandører av helsetjenester.

ISF og effektivisering

Fra funn 7 har vi at finansieringssystemet, som beskrevet i delkapittel 3.2, ikke nødvendigvis er en perfekt pådriver for effektivisering. ISF ble innført med den hensikt å øke aktiviteten ved helseforetakene, og har hatt en positiv effekt på ventetiden ved St. Olav. For en del behandlinger er DRG-poengene blitt likestilt mellom innleggelse og dagkirurgisk behandling. Problemet som påpekes er at man ved enkelte behandlinger fremdeles opparbeider flere DRG-poeng ved å legge inn pasienten, enn ved å gjennomføre behandlingen dagkirurgisk. På den måten tilrettelegger ikke finansieringssystemet til effektiv bruk av ressurser. Som diskutert i delkapittel 6.4 kan effektivisering føre til økt måloppnåelse. Dersom enkelte av klinikkene velger å ikke effektivisere prosesser av økonomiske hensyn, kan det bidra til å forklare variasjon i måloppnåelse. Vi har imidlertid ikke undersøkt om dette er utbredt praksis gjennom denne utredningen.

Avtaleinngåelse med private leverandører av helsetjenester

I funn 8 observerer vi at det er ulike meninger blant klinikkjefene om hvordan Helse Midt-Norge inngår avtaler med leverandører av private helsetjenester. Helse Midt-Norge inngår avtalene for å sikre tilstrekkelig kapasitet i regionen, og som bidrag til å løse opp i flaskehalser hos helseforetakene. Bruken av private leverandører har hatt en positiv effekt på ventetiden ved St. Olav, men det virker å være varierende i hvor stor grad avtaleinngåelsen skjer i dialog med klinikkene. Vi observerer at enkelte klinikker er fornøyde med avtaleinngåelsen og sier de ønsker å sende pasienter til private aktører grunnet for liten kapasitet i egen klinikk. Ved andre klinikker er det et ønske om bedre kommunikasjon med Helse Midt-Norge ved kjøp av private helsetjenester. Dersom kommunikasjonen bedres, kan de private ressursene, ifølge

flere av klinikkjefene, utnyttes bedre. Det er viktig å identifisere riktige flaskehalser, slik at ressursene benyttes der det er behov. En bedre utnyttelse av private leverandører kan også gi en lavere gjennomsnittlig ventetid ved sykehuset.

Vi vil i neste kapittel presentere tilbakemeldinger fra analysesjefen ved St. Olav på hovedfunnene våre.

7. Tilbakemelding fra analysesjef ved St. Olavs hospital

I kapittel 7 vil vi presentere tilbakemeldingene vi fikk da vi fremla hovedfunnene våre for analysesjefen ved St. Olavs hospital.

Gjennom det første forskningsspørsmålet avdekket vi et ønske om innføring av mer måling og flere skjønsmessige måleindikatorer. Analysesjefen var overrasket over dette funnet, men var enig i at mer måling kunne vært innført. Det har blant annet vært ute et høringsforslag om mulighetene for en mer faglig tilnærming når det kommer til måling av ventetid. En slik tilnærming ville vært mer i tråd med klinikksefenes ønske om økt differensiering av ventetidskravet, som avdekket gjennom intervjuene. Analysesjefen peker imidlertid på at det er utfordringer knyttet til økt måling. For det første blir det vanskeligere for Helse- og omsorgsdepartementet å styre helseforetakene dersom det ikke eksisterer et felles styringsmål. For det andre vil forløpene fungere som pakkeforløp om man differensierer på ventetid mellom alle pasientgrupper. Et slikt system ville blitt svært omfangsrikt, og som følge vanskelig å vedlikeholde dersom det ble innført for alle typer pasienter.

Gjennom det andre forskningsspørsmålet fant vi at det ikke gis direkte økonomiske insentiver for at klinikkene skulle jobbe med styringsmålene. Ifølge analysesjefen eksisterer det faktisk et negativt insentiv for at klinikkene skal unngå fristbrudd. Dersom det oppstår fristbrudd må dette meldes i fristbruddportalen (HELFO)¹², og klinikken må betale for alternativ behandling. På den måten medfører fristbrudd en kostnad for klinikken. Ifølge analysesjefen drukner imidlertid kostnaden i generelle gjestepasientkostnader, som medfører at ingen tenker over at det eksisterer et negativt insentiv. Det finnes altså insentiver for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene, men de er så svake at klinikksefene i liten grad tenker over at de eksisterer. Analysesjefen påpeker at kostnadene trolig burde vært synliggjort ytterligere, for at de skulle fungert bedre som et negativt insentiv.

Gjennom det tredje forskningsspørsmålet fant vi indikasjoner på at det oppstår vridningseffekter i form av at pasienter blir forskjøvet og det dannes interne køer. Analysesjefen mener dette ikke er tilfellet, og at god måloppnåelse i hovedsak skyldes bedre

¹² HELFO er helsedirektoratets ytre etat, som skal ivareta helseaktører og privatpersoner rettigheter (Helfo, 2019)

organisering av pasientinntaket. Vi ble presentert data fra Norsk Pasientregister (NPR) som viser at de interne køene ved St. Olav ikke har økt siden 2017, som taler imot at det oppstår interne køer som følge av at pasienter forskyves. Dersom det likevel skulle skje at pasienter blir forskjøvet, påpeker analysesjefen at disse blir tett oppfulgt. Her vil vi også nevne at i 2018 ble det innført et styringsmål om reduksjon av antall brudd på pasientavtaler. Styringskravet kan også være en årsak til at de interne køene har blitt redusert gjennom å dempe vridningseffekten, som diskutert i delkapittel 6.3.

Gjennom det fjerde forskningsspørsmålet kom vi frem til at mye av variasjonen i måloppnåelse skyldes naturlige forskjeller i klinikkens medisinske natur, samt egenskaper ved klinikkens organisering. Analysesjefen er enig i at mye av variasjonen ligger i klinikkens medisinske natur, og påpeker også at klinikkens størrelse ofte er av betydning. Han mener videre at det ved noen klinikker eksisterer en mekanisk tilnærming til registrering av ventetider og fristbrudd. Dersom de som har ansvar for registrering ikke har kunnskap om hvordan alt henger sammen, blir det fort feilregistreringer. Det påpekes derfor at det er viktig med kursing og oppfølging av de som driver med inntakslogistikk. Han opplever videre at det har vært en holdningsendring ved sykehuset, der man i større grad ser verdien av å lære på tvers av klinikker. Ved å se på hvilke tiltak som er gjennomført hos klinikker som har lyktes med ventelisteproblematikken, kan andre klinikker bli inspirert til å gjennomføre lignende tiltak. For å bedre oppfølgingen av klinikkene, jobbes det med at ventelistetallene fra NPR skal gjenspeile hvordan sykehuset er organisert. I dag presenterer NPR tall fordelt på fagområder ved sykehuset, men i praksis går fagområdene ofte på tvers av klinikkstrukturen. Det blir derfor vanskelig å plassere ansvar for dårlig måloppnåelse der det hører hjemme.

8. Avslutning

Vi vil i kapittel 8 presentere konklusjon for utredningen og drøfte implikasjoner og begrensninger. Til slutt vil vi gi forslag til videre forskning.

8.1 Konklusjon

Formålet med utredningen har vært å kartlegge hva som motiverer ansatte ved St. Olav til å jobbe med styringsmålene om reduksjon av gjennomsnittlig ventetid, antall fristbrudd og antall brudd på pasientavtaler. I tillegg har utredningen sett på hvilken effekt målstyringen av St. Olavs hospital har hatt over tid.

Gjennom utredningen avdekker vi at det er uenighet om hvorvidt styringsmålene er gode kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Det ønskes flere skjønnsmessige styringsmål, som for eksempel måler brukertilfredshet og arbeidsmiljø. En mulig løsning på uenigheten, kan være bedre kommunikasjon mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de lokale helseforetakene ved utforming av styringsmålene. Kommunikasjonen kan for eksempel foregå gjennom de regionale helseforetakene.

Det eksisterer ingen direkte økonomiske insentiver for at klinikkene skal jobbe med styringsmålene. Ettersom styringsmålene ikke anses som optimale kvalitetsindikatorer, ville vi forventet at klinikkene heller fokuserte på områder de anser som viktigere. Likevel observerer vi at klinikkene jobber for å nå styringsmålene. For klinikksjefene kan det være indirekte insentiver, for eksempel karrieremotiver, som kan forklare målfokuset. Klinikksjefenes motivasjon kan også forklares gjennom arbeidsoppgaver og ansvarsområder man har som klinikksjef, og tett oppfølging av måloppnåelse. På lavere nivåer enn klinikksjefen, finner vi indikasjoner på at direkte økonomiske insentiver kan ha en positiv effekt på ansattes motivasjon. Det er imidlertid en fare for at slike insentiver kan undergrave ansattes idealistiske motivasjon. Svak måloppnåelse medfører ingen direkte økonomiske konsekvenser for klinikkene, men det er andre direkte konsekvenser, i form av at klinikksjefene må redegjøre for lav måloppnåelse. I tillegg kommer eventuelle indirekte konsekvenser, som for eksempel redusert omdømme for klinikksjefen. Gjennom avsluttende samtale med analysesjefen ved St. Olav, fremkommer det at det faktisk eksisterer et negativt

økonomiske insentiv for å få klinikkene til å unngå fristbrudd, men det er imidlertid så svakt at det har liten effekt.

Gjennom utredningen identifiserer vi både positive og negative effekter av målstyringen ved St. Olav. Den positive effekten ser vi i form av forbedring på de aktuelle styringsmålene blant klinikkene. Negative effekter identifiseres gjennom observasjon av ulike former for vridningseffekter. Blant annet nedprioriteres det videre pasientforløpet, som medfører problemer med interne køer. For å dempe vridningseffektene kan man innføre flere styringsmål. Fra klinikkens side er det blant annet et ønske om mer måling av det videre pasientforløpet. Analysesjefen ved St. Olav er imidlertid uenig i at interne køer oppstår som følge av at det videre pasientforløpet nedprioriteres, og mener god måloppnåelse skyldes bedre organisering.

Vi har også undersøkt årsaker til variasjon i måloppnåelse mellom klinikkene ved St. Olav. Basert på våre observasjoner virker klinikkens medisinske natur, omfang av iverksatte tiltak og egenskaper ved klinikksjefen å være mest avgjørende for god måloppnåelse.

I arbeidet med å besvare vår problemstilling avdekker vi at klinikksjefene finner motivasjon til å jobbe med styringsmålene gjennom arbeidsoppgaver og ansvarsområder i stillingen som klinikksjef. På lavere nivåer virker det å være de ansattes idealistiske motivasjon som motiverer til å jobbe med styringsmålene. Dette demper behovet for direkte økonomiske insentiver. Målstyringen har tilsynelatende hatt ønsket effekt i form av god måloppnåelse ved St. Olav. Det er imidlertid indikasjoner på at målstyringen har medført negative virkninger i form av vridningseffekter, og interne køer som følge av at pasienter forskyves, ser ut til å være spesielt problematisk for flere av klinikkene.

8.2 Implikasjoner og begrensninger

Våre funn og konklusjoner er basert på åtte dybdeintervjuer gjennomført med ansatte ved St. Olav og Helse Midt-Norge. Kvaliteten på dataene kan ha blitt påvirket av hvordan vi har stilt spørsmålene og forklart ulike økonomiske uttrykk og begreper. En risiko er at intervjuobjektene har oppfattet spørsmålene på en annen måte enn tiltenkt.

Videre har tematikken som ligger til grunn for utredningen vært omdiskutert i media. Det kan ha påvirket respondentenes svar under intervjuene, ved at svarene heller reflekterer det som er politisk korrekt, fremfor deres oppriktige mening om situasjonen.

Konklusjonen er basert på funn avdekket gjennom intervjuer ved fire klinikker. Det er ingen selvfølge at de valgte klinikkene er et representativt utvalg for St. Olav som helhet. Følgelig skal man være forsiktig med å generalisere funn og konklusjoner til å gjelde for alle klinikkene ved sykehuset.

8.3 Forslag til videre forskning

Gjennom vår avhandling har vi funnet indikasjoner på at effektivisering av eksisterende prosesser og innovasjon er viktige faktorer for at en klinikk skal få høy måloppnåelse av styringsmålene. Vi har imidlertid ikke innhentet tilstrekkelig med data til å kunne si noe om hvordan prosessene bør endres. Det ville vært interessant å se på hvordan konkrete prosesser på klinikknivå kan optimaliseres for å nå styringsmålene. Et slikt optimaliseringsprosjekt tror vi ville hatt stor verdi for klinikkene ved St. Olavs hospital. En mulighet kunne for eksempel vært å utforske hvordan man kan optimalisere inntakslogistikken til en klinikk eller et bestemt pasientforløp.

9. Litteraturliste

- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchanges. *Advances in Experimental Social Psychology*, 2, ss. 267-300.
- Berg, T. (2017). *Grunnleggende økonomistyring*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Berry, S. H., & Kanouse, D. E. (1987). Physician response to a mailed survey. An experiment in timing of payment. *The Public Opinion Quarterly*, vol. 51 no. 1, ss. 102-114.
- Besley, T., & Ghatak, M. (2003). *Incentives, Choices and Accountability in the Provision of Public Services*. (Working Paper 03/08) London: The Institute for Fiscal Studies.
- Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Sage Journals*, vol. 24 nr. 4, ss. 352-361.
- Bragelien, I. (2009). Insentiver. I K. G. Hoff, *Strategisk økonomistyring* (ss. 423-446). Oslo: Universitetsforlaget .
- Bragelien, I. (2017). En enkel stegvis insentivmodell. *Forelesningsnotater BUS400N Styring av større foretak*. Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Buelens, M., & van den Broeck, H. (2007). An Analysis of Differences in Work Motivation between Public and Private Sector Organizations. *Public Administration Review*, nr. 67, ss. 65-74.
- Burgess, S., & Ratto, M. (2003). *The Role of Incentives in the Public Sector: Issues and Evidence*. (Working Paper No. 03/071) Bristol: Leverhulme Centre for Market and Public Organisation.
- Cappelen, A. W., & Tungodden, B. (2012). Insentiver og innsats. *Magma*, 5, ss. 38-44.
- Carrell, M., & Dittrich, J. (1978). Equity theory: the recent literature, methodological considerations, and new directions. *Academy of Management Review*, 3, ss. 202-210.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2011). Democracy and administrative policy: Contrasting elements of New Public Management (NPM) and post-NPM. *European Political Science Review*, Februar, ss. 125-146.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2016). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Abingdon: Routledge.
- Coelli, T. J., Rao, D. P., O'Donnell, C. J., & Battese, G. E. (2005). *An introduction to efficiency and productivity analysis*. New York: Springer.

- Deci, E. L. (1972). The effects of contingent and noncontingent rewards and controls on intrinsic motivation. *Organizational Behavior and Human Performance*, 8, ss. 217-229.
- Deci, E. L. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125, s. 627.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). Self-determination theory: when mind mediates behavior. *Journal of Mind and Behavior*, 1, ss. 33-43.
- Dixit, A. (2002). Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review. *The Journal of Human Resources*. vol. 37 no. 4, ss. 696 - 727.
- Drucker, P. F. (1955/2007). *The Practice of Management*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Dubois, A., & Gadde, L. E. (2002). Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, vol. 55, ss. 553-560.
- Eilifsen, A., Messier Jr, W. F., Glover, S. M., & Prawitt, D. F. (2014). *Auditing & assurance services*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Einarsen, S., & Skogstad, A. (2011). *Det gode arbeidsmiljø*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy og Management Review*, vol. 14 no. 1, ss. 57-74.
- Fallan, L., & Pettersen, I. (2010). Mål og mening? - Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi og finans*, vol. 26, ss. 99-111.
- Fama, E. F., & Jensen, M. C. (1983). Separation of Ownership and Control. *Journal of Law and Economics*, vol. 26 no. 2, ss. 301-325.
- Francois, P. (2000). "Public service motivation" as an argument for government provision. *Journal of Public Economics*, no. 78, ss. 275-299.
- Ghauri, P., & Grønhaug, K. (2005). *Research Methods in Business Studies. A Practical Guide*. Essex: Pearson Education Limited.
- Gibbons, R., & Roberts, J. (2013). *The Handbook of Organizational Economics*. New Jersey: Princeton University Press.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, ss. 250-279.
- Helfo. (2019). *Helfos organisasjon*. Hentet fra [helfo.no](https://www.helfo.no/om-helfo/helfos-organisasjon): <https://www.helfo.no/om-helfo/helfos-organisasjon> (lest 28.05.19)
- Helse Midt-Norge. (2018). *Stryingskrav og rammer 2018 St. Olavs hospital HF*. Helse Midt-Norge.

-
- Helse Midt-Norge. (2019a). *Mål og strategier*. Hentet fra <https://helse-midt.no/helsefaglig/helsefaglig/mal-og-strategier> (lest 26.03.19)
- Helse Midt-Norge. (2019b). *Behandlingssteder*. Hentet fra <https://helse-midt.no/behandlingssteder#vare-helseforetak> (lest 25.03.19)
- Helse Norge. (2017). Hentet fra Pakkeforløp for kreft: <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft> (lest 01.05.19)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Oppdragsdokument 2018 Helse Midt-Norge RHF*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2018a). Hentet fra Kvalitetsbasert finansiering 2018: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1422/Regelverk%20kvalitetsbasert%20finansiering%202018%20IS-2688.pdf> (lest 29.04.19)
- Helsedirektoratet. (2018b). Hentet fra Ventetider og pasientrettigheter: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1520/Ventelisterapport%202018.pdf> (lest 11.03.19)
- Helsedirektoratet. (2019a). Hentet fra Innsatsstyrt finansiering - regelverket: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1490/ISF-regelverket%202019%20IS-2791.pdf> (lest 29.04.19)
- Helsedirektoratet. (2019b). *Ventetider*. Hentet fra Norsk Pasientregister: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/938322fe-0044-48a7-9125-87d5d76179b7?e=false&vo=viewonly> (lest 25.03.19)
- Helsedirektoratet. (2019c). *Fristbrudd*. Hentet fra Norsk Pasientregister: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/938322fe-0044-48a7-9125-87d5d76179b7?e=false&vo=viewonly> (lest 25.03.19)
- Helsedirektoratet. (2019d). Hentet fra Prioriteringer i den norske helsetjenesten: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne> (lest 01.05.19)
- Helsedirektoratet. (2019e). Hentet fra Prioriteringsveilederne og pakkeforløp for kreft: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/seksjon?Tittel=11-prioriteringsveilederne-og-pakkeforlop-2765> (lest 01.05.19)
- Hendrikse, G. (2003). *Economics and Management of Organizations: Co-ordination, Motivation and Strategy*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Holman, P. A., & Halvorsen, M. (2016). *Fire bivirkninger av venteliste- og fristbruddordninger*. Hentet fra Dagens Medisin:

- <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/26/fire-bivirkninger-av-venteliste--og-fristbruddordninger/> (lest 09.05.19)
- Holmstrom, B., & Milgrom, P. (1991). Multitask Principal - Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design. *The Journal of Law, Economics and Organization*, vol 7, Januar, ss. 24-52.
- Holving, P. A. (2009). Kaplan/Nortons Balanced Scorecard-modell. I K. G. Hoff, *Strategisk økonomistyring* (ss. 309-341). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, vol 20. no 2/3, ss. 93-109.
- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: a meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92, ss. 1332-1356.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behaviour, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics* 3, s. 309.
- Johannesen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode 5. utg.* Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, J. A., & Olaisen, J. (2007). *Styring av helseforetak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johanson, D., & Madsen, D. Ø. (2013). Økonomisk styring i Norge. *Magma*, no. 6, ss. 18-30.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: A Qualitative and Quantitative Review. *Journal of Applied Psychology*, vol. 87 no. 4, ss. 765-780.
- Kaplan, R. S., & Atkinson, A. A. (2014). *Advanced Management Accounting*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, Januar/Februar.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1993). Putting the Balances Scorecard to Work. *Harvard Business Review*, September/Oktober.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, 01/02.
- Kreps, D. M. (1997). Intrinsic motivation and extrinsic incentives. *American Economic Review*, no. 87 (2), ss. 359-364.

-
- Kruzel, A. J. (1999). Sampling in qualitative inquiry. I B. Crabtree, & W. Miller, *Doing qualitative research 2. utg.* Thousand Oaks: Sage.
- Lai, L. (2017). Demotiverende ledelse. *Dagens Næringsliv*, 6. februar.
- Larson, C. E., & LaFasto, F. M. (1989). *Teamwork: What must go right/what can go wrong.* Newbury Park, CA: Sage.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management.* New York: McGraw-Hill.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry.* Beverly Hills CA: Sage.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a Practically Used Theory of Goal Setting and Task Motivation. *American Psychologist*, no. 57, ss. 705-743.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A Theory of Goal Setting and Task Performance.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc.
- Marylène, G., & Edward, L. D. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, ss. 331-362.
- Mauland, H., & Mellemvik, F. (2004). *Regnskap og økonomistyring i staten.* Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Nilsen, L. (2017). *På tide å gjøre som i Sverige og Danmark.* Hentet fra Dagens Medisin: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/05/09/-pa-tide-a-gjore-som-i-sverige-og-danmark/> (lest 14.05.19)
- NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/> (lest 26.03.19)
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold. *Magma*, 4, ss. 27-35.
- Opstad, L. (2003). *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Opstad, L., & Berg, J. E. (1992). *Helseøkonomi.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ouchi, W. G. (1977, vol. 22). The relationship between Organizational Structure and Organizational Control Mechanisms. *Administrative Science Quarterly*, ss. 95-113.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2 (lest 01.05.19)
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K., & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse - perspektiver på styring.* Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

- Pettersen, I., & Nyland, K. (2008). Mellom politikk og marked - om styringsutfordringer i statlige helseforetak. *Magma*, 4.
- Prendergast, C. (1999). The Provision of Incentives in Firms. *Journal of Economic Literature*, vol. 37 no 1, ss. 7-63.
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, vol. 74 issue 3, ss. 364-371.
- Regjeringen. (2017). *Pressemelding nr. 30/2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ni-av-ti-sykehuspasienter-far-timen-de-er-satt-opp-til/id2557100/> (lest 01.05.19)
- Regjeringen. (2019a). *Oppdragsdokumentet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> (lest 26.03.19)
- Regjeringen. (2019b). *Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/> (lest 23.04.19)
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research Methods for Business Students*. Essex: Pearson Education.
- Sørensen, R. J. (2008). Motivasjon i forfall. Arbeidsmotivasjon blant ansatte i offentlig og privat virksomhet, 1985-2005. *Tidsskrift for velferdsforskning*, no. 2.
- Sørensen, R. J. (2009). *En effektiv offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørensen, R. J., Pettersen, G., & Aambakk, J. I. (2007). Militær ledelse. En sammenligning av ledelse i Forsvaret med ledelse i privat og offentlig sektor. *Magma*, no. 10, ss. 51-62.
- Shahin, A. (2007). Prioritization of key performance indicators: An integration of analytical hierarchy process and goal setting. *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 56 no. 3, ss. 226-240.
- Simons, R. (2000). *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*. Prentice Hall.
- Smith, A. (1776). *An Inquiry Into The Nature And Causes Of The Wealth Of Nations*. Chicago: Chicago University Press.
- SSB. (2016). *Bruker Norge mye på helse?* Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/bruker-norge-mye-pa-helse> (lest 29.04.19)
- SSB. (2018). *Sørge-for-ansvaret*. Hentet fra <https://www.ssb.no/ajax/ordforklaring?key=297080&sprak=no> (lest 25.03.19)
- SSB. (2019). *Helseregnskap*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helsesat> (lest 29.04.19)

-
- St. Olav. (2019). *Om oss*. Hentet fra St. Olav: <https://stolav.no/om-oss#om-helseforetaket> (lest 23.03.19)
- Storvik, A. G. (2016a). *Bryter egne frister for 160.946 pasient-avtaler*. Hentet fra Dagens Medisin: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/02/160.946-forsinkede-pasient-avtaler-ved-sykehusene/>
- Storvik, A. G. (2016b). *Slår alarm om ventelisterapportering*. Hentet fra Dagens Medisin: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/26/slar-alarm-om-venteliste-rapportering/> (lest 09.05.19)
- Sutton, A. (2015). *Work psychology in action*. New York: Palgrave Macmillian.
- Wegge, J., & Haslam, S. (2005). Improving work motivation and performance in brainstorming groups: the effects of three group goal-setting strategies. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, no. 14, ss. 400-430.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (1996). Beyond Toyota: how to root out waste and pursue perfection. *Harvard Business Review*, 74 (5), ss. 140-158.
- Yin, R. K. (2013). Validity and generalization in future case study evaluations. *Evaluation* 19(3), ss. 321-332.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Method*. London: Sage.

Vedlegg

Vedlegg 1: «Styringskrav og rammer 2018»



STYRINGSKRAV OG RAMMER 2018 ST. OLAVS HOSPITAL HF

Styringsmål 2018

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	Økonomisk bærekraft
<ul style="list-style-type: none"> • Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenlignet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern voksne, under 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 26 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle helseforetak innen 2021. • Ingen fristbrudd • Median tid til tjenestestart skal reduseres i helseforetaket sammenliknet med 2017 • Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021 • Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid skal være minst 70 pst. for hver kreftform. Redusere variasjon i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå. 	<ul style="list-style-type: none"> • Høyere velst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og BUP • Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017. • Færre pasienter med tvangsmiddelvektak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017 • Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere andel pasientskader med 25 % innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene) • Andel sykehusinfeksjoner lavere enn 3,5 pst. • 30 pst. reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehusene i 2020 sammenliknet med 2012. • Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysbehandling. • Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som får trombolysbehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse. • Ingen korridorpasienter. • Minst 30 % av dialysepasientene får hjemmedialyse. • Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drift og investeringer skal samlet ligge innenfor tilgjengelig likviditet • Nivå på årsresultat og investeringer skal over tid styrke foretakets egenkapital, slik at langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer sikres.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til intervju

Vil du delta i forskningsprosjektet

Styringsmål ved St. Olavs hospital

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke årsaker til at det er variasjon i ventetid, antall fristbrudd og antall avtalebrudd ved St. Olavs hospital. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to masterstudenter ved Norges Handelshøyskole med spesialisering innenfor økonomisk styring. Vi skriver dette vårsemesteret masteroppgave om styringsmål og rapportering ved St. Olavs hospital, og da nærmere bestemt hvordan det jobbes med målene om å redusere ventetid og variasjon i kapasitetsutnyttelse i de ulike klinikkene ved sykehuset. Det vi ønsker å undersøke gjennom vår studie er hvilke årsaker som ligger bak variasjonen i måloppnåelse for de ulike klinikkene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Christine Hegdalsaune Egeberg og Carina Søndergaard (studenter ved Norges Handelshøyskole) er ansvarlig for prosjektet. Iver Bragelien ved Norges Handelshøyskole er veileder på prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i dette forskningsprosjektet da vi etter samtale med Stian Saur har blitt opplyst om at du innehar mye kompetanse innenfor det aktuelle temaet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Intervjuet vil i stor grad omhandle hvordan dere jobber med styringsmålene som er gitt i Oppdragsdokumentet/Styringsdokumentet. Intervjuet vil ta 30-60 minutter, og vi vil be om å få gjennomføre lydopptak av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Christine H. Egeberg og Carina Søndergaard vil ha tilgang til materialet
- Navn og kontaktopplysninger er erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Datamaterialet vil være lagret på våre private enheter

Deltaker i studien vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Klinikknavn vil også anonymiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2019. Etter prosjektets slutt vil alle personopplysninger slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges Handelshøyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Christine Egeberg tlf.: 46 42 76 54, epost: egebergchristine@gmail.com
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Christine Hegdalsaune Egeberg

Carina Søndergaard

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Styringsmål ved St. Olavs hospital og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.06.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide klinikk sjef og klinikkansatte

Sette rammer for intervjuet

Introdusere oss selv

Fortelle om problemstillingen for masteroppgaven

Forespørsel om lydopptak av intervjuet

Informere om anonymisering av både intervjuobjektet og klinikken

Informere om muligheten til å rette opp/korrigere det som blir sagt i ettertid

Informere om at man kan velge å ikke svare

Innledning/generelt

1. Kan du gi en kort beskrivelse av din stilling og din bakgrunn?
2. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
3. Kan du fortelle litt om ditt ansvarsområde?
4. Kan du fortelle litt om denne klinikken?

Del 1: Spesifikt om unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

5. Hvordan har dere jobbet med å redusere ventetid, antall fristbrudd og den interne køen?
6. Hva synes du er bra med måten dere har jobbet på?
 - a. Hva kunne dere vært bedre på?
7. Hvordan er inntakskontoret deres organisert?
8. Hva er din opplevelse av kapasiteten og hva vil du si er den største flaskehalsen for klinikken?
9. Hvordan jobber dere med å fordele kapasiteten jevnt i klinikken?
10. Vi har forstått det slik at HMN bestiller ekstra ressurser fra private aktører for å bistå sykehuset med å ta unna pasienter. Blir pasienter fra denne klinikken ofte henvist videre til private aktører?
 - a. Hva er typisk årsaken til at man gjør dette?
11. Hva vil du si motiverer dere på klinikken til å jobbe for å nå målsettingene innenfor ventetid og antall fristbrudd?
12. Mener du at det burde være noen form for ytre belønning for de som når målsettingene?
13. Får det noen konsekvenser for klinikken dersom målsettingene om ventetid, fristbrudd og avtalebrudd ikke oppfylles?
14. Er det et stort fokus på hva man skal gjøre for å redusere den interne køen på klinikken?
 - a. Hvilke tiltak gjøres evt.?
 - b. I en ideell verden - hvordan kunne dere ha løst problematikken rundt interne køer? (begrenser det økonomiske dere?)

-
15. Hva er dine tanker omkring DRG-systemet? Mener du at dette er en fornuftig finansieringsmodell?
 16. Hva det skal måles på har vært likt over flere år, men målene bli tøffere. For eksempel så ser vi at ventetiden i 2011 skulle være på under 65 dager, og i 2021 skal den være under 50. Tror du det virker “demotiverende” at man hele tiden får tøffere mål?
 - a. Tenker du at det er realistisk å fortsette å kutte ventetiden?
 17. Har klinikken en fast prosedyre for hvordan ventelister/fristbrudd og brudd på pasientavtaler skal følges opp?
 - a. Kan du forklare denne prosedyren kort?
 - b. I hvilken grad følger klinikken “malen” fra Norsk Pasientregister når det kommer til rapportering av ventelister/fristbrudd?
 18. Følger klinikken ofte prioriteringsveilederen ved fastsettelse av frister?
 - a. Bli en pasient satt opp så raskt som mulig ved ledig kapasitet, eller setter man opp så nært fristen i prioriteringsveilederen som mulig?
 19. Det har vært en del diskusjoner i media angående ulike tolkninger av når behandling er startet og fristen er innfridd, og at ventetidene som fremkommer i NPR ikke gir et riktig bilde av den faktiske ventetiden. Har du noen tanker rundt denne diskusjonen?
 20. Det står i Styringsdokumentet (flere år på rad) at man skal ha målsetting om 0 fristbrudd og at dette er et av hovedmålene som skal prioriteres. Mener du at null fristbrudd er realistisk?
 21. Føler du at det fokuset disse to målsettingene (ventetid og fristbrudd) har hatt i noen år nå har gått på bekostning av andre faktorer?
 22. Har du noen formeninger om hva som kan være årsak til variasjonen i måloppnåelse blant de ulike fagområdene på klinikken? Og blant de ulike klinikkene ved St. Olavs?

Del 2: Generell organisering av klinikken og generell måling og rapportering

23. Hva er din rolle i rapporteringen til ledelsen/klinikkensjefen?
24. Hvor god er kommunikasjonen mellom klinikken og ledelsen omkring målene dere må rapportere på?
 - a. burde det vært mer/bedre kommunikasjon?
25. I Styringsdokumentet er det oppgitt fire hovedbolker for hva man som HF skal fokusere på. Og de har mer eller mindre vært ganske like de siste årene. Er det noen andre måltall du skulle ønske fikk et større fokus fra HMN/staten sin side?
26. Føler du at det er for mye måling generelt sett?
27. Opplever dere at målene blir fulgt opp av ledelsen?
28. Føler du at ledelsen ved St. Olavs har tillit til at dere vet best hvordan man bør styre klinikken?

Del 3: Avslutning

29. Helt til slutt; er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om, men som kan være relevant for noen av temaene vi har spurt om?

Vedlegg 4: Intervjuguide representant St. Olavs

Sette rammer for intervjuet

Introdusere oss selv

Fortelle om problemstillingen for masteroppgaven

Forespørsel om lydopptak av intervjuet

Informere om anonymisering av intervjuobjektet

Informere om muligheten til å rette opp/korrigere det som blir sagt i ettertid

Innledning/generelt

1. Kan du gi en kort beskrivelse av din stilling og din bakgrunn?
2. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
3. Kan du fortelle litt om ditt ansvarsområde?
4. Hva synes du om samarbeid med klinikkene når det kommer til utforming og oppfølging av målene de skal rapportere på?
 - a. Hva kunne vært bedre?

Del 1: Kommunikasjon med klinikkene og generelt om mål og rapportering

5. Hva er din rolle i rapporteringshierarkiet mellom klinikkene og ledelsen ved St. Olavs/HMN?
6. I hvor stor grad tilpasser dere målene gitt i Styringsdokumentet til de ulike klinikkene?
7. Inkluderer dere klinikkene i utformingen av målene de skal rapportere på?
8. I Styringsdokumentet er det oppgitt fire hovedbolker for hva man som HF skal fokusere på. Og de har mer eller mindre vært ganske like de siste årene. Er det noen andre måltall du skulle ønske fikk et større fokus fra HMN/staten sin side?
9. Hvordan arbeider dere med oppfølging av rapporteringen fra klinikkene?
 - a. Er klinikkene involvert i oppfølgingsarbeidet?
10. Hvordan kontrollerer dere at klinikkene rapporterer riktig?
11. Hvilke konsekvenser er det for St Olav som helhet dersom sykehuset ikke oppfyller kravene som er satt i Styringsdokumentet fra HMN?
12. Hvordan styres klinikkene i hovedsak? (tenker da tillitsbasert, resultatbasert)
13. Hvordan finansieres klinikkene?
14. Er alle klinikkene organisert på lik måte når det kommer til inntakskontor?

Del 2: Spesifikt om unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

15. Hvordan er dialogen mellom dere i ledelsen og klinikkene om hvordan de gjorde det mtp målsettingene?

-
16. Får det noen konsekvenser for klinikkene dersom de ikke oppnår målsettingene?
 - a. Hvilke?
 - b. Har du noen forslag til evt. andre konsekvenser?
 17. Gir dere insentiver til klinikkene for at de skal fokusere på målsettingene?
 - a. Hvilke?
 - b. Har du noen forslag til evt. andre insentiver?
 18. Har dere utformet en standardisert prosedyre/mal på hvordan klinikkene skal føre opp fristbrudd og ventetid?
 - a. Bygger prosedyren for rapportering av ventelister på malen fra Norsk Pasientregister?
 19. Det har vært mye diskusjoner i media omkring om ventelistetallene og interne ventelister, og at den faktiske ventetiden ikke kommer frem i tallene fra Norsk Pasientregister. Hva tenker du omkring dette?
 20. Det har også vært mye diskusjon i media en stund rundt det med tolkningen av når behandling er startet og fristen er innfridd. Har du noen tanker rundt denne diskusjonen?
 21. Synes du null fristbrudd er et hensiktsmessig/realistisk mål?
 22. Hva tror du kan være en årsak til at det er store variasjoner relativt sett i antall fristbrudd/ventetid mellom klinikkene?
 23. Hva er ditt inntrykk av hvor mye det fokuseres på disse målene på de ulike klinikkene?
 24. Opplever du at klinikkene anser målene som viktige?
 25. Vi har fått et inntrykk av at det er den interne køen/intern hast som er problemområdet på klinikkene i dag. Hva gjøres for å redusere denne?
 26. Hvordan bidrar ledelsen ved St. Olavs til at målene gitt i Styringsdokumentet blir nådd?
 27. Blir det bevilget tilskudd til klinikkene som trenger ekstra fokus på å jobbe med disse målene?

Del 3: Avslutning:

28. Avslutningsvis: er det noe mer du ønsker å føye til om noe av det vi har snakket om i dag?

Vedlegg 5: Intervjuguide representant HMN

Sette rammer for intervjuet

Introdusere oss selv

Fortelle om problemstillingen for masteroppgaven

Forespørsel om lydopptak av intervjuet

Informere om anonymisering av intervjuobjektet

Informere om muligheten til å rette opp/korrigere det som blir sagt i ettertid

Innledning/generelt

1. Kan du gi en kort beskrivelse av din stilling og din bakgrunn?
2. Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
3. Kan du fortelle litt om ditt ansvarsområde?

Del 1: Bruk og fordeling av midler fra staten

4. Hva ligger bak fordelingen av midlene dere får fra staten til de ulike helseforetakene?
5. Hva er dine tanker omkring DRG-systemet og mener du at dette er en fornuftig finansieringsmodell?
6. Gir DRG-systemet de rette insentivene når det kommer til innovasjon og effektivisering? (fordi man ved effektivisering ofte vil miste aktivitetsbasert finansiering. Eks. artroseskole og revmatologi)
 - a. I hvor stor grad er det HF-ene/klinikkene sitt ansvar å være innovative og effektivisere, og i hvor stor grad er det HMN sitt ansvar å være en pådriver/gi insentiver til dette?
7. Kan du fortelle litt om hvorfor Helse Midt-Norge velger å inngå avtaler med private aktører?
 - a. Og hva avgjør hvor mye av midlene fra staten som skal gå til dette?
8. I hvilken grad kan HF-ene selv bestemme hvordan de skal bruke de tildelte midlene?
 - a. fordeler/utfordringer med en mer tillitsbasert styringsform?

Del 2: Kommunikasjon med St. Olavs og generelt om mål og rapportering

9. Hvor mye påvirkning har HMN i utarbeidelsen av Oppdragsdokumentet?
10. Mener du målene som gis i Oppdragsdokumentet er det man bør fokusere på?
 - a. Burde det evt. vært andre mål?
11. Hvordan arbeider dere med oppfølging av rapporteringen fra HF-ene?
12. Gis det noen insentiver for at HF-ene skal fokusere på målene som er gitt i Styringsdokumentet?
 - a. Hvis ja; hvilke?

-
- b. Hvis nei; hvordan tenker man å motivere til å nå målene?
13. Får det konsekvenser for HF-ene dersom de ikke når målsettingene som er satt i Styringsdokumentet?
 - a. Hvis ja; hvilke?
 - b. Hvis nei; hvorfor ikke?
 14. Ettersom det er HMN som har det overordnede ansvaret for at målene i Oppdragsdokumentet oppnås; har det noen konsekvenser for HMN dersom målene i Oppdragsdokumentet ikke nås?
 - a. Evt. positive virkninger ved oppnåelse?
 15. I Styringsdokumentet er det oppgitt fire hovedbolker for hva man som HF skal fokusere på. Og de har mer eller mindre vært ganske like de siste årene. Er det noen andre måltall du skulle ønske fikk et større fokus fra HMN/staten sin side?
 16. Det har vært en del diskusjoner i media angående ulike tolkninger av når behandling er startet og fristen er innfridd, og at ventetidene som fremkommer i NPR ikke gir et riktig bilde av den faktiske ventetiden. Har du noen tanker rundt denne diskusjonen?
 17. Har helseforetakene eller HMN igangsatt noen tiltak i etterkant av disse diskusjonene?
 18. I høst svarte blant annet Ortopedisk klinikk på en høring om “Alternativer for regulering av pasientforløp og registrering av ventetider i spesialisthelsetjenesten”. Hvordan jobber dere videre med slike høringsvar?

Del 3: Avslutning:

19. Avslutningsvis: er det noe mer du ønsker å tilføye om noen av temaene vi har snakket om i dag?