



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Masteroppgave 2017 30 stp  
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet  
Handelshøyskolen

## **Effektivisering av sykehussektoren: en casestudie av Volvat medisinske senter**

Streamlining the Healthcare Sector: A Case Study  
of Volvat Medical Center

Bjørn Oskar Vedø  
Tonje Erlandsen  
Master i økonomi og administrasjon



# Forord

Arbeidet med denne oppgaven markerer avslutningen på et toårig masterstudie på Handelshøyskolen ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet og gir oss tittelen siviløkonom.

Temaet for denne oppgaven ble valgt på bakgrunn av vår interesse for prestasjonsmåling. Vi var heldige og fikk til et samarbeid med Volvat medisinske senter som benytter seg av målstyringssystem i sin drift. Ved å undersøke Volvat sitt målstyringssystem og se de fordeler og utfordringer det gir til ansatte og ledelse, ble det klarere for oss at tilpasninger må til for å øke *effektivitet og kvalitet*. Arbeidet med oppgaven var lærerikt, spennende og gøy å holde på med. Vi håper at oppgaven kan være til nytte for Volvat og andre som får anledning til å se den.

Det er mange som skal takkes etter at oppgaven nå er ferdig. Vi ønsker først og fremst å takke Volvat og alle intervjuobjektene derfra. Spesielt takk til Per Helge Fagermoen som ordnet samarbeidet med Volvat. En stor takk til Silja Korhonen-Sande som har gitt gode råd som har vært svært nyttige. Uten veiledningene fra deg, hadde ikke oppgaven vært like god som den er i dag. En stor takk gis også til T504 og alle andre medstudenter.

Til slutt vil vi takke familie og venner for støtte og forståelse for at vi har jobbet endel utover vanlig kontortid.

Ås, 11.05.2017



Bjørn Oskar Vedø



Tonje Erlandsen

# Abstract

This Master's thesis is about streamlining the healthcare sector, which is an important topic today. To improve efficiency, the public sector has been subject to the introduction of private sector management techniques. Performance measurement systems, as The Balanced Scorecard, are in this setting an often-used instrument to emphasize problems and identify improvement opportunities in hospitals. Hospitals are complex businesses, where it is difficult to use measurements. Adaptations are therefore necessary to accommodate for different and unique needs. To describe this topic, the following problem statement was chosen:

## **How is performance measurement systems adapted in hospitals?**

Volvat, which is part of a corporation, is an interesting case as the business can illustrate two types of adaptations: how public hospitals can modify performance measurement system from the private sector, as well as modifications within large businesses. The purpose of this thesis is how the performance measurement system within Volvat is adapted, as well as how and why the adaptations affect Volvat's efficiency. Thus, this thesis can help develop appropriate performance measurement systems for both private and public hospitals. A theory-driven qualitative case study was used to illustrate the problem of adapting the performance measurement system. We have used personal interviews as primary data. Nine employees from three different departments in Volvat were interviewed, respectively Fredrikstad, Bergen and Oslo.

Based on previous studies of performance measurement systems in hospitals, we identified three possible adaptation areas: which performance indicators are being used, how they are chosen and how they are used. The measurements in Volvat are divided into quality and performance indicators, and the results of our research revealed a correlation between employee involvement and perceived achievement with use of a performance measurement system. Furthermore, the study revealed that the performance measurement system was used differently in the departments, thus adapted to each department. Four areas that could describe why adaptations within businesses is needed, was also identified.

# Sammendrag

Denne oppgaven handler om effektivisering av sykehus, som er et viktig tema i dagens samfunn. For å bedre effektiviteten, har offentlig sektor blitt gjenstand for innføring av styringsteknikker fra privat sektor. Målstyringssystemer er i denne sammenheng et ofte brukt verktøy for å understreke problemer og identifisere forbedringsmuligheter i sykehus. Sykehus er komplekse virksomheter, der det er vanskelig å benytte seg av målinger. Tilpasninger er derfor nødvendig for å ta høyde for ulike og unike behov. For å belyse dette temaet ble følgende problemstilling valgt:

## **Hvordan tilpasses målstyringssystemer i sykehus?**

Volvat, som er en del av et stort konsern, er et interessant case da virksomheten kan belyse to typer tilpasninger: hvordan offentlige sykehus kan tilpasse målstyringssystem fra private, samt tilpasninger internt i store virksomheter. Hensikten med denne oppgaven er hvordan målstyringssystemet internt i Volvat blir tilpasset, samt hvordan og hvorfor tilpasningene påvirker Volvat sin effektivitet. Slik kan oppgaven bidra med å utvikle hensiktsmessige målstyringssystemer for både private og offentlige sykehus. Det ble benyttet en teoridrevet kvalitativ casestudie for å belyse problemstillingen rundt tilpasning av målstyringssystem. Vi har benyttet dybdeintervjuer som primærdata. Det ble intervjuet ni ansatte i tre forskjellige avdelinger i Volvat, henholdsvis Fredrikstad, Bergen og Oslo.

Basert på tidligere studier av målstyring i sykehus, identifiserte vi tre mulige tilpassingsområder: hvilke mål og prestasjonsindikatorer som brukes, hvordan de velges og hvordan de brukes. Målingene i Volvat deles inn i kvalitets- og prestasjonsindikatorer, og resultatet av vår forskning avdekket en sammenheng mellom involvering av ansatte og opplevd resultatoppnåelse ved bruk av målstyringssystemet. Videre avdekket studien at målstyringssystemet ble benyttet ulikt i avdelingene, og dermed tilpasset hver enkelt avdeling. Oppgaven identifiserte også fire drivere som til dels kan forklare hvorfor det er behov for tilpasninger internt i virksomheter.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>6</b>
<b>Figuroversikt</b> .....	<b>6</b>
<b>Kapittel 1: Introduksjon</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
<i>1.1.1 Viktigheten av effektivisering i sykehus</i> .....	<i>7</i>
<i>1.1.2 Volvat medisinske senter</i> .....	<i>10</i>
<b>1.2 Oppgavens formål og problemstilling</b> .....	<b>11</b>
<b>Kapittel 2: Teori - tilpasninger av målstyringssystemer i sykehussektoren</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1. Målstyringssystem og elementer som kan tilpasses</b> .....	<b>13</b>
<i>2.1.1 Prestasjonsindikatorer i sykehus</i> .....	<i>15</i>
<i>2.1.2 Hvordan prestasjonsindikatorer velges</i> .....	<i>20</i>
<i>2.1.3 Hvordan målinger brukes</i> .....	<i>25</i>
<b>2.2 Oppsummeringsfigur av teorikapittel</b> .....	<b>31</b>
<b>Kapittel 3: Metode</b> .....	<b>32</b>
<b>3.1 Valg av design: Kvalitativ teordrevet casestudie</b> .....	<b>32</b>
<b>3.2 Datainnsamling: gjennomføring av individuelle dybdeintervjuer</b> .....	<b>33</b>
<b>3.3 Analyse</b> .....	<b>38</b>
<b>3.4 Reliabilitet og validitet</b> .....	<b>41</b>
<i>3.4.1 Reliabilitet</i> .....	<i>41</i>
<i>3.4.2 Begrepsvaliditet</i> .....	<i>42</i>
<i>3.4.3 Intern validitet</i> .....	<i>42</i>
<i>3.4.4 Ekstern validitet</i> .....	<i>44</i>
<b>3.5 Etske avveininger</b> .....	<b>44</b>
<b>Kapittel 4: Resultater og analyse</b> .....	<b>46</b>
<b>4.1. Volvat sitt målstyringssystem: Capio-modellen</b> .....	<b>46</b>
<i>4.1.1 Prestasjonsindikatorer i Volvat</i> .....	<i>48</i>

4.1.2	<i>Hvordan prestasjonsindikatorer velges</i> .....	51
4.1.3	<i>Hvordan målinger brukes</i> .....	52
<b>4.2</b>	<b>Tilpasninger i Volvat sine avdelinger</b> .....	<b>53</b>
4.2.1	<i>Prestasjonsindikatorer i ulike avdelinger</i> .....	53
4.2.2	<i>Hvordan prestasjonsindikatorer velges i ulike avdelinger</i> .....	57
4.2.3	<i>Hvordan målinger brukes i ulike avdelinger</i> .....	64
<b>4.3</b>	<b>Oppsummeringsfigur: erfaringer med Capio-modellen</b> .....	<b>71</b>
<b>4.4</b>	<b>Hvorfor finnes det tilpasninger i målstyringssystemet mellom avdelingene i Volvat og hvordan påvirker disse forskjellene oppnåelse av mål?</b> .....	<b>72</b>
4.4.1	<i>Måloppnåelse i Fredrikstad</i> .....	72
4.4.2	<i>Måloppnåelse i Bergen</i> .....	73
4.4.3	<i>Måloppnåelse i Oslo</i> .....	73
4.4.4	<i>Hvorfor det finnes tilpasninger i Volvat</i> .....	74
<b>Kapittel 5:</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>78</b>
5.1	<b>Oppsummering av resultater og svar på forskningsspørsmål</b> .....	<b>78</b>
5.2	<b>Oppsummeringsfigur av forskningsspørsmål</b> .....	<b>82</b>
5.3	<b>Teoretiske implikasjoner</b> .....	<b>83</b>
5.4	<b>Praktiske implikasjoner</b> .....	<b>84</b>
5.5	<b>Begrensninger og videre forskning</b> .....	<b>85</b>
<b>Kapittel 6:</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>87</b>
<b>Litteraturliste</b>	.....	<b>88</b>
<b>Vedlegg 1:</b>	<b>Intervjuguide til ledere i Volvat</b> .....	<b>92</b>
<b>Vedlegg 2:</b>	<b>Informasjonsskriv til informanter</b> .....	<b>94</b>
<b>Vedlegg 3:</b>	<b>Mail vedrørende sitatsjekk</b> .....	<b>95</b>
<b>Vedlegg 4:</b>	<b>Godkjennelse fra NSD</b> .....	<b>96</b>
<b>Vedlegg 5:</b>	<b>Illustrasjon av metode</b> .....	<b>97</b>
<b>Vedlegg 6:</b>	<b>Eksempel på koding</b> .....	<b>98</b>

# Tabelloversikt

Tabell 1: Tilpasninger av måleområder ved bruk av The Balanced Scorecard hos utvalgte sykehus.....	17
Tabell 2: Prestasjonsindikatorer i sykehus .....	18
Tabell 3: Aksial koding - utdrag fra definisjonstabell og innholdet i de ulike kategoriene .....	39
Tabell 4: Eksempel på kobling av kategori og informasjon.....	40
Tabell 5: Oversikt over Capio-modellens QPIer og KPIer.....	50
Tabell 6: Sitater om prestasjonsindikatorer fra avdelingene .....	56
Tabell 7: Sitater om hvordan prestasjonsindikatorer velges i avdelingene .....	62
Tabell 8: Sitater om hvordan prestasjonsindikatorer brukes i avdelingene .....	69

# Figuroversikt

Figur 1: Oversikt over mulige tilpasningsområder for målstyringssystemer i sykehus og anbefalinger fra litteraturen .....	31
Figur 2: Capio-modellen. Hentet fra Capio sin årsrapport 2015 .....	47
Figur 3: Kontinuerlige forbedringer .....	48
Figur 4: Oppsummeringer av avdelingers erfaringer med Capio-modellen og mulige områder å tilpasse. 71	
Figur 5: Måloppnåelse i Fredrikstad .....	72
Figur 6: Måloppnåelse i Bergen .....	73
Figur 7: Måloppnåelse i Oslo .....	74
Figur 8: Capio-modellen vs. teori.....	82



# Kapittel 1: Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

### *1.1.1 Viktigheten av effektivisering i sykehus*

Den norske helsesektorens effektivitet og kostnadseffektivitet er et tema som har blitt mye omtalt i media de siste årene. Helsesektoren står overfor flere utfordringer, som blant annet skyldes at nordmenns gjennomsnittlige levealder stiger, noe som igjen vil føre til en kraftig økning av antall eldre (Helljesen, 2014). Dagens sykehus kan også behandle flere sykdommer enn tidligere, samtidig som det forventes en mangel på helsepersonell i fremtiden (Dommerud, 2015). For å kunne takle de nevnte fremtidige utfordringene, må sykehus og deres ansatte bli mer effektive og samtidig redusere kostnader (Ertesvåg & Eisenträger, 2013; Dommerud, 2015; Aspunvik, 2015). En mer effektiv organisering av sykehusene, i tillegg til mer effektive ansatte, vil kunne bøte på mangelen av helsepersonell i fremtiden og frigjøre ressurser til behandling av flere pasienter (Dommerud, 2015).

Helsesektoren presses dermed til å bli mer effektiv, samtidig som det forventes at volum og kvalitet på tjenestene som leveres til publikum opprettholdes. For å kunne takle disse utfordringene har offentlig sektor blitt gjenstand for innføring av ulike styringsteknikker fra privat sektor, kalt New Public Management (NPM<sup>1</sup>), hvor flerdimensjonale målstyringssystemer står sentralt. Introduksjonen av målstyringssystemer har vært en av de mest spredte internasjonale trendene innen ledelsesfilosofi, både i offentlig og privat sektor de siste årene (Speklé & Verbeeten, 2013; Brignall & Modell, 2000).

---

<sup>1</sup> “New Public Management er en fellesbetegnelse for en rekke prinsipper og metoder for organiseringen og styringen av offentlig virksomhet” (Hansen, 2014). Metodene tar utgangspunkt i det frie markedet, og bygger på antakelsen om at offentlig virksomheter som likner på private virksomheter med fri konkurranse, vil kunne bidra til høyere kvalitet og større effektivitet i offentlige tjenester (Hansen, 2014).

Målstyringssystemer brukes for å vurdere hvor godt virksomheten lykkes i å oppnå mål, og muliggjør bedre resultater i fremtiden (Rahimi et al., 2017). Det hevdes at akkurat som at finansielle opplysninger er avgjørende for effektiv allokering av kapitalressurser, er kvalitetsopplysninger avgjørende for en effektiv utnyttelse av helseressurser (Forgione, 1997). Det er derfor viktig med et målstyringssystem som tar høyde for både finansielle- og kvalitetsmålinger for intern bruk og eksternt innsyn (Forgione, 1997). Flyten av finansiell- og kvalitetsinformasjon til offentligheten vil også kunne resultere i mer effektive helsetjenester og høyere kvalitet på tjenestene. Et målstyringssystem vil være et effektivt verktøy for å kunne understreke eksisterende problemer og identifisere muligheter til forbedring i sykehus (Chen et al., 2006). I tillegg er et målstyringssystem nødvendig for helsevesenet slik at man skal kunne takle de økonomiske- og kvalitetsutfordringene man nå står ovenfor (Forgione, 1997). Målstyringssystemer er dermed et viktig virkemiddel for å kunne bedre effektiviteten i sykehus.

Bruken av målstyringssystemer er også nødvendig for å kunne styre en virksomhet i felles retning (Hoff & Holving, 2015). Det hevdes at målstyringssystemer i det offentlige, og da spesielt i helsesektoren, er både relevant og nødvendig (Zelman et al. 2003; Forgione, 1997; Chen et al., 2006). Likevel har det vært stor motstand blant folk flest om bruken av målstyringsprinsipper i offentlig sektor. “Målstyring bryter ned samfunnet” (Ubøe, 2014), “Tradisjonell målstyring virker (heller) ikke i det offentlige” (Olesen, 2016), “Formand for Lægeforeningen: Målstyring er frustrerende” (Roliggaard, 2016) og “Stoppeklokkeomsorg og måleman. Nå legger flere kommuner bort målstyringa og lar de ansatte få mer å si” (Ondrckova & Grimsrud, 2017) er navn på avisartikler fra Norge og Danmark som er negative til bruken av målstyring i det offentlige. Det hevdes at målingene oppfattes som en tvangstrøye, at det fører til stress, mindre selvbestemmelse, dårligere arbeidsprestasjoner, samt større utskifting av ansatte (Ondrckova & Grimsrud, 2017). Videre argumenteres det for at NPM-prinsipper kan føre til at en virksomhet prioriterer tiltak med lavere produksjonskostnader og høyere utbytte, fremfor tiltak med høyere produksjonskostnader og lavere utbytte (Hansen, 2014). I sykehussektoren kan dette resultere i at sykehusene kun opererer pasienter med de enkleste problemene.

Bruken av målstyringssystemer i sykehus kan være noe mer komplisert enn i andre virksomheter (Christensen & Foss, 2011). Sykehus er kompetansebedrifter med høyt utdannede spesialister,

som har egne og motstridende meninger, og som ikke nødvendigvis liker idéen om å bli styrt av en ledelse som ikke er spesialister innenfor fagfeltet (Christensen & Foss, 2011). De medisinske spesialistene er selvregulerende fagfolk som er organisert i vitenskapelige samfunn, medisinske foreninger, fagforeninger og flere paraplyforeninger (van der Voort & Kerspershoeck, 2010).

Ettersom offentlige helsetjenester har interessenter med motstridende og/eller overlappende interesser, trengs det målinger på tvers av flere dimensjoner (Ballantine et al., 1998). Når avgjørelser skal tas, må flere ulike interessegrupper vurderes, og som et minimum omfatter kritiske interessegrupper: pasienter og deres familier, arbeidsgivere, helseforsikringer, leger, ansatte, lokalsamfunn (publikum generelt) og myndigheter (Voelker et al., 2001). Generelt legger myndighetene, som det finansierende organ, vekt på økonomiske resultater og ressursutnyttelse. Innkjøperne er mer opptatt av kvalitet og konkurranseevne, men samtidig også ressursutnyttelse. Faggrupper innenfor organisasjoner skal derimot være mer opptatt av innovasjon, men også av kvalitet (Brignall & Modell, 2000). Som beskrevet er helsesektoren preget av interessenter med komplekse, heterogene og immaterielle tjenester, som blir levert i omstendigheter preget av høy usikkerhet (Brignall & Modell, 2000). Dette indikerer at målinger i sykehussektoren er krevende.

Helsesektoren må effektiviseres og et mulig virkemiddel for å oppnå dette, er bruk av et målstyringssystem. Det er likevel tydelig at bruken av målstyringssystemer i det offentlige er omdiskutert, samtidig som det er vanskelig å benytte seg av målinger. Forskjellige organisasjoner har ulike og unike behov, og en tilpasning av målstyringssystemet er nødvendig uansett industri. Sykehus har ofte ikke et finansielt formål og det er derfor viktig å gjøre en modifisering av målstyringssystemet, og normalt gjøres en tilpasning av de måleområder som legges til grunn (Zelman et al., 2003).

Det finnes flere måleområder, som tar for seg alt fra kunder, interne prosesser, finans og læring. Hierarkiet av måleområdene varierer mellom ulike typer organisasjoner og miljøet der de eksisterer, samt måleområdene selv. Ettersom mange veldedige og offentlige virksomheter eksisterer for å tjene et høyere formål, har flere endret målstyringssystemene (Kaplan, 2001). Virksomhetens misjon og visjon plasseres ofte øverst i hierarkiet og kunder som nummer to (Niven, 2008; Voelker et al., 2001; Kaplan, 2001). Modifiseringer av målstyringssystemet

endrer likevel ikke selve innholdet i modellen, endringene fører heller til at modellen gjenspeiler virksomhetens strategi. Som et resultat av ulike prioriteringer og strategier, må dermed målstyringssystemet tilpasses. Det eksisterer hovedsakelig to årsaker til hvorfor målstyringssystemer må tilpasses, hvor tilpasninger først må gjøres fra private sykehus til offentlige, som følge av et annerledes formål. Offentlige sykehus har en samfunnsrolle, mens private sykehus i tillegg har et ansvar ovenfor sine eiere i form av utbytte. I tillegg må målstyringssystemer tilpasses internt i store virksomheter, uansett industri, da forskjeller også eksisterer internt. På denne måten blir ulikheter tatt høyde for når det måles, og avdelinger sammenlignes.

### *1.1.2 Volvat medisinske senter*

Volvat medisinske senter (heretter Volvat) er et interessant case for å belyse problemstillingen om tilpasning av målstyringssystem. Volvat, som et privat sykehus, er avhengig av å drive effektivt for å gå rundt. Samtidig er det viktig at Volvat tilbyr og utfører sine tjenester på en slik måte at det er fordelaktig for pasienter å velge Volvat fremfor det offentlige tilbudet.

Dette er et fint case for å kunne undersøke begge typer av de tilpasninger som er nevnt ovenfor, ettersom Volvat er et privat helseforetak med flere avdelinger i Norge, hvor tre av avdelingene har sykehusgodkjenning. Bedriften eies 100 prosent av Capiro, som driver sykehus, medisinske sentre, røntgen og laboratoriemedisin i Frankrike, Tyskland, Sverige og Norge (Volvat, 2017). Capiro har utviklet sin egen modell, Capiro-modellen, som alle avdelinger i Capiro følger. Modellen er et målstyringssystem og er grunnlaget for all aktivitet som gjennomføres. Modellen har som formål å realisere strategien og ambisjonene når det kommer til levering og utvikling av god helse (Capiro, 2017).

Volvat bruker Capiro-modellen aktivt for å øke lønnsomheten og effektiviteten i virksomheten. Denne oppgaven skal gi innsikt i hvordan målstyringssystemet brukes i og av Volvat, om det gir relevant informasjon og eventuelle utfordringer knyttet til bruken av målstyringssystemet.

Det forventes å finne forskjeller mellom Volvat sine avdelinger og underavdelinger som kan påvirke bruken av målstyringssystemet. Vi forventer også å finne variasjoner innad i Oslo, da avdelingen er mye større enn de øvrige avdelingene i Volvat Norge. Det er da interessant å se på handlingsrommet og hva som blir gjort for å tilpasse målstyringssystemet slik at man får sammenlignbare målinger innad i Volvat-systemet. På grunnlag av dette, tas det utgangspunkt i at Volvat sine interne utfordringer kan sammenlignes med teori og på den måten belyse effektivitet i sykehus generelt.

## **1.2 Oppgavens formål og problemstilling**

Forbedring av resultater i helsesektoren, er som tidligere omtalt, viktig for å imøtekomme prognosene om manglende helseressurser i fremtiden. Målstyringssystemer som tilpasses og brukes riktig, er da et viktig verktøy for å forbedre sykehusene slik at de kan imøtekomme den økende mengde pasienter.

Hensikten med denne oppgaven er å se hvordan målstyringssystemet internt i Volvat blir tilpasset, samt hvordan og hvorfor tilpasningene påvirker Volvat sin resultatoppnåelse. Gjennom intervjuer med ledere på forskjellige nivåer, ønsker vi å finne ut om det er tilpasninger i bruken av målstyringssystemet og hvordan man forholder seg til målinger i organisasjonen. Ved å undersøke dette, er formålet med denne oppgaven å forhåpentligvis kunne bidra med kontinuerlige forbedringer hos Volvat som sykehus og virksomhet. På denne måten kan oppgaven bidra med å utvikle hensiktsmessige målstyringssystemer for sykehus og virksomheter i offentlig helsesektor.

For å spesifisere det ovennevnte, har vi kommet frem til følgende problemstilling:

### **Hvordan tilpasses målstyringssystem i sykehus?**

Forskningsspørsmålene har som formål å besvare problemstillingen på et detaljert nivå med kvalitative data. Forskningsspørsmålene definerer også fokuset med oppgaven og hvor innsamlingen av data vil foregå. For å besvare den overordnede problemstillingen, har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan er Volvat sitt målstyringssystem og hva er formålet med bruken av målstyringssystem?**
- 2. Hvilke tilpasninger gjøres i målstyringssystemet blant avdelingene til Volvat?**
- 3. Hvorfor finnes det tilpasninger i målstyringssystemet mellom avdelingene i Volvat og hvordan påvirker disse forskjellene oppnåelse av mål?**

# **Kapittel 2: Teori - tilpasninger av målstyringssystemer i sykehussektoren**

## **2.1. Målstyringssystem og elementer som kan tilpasses**

I likhet med alle store virksomheter, er sykehus avhengig av å kunne kontrollere de ansattes atferd. Det finnes tre måter å kontrollere atferd på, herunder resultatkontroll, atferdskontroll og kulturell kontroll (Merchant & Van der Stede, 2012). Resultatkontroll er output-kontroll og fungerer effektivt når belønning gis etter prestasjon. I sykehussektoren vil dette derimot fungere dårlig, ettersom det kan være vanskelig å definere og måle ønskede resultater (Merchant & Van der Stede, 2012). Det er for eksempel ikke alltid like lett å måle kvalitet eller forbedring hos pasienter som mottar fysioterapi. Atferdskontroll styrer den enkelte ansattes oppgaver og setter begrensninger på hva som skal og ikke skal gjøres av ansatte (Merchant & Van der Stede, 2012). I sykehus brukes dette aktivt, da sykepleiere og kirurger har sjekklister for å klargjøre en pasient til operasjon eller gjøre rede for brukt utstyr. Den tredje kontrollfunksjonen er kulturell kontroll. Her utgjør tradisjoner, normer, tro, verdier, ideologier, holdninger og atferd en stor rolle. Kultur forblir relativt uendret over tid, selv om strategier endres. Det har derfor blitt viktigere med kulturell kontroll, ettersom organisasjoner blir flatere i strukturen med mindre byråkrati og mer myndiggjøring av ansatte. Verdier på tvers av organisasjonen, har derfor blitt et viktig verktøy for å sikre at alle handler til fordel for organisasjonens beste (Merchant & Van der Stede, 2012). Både resultat- og atferdskontroll innebærer vanligvis en form for målinger, og understreker behovet for et målstyringssystem.

Et målstyringssystem har til formål å fremskaffe relevant data for både effektivitets- og produktivitetsvurderinger, samt å sette informasjonen inn i en organisatorisk sammenheng som danner grunnlag for bedre og mer rasjonelle beslutninger (Johnsen, 2007). For å vurdere produktivitet og effektivitet, som forklares som henholdsvis ressursutnyttelse og måloppnåelse, brukes det prestasjonsmålinger med ulike typer indikatorer (Johnsen, 2007). En av de mest kjente modellene for målstyring er The Balanced Scorecard av Kaplan og Norton (Hoff & Holving, 2015). Modellen viser hvordan balansert målstyring kan utvikles og anvendes i praksis.

Modellens grunnleggende idé er å knytte finansielle og ikke-finansielle prestasjonsmålinger av utviklingen opp mot virksomhetens visjon og strategiske mål (Hoff & Holving, 2015).

Konkurransen blant helsevirksomheter er økende og kvaliteten på omsorg står overfor økende granskning (Voelker et al., 2001). Dette har ført til at ledere må fokusere på utvikling og implementering av styringssystemer som kan integrere ulike grupper og ha fokus på organisatoriske strategier. Det er denne dynamiske kompleksiteten The Balanced Scorecard fanger (Voelker et al., 2001).

Det finnes tre generasjoner av The Balanced Scorecard, hvor den første versjonen av modellen handler om å vurdere virksomhetens utvikling, sett ut i fra fire perspektiver: kunder, finans, interne prosesser, samt læring og vekst (Hoff & Holving, 2015). Den første generasjonen av konseptet begynte som en balansert styringsmodell, som et svar på at det ikke lenger var nok med kun finansielle prestasjonsindikatorer. De finansielle prestasjonsindikatorerne fanget ikke opp viktige aspekter i bedrifter som kunnskap og kompetanse. Den grunnleggende idéen var dermed å koble finansielle og ikke-finansielle målinger opp mot bedriftens visjon og strategiske mål (Hoff & Holving, 2015). Dermed kunne ledere fokusere på et sett med kritiske prestasjonsindikatorer som ble utviklet gjennom årsak-virkning-sammenhenger. Prestasjonsindikatorer ble knyttet opp mot bedriftens langsiktige utviklingsstrategi. Den opprinnelige modellen fungerer derfor som et prestasjonsmåleverktøy (Hoff & Holving, 2015).

De to andre generasjonene tar i tillegg høyde for kausalitet og sammenhenger, utvikling av strategikart og ender til slutt opp som et rammeverk for implementering og oppfølging av virksomhetens strategi. Fokuset i denne masteroppgaven vil ligge på prestasjonsindikatorer, og som et resultat vil de to andre generasjonene av The Balanced Scorecard ikke gås nærmere inn på. Samtidig er et vanlig funn at de fleste virksomheter bruker den grunnleggende versjonen av The Balanced Scorecard (Madsen & Stenheim, 2014)

Balansert målstyring har blitt adoptert av et bredt spekter med helseorganisasjoner, og det argumenteres derfor for at teori og begreper fra balansert målstyring er relevant for sykehussektoren (Zelman et al., 2003; Chen et al., 2006). Likevel er det nødvendig med endringer av modellen for å gjenspeile sykehusindustrien og de organisatoriske realitetene (Zelman et al.,



2003; Pink et al., 2001). Et målstyringssystem må derfor tilpasses for å bedre sammenfalle med helsesektoren. Det er anerkjent at balansert målstyring kun er et utgangspunkt, og at systemet bør tilpasses for å samsvare med virksomheters strategi, uansett industri (Zelman et al., 2003). The Balanced Scorecard er dermed ikke en tvangstrøye som må brukes på en bestemt måte, men heller et konsept som kan innebære tilpasninger både på tilbud- og etterspørselssiden (Madsen & Stenheim, 2014).

Ulikheter eksisterer mellom industrier og innad i virksomheter. Hvordan målstyringssystemer tilpasses internt i store virksomheter, finnes det derimot lite teori om. Elementene som kan tilpasses i et målstyringssystem går nærmere inn på i dette kapitlet og inkluderer:

- Mål og prestasjonsindikatorer - herunder hva som brukes
- Hvordan mål og prestasjonsindikatorer velges - herunder kriterier og prosesser
- Hvordan målingene brukes - herunder prioritering, avviksanalyse, kontroll og optimalisering av resultater

### *2.1.1 Prestasjonsindikatorer i sykehus*

Prestasjonsindikatorer er noe av hovedgrunnlaget for effektivitet og oppfølging, og kan defineres som målbare finansielle og ikke-finansielle størrelser som benyttes for å måle virksomheters utvikling (Hoff & Holving, 2015). Prestasjonsindikatorer er knyttet opp mot strategiske tiltak, og er et virkemiddel for å måle hvordan virksomheter ligger an i forhold til budsjettmål. Signifikante avvik skal få ansatte til å reagere i form av korrigerende tiltak (Hoff & Holving, 2015).

Prestasjonsindikatorer er også viktige for de endringsprosesser som er nødvendige for at virksomheten skal nå sine strategiske målsettinger (Hoff & Holving, 2015; Marr, 2014). Det måles for å kunne styre, og det måles både kvantitative og kvalitative forhold.

Levering av helsetjenester er en meget kompleks aktivitet som krever et mangfold av kompetanse, erfaring, administrative støtter og teknologi (Pink et al., 2001). På samme måte er sykehus komplekse organisasjoner og det er ikke mulig å måle prestasjon basert på en enkelt dimensjon, som for eksempel pris eller kostnader (Pink et al., 2001; Ballantine et al., 1998). Innenfor offentlig helsetjeneste er behovet for målinger på tvers av dimensjoner fremhevet ved at

det finnes interessenter med motstridende og/eller overlappende interesse, og noen interessenter faller også inn under flere klassifiseringer (Ballantine et al., 1998). Det er derfor stor enighet rundt økonomiske indikatorer som mest nyttige når de undersøkes i forbindelse med indikatorer fra andre områder (Pink et al., 2001; Ballantine et al., 1998; Hoff & Holving, 2015). Dette er spesielt sant når det kommer til sykehus, ettersom gode økonomiske resultater og sterk finansiell stilling er kritiske suksessfaktorer for å kunne opprettholde høy kvalitet på sykehustjenester (Pink et al., 2001). Finansielle indikatorer gjør det også lettere å sammenlikne offentlige sykehus med private sykehus (Johnsen, 2007).

Helseorganisasjoner har ofte utvidet balansert målstyringsmodellen til å gjelde utover strategisk ledelse. Sykehus legger vanligvis til andre måleområder, og som oftest inkluderer kvalitet på omsorg, utfall og tilgang (Zelman et al., 2003). Sykehusene tilpasser også modellen ved å endre alle måleområdene og basisstrukturen, slik at hierarkiet av måleområdene samsvarer med helsetjenestesektoren (Pink et al., 2001). De opprinnelige måleområdene i The Balanced Scorecard er finansiell prestasjon, kunder, interne prosesser, samt læring og vekst.

The Balanced Scorecard opererer opprinnelig med fire måleområder: finansiell prestasjon, interne prosesser, læring og vekst, samt kunder. Et mindre utbredt målstyringsystem, the Results Determinants Framework (RDF), opererer med seks måleområder og består i utgangspunktet av konkurransevne, finansiell prestasjon, kvalitet, fleksibilitet, ressursutnyttelse og innovasjon (Ballantine et al., 1998). Begge tar høyde for kvalitet som en del av prestasjonen. Det argumenteres for at alle måleområdene i begge systemene danner et nyttig rammeverk for å kunne bedømme virksomhetens prestasjon (Ballantine et al., 1998; Pink et al., 2001; Speklé & Verbeeten, 2013).

I tabell 1 vises en oversikt over hvilke endringer i måleområder ulike sykehus har foretatt. Sykehusene i Ontario, Canada, erstattet de originale måleområdene med finansiell prestasjon og tilstand, kundetilfredshet, klinisk utnyttelse og utfall, samt systemintegrasjon og endring. Sykehusene i Ontario skiller seg noe ut fra de andre sykehusene, da de fortsatt har det finansielle måleområdet først. Dette betyr at sykehusene i Ontario ser på økonomien som det viktigste. Duke University Medical Center har derimot satt finans sist. Andre vanlige måleområder for sykehus er

kunder, pasienttilfredshet, vekst og kliniske utfall. Prestasjonsindikatorerne varierer over flere dimensjoner, men finansiell prestasjon er det måleområdet som har blitt vektlagt av litteraturen.

Tabell 1: Tilpasninger av måleområder ved bruk av The Balanced Scorecard hos utvalgte sykehus

<b>Balanced Scorecard</b>	<i>Måleområder</i>			
	<b>Finansiell prestasjon</b>	<b>Kunder</b>	<b>Interne prosesser</b>	<b>Læring og vekst</b>
<i>Sykehus</i>				
<i>Alle sykehus i Ontario, Canada (Zelman et al., 2003)</i>	Finansiell prestasjon og tilstand	Kundetilfredshet	Klinisk utnyttelse og utfall	Systemintegrasjon og endring
<i>Butterworth Health Systems (Voelker et al., 2001)</i>	Pasienttilfredshet	Kliniske utfall	Funksjonell helsestatus	Kostander
<i>The Henry Ford Health Systems (Voelker et al., 2001)</i>	Vekst	Kundetilfredshet	Systemintegrasjon	Lavkostnad leverandør
<i>The John Hopkins Hospital (Voelker et al., 2001)</i>	Kliniske utfall	Finansielle mål	Pasienttilfredshet	Forskning og læring
<i>Duke University Medical Center (Voelker et al., 2001)</i>	Kunder	Utdanning og forskning	Interne prosesser	Finans

Tabell 2 viser en oversikt over hvilke prestasjonsindikatorer ulike studier har benyttet når prestasjonen til sykehus skal vurderes. I venstre kolonne i tabellen, har det blitt tatt utgangspunkt i The Balanced Scorecard sine perspektiver, for på den å gi et sammenstillingsgrunnlag mellom de ulike studiene. Prestasjonsindikatorerne som er opplistet er basert på to ulike målstyringssystemer. The Balanced Scorecard og RDF, er de to som er nevnes spesifikt (Ballantine et al., 1998; Pink et al., 2001; Rahimi et al., 2017), og surveys ved bruk av en fempoengsskala (Speklé & Verbeeten 2013; Ogunmokun et al., 2005). Av indikatorerne i Tabell 2 var det profitt, likviditet, markedsandeler, produktivitet og forskjellige målinger av effektivitet som oftest gikk igjen.

Tabell 2: Prestasjonsindikatorer i sykehus

Måle-områder	Indikatorer	Studie
<b>Finansiell prestasjon</b>	-Profitt	Ballantine et al. (1998)
	-Kapitalstruktur	
	-Markedsrate	
	-Effektivitet	
	-Likviditetsgrad	Ballantine et al. (1998); Pink et al. (2001)
	-Produktivitet	Ballantine et al. (1998); Speklé & Verbeeten (2013)
	-Total margin	Pink et al. (2001)
	-Arbeidskapital	
	-Utstyrskostnad	
	-Enhetsprisprestasjon	
	-Lønnsomhetsstatus	Ogunmokun et al. (2005)
	-Andel av totale inntekter på totale kostnader	Rahimi et al. (2017)
	- % fradrag for sykehus	
-gjennomsnittlig innleggelsesutgifter		
- gjennomsnittlige utgifter per seng per dag		
-Nåværende kostnad per seng		
-Andel mellom investeringer i forhold til nåværende kostnader		
-Kostnad for medisiner og materialer		
-% personalkostnader av totale kostnader		
-Totale faste kostnader for opptatt seng		
<b>Interne prosesser</b>	-Kvalitet	Speklé & Verbeeten (2013)
	-Moral hos personell	
	-Oppnåelse av produksjonsmål	
	-Effektivisering av drift	
	-Oppnåelse av produksjonsmål	
	-Sykepleieomsorgstimer som en prosent av totale sykepleietimer per pasient	Pink et al. (2001)
	-Pasientbehandlingstimer i prosent av totale vakttider	
	-Reliabilitet	
	-Gjennomsnittlig lengde på opphold	Rahimi et al. (2017)
	-Turnover senger	
	-Liggetid	
	-Dødsrate	
	-Kansellerte operasjoner	
-% gjentatte operasjoner		
-Utskrevde med personlig tilfredshet		
-Sykehusinfeksjonsrate		

	-Kliniske feil -Reinnleggelsesrate -% arbeidsulykker -Medisinske feil -Feil-side kirurgi -Glemt et fremmed objekt under operasjon -Feilmedisinering -Feil blodtype -Pasientfall rate -Leger på nattevakt -Gjennomsnittlig lengde på opphold i akuttmottak -Ventetid legevakten -Ventetid for å møte legen	Rahimi et al. (2017)
	-Markedsandeler	Ballantine et al. (1998); Ogunmokun et al. (2005)
	-Målinger av kundebasen	Ballantine et al. (1998).
	-Tilfredshet med avkastning på investeringer -Tilfredshet med maks avkastning på egenkapital -Tilfredshet med inntektsvekst -Tilfredshet med lønnsomheten -Tilfredshet med markedsandelen -Tilfredshet personal -Effektivisering av drift	Ogunmokun et al. (2005)
<b>Læring og vekst</b>	-Salgsvekst	Ballantine et al. (1998)
	-Antall innovasjoner og prosessforbedringer -Vekst siste to år	Speklé & Verbeeten (2013)
	-Turnover ansatte -Opplæringsutgifter per hode -Mengde av elektronisk pasientjournal -Antall dager med sykefravær i forhold til totalt antall ansatte -Sykefravær per ansatt	Rahimi et al. (2017)
<b>Kunder</b>	-Rykte	Speklé & Verbeeten (2013)
	-Fasiliteter for familier og besøkende -Prosentvis pasienttilfredshet -Andre interessenters tilfredshet	Rahimi et al. (2017)
	-Respons -Estetikk/utseende -Komfort -Vennlighet -Kommunikasjon -Høflighet -Kompetanse	Ballantine et al. (1998)

## **Oppsummering**

Hovedgrunnlaget for å bruke mål og prestasjonsindikatorer er å sikre effektivitet og oppfølging i forhold til strategiske tiltak. Sykehus tilpasser måleområdene for å samsvare med helsesektoren ved å legge til kvalitetsindikatorer som pasienttilfredshet og kliniske utfall. Indikatorene fungerer som et verktøy for å bedømme hvordan man ligger an i forhold til budsjett slik at man kan styre mot et fastsatt mål. Virksomheter måler flere perspektiver, både finansielle og ikke-finansielle, kvantitative og kvalitative. Likevel ser det ut til at de finansielle indikatorene er mest fremtredende i litteraturen.

### *2.1.2 Hvordan prestasjonsindikatorer velges*

#### **Kriterier**

For at prestasjonsindikatorene skal reflektere og måle virksomhetens delmål og strategiske initiativer opp mot den overordnede måloppnåelsen, må man ha god forståelse av strategier og de strategiske delmålene (Hoff & Holving, 2015). Prestasjonsindikatorene skal balansere finansielle og ikke-finansielle aspekter. Det finnes flere kriterier som prestasjonsindikatorene må oppfylle for at de skal være gode. For det første må de være **vitenskapelig forsvarlige**, hvor det er viktig at hver variabel er valid og reliabel. Indikatorene er vitenskapelige forsvarlige ved at målingene viser den virkelige situasjonen og er pålitelige, samt at en virksomhet måler det som faktisk skal måles (Pink et al., 2001). For å bekrefte at virksomheten måler de riktige tingene, må det undersøkes om målingene bidrar til de endringer og forbedringer som strategien forutsetter (Hoff & Holving, 2015). Det kreves også god kunnskap for å kunne velge relevante prestasjonsmål. Sammenhenger mellom aktiviteter og delmål, hvordan disse påvirker hverandre, samt hvordan virksomheten skaper verdier, må vurderes. Dette kan være krevende, og det hevdes at mange av målingene som gjennomføres i virksomheter gir lite eller ingen mening (Hoff & Holving, 2015; Hammer, 2007).

Indikatorene skal si noe om utviklingen i forhold til det strategiske delmålet eller strategien som helhet. Indikatorene bør også kunne kvantifiseres og måles over tid (Hoff & Holving, 2015). Samtidig må variablene være **relevante** og de må anses som nyttige for ledere og leverandører

(Pink et al., 2001). Det er også viktig at prestasjonsindikatorerne er etablert på et objektivt grunnlag, slik at resultatene av målingene blir akseptert av de ansatte (Hoff & Holving, 2015).

Det har blitt dokumentert positive prestasjonseffekter av **klare og målbare** indikatorer, noe som er i samsvar med litteraturen (Pettersen & Solstad, 2015). Disse to kriteriene er nødvendig for effektivitet og ønskelig ledelse av prestasjonsmålinger. For å oppnå klare og målbare indikatorer, må virksomheten fange essensen av det som skal måles i en brukbar form. Her er presisjon, nøyaktighet, overblikk og robusthet viktig (Hammer, 2007). Indikatorerne må også være lette å overvåke, slik at målingene utføres på riktig måte, til tross for at det er ulike ansatte som utfører målingene. Viktigheten av klare og målbare indikatorer er anerkjent av NPM, men blir ofte sett på som en valgfri variabel (Speklé & Verbeeten, 2013). Disse påstandene indikerer en tilpasning av aktivitetene i organisasjonen, og hvordan ledere i offentlig sektor bruker målstyringssystemet, påvirker organisasjonsytelsen i offentlig sektor.

Noe av det viktigste for en virksomhet når det kommer til valg av prestasjonsindikatorer, er i utgangspunktet å ta målingene til seg og være seriøs (Hammer, 2007). Det er derfor viktig at virksomheter finner de underliggende årsakene til dårlig prestasjon, samtidig som ansatte tar på seg ansvaret for forbedring av prestasjon. Når målstyring implementeres i virksomheten, må ledere snakke med ansatte om hvorfor det er viktig og sette målstyring som en del av basisopplæringen for ansatte (Hammer, 2007). Lederne må selv forplikte seg til målingene, slik at det skapes en målevennlig kultur.

Det er viktig at sykehus ikke opererer med for mange prestasjonsmål, ofte kalt målesyke, som kan ha flere negative utfall hos ansatte (Hoff & Holving, 2015). Antall prestasjonsindikatorer skal **begrenses**, og det anbefales ikke mer enn åtte til ti indikatorer for at ansatte skal klare å holde oversikt (Hoff & Holving, 2015). Rapporteringen av mange indikatorer kan nedprioritere viktigere oppgaver, samt at det kan føre til negative opplevelser hos de ansatte. Ansatte vil kunne få orienteringsproblemer, føle seg overvåket, være stresset og målingene kan føles meningsløse (Hoff & Holving, 2015). Prestasjonsmåling kan dermed føre til unødvendig mye ekstraarbeid, som igjen kan redusere effektiviteten (van der Voort & Kerpershoeck, 2010). Det har også blitt argumentert for at helseorganisasjoner kun har en kultur for kliniske problemstillinger, og som et

resultat er helsepersonell ofte uvitende om de økonomiske og finansielle konsekvensene av deres handlinger (Silva, 2013).

Det er vesentlig at **frekvensen** for prestasjonsindikatorerne er avtalt og bestemt på forhånd (Hoff & Holving, 2015). Når det bestemmes når de enkelte målingene skal foretas, er det også viktig at det måles og rapporteres regelmessig. Når og hvor ofte målinger skal gjennomføres bestemmes på grunnlag av en drøfting av de styringsmessige verdiene prestasjonsindikatorerne har for bedriften. Det er viktig at det ikke måles for ofte, da dette kan gi støy til de ansatte (Greve, 2007). Hyppig måling fører derfor ikke til bedre beslutninger. Frekvensen av resultatmålingen bør heller styres av presisjonen i målene. For å få et godt utviklet målstyringssystem, kreves det samtidig en høy målingsfrekvens av kritiske variabler (Hoff & Holving, 2015). Det er åpenbart at jo raskere en virksomhet analyserer og rapporterer avvik, jo raskere kan korrigerende tiltak settes inn.

Det bør i tillegg settes et aspirasjonsnivå for målingene. **Aspirasjonsnivå** er viktig for tolkningen av resultater, da det bestemmer om resultater regnes som tilfredsstillende eller ikke (Greve, 2007). Styring av virksomheter, er avhengig av en referanse i form av et forhåndsbestemt mål eller standard, og en tilbakekobling av det avviket som har oppstått mellom det som er målt og referansen (Hoff & Holving, 2015). Det må i den sammenheng bestemmes om aspirasjonsnivået skal settes til de forventede resultatene eller om det skal settes høyere, slik at ansatte har noe å strekke seg etter. Ofte blir interne mål satt høyere, mens strategiske handlinger som regel blir satt til forventningene (Greve, 2007).

Prestasjonsindikatorerne skal kun brukes som et informasjonsgrunnlag for å forbedre prestasjoner (Hoff & Holving, 2015). I den sammenheng, er det viktig at prestasjonsindikatorerne ikke knyttes mot **belønning** eller straff for de som omfattes av målingene. Når prestasjonsindikatorerne kobles direkte til belønning, vil informasjonsgrunnlaget underordnes belønningen (Hoff & Holving, 2015; Speklé & Verbeeten, 2013). Hvis dette gjøres, vil ikke modellen fungere etter hensikt, noe som er å formidle relevant og objektiv styringsinformasjon. Belønning skal heller gis for riktig utførelse, uavhengig av måloppnåelse (Hammer, 2007). Det bør derfor gis rom for en mer situasjonsavhengig tilnærming for prestasjonsledelse (Speklé & Verbeeten, 2013). Samtidig trekkes det frem at den enkelte ansattes prestasjon ikke kan vurderes ut fra en eller to



prestasjonsindikatorer, men prestasjonsindikatorerne kan være med å gi en input til evalueringer (Hoff & Holving, 2015). Det er derfor svært viktig at prestasjonsindikatorerne i størst mulig grad er evalueringsnøytrale.

For at effektiviteten til sykehusene skal være på topp, må infrastrukturen i forhold til informasjonssystemer være på plass (Ballantine et al., 1998; Zelman et al., 2003; Pink et al., 2001). Informasjon er ekstremt viktig i helseorganisasjoner, og informasjonen må være valid, omfattende og tidsriktig for at målstyringssystemet skal bli best mulig. En form for ubalanse oppstår som følge av bruken og leveringen av finansiell og ikke-finansiell informasjon. En bedre kobling mellom kostnader og ressursbruk er nødvendig, og avhenger av god informasjon. Ved bruk av en desentralisert tilnærming i virksomheter, kan dette føre til en mer balansert tilnærming til resultatmåling (Ballantine et al., 1998). For å få en vellykket prestasjonsmåling må bedrifter føre et fokus på ressursutnyttelse i flere avdelinger, mens evaluering av resultatene i “front-office-services”, som for eksempel intensivavdelinger, burde heller være rettet mot målinger av fleksibilitet og kvalitet (Ballantine et al., 1998). Utfordringen da er å utforme prestasjonsmålingssystemet til å komme frem til en mer fokusert tilnærming, noe som kan redusere risikoen for overflod av informasjon.

Målingene må være **gjennomførbare**, og hver indikator må beskrive aktiviteter eller hendelser som inntreffer ofte. I tillegg må indikatorerne være tilgjengelige til en rimelig pris (Pink et al., 2001). På denne måten kan målingene rettferdiggjøre meningsfulle sammenligninger. Til slutt er kanskje det viktigste kriteriet at prestasjonsindikatoren er **lett å kommunisere** og forstå (Hoff & Holving, 2015). Som en oppsummering skal prestasjonsindikatorerne være tilgjengelige, relevante, enkle og troverdige (Hoff & Holving, 2015; Pink et al., 2001; Speklé & Verbeeten, 2013; Pettersen & Solstad, 2015).

## **Prosesser**

I prosessen med å utvikle et målstyringssystem for sykehus, er det anbefalt å etablere et finansielt **rådgivende team** (Pink et al., 2001). Det er ofte utfordrende å velge et mindre antall indikatorer som er både meningsfulle og relevante, og eksperter kan hjelpe med dette. Indikatorerne kan deles inn i fem hovedkategorier for å vurdere de økonomiske resultatene: finansiell levedyktighet,

effektivitet, likviditet, kapital og menneskelige ressurser (Pink et al., 2001). Totalt vil man da kunne vurdere langsiktig finansiell helse, kostnader på inputs i forhold til outputs, hvordan gjeld og omløpsmidler blir forvaltet, hvordan langsiktige eiendeler blir forvaltet, samt hvordan sykehusene allokere menneskelige ressurser til pasientbehandling og administrativt arbeid.

Ofte velges prestasjonsindikatorer på grunnlag av tre trinn. I første trinn starter man med det overordnede spørsmålet: “Hvilke prestasjonsindikatorer må vi fokusere på og måle kontinuerlig for å sikre at vi styrer rett i forhold til gjeldende strategiske delmål?” (Hoff & Holving, 2015, s. 154). For å svare på dette, må det vurderes hvilken strategisk endring som representerer målet, hvilke atferdsmessige endringer som tilsiktes og hvilke saker som ledelsen bør ta opp og drøfte i forbindelse med målet (Hoff & Holving, 2015). Det viktigste er at virksomheten måler det som skal måles (Hammer, 2007). Samtidig anbefales det å være fleksibel når det kommer til valg av indikatorer, og de bør **gjenspeile kritiske områder** (Pink et al., 2001; Hoff & Holving, 2015; Hammer, 2007). Som regel har virksomhetene for lite data og selv om ledelsen ideelt vil måle én indikator, kan dette ofte være vanskelig. Det er derfor vanlig å inngå kompromiss når det kommer til valg av indikatorer (Hammer, 2007). Det er i tillegg viktig å bemerke at de kritiske variablene vil endres over tid. På sikt kreves det dermed tilpasning av indikatorene.

Trinn to handler om å prioritere den eller de to viktigste prestasjonsindikatorerne for hvert delmål (Hoff & Holving, 2015). Det er viktig å kunne oppdatere parameteren for at den skal være virkelighetsnær og tilpasset dagens situasjon. Det må også kunne fastsettes måltall på parameteren for å signalisere ambisjon og drive forbedring. For å drive forbedring anbefales det at målingene settes inn i en **disiplinær prosess**, slik at man bruker målingene kontinuerlig istedenfor å kun se på de i etterkant (Hammer, 2007). Å bruke målingene systematisk vil kunne føre til bedre prestasjon, resultat og kundeopplevelse. I siste trinn skal hensikten med styringsparameteren angis og det skal samtidig gis en kort beskrivelse (Hoff & Holving, 2015).

Det er bedre å måle prosesser fra ende til ende, enn å kun måle enkeltfunksjoner (Hammer, 2007). Leveringen av helsetjenester i sykehus er fundamentalt basert på prosesser som må være horisontalt kontrollert. Dette er tilfelle når en pasient ankommer sykehuset for å motta tjenester fra laboratoriet og røntgen, styres gjennom operasjonssalen, bli overført til intensivavdelingen,

innlagt på ny avdeling, før man endelig returnerer hjem. Denne beskrivelsen viser at horisontale og laterale kontroller er veien til effektive prosessorganisasjoner (Pettersen & Solstad, 2015).

Leger er, i en viss grad, egnet til å ta på seg ekstra økonomiske kriterier i den kliniske beslutningsprosessen. Medisinske, profesjonelle og etiske kriterier vil likevel alltid gå foran de økonomiske kriteriene (Silva, 2013). Ledere må her gå foran som et godt eksempel, og belønning må gis selv om resultatene ikke er som ønsket og implementeringer må kunne kontrolleres i etterkant for å forsikre seg om at prosedyrer er fulgt (Hammer, 2007). Disse teknikkene må brukes samtidig, og vil resultere i bedre målinger og en bedre virksomhet.

### **Oppsummering**

Det er flere kriterier som må oppfylles for at en prestasjonsindikator skal være god. Den må være relevant, nyttig, gjennomførbar, troverdig og lett for ledelsen å kommunisere til de ansatte. Det er også viktig at det som måles inntreffer ofte, slik at man kan rettferdiggjøre sammenligninger både internt og eksternt. For å holde oversikt, anbefales det ikke mer enn åtte til ti indikatorer. I utvelgelsesprosessen av prestasjonsindikatorer er det viktig å ha god kunnskap om strategien til virksomheten, for å lede mot måloppnåelse. I prosessen bør det etableres team, hvor det involveres eksperter, samtidig som indikatorene også bør gjenspeile virksomhetens kritiske områder. Man må også være fleksibel i utvelgelsen og passe på at man kontinuerlig oppdaterer målingene, slik at virksomheten hele tiden er virkelighetsnær og tilpasset dagens situasjon.

### *2.1.3 Hvordan målinger brukes*

Sykehussektoren i Norge, som i mange andre europeiske land, har gjennomgått flere reformer det siste tiåret (Pettersen & Solstad, 2015). Disse New Public Management reformene skal gjøre sykehusene mer spesialiserte og koordinerte for å kunne levere effektive tjenester, samt tjenester av høy kvalitet til befolkningen (Pettersen & Solstad, 2015). Sverige og Storbritannia er eksempler på land som har hatt lignende reformer for å fremme konkurranse og ledelse i den offentlige helsetjenesten, og reformene har antydnet et behov for å forbedre forvaltningen av informasjonssystemer, spesielt innenfor kostnader og prestasjonsmåling (Ballantine et al., 1998).

Målstyring i offentlig sektor er viktig fordi offentlig sektor mangler visse konkurransemekanismer - eller i det minste ikke har like sterke utvelgelsesmekanismer og insentiver til effektivitet som markedskonkurranse kan ha (Johnsen, 2007). Intensjonen med reformene er å fremme priskonkurranse mellom tjenesteleverandører via kostnadseffektivitet. Dette har ført til nødvendig forbedring av tjenestekostnadssystemer hos leverandører, og har vært ledsaget av et økt fokus på prestasjonsindikatorer (Ballantine et al., 1998). I sammenheng med det økte fokuset på prestasjonsindikatorer, kan det oppstå flere fordeler ved riktig bruk.

Det er viktig at bedrifter danner prestasjonsindikatorer for de funksjoner og aktiviteter som driver atferden til de ansatte i riktig retning, sett ut i fra virksomhetens målsettinger (Hoff & Holving, 2015). Mye av det som skjer i en organisasjon foregår ofte i det skjulte. Bruken av et målstyringssystem skal derfor **synliggjøre** oppgaver og aktiviteter, noe som må gjøres gjennom periodiske målinger og rapporteringer. Når måling og rapportering er periodisk regelmessig, vil dette gi **konsistent styring**. Dette vil dermed signalisere at aktivitetene er viktige for bedriften. Ved å gjøre dette, påvirker prestasjonsindikatorerne atferden til de ansatte ved at de lettere kan **prioritere** de aktiviteter som skal gjennomføres. Bruken av prestasjonsindikatorer bidrar dermed til å motivere ansatte til nødvendig fremdrift mot målene (Hoff & Holving, 2015).

De fleste prestasjonsmålingssystemene brukes for å sammenligne kvaliteten på sykehus, men det er ingen konsensus i hvordan kvalitet måles. Utfordringen blir dermed å respektere de forskjellige definisjonene av kvalitet, målemetoder, posisjoner og mål involvert i prestasjonsmålingen i helsesektoren, slik at sammenligningen blir rettfærdig (van der Voort & Kerpershoeck, 2010).

Som nevnt tidligere, er det viktig å **analysere** eventuelle **avvik** som oppstår mellom de forutbestemte målene og det som er oppnådd. Dette er selve basisen for en lærende og tiltaksorientert bedrift (Hoff & Holving, 2015). Prestasjonsindikatorer er derfor et viktig redskap for å muliggjøre feedback. Virksomheten skal bruke tilbakekoblingene til **kontinuerlig forbedring**. “Målingene danner derfor grunnlaget for å bygge en tiltaksfokuset organisasjon” (Hoff & Holving, 2015, s. 74).

For at en virksomhet skal oppnå suksess, kreves det en **konsistent kvalitet** i gjennomføringen av aktiviteter over tid, noe som oppstår som følge av å bruke prestasjonsmålinger (Hoff & Holving, 2015). Videre så hevdes det at utviklingen av prestasjonsmålesystemene bidrar til at ansatte trekker i den samme retningen. Dette fordi at de ansatte får større forståelse for de utfordringene bedriften står overfor og hva som skal til for å overkomme dem. På denne måten kan prestasjonsindikatorer brukes for å gi ansatte større innsikt i virksomheten, da de overordnede og strategiske delmålene fremheves. Med andre ord, så kan prestasjonsmålingssystemer bidra til å sveise bedrifter sammen (Hoff & Holving, 2015).

Når prestasjonstiltakene er skreddersydd til strategien, kan målstyringssystemet gi nødvendig tilleggsinformasjon for å få en balansert prestasjonsevaluering. Med fokus på implementeringen av finansielle prestasjonsmål, er det de typiske arbeidsaktivitetene som påvirker graden av tilpasning (Ballantine et al., 1998). Dette skyldes variasjoner i pasientens behov og atferd. Disse faktorene påvirker sammenlignbarheten mellom underenheter og etablering av meningsfulle standarder for ressursutnyttelse, som for eksempel kostnader per konsultasjon eller gjennomsnittlige timeinntekter.

Det argumenteres ofte for at organisatorisk suksess er et multidimensjonalt konsept som både endres over tid, samt mellom ansatte og grupper i virksomheten (Ballantine et al., 1998). Pasienter og medisinsk personell kan ha ulike bekymringer, og for å kunne oppnå tilfredsstillende nivåer av prestasjon i alle aspekter, kan et målstyringssystem brukes for å gi nødvendig **kontroll og koordinering** av en rekke aktiviteter som er utført av ulike organisatoriske grupper.

I hvilken grad private sykehus gjennomfører sine strategiske implementeringsaktiviteter, er knyttet til nivået av organisatorisk prestasjon (Ogunmokun et al., 2005). Å gjøre endringer i organisasjonsstrukturen, kommunikasjon til de ansatte om når og hvordan strategier skal gjennomføres, gi insentiver til ansatte for effektiv gjennomføring av strategier, samt å tildele ansvar for implementering av strategiene til en bestemt person, er aktiviteter som kreves for å kunne ha høy bedriftsprestasjon (Ogunmokun et al., 2005; Hoff & Holving, 2015).

Det er viktig at den enkelte virksomhet har en **grundig drøfting** og gjennomgang med de ansatte om hvorfor det er viktig med prestasjonsindikatorer. I tillegg må ledelsen forklare hvorfor de ønsker å måle de spesifikke prestasjonene (Hoff & Hovling, 2015). Når dette gjøres riktig unngår man at de ansatte motarbeider bruken av prestasjonsindikatorer, noe som ofte skyldes en manglende eller utilstrekkelig dialog om hvorfor målstyring er tatt i bruk. Et eksempel som belyser viktigheten av involvering finner man i Nederland. Her hadde myndighetene utviklet et sett med prestasjonsindikatorer som ble sendt til alle sykehus i landet, og som skulle brukes aktivt. Dessverre var informasjonen myndighetene fikk fra dette ikke optimal. Ettersom det hadde vært liten involvering av fagpersonell i utviklingen av systemet, hadde dette ført til motstand fra leger og ledelse, og flere sykehus nektet å oppgi informasjonen (van der Voort & Kerpershoek, 2010). Sykehusene må derfor inviteres til å være med på utviklingen av prestasjonsindikatorer og utfordringen ligger da i å få både ledere og helsepersonell til å forplikte seg til prestasjonsmåling.

Mange bedrifter måler sine operasjoner som produksjon, kundeservice, markedsføring, innkjøp og lignende. Til tross for dette, mener få ledere og ansatte at disse målingene hjelper bedriften med å forbedre prestasjon eller oppnå målene sine (Hammer, 2007). Det er også stor enighet om dette i de tilfeller der bedrifter har implementert The Balanced Scorecard eller andre liknende rammeverk. Et eksempel på en slik situasjon fantes i Deloitte, hvor 60 prosent av ledelsen mente at prestasjonsmålingssystemet hverken drev ansattes motivasjon eller førte til høyere prestasjon (Buckingham & Goodall, 2015). Også i den norske sykehussektoren var situasjonen den samme. Det ble viet mange ressurser til rapportering oppover i hierarkiet, men dette ble ansett som ikke relevant for de horisontale kontrollformålene (Pettersen & Solstad, 2015). Det ble istedenfor hevdet at denne rapporteringen reduserte kapasiteten til å gjøre interne analyser i avdelingene. For å hindre at dette skal oppstå, må den vertikale rapporteringen ikke være for detaljert.

Prestasjonsindikatorer kan også bidra til å **fremskaffe fakta** for ledere, noe som kan føre til økt kvalitet på beslutninger (Hoff & Hovling, 2015). Virksomheter kan derfor bruke målstyringssystemer for å få et tidlig signal i forhold til endringer som må gjennomføres. Bruken av prestasjonsindikatorer skal kommunisere hva ledelsen forventer av de ansatte, og ledelsen må derfor være både konkret og presis i formuleringer. På den måten bidrar

prestasjonsindikatorer positivt i samhandlingen mellom leder og ansatt. De aktiviteter som måles, får dermed en signalisering av **viktighet** (Hoff & Holving, 2015). På denne måten kan bruken av et målstyringssystem føre til at lederne kommuniserer bedre, samtidig som prestasjonsindikatorer muliggjør delegering av myndighet og ansvar. Prestasjonsmål gir derfor ledere i offentlig sektor muligheten til å kommunisere målene tydeligere, evaluere hensiktsmessigheten og politiske forutsetninger av målene og å revidere retningslinjene. Utforskende bruk av prestasjonsindikatorer forbedrer derfor bedriftens prestasjon (Speklé & Verbeeten, 2013).

Vellykket ledelse i sykehus er basert på kliniske ledere som styrer klinikkene innenfor budsjetttrammene, og i tillegg vier tid til å kommunisere med sine kolleger og ansatte i klinikken (Pettersen & Solstad, 2015). Mange ressurser er satt inn i rapporteringen oppover til regionalt nivå. For at det ikke skal oppstå suboptimalisering ved at noen avdelinger, grupper eller individer setter sine egne mål foran det overordnede målet, er det viktig at ledelsen er bevisst på at når det utvikles et prestasjonsmålingssystem for bedriften, må de valgte prestasjonsmålene samlet bidra til å **optimalisere resultatene** for hele bedriften (Hoff & Holving, 2015).

New Public Management er fortsatt kontroversielt i helsesektoren (Silva, 2013). Siden målene i NPM for det meste er økonomiske, vil dette medføre en justering av klinisk effektivitet og en større tilstedeværelse av ledelsen i sykehusene. Det er derfor viktig å tenke på hvordan målstyring påvirker menneskelig atferd og dermed også bedriftsprestasjon (Hammer, 2007). Videre er det hevdet at prinsippene i NPM medfører et stort press på leger, ettersom de skal både redusere kostnader og forbedre den medisinske kvaliteten (Silva, 2013).

## **Oppsummering**

Hensikten med å bruke prestasjonsmålinger i sykehus er å bli mer spesialiserte og koordinerte slik at de kan levere tjenester av en høy kvalitet effektivt, for på den måten å få flere pasienter gjennom systemet. Bruken av målstyringssystem skal prioritere og synliggjøre aktiviteter gjennom periodiske målinger og rapporteringer. Virksomheter skal bruke prestasjonsindikatorer for å kontinuerlig analysere avvik, slik at korrigerende tiltak raskt kan settes inn, og på denne måten lære og oppnå forbedring. Det må være en konsistent kvalitet i gjennomføringen, og når dette gjøres blir avvik fra mål fort synlig. Samtidig gir målstyringssystemet nødvendig kontroll og koordinering. Målstyringssystemer bidrar dermed til at alle ansatte trekker i den samme retningen, tar bedre og mer faktabaserte beslutninger, samt at de får en større forståelse for virksomheten. På denne måten bidrar prestasjonsindikatorer til optimalisering av resultater for hele virksomheten.



## 2.2 Oppsummeringsfigur av teorikapittel



Figur 1: Oversikt over mulige tilpasningsområder for målstyringssystemer i sykehus og anbefalinger fra litteraturen

# Kapittel 3: Metode

## 3.1 Valg av design: Kvalitativ teoridrevet casestudie

Valg av metode avhenger først og fremst av den valgte problemstillingen, for så å finne teorier og fremgangsmåter som best mulig besvarer problemstillingen (Johannessen et al., 2011). Når man skal forklare en nåværende situasjon med hvordan og hvorfor, kan casestudie være relevant.

Målet med casestudie er å designe, samle inn, presentere og analysere data på en hensiktsmessig måte (Yin, 2014). Problemstillingen i denne oppgaven er:

### **Hvordan tilpasses målstyringssystem i sykehus?**

Det valgte caset fra sykehussektoren er Volvat, og denne oppgaven har som formål å gi innsikt i bruk og tilpasning av indikatorer de benytter som en del av sitt målstyringssystem. Casestudie er da et godt forskningsdesign for å forstå hvordan dagens situasjon i Volvat. Casestudie er også fleksibelt når man skal forklare et fenomen ved at man står friere i innsamlingen av relevant data (Yin, 2014).

I denne oppgaven, ble det først skaffet et overblikk over teorien som eksisterer om målstyringssystemer. En slik teoridrevet oppgave, også kalt deduktiv metode, gir anledning til å sammenligne oppgavens funn om Volvat opp mot gjeldende litteratur om målstyringssystemer. Dette kan i så måte bidra med ytterligere teori på feltet. Denne metoden fører til at vi som forskere har teoretiske antakelser, og i så måte er påvirket av teorien vi har lest når vi søker etter empiri (Johannessen et al., 2011).

Det meste i teorikapitlet omhandler privat sykehussektor, og det er per i dag også den private sykehussektoren som har mest litteratur som omhandler målstyringssystemer. Offentlige og private sykehus har forskjellige utgangspunkt for prestasjonsmålinger. Der private sykehus er nødt til å gå med profitt, kan offentlige sykehus i større grad regne med finansiering fra staten. Likevel er effektivisering og kostnadsbesparelser temaer som både de offentlig og private

sykehusene er opptatt av. Dette gjelder spesielt hvordan målstyringssystemet tilpasses og hva som måles. Private sykehus i Norge skiller seg ut ved at størstedelen av pasientene er de som aktivt oppsøker de private aktørene. Det finnes likevel private sykehus som har vunnet offentlige anbud, og som praktisk sett blir en del av offentlige tilbudet.

Det finnes mye teori om målstyringssystemer - hvordan de fungerer, fordeler og ulemper, og hvordan virksomheter kan effektiviseres. Tilpasning av målstyringssystem internt i en virksomhet eksisterer det derimot lite teori om. Det er dette vi ønsker å undersøke, samtidig som vi bygger og videreutvikler den eksisterende teorien. Casestudier kan gjennomføres basert på både kvalitative og kvantitative data. For å bygge teori, er den mest brukte metoden kvalitative data (Graebner et al., 2012). Hensikten med oppgaven er, som tidligere nevnt, å se hvordan målstyringssystem internt i Volvat blir tilpasset, samt hvordan og hvorfor tilpasningene påvirker Volvat sin resultatoppnåelse. For å få en dypere forståelse av problemstillingen, vil således en kvalitativ metode fange opp nyanser og forståelse av hvordan virkeligheten blir oppfattet (Johannessen et al., 2011)

Valget falt på kvalitativ data, med innslag av både primær- og sekundærdata. For å dekke kompleksiteten i et case, i den rette kontekst, bør evalueringen av data baseres på flere kilder (Yin, 2014). Kvalitativ metode ble valgt basert på det som er mest hensiktsmessig, og ikke ut fra en antakelse om at den ene metoden er bedre enn den andre (Jacobsen, 2015). Begge typer data vil være nyttig for å kunne svare på problemstillingen. Hvis det kun ble benyttet teorier, ville vi ikke hatt muligheten til å se om det er samsvar mellom målinger, tilpasninger og økonomiske resultater. Ved å benytte oss av dybdeintervjuer som primærdata, samt kvalitativ data om Capiro sitt målstyringssystem som sekundærdata, vil vi derfor ha et godt grunnlag for å besvare problemstillingen.

### **3.2 Datainnsamling: gjennomføring av individuelle dybdeintervjuer**

I denne oppgaven ble individuelle dybdeintervjuer valgt som metode for primærdatainnsamling. Dette fordi vi var interessert i den enkelte intervjuobjektets holdninger og oppfatninger knyttet til temaet (Jacobsen, 2015). Det var også viktig å få frem om intervjuobjektene selv hadde

påvirkningskraft ved eventuelle tilpasninger, noe som også argumenterte til fordel for individuelle dybdeintervjuer for datainnsamling. Gruppeintervjuer kunne også vært en mulig måte å innhente data på. Det ble derimot vurdert til at intervjuobjektene personlige meninger og ytringer da hadde begrenset seg, i redsel for å skille seg ut (Johannessen et al., 2011). Individuelle dybdeintervjuer egner seg når det er relativt få intervjuer, i dette tilfelle ni, som skal gjennomføres (Jacobsen, 2015). Det var naturlig for oss som intervjuere å innta moderatorrollen, fremfor å engasjere en tredjepart, for å innhente relevant informasjon. I tillegg ga det mulighet til å avkrefte eller bekrefte eventuelle misforståelser (Askheim & Grenness, 2008).

Utvalget besto av totalt ni ansatte i Volvat. I forkant av datainnsamlingen hadde vi et møte med administrerende direktør i Volvat. I møtet beskrev vi forskningsopplegget og hvilke ønsker vi hadde når det kom til valg av informanter. Sammen ble vi enige om at vi skulle intervju tre ledere på forskjellige nivåer i tre forskjellige avdelinger, for å sikre bredde og variasjon. Denne formen for utvelgelse er strategisk og en ikke-sannsynlighetsutvelgelse (Silverman, 2014). Intervjuobjektene vi ønsket, var ledere som kjente til og brukte Volvat sitt målstyringssystem, da dette ville sikre informasjon. Avdelingene ble også valgt med visshet om at det eksisterte forskjeller i bruken av målstyringssystemet. Avdelingene intervjuobjektene kom fra var Oslo, Fredrikstad og Bergen.

Vi tok så kontakt med avdelingslederne i de forskjellige byene, og uttrykte vårt ønske om valg av intervjuobjekter. Ideelt ville de tre intervjuobjektene fra hver by, være på forskjellige nivåer og inneha den samme stillingen, i hver sin avdeling. Dette fungerte som en kriteriebasert utvelgelse, selv om de tre kriteriene ikke ble fullt ut oppfylt. Det kan også argumenteres for en form for kvoteutvelgelse, da informantene kan settes i kategorier basert på sentrale kjennetegn (Johannessen et al., 2011). Samtidig ville vi også intervju en leder i hver by som hadde sine arbeidsoppgaver i produksjonen. Det var imidlertid opp til avdelingslederne hvilke informanter vi til slutt fikk intervju, en form for snøballmetode. På grunn av dette er det ikke helt samsvar i stillinger fordelt på nivåene mellom de tre avdelingene. Denne prosessen med å velge informanter kan beskrives som en kombinasjon av de nevnte utvalgsmetodene.

I tillegg til primærdata innhentet gjennom intervjuene, ble det brukt sekundærdata. Sekundærdataene som har blitt benyttet er basert på årsrapporten til Capio. Årsrapporten omhandler blant annet Capio-modellen. Informasjonen ble brukt til å besvare det første forskningsspørsmålet. For å få informasjon om alle prestasjonsindikatorerne som Capio vil at Volvat skal bruke, fikk vi i tillegg tilgang til interne IT-systemer. Prestasjonsindikatorerne er innhentet med det formål å kunne sammenligne hva teorien sier skal måles, hva Capio sier skal måles, samt hva Volvat sine avdelinger faktisk benytter seg av.

Intervjuene ble gjennomført på bakgrunn av en semistrukturert intervjuguide. Dette er også den mest utbredte formen for kvalitative intervjuer (Johannessen et al., 2011). Det var viktig at de fleste svarene skulle komme fra intervjuobjektet selv, og derfor var det avgjørende å ikke ha et strukturert intervju, men heller semistrukturert. Videre var det vesentlig at spørsmålene ikke skulle virke førende på svarene til intervjuobjektet, og derfor ble spørsmålene i utgangspunktet formulert som åpne. På denne måten kunne uttalelser skje på et intuitivt grunnlag.

Intervjuguiden inneholdt en oversikt over temaer og generelle spørsmål som skulle gjennomgås i løpet av intervjuene. Spørsmålene i intervjuguiden ble utviklet med bakgrunn i relevant teori fra kapittel 2. En illustrasjon av metoden finnes i vedlegg 5. Intervjuguiden identifiserte sentrale deler som inngår i den overordnede problemstillingen. I tillegg inneholdt intervjuguiden underpunkter og underspørsmål, slik at vi skulle få utdypet de forskjellige temaene så godt som mulig.

For å etablere tillit mellom informantene og oss, benyttet vi flere tiltak. Vi ønsket å avbryte intervjuobjektene minst mulig, samtidig som vi var konsekvente når det kom til bruk av kroppsposisjoner. Vi inntok også en lyttende stilling. Da vi var to intervjuere, ble det bestemt at én hadde hovedansvaret for snakkingen under intervjuet, mens den andre i hovedsak skulle notere.

Vi delte inn intervjuet i tre deler:

### 1) *Innledning og myk start*

Før selve intervjuet startet, presenterte vi oss selv, forklarte intervjuobjektene hva formålet med intervjuet var og hvordan informasjonen som kom fram i intervjuet skulle benyttes. Vi spurte intervjuobjektene om det var greit at det ble tatt lydopptak av intervjuet og om det var noe intervjuobjektet lurte på i forbindelse med oppgaven. Til slutt ble det informert om at informanten kunne avbryte intervjuet når som helst og hvor lenge intervjuet kom til å vare.

De første spørsmålene som ble stilt handlet om bakgrunnen til intervjuobjektet. Dette var enkle spørsmål med enkle svar. Ved å stille enkle og generelle spørsmål i begynnelsen av intervjuet, minsker man sannsynligheten for at intervjuet skal låse seg (Jacobsen, 2015), og man etablerer en relasjon og et tillitsforhold til intervjuobjektet (Johannessen et al., 2011). For å få en overgang til vårt tema, benyttet vi oss av et introduksjonsspørsmål. På denne måten rettes oppmerksomheten til intervjuobjektet mot temaet, og intervjuobjektet fikk mulighet til å snakke om sine erfaringer med målstyringssystemer.

### 2) *Hoveddel*

Hoveddelen av intervjuet besto av nøkkelspørsmål. Nøkkelspørsmålene var kjernen av intervjuguiden, og det var her mesteparten av tiden gikk med. Formålet med disse spørsmålene var å få den informasjonen vi ønsket ut i fra problemstillingen og forskningsspørsmålene (Johannessen et al., 2011). Ettersom vi ikke fant det nødvendig med mer kompliserte og sensitive spørsmål, unngikk vi disse spørsmålene.

### 3) *Avslutning*

Intervjuet ble avsluttet på en mild måte. For det første, så forberedte vi intervjuobjektet på at intervjuet nærmet seg slutten. Når intervjuet var ferdig, ble det satt av tid til å oppklare uklarheter. Vi spurte også om det var noe informanten ville legge til, før funnene ble oppsummert.

Åtte av de ni intervjuene ble gjennomført ansikt-til-ansikt på kontorene til hvert enkelt intervjuobjekt. Lokalene ble valgt på grunn av praktiske hensyn, samt at informantene skulle føle seg mest mulig komfortable og trygge i kjente omgivelser (Jacobsen, 2015). Ettersom forskning tyder på at innholdet i intervjuet påvirkes av konteksten, ville vi unngå kunstige svar. Dette har en styrke i at man har god tid til å etablere tillit og åpenhet mellom intervjuere og den som ble intervjuet (Jacobsen, 2015). Det er i tillegg ofte mindre distraksjoner, samtidig som det er med på å gi en god flyt i samtalen. Som intervjuer i et ansikt-til-ansikt intervju har man også muligheten til å observere intervjuobjektets fakter og væremåte, og dermed ha bedre kontroll over situasjonen (Jacobsen, 2015). Intervjuerne må også være klar over intervju effekten som kan oppstå på grunn av personlighet og arbeidsmåte (Halvorsen, 2008), samtidig som man prøver å begrense dette ved å opptre på en smidig måte.

Intervjuene ble, som tidligere nevnt, tatt opp på opptaker med intervjuobjektens samtykke, for senere transkribering. Ved å ta opptak av intervjuet kunne vi også tone ned notatskrivingen og dermed opprettholde en mer naturlig samtalekontakt, som igjen førte til at intervjuet fløt bedre (Jacobsen, 2015). I tillegg kan det se ut til at personer har lettere for å snakke om følsomme tema i ansikt-til-ansikt intervjuer enn over telefon eller internett (Jacobsen, 2015).

På den andre siden er det kostbart, både økonomisk og tidsmessig, å ha ansikt-til-ansikt intervjuer. I tillegg kan enkelte reagere negativt på lydopptak (Jacobsen, 2015). En svakhet ved å holde intervjuet på intervjuedes kontor, oppdaget vi ved to tilfeller, da en person kom inn på kontoret og avbrøt. En annen svakhet var at et av intervjuobjektene fra Bergen måtte avlyse i siste liten, da det dukket opp noe annet viktig. Intervjuobjektet tok seg likevel tid til å snakke med oss ansikt-til-ansikt i noen minutter, da vi allerede var i Bergen for to andre intervjuer. På grunn av kostnader og lang reisevei var det ikke aktuelt å dra tilbake ved en senere anledning. Dette intervjuet ble noen dager senere gjennomført over Skype. Det korte samtalen bidro til at tilliten og flyten i Skype-intervjuet opplevdes som god og åpen.

Det ble satt av 60 minutter til hvert intervju. Det hevdes at intervjuer på en halvtime er for korte til å få frem all relevant informasjon, og spørsmålene går ikke nok i dybden (Jacobsen, 2015). Likevel kan korte intervjuer, hvor det stilles konkrete spørsmål, være brukbare. Et intervju er for

langt når det varer lenger enn én og en halv time, kan føre til at begge parter blir lei og utslitte (Jacobsen, 2015). Intervjuene i Fredrikstad ble gjennomført 03.03.17, i Bergen 10.03.17 og over Skype 14.03.17, samt i Oslo 23.03.17 og 24.03.17.

### **3.3 Analyse**

Analysen av denne casestudien er basert på teoretiske antakelser, noe som også er å foretrekke (Johannessen et al., 2011). Analysen og fortolkningen av dataene bør gjøres av de som har samlet inn dataene, som er forskerne av et prosjekt. Dette er også tilfelle i denne oppgaven. Kvalitative data gir ingen informasjon i seg selv og de må fortolkes (Johannessen et al., 2011). Gjennom å sammenstille de forskjellige intervjuene og dokumenter, kan det påpekes mønstre, spesielle avvik eller underliggende årsaker (Jacobsen, 2015). I analysen var målet å trekke frem sentrale detaljer, slik at vi kunne få ny innsikt om temaet. Praktisk sett handlet analysen om fire forhold: dokumentasjon, utforskning, systematisering og kategorisering, samt sammenbinding (Jacobsen, 2015).

Kort tid etter at intervjuene fant sted, ble notatene renskrevet for å sikre at vi skulle forstå hva som hadde blitt skrevet. Videre ble notater sjekket opp mot hukommelsen, og hovedinntrykkene fra intervjuene ble skrevet ved første anledning (Jacobsen, 2015). Vi foretok også noen refleksjoner over selve intervjusituasjonen, spesielt med tanke på hvordan intervjuobjektet ble oppfattet. Kroppsholdninger hos intervjuobjektene ble registrert, og det ble gjennomgått hvordan vi som intervjuere fungerte, og om selve intervjuet fungerte.

I dokumentasjonsfasen ble alle intervjuer transkribert i sin helhet. Dette kalles asynkron, og er en skriftlig fremstilling av informasjon (Jacobsen, 2015). Dette gjorde det lettere å analysere intervjuene i etterkant, og vi kunne dermed bevege oss lettere frem og tilbake i intervjuene. Transkribering åpner også for kontroll av rådata for andre.

Utforskningsfasen, herunder tekst-graving, som er å finne en første struktur i teksten. Et eksempel er ordtelling, men dette ble ikke utført da vi ikke anså ordtelling som relevant eller nødvendig for oppgaven. I analysens tredje fase, systematisering og kategorisering, ble det utført



en innholdsanalyse. Innholdsanalysen handler om det et intervjuobjekt sier i et intervju, kan reduseres til mer overordnede kategorier. Det sentrale var dermed å finne relevante kategorier, slik at utsagnene ga mening (Jacobsen, 2015). Kategoriseringen innebar at temaene ble delt opp i mindre deler, før deler av teksten ble samlet i de ulike kategoriene. Data som lignet hverandre og omhandlet det samme, havnet i en kategori. Dette kalles åpen koding (Jacobsen, 2015). Gjennom bruk av en semistrukturert intervjuguide, har vi som forskere allerede dannet noen hovedkategorier. Dette gjorde vi på bakgrunn av informasjon funnet i teorikapittelet. Likevel så vi nærmere på det vi trodde kunne være de bakenforliggende temaene. Dette ble gjort ved å markere ord og utsagn i margin som vi mente kunne ha betydning for intervjuobjektens oppfattelse av Capio sitt målstyringssystem. Denne prosessen ble utført av begge to, uavhengig av hverandre. Når dette gjøres, forenkles komplisert og detaljert data, samt at ord, setninger og tekster blir satt i en kategori sett ut i fra noen kriterier (Jacobsen, 2015). Når dette er gjort, kan man definere innholdet i de enkelte kategoriene.

Etter at første analyse er gjort, etablerer forskeren nye kategorier som ikke finnes direkte i dataene. Denne prosessen kalles for aksial koding (Jacobsen, 2015). Kategorien kan være ny, eller det kan være en overordnet kategori. Alle kategoriene er fundert i data, og metoden er dermed induktiv. Kategoriene dannes derfor på bakgrunn av de intervjuene og dokumentene etterhvert som man gjennomgår dataene. Et utdrag av kategoriene dannet, finnes i tabell 3.

Tabell 3: Aksial koding - utdrag fra definisjonstabell og innholdet i de ulike kategoriene

<i>Kategorier</i>	<i>Innhold</i>
<i>1 Belønning</i>	Alle typer data som omhandler bruken av belønning for måloppnåelse eller belønning for riktig måling av KPI.
<i>2 Relevans</i>	Alle typer data som omhandler relevante og irrelevante QPIer og KPIer.
<i>3 Motstand</i>	Alle typer data som omhandler motstand mot bruken av Capio-modellen, da spesielt QPIer og KPIer.
<i>4 Tilhenger</i>	Alle typer data som omhandler positive utsagn om bruken av Capio-modellen, da spesielt QPIer og KPIer.
<i>5 Ulik forretningsmodell mellom Norge og Sverige</i>	Alle typer data som omhandler utsagn om forskjeller mellom forretningsmodell i Volvat i Norge og Capio i Sverige.

Når kategoriene er dannet, må man tilordne setninger og avsnitt i en eller flere kategorier (Jacobsen, 2015). I tabell 4 kan man finne et eksempel på kobling av utsagn og kategori. Når en slik kobling gjøres, kan man sammenligne de ulike intervjuobjektene utsagn om samme tema. Vi sorterte avsnitt og setninger etter de bestemte temaene. Dermed var neste skritt i analysen å plassere dem i de ulike kategoriene.

Tabell 4: Eksempel på kobling av kategori og informasjon

Kategori: Ulik forretningsmodell mellom Norge og Sverige		
Informant	Kontekst	Vurdering
1	En leder i Oslo	Mener at Capio i Sverige ikke forstår at Volvat kun er drevet av private kunder, da de i Sverige får finansiell støtte og offentlige pasienter. Målingen blir derfor litt feil.
2	En leder i Oslo	KPIene kommer fra Sverige som har en helt annen finansieringsmodell, samtidig som de har helt andre pasienter. Det måles dermed ting i Norge som er uvesentlige og ikke gir noen verdi.
3	En leder i Fredrikstad	Capio kommer fra en privat virkelighet i Sverige, hvor de har vunnet offentlige anbud. Dette gjør at de alltid har fulle lister. Dette er derimot ikke tilfellet i Norge, og man vet aldri hvor mange pasienter som kommer. Dermed blir det vanskelig å ha KPIer på ressurser, da Volvat faktisk ikke vet antall pasienter hver dag. Capio og Sverige ønsker full utnyttelse av ressurser, mens man i Volvat og Norge ønsker tilgjengelige ressurser.

I siste fase av analysen, selektiv metode, forsøker man å identifisere mønstre og sammenhenger (Jacobsen, 2015). Samtidig skal informasjonsmengden reduseres, slik at man får frem den mest interessante og relevante informasjonen. Etter at dette er utført, sitter man igjen med informasjon om de ulike temaene, om undersøkelsesenheten og om konteksten som dataene ble samlet inn i. Det er disse typer data som man samler, og ser om det finnes kausale sammenhenger mellom (Jacobsen, 2015). Dette er spesielt relevant i forhold til det tredje forskningsspørsmålet og et eksempel på koding finnes i vedlegg 6.

## 3.4 Reliabilitet og validitet

### 3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet referer til fravær av tilfeldige feil, slik at forskere som kommer senere kan komme frem til de samme forståelsene om de gjennomfører studiet på samme måte (Denzin & Lincoln, 1994). Stikkord for reliabilitet i en casestudie er derfor åpenhet og replikering (Gibbert et al., 2008). Det er likevel en forskjell når det kommer til kvalitativ forskning i forhold til kvantitativ, da kravene er forskjellige. “Det vil være umulig for andre forskere å duplisere en kvalitativ forskers forskning” (Johannessen et al., 2011, s. 243). Forskeren bruker seg selv som instrument i en intervjusituasjon, samtidig som ingen andre har samme bakgrunn. Resultatene vil derfor ikke bli like, da ingen andre kan tolke dataene på samme måte (Johannessen et al., 2011).

Reliabiliteten, eller påliteligheten, styrkes ved at det gis en inngående beskrivelse av konteksten, og en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2011). Dette har vi gjort ved å sette leseren inn i konteksten av oppgaven gjennom innledningen, samtidig som vi har beskrevet forskningsprosessen. For å være så åpne som mulig har vi eksplisitt formulert hvilke metoder vi har benyttet, og vi har ovenfor forklart hvordan dette kan påvirke resultatet.

På grunn av at man i kvalitativ forskning ønsker å få mest mulig informasjon fra intervjuobjektet, velges det intervjuobjekter med mye kunnskap om feltet (Johannessen et al., 2011). Dette er i utgangspunktet også gjort i denne oppgaven. Det er informantene som i kvalitativ forskning må utføre en del av kontrollen av påliteligheten gjennom feedback-prosesser (Askheim & Grenness, 2008). Dette kan gjennomføres ved å oppsummere de viktigste funnene på slutten av intervjuet, slik at forskeren er sikker på at det ikke har oppstått noen misforståelser. Vi hadde blant annet satt av tid til dette på slutten av hvert intervju, hvor intervjuobjektene hadde mulighet til å rette opp vår forståelse av det som hadde blitt sagt.

### *3.4.2 Begrepsvaliditet*

Begrepsvaliditet referer til kvaliteten på konseptualiseringen eller operasjonaliseringen av relevante begreper (Gibbert et al., 2008). En vanlig definisjon på begrepsvaliditet er: “Måler vi det vi tror vi måler?” (Johannessen et al., 2011, s. 244). Hvis man tar utgangspunkt i denne definisjonen, er ikke kvalitativ forskning valid, ettersom resultatene ikke kan kvantifiseres og dermed heller ikke måles. Vi velger derfor heller å beskrive begrepsvaliditet som i hvilken grad våre observasjoner virkelig avspeiler det den har til hensikt å undersøke (Gibbert et al., 2008; Johannessen et al., 2011).

Validitet er også viktig når det kommer til intervjuobjektens utsagn (Johannessen et al., 2011). Intervjuobjektet kan være pålitelig eller upålitelig, og utsagnene kan være sanne eller usanne. Man vet at vi som forskere påvirker intervjuobjektene bare ved å være til stede, intervju effekten som tidligere nevnt. Denne effekten innebærer at vi som intervjuere påvirker intervjuobjektet og svarene som blir gitt gjennom kroppsspråk, antrekk, stemmeleie og holdninger (Johannessen et al., 2011). Videre finnes det flere ulike metoder for å unngå metodefeil og skjevheter. For å unngå disse feilene, anbefales det å ta i bruk metodetriangulering (Gibbert et al., 2008; Johannessen et al., 2011), og etablere en klar beviskjede for å tillate leserne å rekonstruere hvordan vi som forskere har gått fra de innledende forskningsspørsmålene (Gibbert et al., 2008). Dette har vi gjort ved at vi har tatt utgangspunkt i mer enn bare én setting, da vi har hentet kvalitative primærdata fra tre forskjellige lokasjoner og sett på sekundærdata i form av prestasjonsindikatorer fra de samme avdelingene. Troverdighet kan også styrkes ved formidling av resultater (Johannessen et al., 2011). Som nevnt tidligere er dette noe vi har gjort, da intervjuobjektene har fått mulighet til å bekrefte resultatene ved å se gjennom utsagn i kontekst.

### *3.4.3 Intern validitet*

Intern validitet referer til årsakssammenhenger mellom variabler og resultater (Gibbert et al., 2008). “Utgangspunktet er at forskerne ønsker å beskrive en virkelighet som ikke er direkte observerbar” (Jacobsen, 2015, s. 228). Dermed er det viktig at funnene faktisk er et resultat av forskningen og ikke et resultat av subjektive holdninger (Johannessen et al., 2011). I tillegg

avhenger dette av hvorvidt intervjuobjektene faktisk har gitt en sann beskrivelse av virkeligheten (Jacobsen, 2015). Bekreftbarheten skal sikre dette. Spørsmålet er om forskeren gir et plausibelt kausalt argument og et logisk resonnement, som er overbevisende nok til å forsvare konklusjoner (Gibbert et al., 2008).

For å sikre intern validitet, er det viktig at forskerne legger vekt på å beskrive alle beslutninger som tas (Johannessen et al., 2011). Dette har vi gjort tidligere i dette kapittelet. Teoritriangulering kan styrke den interne validiteten ved at den tillater forskeren å bekrefte funnene ved å ta i bruk flere perspektiver (Gibbert et al., 2008). Vi benyttet oss av triangulering ved å hente inn primærdata i form av intervjuer, og sekundærdata i form av prestasjonsindikatorer, samt informasjon om Volvat sitt målstyringssystem. Samtidig kan validiteten styrkes ved at tolkningen støttes av intervjuobjektene. Dette har vi som sagt gjort ved at intervjuobjektene har fått mulighet til å gjennomgå deler av oppgaven, som inneholder deres sitater, og kommentere sine egne utsagn. Det er likevel viktig å fremheve at man som forsker kan avdekke forhold som intervjuobjektet ikke er klar over selv. Dermed kan et funn være gyldig selv om intervjuobjektet ikke kjenner seg igjen i det (Jacobsen, 2015).

Når det kommer til om dataene, og dermed kildene, er gode nok, mener vi at vi har fått tak i de riktige kildene. I og med at dette er en casestudie, har virksomheten gitt oss tilgang til ansatte med rett informasjon. Likevel kunne noen av kildene hatt en bedre kunnskap om temaet. Vanligvis kan man stole mer på et intervjuobjekt som kan mye om et tema, enn en som er fersk på området (Jacobsen, 2015). To av intervjuobjektene hadde overraskende liten kunnskap om det aktuelle teamet, og dermed svekkes tiltroen til informasjonen som ble gitt av disse intervjuobjektene. Dette svekker igjen den interne validiteten. Vi har på den annen side ingen grunn til å tro at intervjuobjektene har fremstilt informasjon uriktig, da intervjuobjektene hverken kan oppnå fordeler eller få represalier, da oppgaven er anonymisert. Vi har også sikret oss for uriktig informasjon gjennom å ha intervjuer med totalt ni personer, og hvor de forskjellige avdelingene gjør intervjuobjektene uavhengige av hverandre.

Sekundærdata er samlet inn til et annet forhold enn det forskeren ønsker å belyse (Jacobsen, 2015). På grunn av at sekundærdataene brukt i denne oppgaven ble gitt til oss av Volvat, hadde vi

ingen problemer med å få tilgang til dokumenter som ga riktig informasjon. Sekundærdataene ble kritisk drøftet og ble vurdert som hensiktsmessige for temaet.

#### *3.4.4 Ekstern validitet*

Ekstern validitet referer til at teorier må redegjøre for fenomenet, ikke bare i settingen den er studert i, men også i andre sammenhenger (Johannessen et al., 2011). I kvalitativ forskning snakkes det om overførbarhet istedenfor generalisering. “En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt det lykkes å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres” (Johannessen et al., 2011).

For å øke den eksterne validiteten i casestudier, kan forskerne gjennomføre ulike studier innenfor én organisasjon, samtidig som det gis en klar begrunnelse for utvalget til casestudien, og at det gis rikelig detaljer om casestudiekonteksten (Gibbert et al., 2008). På denne måten kan leserne sette pris på forskernes valg. I denne oppgaven har vi som sagt valgt å studere tre ulike avdelinger innenfor virksomheten, og på denne måten styrkes den eksterne validiteten noe. Vi kan likevel ikke argumentere for at funnene i denne oppgaven representerer det typiske, men heller bredden av fenomenet.

### **3.5 Ethiske avveininger**

I henhold til god forskningsskikk, ble det sendt inn en søknad til Norsk Senter for Forschungsdata (NSD) før det ble foretatt innsamling av data. Søknaden ble senere godkjent, se vedlegg 4. I samsvar med retningslinjene til NSD, sendte vi i forkant av intervjuene ut et kontaktbrev, se vedlegg 2 til alle intervjuobjektet via e-post. Kontaktbrevet inneholdt en beskrivelse av bakgrunn og formål med intervjuet, samt hva deltakelse innebærer og hva som skjer med informasjonen som blir samlet inn. Det ble informert om at det er frivillig å delta og at intervjuobjektet kunne trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn, helt frem til prosjektet avsluttes, samt at vi ville spørre om å få ta lydopptak av intervjuet. Brevet inneholdt også en forespørsel om deltakelse som skulle besvares skriftlig. Videre i kontaktbrevet ble det informert om at navn og andre direkte personidentifiserende opplysninger anonymiseres, men at indirekte

personopplysninger som stillingstittel og arbeidsplass, kunne være identifiserende. Her er det viktig at vi som forskere beskytter intervjuobjektene og ikke avslører utsagn som kan være potensielt skadende (Yin, 2014). I denne oppgaven er alle intervjuobjektene anonymisert, ved at de er gitt et nummer og kalles “Intervjuobjekt X”.

Før lydopptakeren startet, ble intervjuobjektene spurt muntlig om samtykke til deltakelse i studien. Det ble også spurt om det var greit at det ble foretatt lydopptak av intervjuet. Videre ble intervjuobjektene muntlig informert om de samme aspektene som i kontaktbrevet. I etterkant av analysen, ble alle lydopptak av intervjuer slettet. Ingen utenforstående personer hadde tilgang til lydopptaket. Dette ble også informert om i forkant av intervjuene.

# Kapittel 4: Resultater og analyse

## 4.1. Volvat sitt målstyringssystem: Capio-modellen

Capio-modellen, som beskrevet i Capio sin årsrapport, er grunnlaget for all aktivitet i Volvat (Capio, 2016). Totalt skal de ulike delene skape en helhet for pasienter, og i videre forstand nytte for samfunnet. Capio-modellen skal fastslå Capio sin strategi og ambisjoner, slik at de kan levere og utvikle god helse. Pasientenes behov og livssituasjon skal forme innholdet i Capio-modellens kvalitetsambisjoner, hvordan de organiserer helsearbeid, samt hvordan de måler og følger opp resultatene for kontinuerlig forbedring av kvalitet og prosesser. Dette fører til en økonomisk konsekvens av det de utretter i form av et økonomisk resultat. Dette bruker Volvat til å utvikle sin virksomhet gjennom kontinuerlige investeringer i helsevesenet for å enda bedre møte pasientenes behov. Gjennom sterkt fokus på kontinuerlig forbedring, mener Capio at de bidrar til utvikling i helsesektoren (Capio, 2016).

Capio bruker Capio-modellen som en måte å kontrollere de ansattes atferd. I tillegg har Capio-modellen som formål å fremskaffe relevant data for effektivitetsvurderinger. Dette er i samsvar med teorien. Modellen fungerer som en styringsmodell og prestasjonsmåleverktøy for ansatte, og er derfor en versjon av The Balanced Scorecard grunnleggende modell. At kun første generasjon av modellen benyttes, er et vanlig funn (Madsen & Stenheim, 2014), og samsvarer dermed med teorien. Modellen er i stor grad tilpasset sykehussektoren og de organisatoriske realitetene, og samsvarer godt med virksomhetens strategi. Dette har igjen god overensstemmelse med litteraturen. Dette fungerer som en tilpasning på et overordnet nivå, mens modellen igjen skal tilpasses internt for hver enkelt avdeling.

Fundamentet i modellen, se figur 2, er basen og hviler på tre grunnleggende verdier. De tre verdiene skal gjenspeile alt som gjøres i det dagligdagse arbeidet i Capio. Videre leses modellen fra venstre mot høyre. Modellen viser at det er pasientbehovet som er grunnlaget for Capio sin eksistens. Legg også merke til at økonomisk resultat er det siste steget og forteller at det som skjer i stegene før er avgjørende for det økonomiske resultatet.





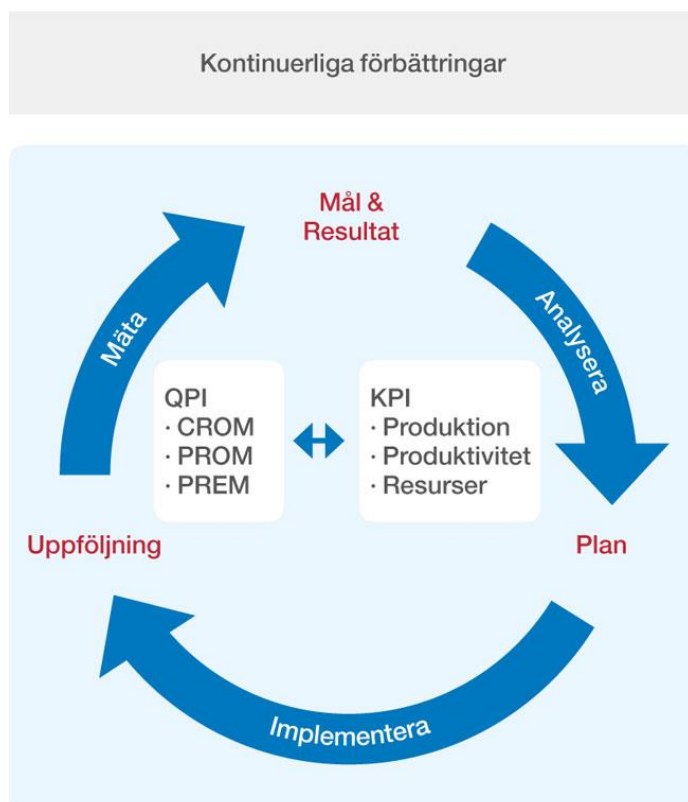
Figur 2: Cario-modellen. Hentet fra Cario sin årsrapport 2015

### 4.1.1 Prestasjonsindikatorer i Volvat

Hovedområdet som tar for seg målinger i Capio-modellen heter “kontinuerlige forbedringer”. Det er dette området som denne oppgaven fokuserer på, og sier noe om hvordan virksomheten kan evaluere og forbedre tjenester ved hjelp av målinger (Capio, 2016). For å måle og vurdere hvordan kvaliteten utvikler seg over tid, har Capio innført en felles målemetode som skal gi den underliggende strukturen og muliggjøre en systematisk kvalitetskontroll.

Overordnet har Capio delt inn indikatorene i to områder, kvalitet og prestasjon. I likhet med andre

helseorganisasjoner, har Capio lagt til et måleområde for kvalitet, og verktøyet er i stor grad tilpasset slik at den samsvarer med sykehussektoren. Kvalitetsmålene kalles QPIer (Quality performance indicator) og brukes til å måle prestasjonskvalitet og rapporteringskvalitet. QPIer er et viktig redskap for å vurdere kvaliteten på de helsetjenester som blir gitt til pasientene. QPIene deles videre inn i tre, i henholdsvis CROM, PROM og PREM, som vist til venstre for senter i Figur 3 (Capio, 2016). CROM (Clinical Reported Outcome Measurement) måler det kliniske observerbare resultatet, som for eksempel kan være frekvens av komplikasjoner, eller tid for restitusjonstid etter operasjon. PROM (Patient Reported Outcome Measurement) måler pasientens opplevelse av resultatet av behandlingen, som er et mål på forbedring av funksjon og livskvalitet etter behandling. PREM (Patient Reported Experience Measurement) måler pasientens opplevelse i forbindelse med behandlingen. En av måtene dette gjøres på er ved bruk av et system som heter Gap-vision. Gap-vision fungerer slik at pasientene får en tekstmelding umiddelbart etter konsultasjon og operasjon. På denne måten kan pasientene gi tilbakemelding



Figur 3: Kontinuerlige forbedringer

på hvordan de opplevde konsultasjonen. I tillegg vil det etter henholdsvis én uke og etter seks måneder bli sendt en mail med oppfølgingsspørsmål med tanke på hvordan behandlingen har virket (Capio, 2016).

Nøkkeltallene til Volvat, KPIer, er vist til høyre for senter i Figur 3. KPIene deles også inn i tre måleområder, henholdsvis produksjon, produktivitet og ressurser. Produksjon er et mål på hvor mange helsetjenester som blir utført innen en viss tidsperiode, mens produktivitet er et mål på hvordan personell, materiell og fysiske ressurser blir anvendt. Kombinert må disse tallene forholde seg til de ressurser som brukes i produksjonen av helsetjenester. Dermed er produktiviteten også et mål på hvor effektivt både menneskelige og fysiske ressurser blir brukt i produksjon av helsetjenester (Capio, 2016). Måling av produktivitet var det som oftest gikk igjen i litteraturgjennomgangen, og dette vektlegges også av Capio. Disse nøkkeltallene er ikke-finansielle, men har en tydelig kobling til det økonomiske utfallet. Eksempler på KPIer som brukes er gjennomsnittlig liggetid og pasientbesøk per lege og sykepleier. En oversikt over de KPIer og QPIer som Capio vil at Volvat skal bruke, finnes i tabell 5.

Det er generelt godt samsvar mellom Capio-modellen og litteratur om målstyringssystemer. Capio måler basert på flere dimensjoner, og forstår med det at økonomiske indikatorer er mest nyttig når det måles over flere måleområder (Pink et al., 2001; Ballantine et al., 1998; Hoff & Hølving, 2015). Capio skiller seg likevel noe ut fra litteraturen, da de ikke benytter seg av finansielle indikatorer, noe de fleste sykehusene gjorde. Av indikatorene, var det meget godt samsvar med de indikatorer hentet fra Rahimi et al. (2017). Videre hevdes det at gode økonomiske resultater er en kritisk suksessfaktor for å kunne opprettholde høy kvalitet på sykehustjenester (Pink et al., 2001), men måten Capio-modellen er fremstilt på indikerer det motsatte. Capio fremhever heller at god kvalitet på helsetjenestene medfører et godt økonomisk resultat.

Tabell 5: Oversikt over Capio-modellens QPIer og KPIer

	<i>Måleområder</i>	<i>Indikatorer</i>
<b>QPI</b>	<b>CROM</b>	Postoperative sårinfeksjoner etter ren, elektiv kirurgi Større postoperative blødninger Reoperasjon innen 30 dager – utført på Volvat Reoperasjon innen 30 dager – utført utenfor Volvat Anastomoselekkasje etter overvektoperasjon Komplikasjoner etter gastro/coloskopi
	<b>PROM</b>	Antall nyregistrerte medisinske klager fra pasienter/pårørende/NPE/ helsetilsynet Antall nyregistrerte serviceklager Antall uønskede hendelser på pasient
	<b>PREM</b>	Generell kundetilfredshet fra GAP-vision. GAP-vision måler kundens opplevelse innenfor områdene forståelse, kommunikasjon, hjelp, totalopplevelse og ambassadørgrad. Telefontilgjengelighet Behandlings/svartid på medisinske klager
<b>KPI</b>	<b>Produksjon</b>	Antall konsultasjoner Antall helsekontroller Antall fysioterapi Antall rikstrygdeverk konsultasjoner (RTV) Antall polikliniske inngrep Antall dagkirurgiske operasjoner Antall polikliniske inngrep på operasjonsstuen Antall inneliggende pasienter Antall overvektoperasjoner Antall røntgen Antall knivtid Antall inneliggende anoreksi Antall sengedøgn
	<b>Produktivitet</b>	Legebesøk per time Fysioterapi per time Medisinske timer per besøk Liggetid sengedøgn Beleggsgrad % Medisinske timer per sengedøgn Legetimer per sengedøgn Operasjonssalutnyttelse % Medisinske timer per knivtid Knivtid/stuetid Operasjoner / stue
	<b>Ressurser</b>	Leger Øvrig inntektsbringende Medisinsk personell operasjon Øvrig medisinsk personell Ikke medisinsk personell Overhead Tilgjengelige Senger Tilgjengelige operasjonssaler

### *4.1.2 Hvordan prestasjonsindikatorer velges*

Capio legger stor vekt på at det settes opp målbare mål, eller prosessmål, for det daglige arbeidet. På denne måten kan helseprosessene utvikle seg i samsvar med de målsettinger som er satt. Dette blir oppsummert i en kvalitetsplan som omfatter de konkrete aktiviteter som må til for å forbedre arbeidsmetodene (Capio, 2016). Disse aktivitetene må være målbare, ressursene må være allokerte, og det må være en ansatt som er ansvarlig for å oppnå forbedring for hver aktivitet, innen en viss tidsperiode.

I kapittel 2 er ulike kriterier for gode indikatorer identifisert. Capio benytter seg ikke av alle disse kriteriene, men fremhever at målene skal være målbare. Dette er i samsvar med litteraturen, da klare og målbare mål skal være nødvendig for effektivitet (Pettersen & Solstad, 2015). Personer skal ta på seg ansvaret for forbedring av prestasjon (Hammer, 2007), frekvensen for målingene er avtalt og bestemt på forhånd (Hoff & Holving, 2015), noe som også gjøres i Capio.

Når Capio planlegger sine ressurser og pasientstrømmer i operasjonsstuer og andre avdelinger, er utgangspunktet høyest mulig helsekvalitet. Gjennom tydelige mål for ulike kvaliteter, skal Capio måle og følge opp resultatet, samt forstå det økonomiske utfallet av ulike helseaktiviteter. Dette gir grunnlaget for å arbeide med kontinuerlig forbedring i produksjonsplanlegging, i arbeidsmetoder og hvordan Volvat best mulig kan bruke sitt helsepersonell (Capio, 2016). På denne måten kan flest mulig pasienter få de helsetjenestene de trenger. Capio er sikker på at resultatet ikke blir bedre av seg selv, og for at Capio-konsernet skal forbedre seg kontinuerlig må det jobbes målrettet og systematisk. Capio sitt arbeid for stadig forbedringer innebærer å utvikle helseprosesser slik at resultatene forbedres (Capio, 2016). Ved å forstå helseprosessene og deres betydning for resultatet, kan Volvat fokusere på det som er mest passende å forbedre.

For å drive forbedring, anbefales det at det måles i en disiplinær prosess, hvor målingene brukes kontinuerlig (Hammer, 2007). Capio-modellen samsvarer godt med litteraturen på dette området, da det drives målrettet og systematisk arbeid for kontinuerlig forbedring.

### *4.1.3 Hvordan målinger brukes*

Ved at Capio sin modell måler de økonomiske resultatene, fungerer den slik at ledere kan forstå de underliggende driftsfaktorene som påvirker det økonomiske resultatet. KPIene og QPIene gir derfor viktig informasjon til Capio sine lokale ledere om den daglige driften (Capio, 2016).

QPIer og KPIer, sammen med resultatregnskapet, skal hjelpe ledere på alle nivåer å analysere og påvirke næringsutvikling i riktig retning, både når det gjelder medisin og økonomi. Dette er i samsvar med litteraturen, ettersom målstyringssystemer skal synliggjøre og prioritere de aktiviteter som gjennomføres (Hoff & Holving, 2015). I tillegg fører modellen til konsistent kvalitet i gjennomføring av aktiviteter og de ansatte får god innsikt i virksomheten, noe som også har god overensstemmelse med eksisterende litteratur.

Ettersom Capio-modellen er basert på forholdet mellom kvalitet, produktivitet og regnskaper, støtter den økonomiske modellen konsernets forståelse av hva som skaper god helse og økt kvalitet (Capio, 2016). Dette tillater Capio å kontinuerlig avgrense virksomhetens medisinske prosesser, som muliggjør forbedret kvalitet i helsetjenestene som blir gitt til pasientene. Måltrettet kvalitetsarbeid er en del av Capio sin bedriftskultur og er integrert i normale arbeidsprosesser. Dette er i godt samsvar med litteraturen, og er noe av basisen for en lærende bedrift (Hoff & Holving, 2015). Bruk av QPIer skal muliggjøre kontinuerlige forbedringer, som i sin tur positivt påvirker både produksjon og produktivitet i levering av helsetjenester.

KPIene skal bidra til å sette mål, utføre målinger og forbedre de tre målområdene, produksjon, produktivitet og ressurser, som benyttes i Capio sitt arbeid. KPIer for produktivitet skal gi ledere forståelse for hvordan Capio skal anvende sitt personale, i tillegg til de materielle og fysiske ressursene (Capio, 2016). Modellen skal føre til forbedret kvalitet, samt at ressursene drives mer effektivt. Til slutt skal modellen føre til en optimalisering av resultater for hele bedriften. Dette har god overensstemmelse med teorien. Totalt har Capio-modellen godt samsvar med hensikten til bruk av et målstyringssystem, som er bedre koordinering slik at tjenester av høy kvalitet kan leveres (Pettersen & Solstad, 2015).

## 4.2 Tilpasninger i Volvat sine avdelinger

### 4.2.1 Prestasjonsindikatorer i ulike avdelinger

#### *Funn*

##### *Fredrikstad*

Det var stor variasjon i hvilken grad intervjuobjektene var kjent med bruken av målstyring. To av intervjuobjektene var heller ikke kjent med bruken av begrepet “Capio-modellen”. Avdelingen i Fredrikstad bruker ikke QPIer foreløpig, men det jobbes med å få inn flere kvalitetsmålinger. Intervjuobjekt 2 ønsker at det skal innføres kommersielle QPIer, som gjenbesøk og andre indikatorer som viser hvorfor pasienter oppsøker Volvat. Intervjuobjekt 3 kan tenke seg enda flere målinger på kvalitet, trivsel og sykefravær i fremtiden.

I følge intervjuobjekt 2, er KPIene som brukes plassert under måleområdene effektivitet og produksjon. Intervjuobjektet forklarte videre at mye måles, som for eksempel hvor mange pasienter de får inn, hvor lang tid hver lege bruker per pasient, samt hvor lang tid hver sykepleier bruker per pasient. Intervjuobjekt 1 vet ikke hva som måles, da intervjuobjektet er relativt ny i denne lederstillingen. Intervjuobjektet skulle derimot på et mellomlederkurs om Capio-modellen på et senere tidspunkt. Intervjuobjekt 3 fortalte at KPIene for sin avdeling ikke er spikret enda, men at dette er noe som jobbes med i disse dager.

##### *Bergen*

Alle intervjuobjektene i Bergen visste hva Capio-modellen gikk ut på og var godt kjent med målingene. Målinger på QPIer eksisterer foreløpig kun på et mer overordnet nivå. Intervjuobjekt 5 hevdet at arbeidet med kvalitetsindikatorer er i gang, men at det foreløpig ikke finnes noen gode tall. Det jobbes med å gjøre et overslag over hvor mange pasienter som får infeksjoner, hvor mange reoperasjoner som må gjøres, og hvor mange blødninger som oppstår etter operasjoner. Denne ene QPIen er en CROM-QPI. Samtidig venter alle de tre intervjuobjektene

på Gap-vision. Avdelingen skal ha et stort press fra Sverige for å få kvalitetsindikatorer til å fungere, og det fortelles at Bergen frem til nå ikke har vært gode nok på dette punktet. Heller ikke intervjuobjekt 4 har noen målinger på kvalitet foreløpig, men tror at det blir mer av disse målingene etterhvert som Gap-vision kommer i gang.

Bergen analyserer KPIer på veldig mange ulike nivåer, og eksempler på KPIer som blir brukt er telefontilgjengelighet og helsepersonell per legetime. Hvilke KPIer som er i bruk varierer mellom underavdelingene. Intervjuobjekt 5 måler operasjonspersonale over knivtid, avdelingspersonale over antall operasjoner og postoperativ personell over antall operasjoner. Intervjuobjekt 4 bruker to KPIer, og det måles hvor mange ansatte det er i forhold til aktivitet og ulike takseringer. Intervjuobjekt 4 forteller at når disse tallene er stabile, tyder det på riktig utført arbeid.

### *Oslo*

Alle intervjuobjektene i Oslo var kjent med Capio-modellen, og visste hva målstyring gikk ut på. I følge et av intervjuobjektene skal Oslo, og spesielt én underavdeling, være den i Norge som har brukt QPIer lengst. Kvalitetsmålingene tar for seg infeksjoner, blødninger og reklamasjoner. De to andre intervjuobjektene har i varierende grad fått på plass QPIer. Intervjuobjekt 7 hevdet at QPIene fortsatt er under utvikling for sin avdeling, og det er utfordrende å få de på plass. Dette skal skyldes at pasientene kan benytte seg av flere tilbydere av helsetjenester, og det blir dermed vanskeligere for eksempel å måle pasienttilfredshet. Det jobbes nå med en QPI som skal registrere antall pasienter som ikke er fornøyde, og som eventuelt trenger ny behandling. Et eksempel på dette kan være pasienter som kommer tilbake med for trang eller feil gips. For at dette skal bli registrert riktig, avhenger det av at kunden kommer tilbake til Volvat for å bytte gipsen. Intervjuobjekt 7 fortalte også om PROM og PREM, og hvordan de skal gå i gang med Gap-vision. Intervjuobjekt 8 benytter seg av én QPI, og denne måler hvor mange feil som gjøres av laboratorieansatte. Dette innebærer hvor mange pasienter som har tatt blodprøve, opp mot hvor mange som må tilbakekalles på grunn av dårlig kvalitet, eller dårlig merking på blodet som skal analyseres.



Ifølge intervjuobjekt 9 finnes det mange KPIer, hvor hovedområdene det måles innenfor er henholdsvis produksjon, produktivitet og ressurser. Intervjuobjekt 7 fortalte at de måler antall konsultasjoner totalt på underavdelingen per måned. De har også flere ulike konsultasjonstyper, men måler hovedsakelig hovedaktiviteten, som er antall konsultasjoner totalt. Lederen deler det så opp, og ser hvor mange som kommer uanmeldt og hvor mange som har bestilt time. Det finnes i tillegg egne takster under dette igjen, slik at de vet hvor mange av de besøkende som trenger ulik behandling. I tillegg kan målingene videre deles opp i hvor mange som kommer med henholdsvis skade og sykdom, samt hvor mange av disse som er barn. Disse kan igjen deles opp, slik at man også kan se på lengden per konsultasjon. De viktigste KPIene innenfor takster på helsekontroll er på privatpersoner og bedrifter. Dette er da innenfor måleområdet for produksjon. I tillegg ser de på ressurser, herunder KPIer som antall legetimer og tidbank. Intervjuobjekt 8 måler hvor mange blodprøver som tas på vegne av legevakten, sammenlignet opp mot hvor mange blodprøver som outsources til andre laboratorium.

Tabell 6: Sitater om prestasjonsindikatorer fra avdelingene

<i>Intervjuobjekt</i>	<i>Sitater</i>
<b>Fredrikstad</b>	
<i>Intervjuobjekt 1</i>	“Jeg er ny i denne stillingen og vet ikke hva som måles enda” “Når du sier Capio-modellen, så vet jeg foreløpig ikke hva du mener”
<i>Intervjuobjekt 2</i>	“Måler så og si alt. Måler hvor mange pasienter vi får inn, hvor lang tid hver lege bruker per pasient, og hvor lang tid hver sykepleier bruker per pasient”
<b>Bergen</b>	
<i>Intervjuobjekt 4</i>	“Jeg har ikke noen målbarhet på kvalitet, foreløpig iallefall”. “Jeg måler aktiviteten i forhold til ansatte, delt mellom helsekontroll og laboratoriet”.
<i>Intervjuobjekt 5</i>	“Vi har ikke vært gode nok på QPIer enda, men vi har et enormt press fra Capio på å få dette opp å stå”.
<i>Intervjuobjekt 6</i>	“Noen forholder seg til ren produksjon, personale og kvalitet, mens andre har kun noen få KPIer”.
<b>Oslo</b>	
<i>Intervjuobjekt 7</i>	“På KPIer måler vi antall konsultasjoner totalt på avdelingen per måned eller dag om du vil”.
<i>Intervjuobjekt 8</i>	“Måler hvor mange blodprøver som tas på vegne av legevakten”-
<i>Intervjuobjekt 9</i>	“Vi måles på produksjon, produktivitet og ressurser”.

## Tolkning

Vi oppfatter at Capio-modellen ikke er fullt ut implementert i de ulike avdelingene. Fredrikstad og Bergen bruker foreløpig ikke QPIer i noen særlig grad. Dette til tross for at kvalitetsindikatorer er en svært viktig del av Capio-modellen og skal muliggjøre kontinuerlige forbedringer. Det ble også fortalt om utfordringer knyttet til det å lage gode QPIer i noen underavdelinger i Oslo. Prosessen med QPIer er likevel i gang i alle avdelinger. Alle avdelinger venter på et nytt system innenfor PREM som heter Gap-vision. Systemet har til formål å måle pasientenes opplevelse i forbindelse med behandlingen.

Alle avdelingene bruker KPIer, dog i ulik grad. Ingen av intervjuobjektene i Bergen nevner hvilke måleområder som finnes, mens kun ett av intervjuobjektene i Fredrikstad og Oslo nevner disse. Hovedområdene er forøvrig produksjon, produktivitet og ressurser. Internt i Fredrikstad er det stor variasjon i hvilken grad de ansatte har kunnskap om modellen. Ledere i Bergen og Oslo har derimot god kontroll på hva som måles. Hvert intervjuobjekt forteller hva som måles i sin underavdeling. De KPIer som brukes, stemmer godt overens med de Capio-konsernet vil skal brukes, da det måles innenfor de tre hovedområdene.

Totalt sett virker det som at Capio-modellen begynner å bli godt innarbeidet i Volvat. For å oppnå godt samsvar med modellen, mangler det likevel en del når det kommer til bruken av QPIer. Bruken av KPIer ser ut til å samsvare godt med Capio-modellen, spesielt i Bergen og Oslo.

#### *4.2.2 Hvordan prestasjonsindikatorer velges i ulike avdelinger*

##### ***Funn***

##### *Fredrikstad*

To av intervjuobjektene syntes ikke alle KPIene var like relevante, og mente at det finnes flere målinger som ikke gir noen verdi. Intervjuobjekt 3 fremhev at det ikke bør måles for enhver pris. Et av intervjuobjektene trakk frem et eksempel om inneliggende pasienter. Avdelingen har brukt mye tid på målingen, men på grunn av at denne delen av virksomheten er liten, ga det liten verdi for intervjuobjektet. Intervjuobjektene var i stor grad enige i at det per i dag finnes for mange KPIer om produktivitet og effektivitet. Intervjuobjektene mente det ble for mye å forholde seg til, for mye å sette seg inn i, samtidig som det har blitt gitt for lite opplæring rundt temaet. Intervjuobjektene ønsker seg dermed færre KPIer.

Intervjuobjekt 2 og 3 var enige i at det å begynne med målinger hadde vært en svært tidkrevende prosess, men dette hadde blitt bedre ettersom mye nå var automatisert. De samme

intervjuobjektene var også enige i at sykepleiere generelt ikke hadde et like bra grunnlag for å forstå grunnen eller nødvendigheten til at målinger hadde blitt tatt i bruk. Intervjuobjektene var i tillegg enige i at det var vanskelig å kommunisere målingene nedover i organisasjonen, og spesielt intervjuobjekt 3 syntes at verdien med målingene ikke var tydelig og derfor vanskelig å kommunisere.

Når det kommer til delaktighet i prosessen, hadde to av intervjuobjektene vært med på å utforme KPIene for sin underavdeling. Det ene intervjuobjektet hevdet at grunnen til involveringen skyldtes tidligere arbeidserfaring, men at organisasjonen som en helhet ikke hadde vært delaktig i utviklingen. Det andre intervjuobjektet er en del av en gruppe fra flere lokasjoner. Gruppens oppgave er å påvirke utformingen av KPIene for en avdeling, slik at målingene skal gi verdi.

### *Bergen*

To av intervjuobjektene syntes ikke noe om KPIene da verktøyet først ble implementert. I følge intervjuobjekt 4 skyldtes dette at det ikke lå riktig informasjon inne i takseringene og mye informasjon manglet. Inputen til målingene var derfor for dårlig og hadde dermed ingen verdi. I følge intervjuobjekt 6, skyldtes frustrasjonen i begynnelsen at avdelingen ble pålagt av ledelsen å bruke KPIer. Deretter skal det ha gått fire år uten at systemet fungerte. Intervjuobjekt 5 synes fortsatt det finnes noen KPIer som ikke er relevante. Vedkommende hevdet at ledelsen i Oslo gjerne ville at antall konsultasjoner skulle måles, og spesielt hvor lang tid hver konsultasjon tok. Intervjuobjektet hevdet derimot at det ikke finnes et godt verktøy for dette i dag, da noen leger både har konsultasjoner og operasjoner på samme dag. Dette klarer ikke verktøyet å skille mellom, og tallet gir dermed ikke mening. Intervjuobjektet ser derfor bort i fra dette tallet, noe ledelsen er klar over. Intervjuobjekt 4 fortalte at vedkommende på et tidspunkt hadde målinger med feil input. Intervjuobjektet visste ikke hva målingen skulle brukes til, og fremhev at det ikke skal måles for å måle. Avdelingen har derfor underveis fjernet det de mener er irrelevante målinger.

I dag er alle intervjuobjektene fornøyde med bruken av KPIer, da verktøyet ble reintrodusert som hjelp til hver enkelt leder. KPIene ble justert høsten 2016, og nå er de fleste målingene relevante

og intervjuobjektene opplever at tallene gir verdi. Alle intervjuobjektene var også enige i at de fleste KPIer som brukes i dag, er relevante og bør måles. Intervjuobjekt 6 synes nå at verktøyet er utrolig spennende og viktig for å bygge en virksomhet. Samtidig fortalte både intervjuobjekt 4 og 5 at de synes det er gøy å måle.

Totalt for hele avdelingen benyttes det omtrent 20 KPIer. Antall KPIer for hver underavdeling varierer, der noen har flere enn andre. To av intervjuobjektene fortalte at de kun benytter seg av et fåtall med KPIer, henholdsvis to og tre. Intervjuobjekt 4 og 5 synes ikke at det er tidkrevende å bruke KPIer. Begge intervjuobjektene henter ut informasjonen fra journalsystemet. Ingen av intervjuobjektene regner KPIen ut, det er det systemet bak som gjør. Intervjuobjekt 6 synes heller ikke at det er tidkrevende nå, men det var det i begynnelsen. Nå er det meste automatisert, og det er kun noen få ting som må gjøres manuelt. KPIene på produksjon blir kontinuerlig oppdatert, mens KPIene på personale blir kun oppdatert i begynnelsen av hver måned.

Når det gjelder belønning, er alle intervjuobjektene enige i at det ikke blir gitt belønning for oppnåelse av måltallet, men belønning blir gitt på det økonomiske resultatet. Intervjuobjektene er også enige i at det ikke gis belønning for riktig utførelse av målingen, men man får “en klapp på skulderen”. Et av intervjuobjektene påpekte likevel at det gis belønning indirekte for riktig utførelse. Når man får til en god KPI, gjør dette at man bedrer både resultat og omsetning, som igjen fører til at man kan få en bonus.

På spørsmål om noe kunne vært gjort annerledes eller bedre, fortalte intervjuobjekt 6 at vedkommende savnet én KPI. Det kom aldri fram hvilken KPI det var snakk om. Intervjuobjekt 5 kan tenke seg løpende dagsdata og statistikk. Vedkommende er heller ikke fremmed for nye KPIer i fremtiden, hvis disse skulle gi verdi. Intervjuobjektet 4 påpekte viktigheten av at KPIen har riktig input. Når det kommer til QPIer er dette noe som jobbes med, og intervjuobjektene håper på bedre måter å finne de tallene som behøves. Det ble også fortalt at avdelingen har hatt noen kvalitetsproblemer med tidbank-systemet. En sykepleier kan jobbe på flere forskjellige underavdelinger på en uke, og utfordringen ligger da i å få splittet opp tiden på de ulike underavdelingene.

De tre intervjuobjektene har alle vært delaktig i utvelgelsen og utformingen av KPIer. Intervjuobjekt 5 har samarbeidet med Oslo for å finne et sett med relevante KPIer, og mente at det må til, da vedkommende er den med mest innsikt i forhold til hva som er mest verdifullt for sin drift. Intervjuobjekt 4 har sammen med avdelingens “key account manager” avklart hva som skal måles, hva som er mest målbart og hvordan målingene skal gjennomføres. Også intervjuobjekt 6 har vært med i prosessen med å velge KPIer, men har samtidig også veiledet andre. Intervjuobjektet mente at man må involvere ansatte på en god måte ved implementering og ikke tvinge systemet på ledere.

### *Oslo*

Det var enighet mellom intervjuobjektene at de fleste KPIene var relevante, spesielt innenfor måleområdene ressurser og produksjon. Det var likevel også enighet mellom to av intervjuobjektene om at det også finnes indikatorer som er uvesentlige og gir liten verdi. Dette mente de skyldes at de fleste KPIene kommer fra Sverige, som har en annen finansieringsmodell. De samme to intervjuobjektene var enige i at når det kom til produktivitet, så er det ikke alltid slik at KPIene gir så mye verdi. Et av intervjuobjektene trakk spesielt fram KPIen “liggetid”, som sier noe om hvor lenge pasienter er innlagt. Kropper reagerer forskjellig på for eksempel operasjon, og alle er ikke i stand til å reise hjem innenfor målet på x antall dager. Intervjuobjektet mente derfor at dette ikke ga mening å måle, på grunn av at få pasienter ligger over natten, og at hver enkelt pasient derfor er for utslagsgivende i forhold til måltallet.

Intervjuobjekt 9 trakk frem at flere av måltallene omfavner hele underavdelingen som et snitt, noe som betyr at alle typer konsultasjoner og operasjoner slås sammen i ett tall og man finner et snitt. Inputen er dermed feil, og målet blir ødelagt. Intervjuobjekt 7 fortalte at KPIer om tidbank-systemet ikke har gitt mye relevant informasjon, da det ikke har vært mulig å skille mellom antall timer en lege er på én underavdeling og antall timer den samme legen er på en annen underavdeling. Videre fremhev to av intervjuobjektene at det er meningsløst å måle ting som ikke henger sammen, for eksempel hvis inputen er for dårlig. Man er nødt til å vite hva man måler, og det hevdes av dette ikke er bra nok per nå.

Antall prestasjonsindikatorer ligger på omtrent 30 på et overordnet nivå, mens hver underavdelingsleder kun forholder seg til et fåtall med KPIer. Intervjuobjekt 9 syntes at det er for mange KPIer. Ingen av intervjuobjektene syntes at det er tidkrevende, da Volvat har gode systemer som håndterer dette. Alle intervjuobjektene fortalte at det ikke gis belønning på KPIer, kun på det økonomiske resultatet. Det gis dermed heller ikke belønning for riktig utførelse av mål. På et senere tidspunkt fortalte likevel et intervjuobjekt at det har blitt innført egne skadelegesatser, med en liten bonus til legen som utførte skadetakseringen. De gjorde dette for å gi legene en ekstra motivasjon for å huske å måle skadepasientene, da skadepasienter trenger leger med høyere kompetanse. Intervjuobjekt 6 fortalte også at det er gøy å måle.

To av intervjuobjektene fortalte om KPIene og informasjonen man fikk fra målingene til medarbeiderne på avdelingsmøter. Alle ansatte fikk informasjon om hvor hver enkelt lå i forhold til KPIene. Kommunikasjon er ikke spesielt vanskelig, og alle de ansatte skal forstå hvorfor KPIer brukes. Likevel fremhev det ene intervjuobjektet at leger og sykepleiere i større grad er opptatt av QPIene, da disse tallene har en større konsekvens for hver enkelt. Infeksjoner, blødning eller reklamasjon handler om kvaliteten på arbeidet legene leverer, og er et tall alle skal forstå veldig godt. Intervjuobjekt 8 ga uttrykk for at det ikke prates så mye om Capio-modellen som i de andre underavdelingene, på grunn av at de ansatte der, ifølge intervjuobjektet, er mest opptatt av å gi pasientene en god opplevelse med god kvalitet på det som utføres.

Når det kommer til mulige forbedringer, så er det noe uenighet mellom intervjuobjektene. To av intervjuobjektene kunne ikke tenke seg noen nye KPIer akkurat nå. Intervjuobjekt 7 fremhev likevel at de er i kontinuerlig utvikling, og dersom et nytt tall gjør det lettere å følge driften, er vedkommende åpen for nye KPIer. Intervjuobjekt 9 har én KPI som kan være aktuell å legge til: “konverteringsgrad av pasienter”. Denne KPIen forteller hvor flinke kirurger er til å konvertere pasienter fra konsultasjon til operasjon. Dette er et måltall som har et etisk dilemma og er noe omstridt, hevder intervjuobjektet.

To av intervjuobjektene har vært delaktig i utviklingen av KPIene. Det ene intervjuobjektet valgte selv hvilke KPIer som ble brukt og er heller ikke pålagt noen KPIer som må måles. Intervjuobjektet har i samråd med “controller” og leder kommet opp med en KPI som gir

informasjon om markedet. Det andre intervjuobjektet har først og fremst hatt ansvaret for utvikling av KPIer for sin underavdeling, men flere leger hadde også vært med på prosessen. Det tredje intervjuobjektet ga derimot uttrykk for at vedkommende ikke hadde vært med på utviklingen av KPIene, og ønsket å kunne styre målingen litt mer selv. Intervjuobjekt 9 hevdet at siden Capiro ønsker å kunne sammenligne, kan man ikke velge sine egne KPIer.

Tabell 7: Sitater om hvordan prestasjonsindikatorer velges i avdelingene

<b>Intervjuobjekt</b>	<b>Sitater</b>
<b>Fredrikstad</b>	
<i>Intervjuobjekt 2</i>	<p>“Organisasjonen som helhet har ikke vært med på det, det har vært en økonomi-ting”.</p> <p>“Ja, det er noen indikatorer som ikke burde vært med og som ikke gir verdi”.</p>
<i>Intervjuobjekt 3</i>	<p>“For vi bør jo ikke måle alt for enhver pris, men faktisk det som har betydning og er effektiviserende for å bruke tiden best mulig”.</p> <p>“Vi bruker mye tid på målesystemer i Volvat som vi kanskje ikke forstår”.</p>
<b>Bergen</b>	
<i>Intervjuobjekt 4</i>	<p>“Det er jo i samarbeid med meg vi har utviklet hva vi kan måle, funnet ut hva som er mest målbart og hvordan”.</p> <p>“Nå føler jeg at de er relevante”.</p>
<i>Intervjuobjekt 5</i>	<p>“Jeg har vært med på å forme mine egne KPIer, jeg må finne de som er verdifulle for min drift”.</p> <p>“Nei, det er ikke tidkrevende. Min Controller trykker på en knapp slik at de havner på rett plass”.</p>
<i>Intervjuobjekt 6</i>	<p>“Jeg vil heller si jeg har vært en veileder i utformingen av KPIene”.</p> <p>“Nei, det var det (tidkrevende) i begynnelsen, men nå er veldig mye automatisert”.</p>
<b>Oslo</b>	
<i>Intervjuobjekt 8</i>	<p>“Jeg velger helt selv hvilke KPIer jeg vil bruke, og er heller ikke pålagt noen spesielle. Jeg har i samråd med “controller” og min leder kommet opp med en KPI som gir informasjon om markedet”.</p>
<i>Intervjuobjekt 9</i>	<p>“Ja, det er mange (KPIer) som er bra og jeg bruker KPIer. Hadde vi bare kunne styrt det litt selv”.</p>



## Tolkning

I Fredrikstad var det enighet i at flere målinger ikke ga verdi, spesielt innenfor produktivitet og effektivitet. I Oslo var man delvis enig i dette, og mente at KPIer innenfor produktivitet ikke ga så mye verdi. Oslo opplevde fortsatt at noen av KPIene har feil input. Dette gjør at målingene ikke ga noen verdi til de lokale lederne, noe som er formålet med målingene. Likevel mente intervjuobjektene at de fleste indikatorene er relevante. I Bergen derimot, var alle fornøyde med de fleste KPIene slik de er nå, og alle mener de fleste er relevante. Denne avdelingen har tidligere justert alle målingene slik at de skal bli relevante, og irrelevante KPIer ble fjernet i denne prosessen. Ordet “gøy” brukes også i forbindelse med målinger av to intervjuobjekter i Bergen, samt én i Oslo.

KPIene kommer fra Capio-konsernet, og skal i utgangspunktet være målbare og tydelige. Dette virker til å fungere både i Bergen og Oslo. Disse avdelingene virker også å ha god kontroll på hvilke ansatte som har ansvar for de ulike aktivitetene, mens dette virket noe uklart i Fredrikstad. Dette kan forklare noe av grunnen til at modellen verdsettes i mindre grad her. Likevel kan det argumenteres for at disse KPIene oppfyller de kriterier satt av Capio-konsernet, men at avdelingene i Oslo og Bergen oppfatter at de gir verdi i det daglige arbeidet.

Av avdelingene, er det kun Fredrikstad som fortsatt syntes at det er tidkrevende. Likevel var alle enige i at det er mye bedre nå som systemet i stor grad har blitt automatisert. Dette må fremheves, ettersom Capio-konsernet har laget denne modellen for effektivisering. At det skal være tidkrevende motsier hensikten med modellen. Bergen og Oslo syntes derimot ikke at det er tidkrevende.

Capio-modellen er laget i den hensikt at helsepersonell lettere skal kunne ta valg og forstå økonomiske utfall av beslutninger og tjenester. I Fredrikstad syntes likevel intervjuobjektene at det er vanskelig å snakke med de på lavere nivåer i organisasjonen om KPIer. Spesielt i Bergen, men også i Oslo, synes de derimot ikke at det er vanskelig å kommunisere dette nedover i organisasjonen, og spesielt i Bergen skal Capio-modellen begynne å bli godt innarbeidet i arbeidskulturen. Det skal også være forståelse blant de ansatte om hvorfor modellen brukes. Valg

av målinger i Bergen og Oslo samsvarer dermed godt med Capio-modellen, mens i Fredrikstad er det liten grad av samsvar.

Capio-konsernet legger vekt på at det skal jobbes målrettet og systematisk. Hvordan Bergen driver arbeidet virker å være i henhold til Capio-modellen. Bergen jobber i en kontinuerlig prosess, der de har prioritert de viktigste KPIene. På grunnlag av informasjonen fra intervjuene, kan man se at spesielt Bergen har klart å finne de viktigste prestasjonsindikatorerne. Intervjuobjektene styrer sin drift etter noen nøkkeltall, selv om intervjuobjektene i utgangspunktet har flere KPIer å forholde seg til. Bergen har også kontinuerlig oppdatert sine prestasjonsindikatorer, slik at de hele tiden er tilpasset dagens situasjon. I tillegg har Bergen involvert alle lederne fra mellomledernivå og oppover til å ta del i prosessen med å forme og velge KPIer. I Fredrikstad og Oslo har to av tre intervjuobjekter tatt del i utformingen av KPIene, men likevel virker det ikke til at det er en kontinuerlig prosess i noen av underavdelingene. Noen av intervjuobjektene i Fredrikstad og Oslo ønsket større frihet til valg av KPIer.

Bergen er den avdelingen, av de tre, som samsvarer best med Capio-modellen med tanke på hvordan KPIene skal velges og hvordan prosessen er lagt opp. Oslo samsvarer også bra med modellen, mens Fredrikstad er den avdelingen som samsvarer minst av de tre.

#### *4.2.3 Hvordan målinger brukes i ulike avdelinger*

##### ***Funn***

##### *Fredrikstad*

To av intervjuobjektene fortalte at det rapporteres månedlig, samtidig som avvikene fra budsjettet må kommenteres. Det avholdes økonomimøter hver sjettede uke, hvor rapportene gjennomgås. Intervjuobjekt 3 fortalte at de ansatte prøver å ta eventuelle avvik til etterretning, slik at det kan gjøres bedre neste gang. Ingen av intervjuobjektene bruker informasjonen til sammenligning mot de andre avdelingene. Intervjuobjekt 2 mente at avdelingene er såpass forskjellige at dette ikke er mulig.

Det er svært varierende hvordan de tre intervjuobjektene bruker informasjonen fra målingene. Intervjuobjekt 2 fortalte at informasjonen ikke brukes så mye internt, men at det istedenfor er toppledelsen i Volvat som krever at det skal måles. Intervjuobjektet hevdet at indikatorene ikke var så nyttige for seg selv, da informanten skal ha stor innsikt i avdelingen. Intervjuobjektet kan likevel forstå at andre ledere kan ha nytte av målingene. Intervjuobjektet syntes heller ikke at KPIene hjelper med måloppnåelse, da det handler om å få inn pasienter og ha det flinkeste helsepersonalet. Intervjuobjektet fortalte at det er dette som er fokuset og at det basale må sikres først. I fremtiden derimot, når verktøyet er bedre innarbeidet, synes intervjuobjektet at spesielt kvalitetsmålinger kan hjelpe med å oppnå mål og gode resultater. Intervjuobjekt 3 er noe uenig, og fortalte at det aktivt prøves å bruke informasjonen. Intervjuobjektet mente også at indikatorene hjelper med å oppnå mål og bedre resultatene, da de gir en pekepinn om man gjør noe riktig. Intervjuobjekt 1 vet lite om verktøyet, og vet heller ikke hvordan det brukes.

De tre intervjuobjektene var enige i at Capio-modellen ikke er innarbeidet i arbeidskulturen. Det er kun ledere og mellomledere som har kjennskap til Capio-modellen, mens medarbeiderne generelt er lite informert om bruken av KPIer og QPIer. Årsaken til dette skal, ifølge intervjuobjektene, være at medarbeidere ikke forstår grunnen til hvorfor målinger er tatt i bruk. Intervjuobjekt 3 fortalte at det jobbes med å informere alle ansatte om modellen.

To av intervjuobjektene har opplevd motstand mot målingene. Intervjuobjekt 2 fortalte at det har vært vanskelig å kommunisere modellen til de ansatte, selv om lederne har forsøkt å fortelle hvordan det jobbes og tenkes. Ofte får intervjuobjektet spørsmål om hvorfor vedkommende ikke bare spør de ansatte om underavdelingens tilstand. De ansatte lurer på hvorfor det måles og hvorfor det er nødvendig med en oversikt over personale, da de føler at de vet best.

Intervjuobjektet hevdet at grunnen til dette skyldtes at alle tall, uansett om det er økonomi, KPIer eller QPIer, er fremmed for helsepersonell i utgangspunktet, da det ligger fjernt fra helse. Også intervjuobjekt 3 fortalte at vedkommende har opplevd misnøye. Rapportering på KPIer er noe som må presses inn i en hektisk arbeidshverdag. Videre fortalte intervjuobjektet at ledelsen skal ha svar på mye som det ikke umiddelbart finnes et tall på, og dermed blir prosessene vanskelig og tidkrevende.

## *Bergen*

Alle intervjuobjektene rapporterer KPIene månedlig og det kommenteres på avvik. KPIene brukes også i månedlige resultatoppfølgingsmøter med ledelsen, hvor det første som gjøres er å se på KPIene. Det stilles også kritiske spørsmål til indikatorene. Intervjuobjekt 5 syntes det er veldig enkelt å forklare tallene, og det gjøres vurderinger hele tiden. Intervjuobjektet fremhev også at måltallet kan bli “for bra”, noe som kan tyde på høy slitasje på personalet og underbemanning. Dette kan skyldes at det ikke er hentet inn nok vikarer ved sykdom, eller at det har vært en hektisk periode. Intervjuobjektet hevdet derfor at det er viktig å forstå hva som ligger bak tallene.

De tre intervjuobjektene bruker informasjonen fra KPIene aktivt. Intervjuobjekt 4 bruker informasjonen i forhold til hvor mye personell som tas inn. Intervjuobjektet fortalte at indikatorene brukes minst en gang i uken, og noen ganger daglig. Intervjuobjektet ser samtidig på aktiviteten, og bemanner ut i fra det. Det finnes en grunnbemanning, men hvis det er stor aktivitet, bemannes det opp. Hvis noen blir syke og det er liten aktivitet, er det ikke sikkert at det tas inn vikarer. Intervjuobjektet hevdet dermed at hvis det bemannes opp, men KPIen ikke stiger, gjøres det noe riktig. Hadde derimot KPIen hatt et betydelig avvik, ville intervjuobjekt 4 tenkt seg om til neste gang. Intervjuobjektet synes det er spennende å se på KPIene i slutten av måneden.

Intervjuobjekt 5 fortalte at vedkommende vet omtrent hvor KPIen havner, ettersom vedkommende vet hvor fulle program det er. Intervjuobjektet synes det er en liten utfordring å bruke det aktivt i styringen, ettersom dette hadde krevd færre faste ansatte og flere vikarer. Intervjuobjektet styrer også driften etter tre nøkkeltall. Intervjuobjekt 6 bruker på sin side informasjonen fra KPIene aktivt når budsjett lages. Intervjuobjektet fortalte at Capio-modellen har snudd hverdagen på hodet og er viktig i den daglige driften, samt at gode KPIer og QPIer fører til flyt i produksjon og fornøyde pasienter.

To av intervjuobjektene synes at KPIene hjelper med å bedre resultatene og oppnå mål. Intervjuobjekt 4 fortalte at bevisstheten rundt personell øker, man er mye tettere på og justerer

ved behov. Videre fortalte intervjuobjektet at vedkommende bruker det aktivt i hverdagen, og at man kommer nærmere kjernen for hvordan virksomheten fungerer. Intervjuobjektet har et ansvar og forstår det bedre, noe som til slutt gjør det lettere å ta avgjørelser. Intervjuobjekt 6 er helt enig i dette, og mener det gir øyeblikkelig hjelp hvis man finner nøkkelen. Intervjuobjekt 5 er litt usikker på hvor mye det forbedrer dagsituasjonen. Likevel er man i stand til å forsvare den bemanningen som er. Som et resultat har hele avdelingen økt sine resultater, noe som er positivt for virksomheten i sin helhet. Intervjuobjekt 5 ser derfor på bemanningen på en helt annen måte enn før.

Per i dag, er det alt fra mellomledere til ansatte høyere opp i hierarkiet, som bruker KPIer aktivt. Alle var enige i at modellen begynner å bli innarbeidet i arbeidskulturen, selv om det kun er lederne som bruker verktøyet. Intervjuobjekt 6 fortalte at Capio-modellen ligger i bunnen av arbeidshverdagen. Det første som ble gjort etter at det ble avholdt kurs for ledere, var at det ble laget et bilde av en stor Capio-modell som henger i garderobeområdet. På denne måten ser alle den, og ansatte kan komme med spørsmål. Det prates også om modellen på personalmøter. Intervjuobjekt 5 og 6 syntes det er lett å involvere ansatte, og mente at de aller fleste forstår hvorfor modellen er tatt i bruk.

Intervjuobjekt 4 og 5 hadde ikke hørt om noe motstand mot modellen. Intervjuobjekt 5 forstår at ansatte kan være litt skeptisk i begynnelsen, men mente at det handler om å prate åpent om det, og etterhvert vil de fleste forstå. Intervjuobjektet hevdet at man er nødt til å ufarliggjøre modellen. Intervjuobjekt 6 fortalte at noen ansatte i produksjonen ikke forstår modellen helt, men på ledernivå har det kun vært positive tilbakemeldinger. Dette kan skyldes at alle ikke er økonomer, men intervjuobjekt 6 tror likevel det er enklere for helsepersonell å forholde seg til KPIer enn omsetning, resultat og andre økonomiske begreper. Intervjuobjektene var enige i at det å involvere ansatte i produksjonen er noe som bør jobbes videre med. Intervjuobjekt 6 trakk frem at det er viktig å huske å se mennesket når man ser på tallene, spesielt innen helsesektoren. Foreløpig sammenlikner ikke Bergen seg mot andre avdelinger. Det kan derimot være aktuelt på sikt. Intervjuobjekt 5 tror at det kommer til å bli vanskelig hvis ikke tallene justeres internt først.

*Oslo*

De tre intervjuobjektene rapporterer hver måned og forklarer hvorfor det finnes avvik i tallene. For to av intervjuobjektene er dette noe som er avgjørende. Intervjuobjekt 7 fortalte at dette gir kontroll, mens intervjuobjekt 9 hevdet at når dette gjøres, blir man mer skjerpet og reflekterer over informasjonen som målingene gir.

De tre intervjuobjektene bruker informasjonen i varierende grad. Intervjuobjekt 8 forklarte at målingen kun gir informasjon om markedet, og at det er grunn til bekymring hvis KPIen endres nevneverdig. Den har derimot ingenting å si for hverken måloppnåelse eller forbedring av resultat. Dette er ikke de andre intervjuobjektene enige i. Intervjuobjekt 7 og 9 bruker begge informasjonen aktivt for å bedre resultatene. Intervjuobjekt 7 ser på KPIene hver dag, og fører i tillegg egen statistikk. Å se på KPIene er det første intervjuobjektet gjør hver morgen. Intervjuobjektet kunne ikke vært uten målinger, og vedkommende sammenligner med fjoråret og ser på utviklingen. På denne måten er KPIene en løpende puls. Intervjuobjekt 9 fortalte at Capio-modellen er gjennomtenkt og fungerer. Modellen er et bra oppsett for lederne i Volvat når det lages planer. Informasjonen man får fra målingene brukes i forhold til personale, hvor mange man skal leie inn, og i forhold til hvor mange operasjoner man har. Tallene gir fasiten på hvordan måneden har vært. Dette brukes videre i diskusjonen for hvordan man kan bruke ressursene bedre. Det gir også en pekepinn på om avdelingen er på riktig vei, og man får det man ønsker i forhold til målene.

Informasjonen fra KPIene gir fakta. Intervjuobjekt 9 fortalte at man slipper å synse, istedenfor vet man akkurat hvordan situasjonen er. Informasjonen gir grunnlag for å se på utvikling i forhold til konsultasjoner og operasjoner. Det er også viktig å ha fakta når man skal i møter, hevdet intervjuobjektet.

Intervjuobjekt 7 og 9 har avdelingsmøter hver sjette uke hvor det snakkes om KPIer. På møtet viser intervjuobjektene hvordan måltallene er i forhold til resultatet. Intervjuobjekt 7 fortalte at det først og fremst er legene som ser på KPIene, og intervjuobjektet tror at de synes det er spennende. Intervjuobjektet fortalte at vedkommende føler at de som jobber på Volvat er opptatt av hvor mye de har tjent, og derfor følger de med på sine egne KPIer. Det gis inntrykk for at

intervjuobjekt 8 derimot ikke snakker så mye om Capio-modellen til de under seg. De ansatte vet at det måles, med ikke nødvendigvis hva det betyr. Intervjuobjektet hevdet at grunnen til dette er at de som jobber i produksjonen, ikke alltid er opptatt av hva som måles av toppledelsen, fordi de ansatte er mer opptatt av opplevelsen kunden får, samt kvaliteten på laboratoriearbeidet. Ingen av intervjuobjektene har opplevd noe motstand mot bruken av KPIer.

Tabell 8: Sitater om hvordan prestasjonsindikatorer brukes i avdelingene

<b>Intervjuobjekt Sitater</b>	
<b>Fredrikstad</b>	
<i>Intervjuobjekt 2</i>	<p>“KPIene og QPIene er kanskje ikke så nyttige for meg, siden jeg har såpass stor innsikt i min egen butikk, men jeg kan forstå at andre ledere kan ha nytte av det.”</p> <p>“Jeg må være ærlig og si at vi ikke bruker informasjonen vi får så mye internt”.</p>
<i>Intervjuobjekt 3</i>	<p>“Det gir oss en pekepinn på om vi gjør noe riktig”.</p> <p>“Vi prøver aktivt å bruke det til noe”.</p>
<b>Bergen</b>	
<i>Intervjuobjekt 4</i>	<p>“Jeg bruker det ukentlig, nesten daglig. Jeg ser på aktiviteten, også bemanner jeg ut fra det”.</p> <p>“Jeg synes det er litt gøy. Du er mer inne kjernen for hvordan virksomheten fungerer. Jeg har en del av ansvaret og forstår det mer. Det er lettere å ta avgjørelser”.</p>
<i>Intervjuobjekt 5</i>	“Jeg har tre nøkkeltall som jeg styrer min drift etter”.
<i>Intervjuobjekt 6</i>	<p>“Det er litt artig det som har skjedd, for disse KPIene var tredd over hodet på oss i første omgang, og hvor viktige de har blitt nå”.</p> <p>“Capio-modellen har snudd vår hverdag på hodet. Før kom økonomien først, men nå har man sagt at gjennom målinger med KPIer og kvalitet, så lager vi heller god økonomi ut av det. For vi vet at hvis vi får til gode KPIer og gode kvalitetsmålinger, så har vi en produksjon som flyter, og så har du pasienter som er fornøyde”.</p>
<b>Oslo</b>	
<i>Intervjuobjekt 7</i>	“For meg er det en løpende puls”.
<i>Intervjuobjekt 8</i>	“Det har ingenting å si for forbedring av resultat, men gir informasjon om markedet”
<i>Intervjuobjekt 9</i>	“Det er lettere å ta opp ting når man har fakta”

## Tolkning

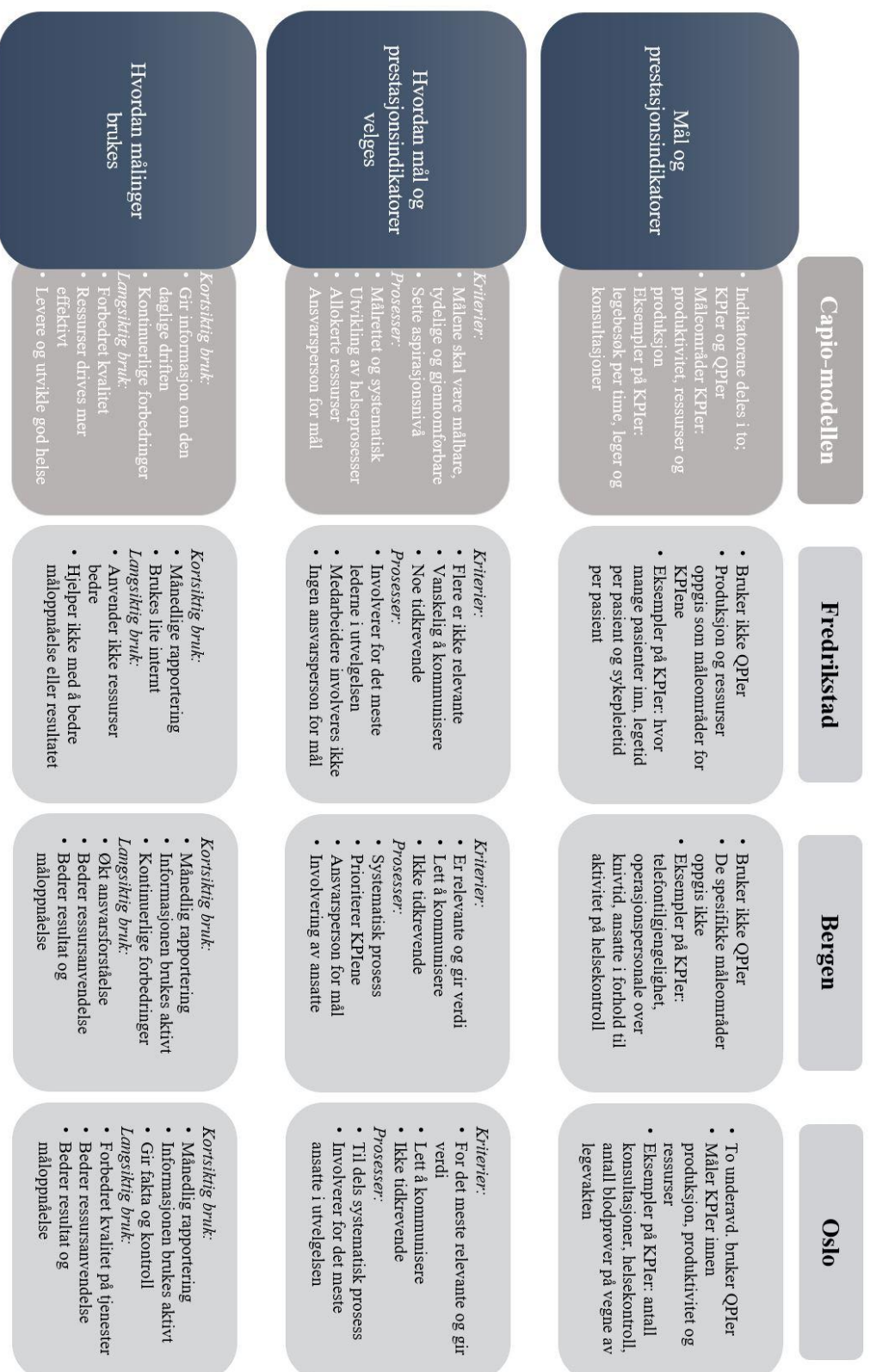
Det eksisterer forskjeller mellom alle avdelingene når det kommer til hvordan de bruker målingene. Ifølge intervjuobjektene i Fredrikstad, brukes ikke informasjonen fra målingene internt i avdelingen. I Fredrikstad er modellen heller ikke synliggjort eller omtalt, noe som også underbygger at målingene ikke brukes. Bruken av KPIer og QPIer er heller et press fra toppledelsen i Volvat. Ifølge intervjuobjektene skal målingene heller ikke hjelpe til med å oppnå mål eller bedre resultatet, men målingene skal gi en pekepinn på om man gjør noe riktig. Utsagnene tilsier at Capio-modellen ikke fungerer etter hensikt i Fredrikstad. Modellen skal fungere som et verktøy for å hjelpe ledere til å oppnå kontinuerlige forbedringer, forbedre kvaliteten på helsetjenesten, samt å drive ressursene mer effektivt. Dette fungerer derimot ikke i dag.

Sett bort i fra ett intervjuobjekt i Oslo, syntes både Oslo og Bergen at Capio-modellen hjelper dem i hverdagen. To av intervjuobjektene syntes at modellen hjelper med å bedre resultater og oppnå mål. KPIene brukes aktivt i hverdagen og det bemannes ut i fra denne informasjonen. Intervjuobjektene i både Oslo og Bergen fortalte at bevisstheten rundt anvendelse av personell har økt. De ansatte forstår ansvaret sitt bedre, og synes det er lettere å ta avgjørelser. Videre fører målingene til at lederne reflekterer mer over situasjoner og har dermed bedre kontroll. KPIene brukes derfor aktivt for å anvende ressursene bedre, de gir fakta, som igjen fører til et forbedret resultat. Resultatene fra Oslo og Bergen har derfor godt samsvar med Capio-modellen.

Det kan argumenteres for at Bergen har lyktes med involvering av ledere og medarbeidere ved å ufarliggjøre målinger. Ved synliggjøring av Capio-modellen, samtidig som man aktivt omtaler målingene som et verktøy som gjør hverdagen enklere, har Bergen lyktes med sin bruk av målinger. I Oslo er ikke modellen synliggjort i like stor grad, men omtalt som et verktøy som frembringer fakta. Målingene brukes dog i ulik grad i de forskjellige underavdelingene i Oslo, noe som kan forklares ut i fra avdelingens størrelse. En oppsummering av resultatene kan ses i figur 4.



## 4.3 Oppsummeringsfigur: erfaringer med Capio-modellen



Figur 4: Oppsummeringer av avdelingens erfaringer med Capio-modellen og mulige områder å tilpasse

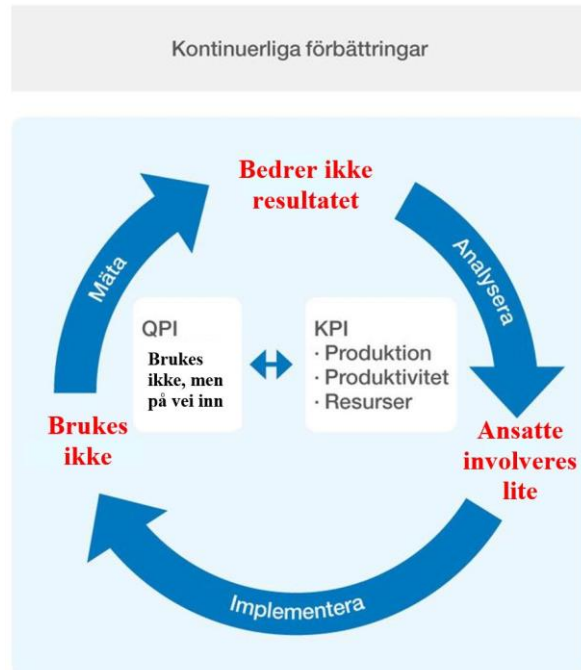
## 4.4 Hvorfor finnes det tilpasninger i målstyringssystemet mellom avdelingene i Volvat og hvordan påvirker disse forskjellene oppnåelse av mål?

### 4.4.1 Måloppnåelse i Fredrikstad

Fredrikstad skilte seg ut ved lite bruk av modellen. Det kom fram at flere av målingene ikke var relevante, at inputen til målingene ikke var god nok, det var tidkrevende og kommunikasjon til de ansatte ble sett på som vanskelig. QPIer ble heller ikke benyttet. Dette kan skyldes motstand mot endringer internt, og underbygges av at Fredrikstad var den eneste avdelingen som opplevde motstand fra ansatte i forhold til bruken av målinger. Denne motstanden kan til dels skyldes

hvordan ledelsen overordnet i Volvat har implementert modellen, da det hevdes at toppledelsen i Oslo bestemmer over Fredrikstad. Det kan også skyldes hvordan ledelsen lokalt i Fredrikstad har håndtert implementeringen. Funnene tyder på liten involvering av ansatte utover et fåtall ledere. Som vist i figur 5 anser vi den manglende involveringen som hovedgrunnen til at målstyringssystemet ikke fungerer etter hensikt.

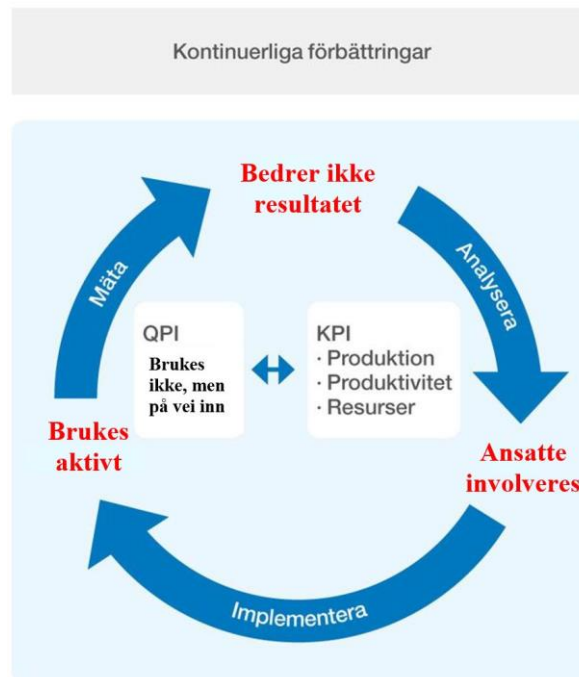
I og med at Fredrikstad er den minste avdelingen, kan et målstyringssystem med et stort antall målinger virke overveldende på ansatte og uegnet for avdelingen. Samtidig har avdelingen i Fredrikstad hatt en ekspansiv vekst de siste årene, slik at fokuset kanskje ikke har vært på målinger, men på den stadige veksten.



Figur 5: Måloppnåelse i Fredrikstad

#### 4.4.2 Måloppnåelse i Bergen

Bergen var den avdelingen som samlet sett benyttet seg mest av KPIer. QPIer er foreløpig ikke tatt i bruk, men alle intervjuobjektene fortalte at systemet Gap-vision skulle implementeres i nær fremtid. Intervjuobjekt 6 forklarte at lederne begynner sine månedlige ledermøter med en gjennomgang av KPIene og at de økonomiske tallene gjenspeilte disse. De syntes også at det var lett å kommunisere modellen til de ansatte og at målingene ikke er tidkrevende. Dette kan tyde på at Bergen har justert målingenes input, slik at det ble et pålitelig måltall. Dette kan forklares med at Bergen har involvert de ansatte, ved at man har ufarliggjort og kommunisert om målstyringssystemet på en overkommelig og god måte.



Figur 6: Måloppnåelse i Bergen

En annen mulig forklaring kan være at Bergen har vært i en situasjon der endringer måtte til for å bedre resultatet, og at man slik sett har hatt et initiativ til å implementere målstyringssystemet. Funnene tyder på at Bergen har innført målstyringssystemet blant de ansatte på en god måte, slik at de ansatte bruker det aktivt og kommenterer KPIene som avviker fra måltallet, som igjen fører til bedre kontroll og bedre resultat, illustrert i figur 6.

#### 4.4.3 Måloppnåelse i Oslo

I Oslo var det intern variasjon mellom underavdelingene ved bruk av KPIer. Oslo, som den eneste avdelingen, hadde to underavdelinger som benyttet seg av QPIer. Den siste underavdelingen ventet, som Fredrikstad og Bergen, på Gap-vision. Én underavdeling brukte KPIene daglig, én hadde oversikt og brukte det noe, mens den tredje kun hadde én KPI og brukte

den ikke i særlig grad. To av intervjuobjektene sa at de fleste KPIene var relevante, lette å kommunisere og at det ikke var tidkrevende å måle. Likevel eksisterte det fortsatt irrelevante KPIer, og det ble trukket frem at inputen til flere av indikatorene må justeres. På den ene siden har Oslo flere underavdelinger med god kontroll ved aktiv bruk av KPIene, mens det i en annen underavdeling ikke benyttes.

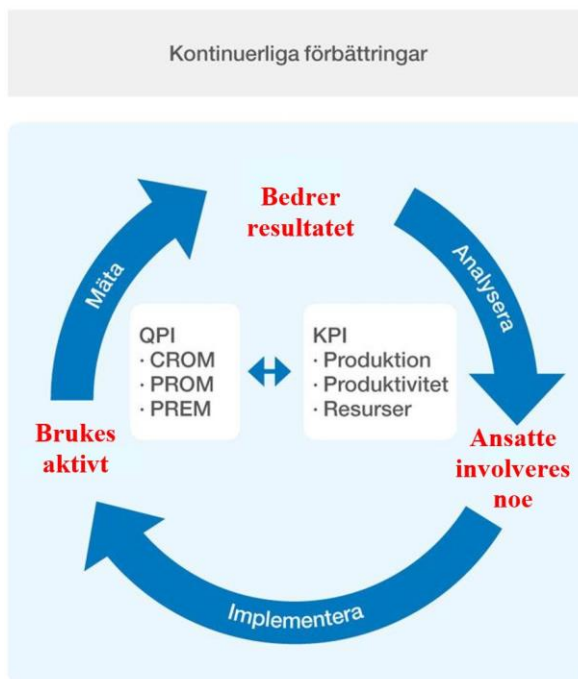
Årsaken til at den ene underavdelingen ikke benytter KPIer, kan skyldes standardiserte arbeidsoppgaver og at lederen således føler at underavdelingen har god kontroll på ressursanvendelse og budsjett. I en annen

underavdeling benyttes KPIer aktivt, som kan skyldes et ønske om kontroll og oversikt.

Underavdelingen er stor, med svært varierte arbeidsoppgaver. Det kan da være stor forskjell mellom hvem som er på jobb, hva som blir taksert i materialbruk, og ulike typer pasienter, som igjen krever ulik type behandling. Videre viser funnene at det også er varierende begeistring for målinger mellom de tre intervjuobjektene i Oslo. To av intervjuobjektene ga uttrykk for at det var lettere å ta beslutninger når man hadde fakta og brukte dermed informasjonen aktivt. Som illustrert i figur 7, gir bruken av målstyringssystemet i Oslo et bedre resultat og måloppnåelse for avdelingen, selv om underavdelingene involverer seg ulikt og bruker det forskjellig.

#### 4.4.4 Hvorfor det finnes tilpasninger i Volvat

Som tidligere vist i oppgaven, kan målstyringssystemer tilpasses på en rekke forskjellige områder. Tilpasningene er i hovedsak at systemet tilpasses til hver enkelt industri og virksomhet, da spesielt i forhold til om virksomheten er profittsøkende eller ikke-profitt søkende. Det det derimot snakkes lite om i litteraturen, er hvilke tilpasninger som gjøres innad i store virksomheter og hvorfor de oppstår. Funnene i denne oppgaven tyder på at modellen også bør



Figur 7: Måloppnåelse i Oslo

tilpasses innad i virksomheter. Volvat er en del av et stort konsern som strekker seg over flere land, i tillegg til at det finnes flere avdelinger i hvert land. Det bør derfor vurderes om Capio-modellen må ta hensyn til flere faktorer som oppstår når en modell skal implementeres, både når det kommer til ulike geografiske lokasjoner, men også ulike underavdelinger.

For å undersøke hvorfor forskjellene mellom avdelingene har oppstått, er det naturlig å se på de forskjellige avdelingenes historie. Volvat startet i Oslo i 1985 med ett senter og i 1997 overtok de også et senter i Fredrikstad. Etter ytterligere to år åpnet også avdelingen i Bergen. I år 2000 kjøper Capio opp Volvat Norge (Capio, 2016). De siste årene har de tre avdelingene, hver for seg, utvidet ved å enten starte eller kjøpe opp et senter. Ulriksdal sykehus kjøpes opp i Bergen i 2012, det åpnet et nytt medisinsk senter på Nationaltheatret i Oslo i 2014 (Capio, 2016), og et nytt senter ble åpnet i Moss i januar 2017. Det ser dermed ut til at de tre avdelingenes historie er relativt lik. En ulikhet er derimot at Ulriksdal er et eget sykehus som ble kjøpt opp, mens de to andre avdelingene ble åpnet som nye medisinske sentre uten sykehusstatus. Selv om historien til avdelingene er lik, er det derimot stor variasjon i avdelingenes **størrelse**. De to enhetene i Oslo utgjør omtrent halvparten av Volvat Norge og er med det klart størst. Bergen og Fredrikstad er vesentlig mindre, noe som kan gi andre utfordringer ved implementering av Capio-modellen.

Funnene indikerer at ledere i Volvat Norge mener at Sverige og Norge har vesentlige forskjeller når det kommer til **forretningsmodell**. Capio i Sverige har vunnet flere offentlige anbud, som betyr at sykehusene og de medisinske senterne får pasienter fra det offentlige. Dette er i stor kontrast til situasjonen i Norge, hvor hver pasient selv har tatt et valg om å oppsøke Volvat. Dette betyr at avdelingene i Norge som regel ønsker noe ledig kapasitet, slik at tilgjengelighet er et insentiv for potensielle pasienter. I Sverige derimot, ønsker man full utnyttelse av kapasiteten på grunn av at de er en del av det offentlige tilbudet. Intervjuobjekt 7 og 9 fra Oslo og intervjuobjekt 2 fra Fredrikstad, nevner alle dette, og mener at som konsekvens blir enkelte av KPIene feil og verdiløse. Dette fører igjen til at disse KPIene ikke blir vektlagt av lederne. I følge intervjuobjekt 2, blir det derfor vanskelig å ha KPIer på ressurser, da ledig kapasitet er et konkurransefortrinn.

Funnene antyder at det finnes **kulturforskjeller** mellom Volvat sine avdelinger i Norge. Et av intervjuobjektene i Bergen fortalte at det i Oslo fungerer med en mindre fast stab av spesialsykepleiere og flere vikarer. Bergen har prøvd lik organisering som Oslo, men dette har vist seg å ikke være mulig. Av uvisse årsaker ønsker ikke spesialsykepleiere i Bergen vikarstillinger. Dette har ført til at alle spesialsykepleiere er faste ansatte, noe som gjør at KPIen i Bergen vil ha et annet måltall enn Oslo.

I Fredrikstad uttrykker intervjuobjekt 2 at det er forskjeller mellom hvordan ressurser utnyttes hos hudlegen i Fredrikstad kontra Oslo. I Fredrikstad benytter man seg av én sykepleier i tillegg til hudlege under konsultasjoner, mens man i Oslo kun benytter seg av hudlegen. Dette gjør at Fredrikstad kan behandle tre pasienter i timen, mot Oslo sine to pasienter i timen. Man må da se på utnyttelsen av ressurser opp mot antall konsultasjoner, slik at sammenligningen mellom Oslo og Fredrikstad blir riktig. Intervjuobjekt 3 forteller om forskjeller mellom Fredrikstad og Bergen. Intervjuobjektet viser til at de har fast ansatte rådgivere, mens man i Bergen velger det motsatte og benytter seg av konsulenter til å blant annet holde kurs. Dette fører til at Fredrikstad sin lønnsutgift derfor ikke er direkte sammenlignbar med Bergen sin lønnsutgift. Disse forskjellene viser at det er **organisatoriske forskjeller** mellom avdelingene, som igjen kan ha opphav i kulturelle forskjeller.

Funnene indikerer også flere **interne faktorer** som kan utgjøre en forskjell mellom avdelingene. I Fredrikstad nevner et av intervjuobjektene at de ser på seg selv som en “lillebror” i forhold til Oslo. Intervjuobjektet uttrykker at måltallet for antall sykepleiere i Fredrikstad er bestemt av ledelsen i Volvat, men ansatte i Fredrikstad opplever at dette måltallet ikke stemmer. Intervjuobjektet refererer også til sin avdeling som “oss” og hovedkontoret i Oslo som “dem”. Fredrikstad er den eneste avdelingen som har opplevd motstand på ledernivå når det kommer til bruken av KPIer, Capio-modellen er ikke innarbeidet i arbeidskulturen, de ansatte involveres i liten grad og informasjonen brukes lite internt. Det må derfor vurderes om Fredrikstad ikke har kommet tilstrekkelig i gang med implementeringen av Capio-modellen. Hver enkelt leder har sitt unike utgangspunkt, noen som sykepleier og andre som økonom. Dette fører til ulike holdninger, meninger og verdier hos hver enkelt leder. Dette kan igjen påvirke hvordan hver leder ser på, innfører og bruker Capio-modellen som styringsverktøy.

Ut i fra de tre avdelingene, virker det til at Bergen i størst grad benytter seg av KPIene som et styringsverktøy. Alle de tre intervjuobjektene brukte som nevnt KPIene aktivt i hverdagen. Det virker til at Bergen har høy grad av involvering av lederne når det kommer til valg og bruk av KPIene. Funnene tyder også på at de ansatte har forståelse og kunnskap om det som måles. Dette kan blant annet skyldes at avdelingen snakker åpent og positivt om Capio-modellen med alle ansatte. I tillegg har man synliggjort modellen med plakater av modellen i garderoben. Dette bidrar til å forenkle, avskrekke og skape tilslutning rundt en felles arbeidskultur.

Oslo var den avdelingen med størst variasjon innad i avdelingen ved bruk av KPIer som styringsverktøy. De er den største avdelingen i landet og det var da også forventet å finne variasjoner mellom underavdelingene. Som nevnt tidligere, brukte et av intervjuobjektene KPIene aktivt, i tillegg til at intervjuobjektet hadde egne statistikker for å styrke beslutningsgrunnlaget. Et annet intervjuobjekt brukte kun én KPI, og denne ble kun brukt ved at den ga informasjon om markedet, slik at man kunne reagere ved nevneverdig endring. Oslo har derfor varierende forståelse og bruk av KPIer som styringsverktøy. Involveringen av de ansatte var også varierende, og spesielt intervjuobjekt 9 ønsker seg større innflytelse i utvelgelsen av KPIer. Det kan derfor virke til at Capio-modellen er implementert i varierende grad fra underavdeling til underavdeling i Oslo.

I figur 4 i det forrige kapittelet oppsummerte vi avdelingenes erfaringer med Capio-modellen og de områder som tilpasses. De tre avdelingene bruker Capio-modellen forskjellig og har dermed ulike synspunkter om hva som er bra og hva som kan forbedres. Således har avdelingene også ulik grad av avvik fra modellen og krefter som fører til disse avvikene. Disse forskjellene påvirker måloppnåelse på forskjellig måte. I Fredrikstad, hvor de benytter seg av KPIene i liten grad, kunne de hatt større kontroll på hvordan de kan nå målene sine. Bergen har på sin side større kontroll, med sin bruk av KPIer, over hvordan man kan oppnå bedre resultater. De har kontinuerlig oversikt over eventuelle avvik, noe som gjør at de lettere kan sette inn korrigerende tiltak og dermed forbedre sitt resultat. I Oslo, er bruken som sagt varierende, der noen har større kontroll over måloppnåelse enn andre.

# Kapittel 5: Diskusjon

## 5.1 Oppsummering av resultater og svar på forskningsspørsmål

### **Forskningsspørsmål 1: Hvordan er Volvat sitt målstyringssystem og hva er formålet med bruken av målstyringssystem?**

Capio-modellen er Capio sitt målstyringssystem og er grunnlaget for all aktivitet i konsernet. Volvat benytter seg av modellen som et styringsverktøy, som er en versjon av The Balanced Scorecard sin første generasjon, noe som er i samsvar med litteraturen. Modellen har en felles målemetode som skal gi en underliggende struktur, samt muliggjøre systematisk kvalitetskontroll. Kvalitetsmålingene kalles QPIer og deles inn i CROM, PROM og PREM. Disse målingene er et viktig redskap for å vurdere kvaliteten på de helsetjenester som blir gitt til pasientene. Prestasjonsmålingene kalles KPIer og deles også inn i tre måleområder, i henholdsvis produksjon, produktivitet og ressurser. Målingene gir en indikasjon på hvordan virksomheten driftes og hvordan ressursene utnyttes i fremstillingen av helsetjenestene. Målinger på kvalitet og prestasjon tilsvarer andre virksomheter i sykehussektoren, selv om Capio-modellen skiller seg noe ut ved at det ikke benyttes finansielle indikatorer.

Indikatorene skal i følge Capio-modellen være målbare, tydelige og skal ha et satt aspirasjonsnivå. Helseprosessene skal være målrettede, systematiske og ha allokerede ressurser, samt at det skal være tydelig hvem som har ansvaret for de forskjellige målene. Capio benytter seg ikke av et like stort antall med kriterier som litteraturen anbefaler, men de som oppgis har godt samsvar. Når dette gjøres, fungerer modellen slik at ledere forstår de underliggende faktorene som påvirker det økonomiske resultatet. Modellen gir derfor informasjon om den daglige driften og muliggjør kontinuerlige forbedringer både når det gjelder kvalitet og effektivitet. Hvordan modellen skal brukes internt, har også god overensstemmelse med eksisterende teori.



## **Forskningsspørsmål 2: Hvilke tilpasninger gjøres i målstyringssystemet blant avdelingene til Volvat?**

Vi oppfatter at Capio-modellen ikke fullt ut er implementert i de ulike avdelingene i Volvat, samtidig som modellen brukes i varierende grad. Det legges dermed til grunn at hver enkelt avdeling har gjennomført interne tilpasninger av Capio-modellen.

Capio har definert områder for målingene innenfor kvalitet og prestasjon. Det er likevel kun Oslo som per i dag bruker QPIer som en del av sitt målstyringssystem. QPIer er likevel i ferd med å implementeres gjennom systemet Gap-vision i alle avdelingene. Flere av intervjuobjektene kom også med forslag til mulige kvalitetsindikatorer for sin underavdeling. Måleområdene innenfor KPIene er definert som produksjon, produktivitet og ressurser. Disse måleområdene er faste, og er dermed ikke mulig å tilpasse internt i avdelingen. KPIene under hvert måleområde har derimot mulighet for tilpasninger. Overordnet har Capio bestemt et sett med KPIer, som registreres automatisk gjennom ulike takseringer.

Av KPIene, kan hver enkelt leder velge de KPIer som er relevante for utvikling av avdelingen. I alle de tre avdelingene, har lederne vært med på å utforme og velge KPIer for sin avdeling og underavdeling. Dette for å oppnå størst mulig verdi for den enkelte leder og underavdeling. For å få til dette, har spesielt avdelingen i Bergen jobbet mye med å justere sine KPIer og å få riktig input til KPIene, slik at målingene skal være riktige og dermed relevante. I denne prosessen fjernet lederne flere KPIer som var irrelevante. Fredrikstad skiller seg ut ved at medarbeiderne involveres i liten grad. Intervjuobjekter fra flere avdelinger ønsker seg enda større frihet til å velge KPIer. På denne måten blir det best mulig tilpasning for hver leder.

Fredrikstad er den eneste avdelingen som har opplevd motstand fra enkelte ledere om målstyringssystemet. Dette fører til at målingene ikke brukes internt og bidrar ikke til bedre resultat. I Bergen og Oslo, styrer de fleste lederne sin drift etter noen få utvalgte nøkkeltall. Måltallene oppdateres kontinuerlig og tilpasses dagens situasjon. Dette bidrar i så måte til bedre ressursanvendelse, som igjen bedrer både resultat og måloppnåelse.

### **Forskningsspørsmål 3: Hvorfor finnes det tilpasninger i målstyringssystemet mellom avdelingene i Volvat og hvordan påvirker disse forskjellene oppnåelse av mål?**

I kapittel 4.3 har identifiserte vi flere drivere som forklarer hvorfor det finnes tilpasninger i målstyringssystemet mellom avdelingene i Volvat. Vi har også diskutert hvordan disse forskjellene påvirker oppnåelse av mål og forbedring av resultat.

**Avdelingenes størrelse** varierer i stor grad, både i antall konsultasjoner og omsetning, og kan være en årsak til hvorfor tilpasninger er nødvendig. Oslo, som den desidert største avdelingen, hadde størst variasjon mellom underavdelingene, noe som også var forventet. Bergen er halvparten i størrelse og er også mer samkjørte i bruken. Fredrikstad derimot, som den minste avdelingen av de tre, brukte ikke Capiro-modellen i særlig grad. Størrelsesforskjellene kan være en grunn til at målstyringssystemet bør tilpasses ulikt og unikt mellom avdelingene.

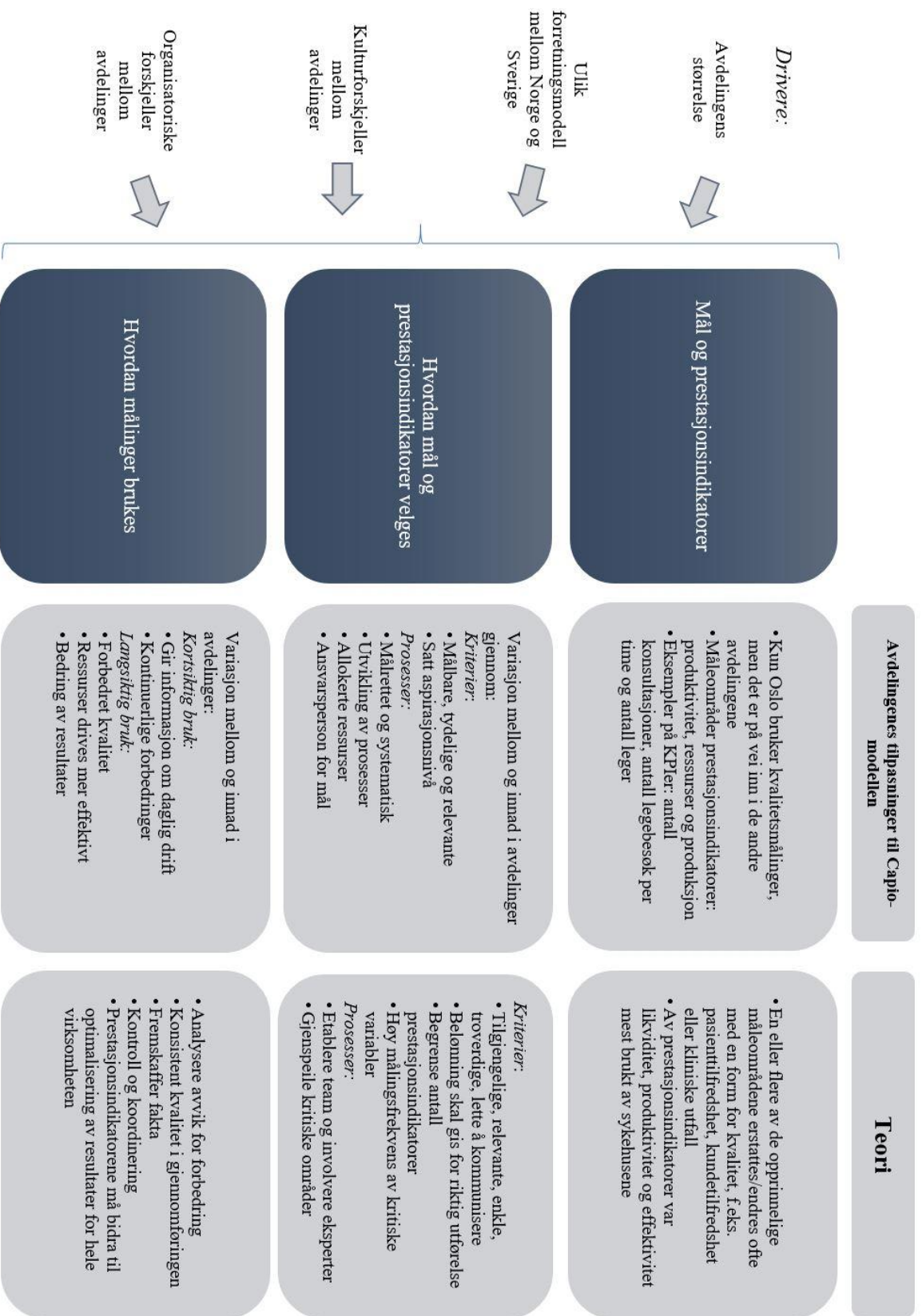
En annen driver er ulike **forretningsmodeller** mellom Volvat i Norge og Capiro i Sverige, noe som fører til ulike preferanser for hvordan man ønsker å drive. Som tidligere beskrevet, ønsker Capiro full utnyttelse av kapasiteten, mens ledere i Volvat på den annen side ønsker tilgjengelighet. Både Oslo og Fredrikstad trakk dette frem som et problem, fordi flere KPIer ble ansett som irrelevante. I Bergen derimot, så de ikke på dette som et problem. Der hadde de i større grad fokusert på å velge de KPIer som var riktig for sin drift.

En tredje driver er **kulturforskjeller** mellom avdelingene i Norge. Fredrikstad ser på seg selv som "lillebror" og føler at toppledelsen i Volvat tar avgjørelser om driften i Fredrikstad. Dette kan være en grunn til at lederne Fredrikstad motsetter seg bruken av Capiro-modellen, istedenfor å tilpasse den sin drift. En annen intern faktor er lokale lederes innvirkning. Ledernes utdannelse varierer fra sykepleier til økonomer, noe som igjen påvirker de holdninger, meninger og verdier lederne i avdelingene har. Dette vil naturlig påvirke hvordan Capiro-modellen implementeres og tilpasses internt. Et eksempel som kom fram, var at det i Oslo ble benyttet en stor andel vikarer, i tillegg til en liten fast stab. Dette ga mulighet til å bemanne etter aktivitet. I Bergen derimot, viste det seg å være vanskelig med samme organisering. Av uvisse grunner fungerte ikke dette, da sykepleierne i Bergen krevde fast stilling. Dette gjør det vanskeligere å bemanne etter aktivitet,

og påvirker tilpasninger i forhold til målingene, og hva de ulike aspirasjonsnivåene skal være. Dette utgjør, sammen med eksemplet om konsultasjoner hos hudleger i Fredrikstad og Oslo, **organisatoriske forskjeller** som er den fjerde driveren identifisert.

De fire nevnte driverne påvirker oppnåelse av mål, ved at hver avdeling involverer de ansatte ulikt i implementeringen og bruken av målstyringssystemet. I Fredrikstad involveres ansatte lite, noe som igjen fører til at modellen ikke brukes internt, som igjen resulterer i at resultatet ikke bedres. I Bergen, og til dels Oslo, involveres de ansatte i større grad, som fører til aktiv bruk, som igjen bedrer resultatet på vei mot måloppnåelse.

## 5.2 Oppsummeringsfigur av forskningsspørsmål



Figur 8: Capio-modellen vs. teori

## 5.3 Teoretiske implikasjoner

Denne casestudien og tilhørende intervjuguide er teoridrevet og bygger dermed på eksisterende forskning om temaet. Som et resultat tar intervjuguiden for seg grunnleggende kriterier om målinger og hvordan et målstyringssystem benyttes. Mye av teorien som er benyttet kommer fra blant annet USA, Canada og Europa, som i motsetning til Norge har en større andel av private sykehus. Dybdeforståelse om Volvat-caset bygger på og utvider litteraturen om bruken av målstyringssystemer i sykehus for nordiske forhold, som på sin side har liten andel av private sykehus. Det meste av litteraturen anbefalte å tilpasse målstyringssystemet, slik at det ble samsvar med industri og virksomheters strategi. I sykehussektoren anbefaler vi dermed tilpasninger på to nivåer. På første nivå må det gjøres tilpasninger fra private til offentlige sykehus. Det finnes derimot ikke mye litteratur om tilpasninger internt i store virksomheter, og driverne som gjør det nødvendig med tilpasninger. Funnene i denne oppgaven viser hvordan og hvorfor sykehus, i dette tilfellet Volvat, tilpasser målstyringssystem internt.

Capio-modellen måler på to forskjellige områder, prestasjon og kvalitet, men avdelingenes foreløpige bruk av kvalitetsmålinger varierer. At det måles på kvalitet i sykehus er i samsvar med teorien, da flere andre sykehus har gjort lignende valg (Voelker et al., 2001; Zelman et al., 2003). Prestasjonsindikatorene var overordnet delt inn i tre områder. En av disse måleområdene, produktivitet, var også den indikatoren som gikk oftest igjen i litteraturgjennomgangen i denne oppgaven (Ballantine et al., 1998; Specklé & Verbeeten, 2013).

At målingene anses som relevante og nyttige for ledere og at de måler de riktige tingene, er noe av det viktigste som må være på plass for at verktøyet skal bidra til forbedringer (Pink et al., 2001; Hoff & Holving, 2015; Hammer, 2007). Det er likevel avvik mellom avdelingene når det kommer til målingenes relevans. Når målingene ikke oppleves som relevante, er dette ikke i samsvar med teorien. Uavhengig av avdeling, skal målingenes relevans gjenspeile virksomheten på en riktig måte, slik at man bedre kan anvende ressursene. I to av avdelingene fungerte dette bra og samsvarer med teorien. Et viktig kriterium er at det også skal være lett å kommunisere og forstå prestasjonsindikatorene (Hoff & Holving, 2015). I Fredrikstad oppleves det som vanskelig å snakke med de ansatte om prestasjonsindikatorer og avviker dermed fra teorien. De ansatte

involveres i ulik grad i de ulike avdelingene. Bergen og Oslo har involvert de ansatte i innføring og bruk av modellen. Funnene indikerer derimot liten grad av involvering av medarbeidere i Fredrikstad, og samtidig er avdelingen den eneste med motstand mot modellen på ledernivå. I følge teorien kan mangel på involvering føre til motstand fra de ansatte (van der Voort & Kerpershoeck, 2010).

Som et resultat av god involvering av ansatte på flere nivåer, har Bergen og Oslo fått bedre kontroll og oversikt over drift, og ressurser anvendes bedre. Avdelingene forbedrer seg derfor kontinuerlig på veien mot måloppnåelse. I Fredrikstad brukes ikke informasjonen internt, og som følge av dette hjelper heller ikke modellen til bedre resultat eller måloppnåelse.

Forskjeller mellom både avdelinger og underavdelinger i en virksomhet vil alltid eksistere, og funnene i denne oppgaven indikerer at det må tas høyde for disse forskjellene. For å få et best mulig målstyringssystem, må virksomheter tilpasse systemene i større grad. Vårt viktigste bidrag til den eksisterende litteraturen, er fire drivere diskutert i kapittel 4.3 og omtalt tidligere i dette kapittelet. De fire driverne er: avdelingens størrelse, ulik forretningsmodell, kulturforskjeller og organisatoriske forskjeller mellom avdelinger. Disse driverne, har i vår studie, vist seg å være en del av årsaken til hvorfor tilpasninger internt i store virksomheter kan være nødvendig ved bruk av målstyringssystem.

## **5.4 Praktiske implikasjoner**

Capio-modellen gir et godt grunnlag for kontinuerlige forbedringer og effektivisering av Volvat. For å få et målstyringssystem til å fungere, tilsier funnene i oppgaven at det viktigste er involvering av ansatte. Som Capio-modellen peker på, er kvalitetsindikatorer sammen med prestasjonsindikatorer viktige for kontinuerlige forbedringer i alt fra arbeidsmetoder til resultat. Dette fungerer bra der kvalitetsindikatorer brukes, og vi anbefaler derfor at QPIer implementeres og tilpasses i alle avdelinger for bedre resultater.

Prestasjonsindikatorene, KPIer, oppleves ikke som like relevante i alle avdelinger. Bedre opplæring og involvering av ansatte, kan føre til bedre forutsetning for å velge relevante

indikatorer. Dette vil også gi bedre kontroll på riktig input. I tillegg bør hver enkelt leder få større innflytelse når det velges indikatorer, slik at de mest verdifulle indikatorene blir valgt. På denne måten blir lokale ulikheter tatt høyde for, og målstyringssystemet blir tilpasset hver enkelt avdeling og underavdeling. I noen underavdelinger i Volvat er lederne allerede godt involvert og bruker indikatorene daglig i sin drift.

For å skape ytterligere forbedringer, anbefaler vi belønning ved korrekt utførelse av målinger, uansett resultat på målingen. Dette vil gi riktig input for korrekt måling, og viser hvor i virksomheten de faktiske avvikene oppstår, som igjen fører til læring og forbedring.

Forskjeller vil alltid eksistere internt i virksomheter. Volvat bør derfor fortsette med tilpasninger av Capio-modellen kontinuerlig i sine avdelinger og underavdelinger, for på den måten å ta høyde for forskjellene som eksisterer. Slik vil Volvat også få størst utbytte av Capio-modellen. Andre sykehus kan lære av hvordan Volvat har tilpasset sitt målstyringssystem, spesielt med tanke på de KPIer og QPIer som brukes. I tillegg er det viktig at andre sykehus tilpasser indikatorer til sine avdelinger og underavdelinger, slik at målstyringssystemet vil fungere etter hensikt.

## **5.5 Begrensninger og videre forskning**

På grunn av at dette er en masteroppgave, har tidsperspektivet og reisekostnader vært en begrensning. Antall intervjuobjekter og avdelinger måtte derfor begrenses, og situasjonen i de andre avdelingene er ikke hensyntatt. Ett av intervjuene ble avholdt over Skype, noe som kan ha ført til at svarene ikke var like utdypende som ved et ansikt-til-ansikt intervju. I tillegg er intervjuguiden basert på eksisterende teori om temaet, noe som kan ha ført til at formulering og rekkefølge på spørsmål påvirket intervjuobjektens svar. For å forebygge dette ble intervju spørsmålene formulert som åpne. Flere tiltak ble også benyttet, som beskrevet i metodekapittelet.

Denne casestudien undersøkte et målstyringssystem i et privat helseforetak i Norge, og hvilke tilpasninger som gjøres for å bedre resultatene der. For å finne ut hvordan man kan tilpasse et

målstyringssystem i sykehussektoren, er det nødvendig med ytterligere empirisk forskning, for å peke på hvilke drivere som påvirker målstyringen.

Store konsern, som Capio, strekker seg over flere nasjoner og forskjellige kulturer. Videre studier kunne sett på om det er behov for ulik grad av tilpasninger, av det samme målstyringssystemet, i de forskjellige landene. Det er allmenn kjent at det eksisterer forskjeller mellom land. I den sammenheng, er det interessant om tilpasningsbehovet er like kritisk i mer hierarkiske styrte land, enn i land som er mer typisk styrt av autonomi. Dette kunne igjen pekt på om det er ulik grad av målevillighet blant ansatte i et land kontra andre land, og om det er hierarkisk og kulturelt betinget.



## Kapittel 6: Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å se på hvordan Capiro sitt målstyringssystem blir tilpasset internt i Volvat, samt hvordan og hvorfor tilpasningene påvirker Volvats effektivitet og kostnadseffektivitet. På denne måten kan denne oppgaven besvare problemstillingen og belyse hvordan målstyringssystem i sykehus generelt kan tilpasses.

Studien har avdekket hvordan Volvat bruker Capiro-modellen som sitt målstyringssystem. Områdene i målstyringssystemet som er tilpasset internt, er hvilke indikatorer og måleområder som brukes, hvordan målingene velges og til slutt hvordan de brukes. Målingene deles inn i prestasjonsindikatorer og kvalitetsindikatorer, som er tilpasninger på et overordnet nivå, og gir informasjon om hvordan kvalitet og effektivitet kan utvikles kontinuerlig. Videre avdekket studien at målstyringssystemet ble benyttet ulikt i avdelingene, og dermed tilpasset hver avdeling. I avdelingene som i størst grad involverte ansatte i målstyringssystemet, resulterte bruken av Capiro-modellen i økt kvalitet på helsetjenestene og bedre anvendelse av ressursene. Oppgaven identifiserte også fire drivere som til dels kan forklare hvorfor tilpasninger er nødvendig.

Det konkluderes med at tilpasninger internt i virksomheter er nødvendig for at målstyringssystem skal fungere etter hensikt, og vi anbefaler en større involvering av ansatte i avdelinger og underavdelinger. Når dette gjøres, kan et målstyringssystem være et effektivt verktøy for å understreke eksisterende problemer og identifisere muligheter i virksomheten. På denne måten vil kvaliteten og effektiviteten på de tjenester som leveres opprettholdes og forbedres, og i dette tilfellet, kan Volvat fortsette å utvikle og levere god helse.

## Litteraturliste

- Askheim, G. & Grenness, T. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aspunvik, S. G. (2015). *Ny rapport: Norske pleiere kan bli mer effektive*. NRK. Tilgjengelig fra: [https://www.nrk.no/norge/ny-rapport\\_-norske-pleiere-kan-bli-mer-effektive-1.12576998](https://www.nrk.no/norge/ny-rapport_-norske-pleiere-kan-bli-mer-effektive-1.12576998) (lest 27.11.2016).
- Ballantine, J., Brignall, S. & Modell, S. (1998). Performance measurement and management in public health services: a comparison of U.K. and Swedish practice. *Management accounting research*, 9 (1): 283-291.
- Brignall, S., & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management accounting research*, 11 (3): 281-306.
- Buckingham, M. & Goodall, A. (2015). Reinventing performance management. *Harvard business review*, 93 (4): 40-50.
- Capio (2016). *Capio Årsredovisning 2015 Bästa möjliga livskvalitet för varje patient*. Capio AB: Göteborg.
- Capio (2017). *Patient needs*. Capio. Tilgjengelig fra: <http://capio.com/en/about/the-capio-model/patient-needs/> (lest 26.01.2017).
- Chen, X. Y., Yamauchi, K., Kato, K., Nishimura, A., & Ito, K. (2006). Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International journal of health care quality assurance*, 19 (4): 339-350.
- Christensen, P.H. & Foss, N.J. (2011). Utfordringer ved motivasjon og ledelse av kunnskapsarbeidere. *Magma: tidsskrift for økonomi og ledelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/utfordringer-ved-motivasjon-og-ledelse-av-kunnskapsarbeidere> (lest 20.02.2017).
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage Publications Inc.
- Dommerud, T. (2015). *Norge vil ikke klare å skaffe nok leger og sykepleiere*. Aftenposten. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/norge/Norge-vil-ikke-klare-a-skaffe-nok-leger-og-sykepleiere-20469b.html> (lest 27.11.2016).
- Ertesvåg, F. & Eisenträger, S. (2013). *Riksrevisjonen: Store forskjeller i liggetid på sykehusene*. VG. Tilgjengelig fra: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/riksrevisjonen-store-forskjeller-i-liggetid-paa-sykehusene/a/10140758/> (lest 27.11.2016).

- Forgione, D.A. (1997). Health care financial and quality measures: international call for a “balanced Scorecard” approach. *Journal of health care finance*, 24 (1): 55-58.
- Gibbert, M., Ruigrok, W., & Wicki, B. (2008). What passes as a rigorous study? *Strategic management journal*, 29 (13): 1465-1474.
- Graebner, M. E., Martin, J. A., & Roundy, P. T. (2012). Qualitative data: Cooking without a recipe. *Strategic organization*, 10 (3): 276-284.
- Greve, H. R. (2007). Hvordan lærer organisasjoner av resultatmåling? *Magma: tidsskrift for økonomi og ledelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/hvordan-laerer-organisasjoner-av-resultatmaaling> (lest 21.02.2017).
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Hansen, T. (2014). *New Public Management*. Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management) (lest 28.02.2017).
- Hammer, M. (2007). The 7 deadly sins of performance management and how to avoid them. *MIT Sloan management review*, 48 (3): 19-28.
- Helljesen, V. (2014). *Snart dobbelt så mange eldre som i dag*. NRK. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/snart-dobbelt-sa-mange-eldre-1.11781574> (lest 26.01.2017).
- Hoff, K. G., & Holving, P. A. (2015). *Balansert målstyring. Strategisk virksomhetsstyring satt i system*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utg. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johnsen, Å. (2007). *Resultatstyring i offentlig sektor. Konkurransen uten marked*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit management & leadership*, 11 (3): 353-370.
- Madsen, D. Ø., & Stenheim, T. (2014). Balansert målstyring. *Magma: tidsskrift for økonomi og ledelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/balansert-malstyring> (lest 24.02.2017).
- Marr, B. (2014). *25 Need to know key performance indicators*. Harlow: Pearson Education Ltd.

- Merchant, K. A. & Van der Stede, W. A. (2012). *Management control systems*. 3. utg. Harlow: Pearson Education Ltd.
- Niven, P. R. (2008). *Balanced scorecard: Step-by-step for government and nonprofit agencies*. 2. utg. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Ogunmokun, G., Hopper, T., & McClymont, H. (2005). Strategy implementation and organizational performance: A study of private hospitals. In *Proceedings of ABBSA conference, Australia: 5-7*.
- Olesen, A. (2016). *Traditionel målstyring virker (heller) ikke i det offentlige*. Danmark: Børsen.  
Tilgængelig fra:  
[http://ledelse.borsen.dk/artikel/1/324637/traditionel\\_maalstyring\\_virker\\_heller\\_ikke\\_i\\_det\\_offentlige.html](http://ledelse.borsen.dk/artikel/1/324637/traditionel_maalstyring_virker_heller_ikke_i_det_offentlige.html) (lest 28.02.2017).
- Ondrckova, C. O. og Grimsrud, S. A. (2017). "Stoppeklokkeomsorg" og "måleman". Nå legger flere kommuner bort målstyringa og lar de ansatte få mer å si. Fri Fagbevegelse. Tilgængelig fra: <http://frifagbevegelse.no/nyheter/stoppeklokkeomsorg-og-malemani-na-legger-flere-kommuner-bort-malstyringa-og-lar-de-ansatte-fa-mer-a-si-6.158.448172.2d5c8ffc03> (lest 28.02.2017).
- Pettersen, I. J. & Solstad, E. (2015). Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals. *Journal of health organization and management*, 29 (2): 185-199.
- Pink, G. H., McKillop, I., Schraa, E. G., Preyra, C., Montgomery, C. & Baker, G.R. (2001). Creating a balanced scorecard for a hospital system. *Journal of health care finance*, 27 (3): 1-20.
- Rahimi, H., Kavosi, Z., Shojaei, P. & Kharazmi, E. (2017). Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *Journal of health management & informatics*, 4 (1): 17-24.
- Roliggaard, S. (2016). *Formand for Lægeforeningen: Målstyring er frustrerende*. Danmark: Politiken. Tilgængelig fra: <http://politiken.dk/indland/art5618969/Formand-for-Lægeforeningen-Målstyring-er-frustrerende> (lest 28.02.2017).
- Silva, A. F. D. (2013). Accounting logic and new professional in healthcare: a case study. In *3th Transatlantic conference management, accounting, auditing, financial control and cost control*. Instituto politécnico do Porto. Instituto superior de contabilidade e administração do Porto.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data*. 5. utg. London: Sage Publications Ltd.

- Speklé, R. F. & Verbeeten, F. H. M. (2013). The use of performance measurement systems in the public sector: Effects on performance. *Management accounting research*, 25 (2): 131-146.
- Ubøe, J. (2014). *Målstyring bryter ned samfunnet*. Bergens Tidende. Tilgjengelig fra: <http://www.bt.no/btmeninger/kronikk/Malstyring-bryter-ned-samfunnet-270020b.html> (lest 28.02.2017).
- Voelker, K. E., Rakich, J.S. & French, G. R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital topics*, 79 (3): 13-24.
- van der Voort, H. & Kerpershoek, E. (2010). Measuring measures: introducing performance measurement in the Dutch health care sector. *Public Money & Management*, 30 (1): 63-68.
- Volvat (2017). *Om Volvat*. Volvat medisinske senter. Tilgjengelig fra: <https://www.volvat.no/om-volvat/> (lest 26.01.2017).
- Zelman, W. N., Pink, G. H. & Matthias, C.B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of health care finance*, 29 (4): 1-16.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. 5. utg. London: Sage Publications Ltd.

## Vedlegg 1: Intervjuguide til ledere i Volvat

### **Innledning**

*Introduserer oss selv og hvor vi kommer fra.*

*Vi forklarer kort hva formålet med intervjuet er:*

Masteroppgaven omhandler bruken av et målstyringssystem, som hos Volvat er Capio-modellen. Gjennom intervju av medarbeidere på forskjellige nivåer i Volvat ønsker vi å finne ut om det gjøres tilpasninger i bruken av målstyringssystemet og hvordan man forholder seg til målinger i organisasjonen. Denne oppgaven skrives i samarbeid med VMS og har til hensikt å bidra med kontinuerlig forbedring i Volvats bruk av målstyringssystem.

*Henvis til kontaktbrev og om det er greit å ta opp på lydbånd. Minner også om at oppgaven er konfidensiell og vil ikke bli sett av andre enn Volvat, oss, veileder og sensor. Det vil ikke bli oppgitt navn på intervjuobjektene. Minner også om at intervjuobjektene kan trekke seg når som helst når så lenge prosjektet pågår, altså frem til 15. mai. All data vil slettes når oppgaven er ferdigstilt.*

Har du spørsmål eller er noe uklart?

### **Bakgrunn**

- 1) Hva er din stilling og arbeidsoppgaver i Volvat?
- 2) Hvor lenge har du vært ansatt i Volvat?
  - a) Hvor lenge har du jobbet helsesektoren?
  - b) Hva har dine tidligere arbeidsoppgaver involvert?
    - Hvis arbeidet andre steder, har du brukt målstyringssystem tidligere?

*Vi lurere på dette siden dette kan bidra til å forstå ditt perspektiv.*

### **Målstyring og målinger i Volvat**

*Dere bruker jo Capio-modellen som styringsverktøy. I denne modellen brukes KPIer og QPIer for å måle prestasjon, både finansielt og på kvalitet.*

- 3) Hva måles og hvor mange målinger har deres enhet?
  - a) Finnes det ulike måleområder innenfor KPIene og QPIene? (perspektiver)  
Hvis ja, hvilke inndelinger brukes?
- 4) Hva synes du om de forskjellige KPIene og QPIene? (La de svare før punktene under)
  - a) Er de relevante?
  - b) Nyttige?
  - c) Lette å kommunisere?

- d) Tilgjengelige?
- e) Tidkrevende?
  - Hvorfor / hvorfor ikke

### **Bruk av målinger**

- 5) (Til informanter som har vært ansatt lenge). Husker du om målinger ble brukt før Capio-modellen kom, og eventuelt hvordan målingene fungerte på den tiden?
  - a) Hvordan ble disse målingene valgt?
- 6) Hvordan bruker dere informasjonen dere får fra målingene?  
*Hint til oss selv - utvikling og læring.*
- 7) Hjelper målingene med å oppnå mål og forbedre enhetens resultat?
  - a) Gis det belønning
    - for oppnåelse av mål?
    - for utførelse av mål?
- 8) Er Capio-modellen innarbeidet i arbeidskulturen?
  - a) Forstår alle ansatte hvorfor KPIer og QPIer er tatt i bruk?
  - b) Har du opplevd noen form for motstand eller misnøye på bruken av Capio-modellen fra enkelte ansatte?
    - Hvis ja, hva slags type motstand eller misnøye?

### **Resultater og tilpasninger av målinger**

- 9) Hvordan har målingene utviklet seg over tid?
  - a) Tilpasses eller forbedres de kontinuerlig?
  - b) Hvis ja, hvor ofte endres KPIene og QPIene?
- 10) Har du vært delaktig i valg og tilretteleggelse av prestasjonsmålene / KPIene & QPIene lokalt?
  - a) Finnes det indikatorer som burde vært med, men som mangler?
  - b) Finnes det indikatorer som ikke burde vært med?
- 11) Er det noe som er spesielt/annerledes ved dette helseforetaket som blir tatt høyde for ved utføring av målingene?
  - a) Hvis ja, hva da?
  - b) Er det noe som kunne vært gjort annerledes/bedre i forhold til bruk av målingene?

### **Avslutning**

- 12) Er det noe du vil legge til som kan være relevant?

*Oppsummere funn og oppklare eventuelle uklarheter.*

*Takke for oss.*

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter

Vi er to masterstudenter som studerer økonomi og administrasjon på Handelshøyskolen ved NMBU. I vår masteroppgave undersøker vi hvordan målstyringssystemet brukes i de forskjellige sykehusene til Volvat. Gjennom intervju med medarbeidere på forskjellige nivåer ønsker vi å finne ut om det er tilpasninger i bruken av målstyringssystemet og hvordan man forholder seg til målinger i organisasjonen. Denne oppgaven skrives i samarbeid med Volvat medisinske senter og har til hensikt å bidra med kontinuerlig forbedring i Volvats bruk av målstyringssystemet.

Du forespørres fordi du har en ledende stilling i Volvat.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Vi kommer til å spørre om tillatelse til å gjøre opptak av intervjuet. Intervjuet vil vare i ca. 45 minutter, maks en time. Fordelen med opptak er å tone ned notatskrivingen og skape en mer naturlig samtalekontakt. Det er kun vi som forskere og vår veileder, Silja Korhonen-Sande, som vil ha tilgang til lydopptaket. Lydopptaket vil bli slettet i sin helhet etter at prosjektet er avsluttet. Spørsmålene vil omhandle bruk og tilpasning av målingene i Volvat. Det presiseres at oppgaven er en ”management-studie” og omhandler ikke pasientdata.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Masteroppgaven er konfidensiell. Det er kun Volvat, studentene Tonje Erlandsen og Bjørn Vedø, veileder og sensor som vil ha tilgang.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun undertegnede og veileder vil ha tilgang til personopplysninger.

Lydopptaket vil bli lagret på egnet båndopptaker uten nettilgang, låses inn når den ikke er i bruk og slettet i sin helhet etter at prosjektet er avsluttet.

Det samles ikke inn direkte personidentifiserende opplysninger, men bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner vil bli brukt. Disse bakgrunnsopplysningene er arbeidsplass og stilling.

Intervjuobjektet vil få mulighet til å gjennomgå sitater som blir brukt i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes **15.05.2017**.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn så lenge prosjektet pågår. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Bjørn Vedø eller Tonje Erlandsen på e-post [bjorn.vedo@gmail.com](mailto:bjorn.vedo@gmail.com) / [tonjeerl@gmail.com](mailto:tonjeerl@gmail.com) eller telefon 952 47 807 / 412 46 360

Kontaktperson i Volvat er Per Helge Fagermoen: 996 90 309 / [per.helge.fagermoen@volvat.no](mailto:per.helge.fagermoen@volvat.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Forespørselen er sendt via e-post, og ved at informanten svarer bekreftende på e-posten, samtykker informanten til deltakelse i studien.



### Vedlegg 3: Mail vedrørende sitatsjekk

Følgende mail ble sendt til alle intervjuobjekter 18. april 2017. Intervjuobjektene fikk en ukes svarfrist. Vedlegget inkluderte et utdrag av masteroppgaven, hvor intervjuobjektene sine sitater var markert i gult, mens andre intervjuobjekter sine sitater var sladdet.

*Hei,*

*Takk for sist!*

*Vi nærmer oss nå slutten på masteroppgaven, og i den forbindelse får du som avtalt mulighet til å lese igjennom dine sitater som blir benyttet i oppgaven. Dette er for å sikre at vi har forstått deg korrekt. Vedlagt finner du derfor et utdrag av masteroppgaven. Vi har markert dine sitater i gult, mens vi har sladdet de andre intervjuobjektene sine sitater.*

*På grunn av begrenset tid, ber vi om at du gir tilbakemelding innen 26.04.2017. Hører vi ikke noe innen den tid anser vi det som et samtykke til at du godkjenner sitatene.*

*Med vennlig hilsen*

*Tonje Erlandsen og Bjørn Vedø*

## Vedlegg 4: Godkjennelse fra NSD

Silja Korhonen-Sande Handelshøyskolen Norges miljø- og biovitenskapelige universitet  
P.O.Box 5033 1432 ÅS

Vår dato: 03.04.2017 Vår ref: 53181 / 3 / ASF Deres dato: Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53181	<i>Effektivisering av sykehus: en casestudie av Volvat medisinske senter</i>
	<i>Behandlingsansvarlig Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens</i>
	<i>øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Silja Korhonen-Sande</i>
<i>Student</i>	<i>Tonje Erlandsen, Bjørn Vedø</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html).

Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt                      Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf.: 55 58 36 41

## Vedlegg 5: Illustrasjon av metode

Forskningsspørsmål	Teori	Intervjuguide	Andre kilder
<p>Hvordan er Volvat sitt målstyringsystem og hva er formålet med bruken av målstyringsystem?</p>	<p>2.1.1 Mål og prestasjonsindikatorer</p> <p>2.1.2 Hvordan mål og prestasjonsindikatorer velges</p>	<p>Hva måles og hvor mange målinger har deres enhet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finnes det ulike måleområder innenfor KPIene og QPIene? (perspektiver)</li> <li>- Hvis ja, hvilke inndelinger brukes?</li> </ul> <p>Hva synes du om de forskjellige KPIene og QPIene?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er de relevante?</li> <li>- Nyttige?</li> <li>- Lette å kommunisere?</li> <li>- Tilgjengelige?</li> <li>- Tidkrevende?</li> </ul> <p>Hvorfor / hvorfor ikke?</p>	<p>Caprios årsrapport 2015</p> <p>Interne data gitt av Volvat</p>
<p>Hvilke tilpasninger gjøres i målstyringsystemet blant avdelingene til Volvat?</p>	<p>2.1.1 Mål og prestasjonsindikatorer</p> <p>2.1.2 Hvordan mål og prestasjonsindikatorer velges</p> <p>2.1.3 Hvordan målinger brukes</p>	<p>(Til informanter som har vært ansatt lenge) Husker du om målinger ble brukt før Caprio-modellen kom, og eventuelt hvordan målingene fungerte på den tiden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan ble disse målingene valgt?</li> <li>- Hvordan bruker dere informasjonen dere får fra målingene?</li> </ul> <p>Hjelper målingene med å oppnå mål og forbedre enhetens resultat?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gis det belønning <ul style="list-style-type: none"> <li>o for oppnåelse av mål?</li> <li>o for utførelse av mål?</li> </ul> </li> </ul> <p>Er Caprio-modellen innarbeidet i arbeidskulturen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forstår alle ansatte hvorfor KPIer og QPIer er tatt i bruk?</li> <li>- Har du opplevd noen form for motstand eller misnøye på bruken av Caprio-modellen fra enkelte ansatte?</li> <li>- Hvis ja, hva slags type motstand eller misnøye?</li> </ul>	
<p>Hvorfor finnes det tilpasninger i målstyringsystemet mellom avdelingene i Volvat og hvordan påvirker disse forskjellene oppnåelse av mål?</p>		<p>Hvordan har målingene utviklet seg over tid?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilpasses eller forbedres de kontinuerlig?</li> <li>- Hvis ja, hvor ofte endres KPIene og QPIene?</li> </ul> <p>Har du vært delaktig i valg og tilrettelegging av prestasjonsmålene / KPIene &amp; QPIene lokalt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finnes det indikatorer som burde vært med, men som mangler?</li> <li>- Finnes det indikatorer som ikke burde vært med?</li> </ul> <p>Er det noe som er spesielt/annerledes ved dette helseforetaket som blir tatt høyde for ved utforming av målingene?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis ja, hva da?</li> <li>- Er det noe som kunne vært gjort annerledes/bedre i forhold til bruk av målingene?</li> </ul>	



Dokumentasjonsfasen

Systematisering og kategorisering

Sammenbinding

Utdrag fra transkribert intervju

Beskrivelse av kontekst og spørsmål

“Klipp og lim” & åpen koding

Aksial koding

Selektiv koding

**Sitat 1:**

“Capio kommer fra en virkelighet hvor man er privat, men at man driver offentlig og privat. Det er vunnet offentlige anbud. Men i Norge så det er ikke det. De pasienter som kommer, kommer siden de har lyst til det, eller at deres forsikring har en avtale med oss. Så vi vet ikke om vi har fullt hus i morgen eller på tirsdag. (...) Mens i Capio-regi velter det jo inn med pasienter, det er offentlige pasienter som skal gjennom systemet effektivt. Det kan vi ikke. Det er vanskelig å benytte ressursene siden vi ikke vet hva vi faktisk får, vi kan ha en idé om det, men vi vet ikke”.

**Sitat 2:**

“Operasjonsutnyttelsen er en fin målestokk hvis vi hadde hatt nok pasienter. Da hadde den gitt en god pekepin, men hvis vi ikke har nok pasienter, er ikke måltallet relevant. Og det svinger fra måned til måned”.

Data ble markert i forskjellige farger.

Det etableres nye og finere kategorier.

**Kontekst:**  
Det ble snakket om Capio og deres målstyringssystem, som en introduksjon.

Sitat 1 ble plassert den overordnede kategorien “kulturforskjeller”.

Sitat 1 plasseres i kategorien: “Ulik forretningsmodell mellom Norge og Sverige”.

**Spørsmål:**

Hva måles og hvor mange målinger har din enhet?

I hvor stor grad Capio-modellen brukes, påvirkes av hver enkelt leders opplæring av ulike målingers relevans. Irrelevante målinger kan skyldes ulik finansieringsmodell mellom Norge og Sverige.

Vedlegg 6: Eksempel på koding





Norges miljø- og biovitenskapelig universitet  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway