



Utvikling av et flerdimensjonalt  
styringssystem som integrerer strategi- og  
kvalitetsledelse ved  
Sykehuset Innlandet HF Tynset

Hovedoppgave til mastergrad i industriell økonomi og  
informasjonsledelse

av

*Per-Olav Sørhus*

*Johan Nøkleholm*

Høgskolen i Agder  
Grimstad, juni 2004

## Forord

---

Denne oppgaven marker slutten på vår utdanning som leder til en mastergrad innen industriell økonomi og informasjonsledelse ved høgskolen i Agder. Oppgaven integrerer balansert målstyring og total kvalitetsledelse i en teoretisk styringsmodell. Deretter ble det utviklet et rammeverk for Sykehuset Innlandet HF Tynset.

Gjennom arbeidet har vi lært mye om disse temaene, og ikke minst fått en større innsikt i utfordringene man strir med i helsesektoren.

Vi vil benytte anledningen til å takke vår veileder professor Trond Bjørnenak for verdifull hjelp under arbeidet gang. Vi vil også takke direktør Stein Tronsmoen og alle de andre som bidro med nyttig informasjon ved våre intervjuer ved Sykehuset Innlandet HF Tynset.

Grimstad 1 juni 2004

Per-Olav Sørhus

---

Johan Nøkleholm

---

## Sammendrag

---

Denne oppgaven har etter en gjennomgang av teorien rundt de flerdimensjonale styringssystemene balansert målstyring og total kvalitetsledelse sett på hvordan man kan utvikle en teoretisk styringsmodell i kapitel 6. For deretter å utvikle et rammeverk for et mindre autonomt somatisk sykehus.

Den teoretiske styringsmodellen er utviklet med tanke på å kunne fremme en utvikling både når det gjelder prosess og kulturendring. Dette mener vi er nødvendig i sykehussektoren med et så sterkt fagmiljø som også har den største kontakten mot pasientene.

Utviklingsprosessen frem mot rammeverket har bestått av flere trinn:

- Gjennomgang av teori rundt balansert målstyring, total kvalitetsledelse og NS-ISO sin kvalitetsstandard.
- Utvikling av den teoretiske styringsmodellen, gjennom en analyse av sammenhengen mellom balansert målstyring og total kvalitetsledelse.
- Innhenting av sekundærdata for å utvikle en forståelse av utfordringene for sykehussektoren.
- Innhenting av primærdata fra Sykehuset Innlandet HF Tynset ut fra problemstillingen og ut fra hva teorien beskriver av hvordan et flerdimensjonalt styringssystem bør fungere.
- Beskrivelse av hvordan Sykehuset Innlandet HF Tynset utøver strategi- og kvalitetsledelse
- En gjennomgang av empiriske funn opp mot teori, for utvikling av en avviksanalyse
- Utvikling av et rammeverk for hvordan Sykehuset Innlandet HF Tynset kan implementere og bruke vår teoretiske styringsmodell.

Utgangspunktet for utvikling av rammeverket var å få til et styrings- og kommunikasjonsverktøy som vil kunne gjøre at det styres i to plan. Gjennom balansert målstyring kommuniseres og måles organisasjonen sin strategigjennomføring for dermed å gjøre de rette tingene. Dessuten vil man

gjennom å sette fokus på total kvalitetsledelse og dennes ulike prinsipper utvikle et miljø som gjør de "rette tingene riktig". Man vil også få til en gjennomgående forbedringsfilosofi i organisasjonen, og grobunn for en videreutvikling av organisasjon og strategi og dessuten kunne fange opp nye mulige strategier fra fagmiljøet (fremvoksende strategier) på en ryddig måte.

For at Sykehuset Innlandet HF Tynset skal kunne implementere vårt styringssystem vil det være nødvendig med en grundigere analyse av sine interne forhold, og samtidig skaffe seg mer informasjon omkring balansert målstyring og total kvalitetsledelse.

# Innholdsfortegnelse

---

## Forord

## Sammendrag

Innholdsfortegnelse .....	i
<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Hvorfor sykehussektoren som case? .....	1
1.2 Problemstilling og avgrensninger .....	3
<b>2 Flerdimensjonale styringssystemer.....</b>	<b>4</b>
2.1 Bakgrunn for flerdimensjonale systemer .....	4
2.2 Innholdet i et flerdimensjonalt styringssystem.....	6
2.2.1 Kommunikasjon av strategier .....	7
2.2.2 Oppfølging og forbedring .....	8
<b>3 Balansert målstyring og strategiske kart .....</b>	<b>9</b>
3.1 Bakgrunn for balansert målstyring.....	9
3.2 Hvorfor måle de forskjellige ytelsene? .....	10
3.3 Balansert målstyring som et målesystem.....	12
3.4 Balansert målstyring som et styringssystem .....	14
3.5 Balansert målstyring og strategiske kart .....	16
3.6 Strategiske kart og offentlig sektor .....	19
3.7 Balansert målstyring, strategi kart og strategiske initiativ.....	21
3.8 Innføring av balansert målstyring.....	24
<b>4 Totalkvalitetsledelse .....</b>	<b>25</b>
4.1 Hva er kvalitet? .....	26
4.2 Kvalitetsbegrepet i sykehussektoren .....	27
4.3 Utvikling av kvalitetssikring og kvalitetsledelse.....	28
4.4 Totalkvalitetsledelse .....	29
4.5 Den europeiske og norske kvalitetsprisen .....	31
4.6 NS-ISO sin kvalitetsstandarder .....	33

4.6.1	Oppbygging og oppdatering .....	33
4.6.2	Oppbygging av et kvalitetssystem etter ISO 9000 .....	34
4.6.3	Implementering og bruk av et ISO kvalitetssystem.....	35
4.7	Implementeringsprinsipper av kvalitetsledelse.....	36
4.8	Forholdet mellom total kvalitetsledelse, kvalitetsprisene og ISO 9000 .	38
4.8.1	Styring av kongruens kvalitet .....	38
4.8.2	Forbedring av kongruens kvalitet .....	39
4.8.3	Kundefokus og design kvalitetsbegrepet.....	39
4.8.4	Samarbeid og bruk av tverrfaglige team .....	39
4.8.5	Oppsummering av forholdet mellom total kvalitetsledelse og ISO .	40
4.8.6	Kvalitetsprisens rolle .....	40
4.9	Sammenhengen mellom kvalitet og produktivitet .....	40
<b>5</b>	<b>Integrasjon i mellom balansert målstyring og kvalitetsstyring .....</b>	<b>42</b>
5.1	Resultat og målstyring.....	43
5.2	Vurdering av kvalitetsledelse og balansert målstyring .....	44
5.2.1	Produktivitet og effektivitet .....	44
5.2.2	Design og kongruens kvalitet .....	45
5.2.3	Styring, kommunikasjon og oppfølging .....	46
5.3	Forholdet mellom balansert målstyring og kvalitetsledelse.....	48
5.4	Avsluttende diskusjon av teori .....	49
5.4.1	Balansert målstyring.....	49
5.4.2	Total kvalitetsledelse .....	50
<b>6</b>	<b>Utvikling av den teoretiske styringsmodellen .....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Metode .....</b>	<b>54</b>
7.1	Forskningsdesign.....	54
7.2	Analyse metode.....	55
7.3	Valgt metode.....	57
7.4	Primærdata.....	57
7.5	Sekundærdata .....	58
7.6	Evaluering av metode.....	59

7.6.1	Reliabilitet .....	59
7.7	Validitet.....	60
<b>8</b>	<b>Spesifisert problemstilling.....</b>	<b>61</b>
<b>9</b>	<b>Innhentet sekundærdata .....</b>	<b>62</b>
9.1	Oppbygging av spesialhelsesektoren .....	62
9.2	Økonomistyring innen sykehussektoren.....	63
9.2.1	Strategisk planlegging.....	64
9.2.2	Prioritering av pasienter og tilbud .....	65
9.2.3	Helsepersonell.....	65
9.2.4	Planlegging gjennom budsjett .....	66
9.3	Aktivitets- og kvalitetsmåling .....	66
9.3.1	Aktivitetsmåling.....	66
9.3.2	Kvalitetssikring og kvalitetsledelse .....	68
9.4	Regnskap, rapportering og evaluering .....	69
9.5	Sammenkobling mellom de ulike elementene .....	70
9.5.1	Vurdering rundt størrelsen på bevilgninger.....	70
9.5.2	Effektivitet i forhold til hva?.....	71
<b>10</b>	<b>Innhentet primærdata.....</b>	<b>72</b>
10.1	Helse ØST RHF .....	72
10.2	Sykehuset Innlandet HF .....	73
10.3	Sykehuset Innlandet HF divisjon Tynset .....	73
10.3.1	Fakta om Sykehuset Innlandet HF Tynset.....	74
10.3.2	Organisering .....	74
10.4	Strategiplanlegging i Helse Øst RHF og Sykehuset innlandet HF.....	75
10.4.1	Strategisk plan .....	76
10.4.2	Budsjett og aktivitetsmåling .....	77
10.4.3	Kvalitet og kvalitetsledelse .....	78
10.5	Strategistyring .....	79
<b>11</b>	<b>Identifiserte avvik mellom teori og empiri.....</b>	<b>82</b>
<b>12</b>	<b>Utvikling av rammeverket .....</b>	<b>86</b>

12.1	Hvorfor utvikle rammeverket .....	86
12.2	Implementering av rammeverket .....	87
12.3	Fra strategi til operasjonelle termer.....	88
12.4	Vurdering av nødvendige perspektiver.....	89
12.5	Utvikling av strategisk kart .....	90
12.5.1	Hva er viktig å tenke på ved utvikling av det strategiske kartet...	91
12.5.2	Strategiske temaer .....	91
12.5.3	Strategiske mål.....	91
12.6	Kritiske suksessfaktorer og måleparametere .....	92
12.7	Strategiske initiativ .....	93
12.8	Strategisk kart, balansert målstyring og strategiske initiativ .....	94
12.9	Total kvalitetsledelsens prinsipper i rammeverket.....	95
12.10	ISO`s kvalitetsstandard .....	95
<b>13</b>	<b>Konklusjon, en avsluttende kommentar.....</b>	<b>96</b>
<b>14</b>	<b>Kilder .....</b>	<b>100</b>
	<b>Vedlegg 1 Intervjuguide og utsendelsesbrev .....</b>	<b>105</b>
	<b>Vedlegg 2 Evalueringskriterier for EFQM modellen. ....</b>	<b>109</b>



# 1 Innledning

---

Denne oppgaven tar for seg balansert målstyring og total kvalitetsledelse, og ser på likheter og ulikheter mellom disse to flerdimensjonale styringssystemene. Oppgaven bruker sykehusvesenet som case. Det blir også utviklet en styringsmodell som integrerer prinsippene fra strategi- og kvalitetsledelse.

## 1.1 Hvorfor sykehussektoren som case?

---

Norsk helsevesen har vært igjennom store endringer siden 2002 da staten overtok eieransvaret for sykehusene fra fylkeskommunen. Reformen har medført til dels store endringer både struktur- og styringsmessig. Dette har ført til mye debatt både i media og internt i sykehussektoren. Det er en rekke grunnleggende og til dels konfliktfylte interesse motsetninger, og mange hensyn må tas. Debatten gjenspeiler at det slett ikke er lett å bli enig om hva som er den beste strukturen.

Sett fra eieren "Staten" sitt ståsted er et effektivt helsevesen å få *mest mulig helse for hver krone* samt de nasjonale verdiene nedsatt for de 5 regionale helseforetakene; *Kvalitet, Trygghet og Respekt*.

Den økonomiske ressursforbruk vil derfor bli vurdert opp mot faglig kvalitet, samt geografiske og distriktspolitiske hensyn.

Geografiske og/eller distriktspolitiske hensyn synes mest i media gjennom debattene rundt akuttberedskap og fødestuer, mens mye av diskusjonen rundt elektiv<sup>1</sup> behandling til en hvis grad er mindre problematisk. Andre distriktspolitiske hensyn foreligger rundt å beholde arbeidsplasser og kompetanse i distriktene. I tillegg vil vi ha en stadig økende andel eldre, som vi ha behandling i sitt nærdistrikt.

En annen side er trenden rundt økt faglig kvalitet og effektivitet som trekker i retning av større miljøer. Det er flere forhold som bidrar til dette. De vanligste argumentene er rasjonalisering og kvalitetsforbedring. Skal man bli god må man se mange pasienter med samme diagnose og gjennomføre

---

<sup>1</sup> Planlagt behandling

samme behandling. På grunn av at Norge er et tynt befolket land med begrenset tilgang på pasienter må vi samle de vi har og dermed sentralisere. Dette er elementer som gjør at det er vanskelig å få til en god kommunikasjon mellom de ulike aktørene og gjøre at man kan få styringsproblemer. Det er også fare for trenering av beslutninger som blir vedtatt av staten for de ulike helseforetakene, eller vedtak som gjelder de ulike sykehus som er gjort i styrene ved de ulike regionale helseforetakene. Det vil også foregå en konkurranse mellom de ulike helseforetakene med hensyn på kompetanse, profesjoner og kapitaltilgang.

De forskjellige regionale helseforetakene har under utarbeidelse, eller har utarbeidet strategisk fokus for sine underliggende helseforetak. Sykehusene må så utarbeide eller tilpasse styringssystemer som kan følge opp og gjennomføre driften, slik at man kan gjennomføre alle prioriterte målsetninger på en forsvarlig økonomisk måte.

Forholdet mellom strategisk økonomistyring, ressursbruk og fagstyring er en aktuell problemstilling i norske sykehus. Satt litt på spissen er oppgavene fordelt i mellom fagfolk og administrasjonen. Det er fagfolkene som styrer sykehusenes verdiskapning og kvalitetssikringen av denne, det vil si kvantitet og kvalitet. Økonomistyringen er det er først og fremst toppledelsen og økonomiavdelingen som tar seg av.

Det er også en oppfatning innen helsevesenet om at fagfolkene ikke bør bruke av sin tid på økonomistyring, men heller konsentrere seg på fag på grunn av knapphet på denne type kompetanse.

Innføringen av fritt sykehusvalg har også ført til at sykehuset risikerer å miste sitt pasientgrunnlag dersom kvalitet og service ikke holder mål. Derfor er det i dag ingen selvfølge at inntektene vil dekke kostnadene, eller at tilstrekkelig mange pasienter vil velge å la seg behandle på det enkelte sykehus.

Økonomistyring skal sikre at de strategiske beslutningene blir fulgt gjennom tilførsel av nødvendige resurser, samt gi kostnadskontroll. Fagstyring skal ta hånd om kvalitet og kvalitetsforbedring. Disse aktivitetene vil derfor være avhengig av hverandre. Fagfolkene vet hva som kreves av resurser for å gi pasientene den nødvendige behandling.

Denne kunnskapen må legges til grunn når strategiplaner og budsjett skal utarbeides. I driftsfasen skal økonomistyringen sørge for at de økonomiske

midler blir kanalisert inn i virksomheten i samsvar med vedtatte planer og prioriteringer, og for at kostnadene holdes innenfor de fastsatte rammer. I teorien skulle alt dette være enkelt, men praksis har viser noe annet. Mange sykehus er fortsatt preget av en tradisjonell økonomisk tenkning basert på offentlige bevilgninger og med lite dynamikk. I rendyrket form innebærer det at dersom man neste år skal kunne gjøre det samme som i år, må man budsjettere med de samme kostnader, med kompensasjon for pris og lønnsutviklingen. Dette er nå under endring gjennom innføring av innsatsstyrt finansiering som gjør at man må opprettholde en viss pasientbehandling for å få de budsjetterte inntektene.

Et sykehus har innsatsfaktorer som personale, medisinsk utstyr, og bygninger. En av de store utfordringene vil være å holde seg på høyde med den faglige utvikling gjennom kompetanseutvikling, fornyelse av medisinsk teknisk utstyr og opprettholde eller utvikle infrastruktur. Sett i lys av dagens situasjon kan vi si at bare en liten del av disse behovene vil bli dekket gjennom tilførsel av nye midler. Det gjelder derfor at sykehusene gjennom intern omprioritering og effektivisering klarer å få mer ut av sine ressurser slik at disse kan benyttes blant annet til å finansiere faglig oppgradering og egenutvikling.

## 1.2 Problemstilling og avgrensninger

---

Man ser etter søk på Internett eller i økonomisk litteratur at det er en økende interesse for bruk av flerdimensjonalt styringssystemer, spesielt i fokus er balansert målstyring (Kaplan & Norton), og utvikling av fagstyring gjennom total kvalitetsledelse samt bruk av ISO sin kvalitetsstandard. Det er derfor interessant å se på hvordan disse to flerdimensjonale styringssystemene kan knyttes sammen slik at man kan bygge relasjoner mellom de ulike fagmiljøene og sette dette opp mot den valgte strategien for organisasjonen. Hensikten med å bruke balansert målstyring er å koble organisasjonens langsiktige mål og strategi, for så å få den overført til kortsiktig operasjonell styring.

Total kvalitetsledelse er et begrep som de siste 10 årene har endret fokus fra å være et system som fokuserte på kvalitetssikring av produksjon av varer og

tjenester, til å bli mer kundefokusert og bli en del av alle ansatte sin hverdag. Det blir også fokusert på en kontinuerlig kvalitetsforbedring i det daglige arbeidet.

For å få en bedre forståelse for hvordan disse to systemene kan integreres, vil denne oppgaven også koble den teoretiske forankringen opp mot praktisk anvendelse, ved empiri innsamling fra en case, Sykehuset Innlandet HF divisjon Tynset, og gjennom utvikling av et rammeverk.

Vi har derfor utformet en foreløpig problemstilling for innhenting av teori:

*Utvikle et rammeverk for integrasjon av kvalitetsledelse og kvalitetssystemer med et strategisk flerdimensjonalt styringssystem. Med utgangspunkt i somatiske autonome sykehus*

Rammeverket er begrenset til å angi hvordan man kan gå frem for å utvikle et styringssystem som tar for seg balansert målstyring og kvalitetsstyring, ved Sykehuset Innlandet HF Tynset.

Oppgaven begir seg ikke inn spesifikt på innholdet i strategier, strategiske kart, kvalitetsprosedyrer med mer, annet enn ved bruk som eksempler for å illustrere oppbyggingen av rammeverket.

## 2 Flerdimensjonale styringssystemer

---

Dette kapittelet inneholder bakgrunnen for flerdimensjonale styringssystem og hensikten med dem.

### 2.1 Bakgrunn for flerdimensjonale systemer

---

Fra begynnelsen av den industrielle revolusjonen på midten av det nittende århundre fram til rundt 1975 var en bedrifts suksess basert på hvor godt de kunne utnytte fordelen ved masseproduksjon (Kaplan & Norton, 2001). De bedriftene som klarte å omsette ny teknologi til produkter som kunne produseres effektivt ved masseproduksjon var mest suksessfull. Dette førte til en utvikling av forskjellige finansielle mål som var tilpasset denne situasjonen.

Det er mange ting som taler imot å bare bruke finansielle mål som styringsverktøy i dagens marked(Niven, 2002).<sup>2</sup> I dag skapes ikke alle verdiene i et firma igjennom fysiske produkt, men er også resultat av menneskers ideer og kunnskap i organisasjonen. Verdier skapes også igjennom utvidet leverandørkontakt, gjennom en kultur som fremmer innovasjon og kvalitet, og igjennom eksklusiv informasjon. Fortidens finansielle mål gir liten hjelp til å gi tidlig indikasjoner om problemer eller muligheter som kan foreligge rundt kunde og kvalitetsforhold, samt ansatte (Niven, 2002).

Finansielle mål gir et godt bilde at hvordan man har prestert i fortiden. Erfaring har vist at det ikke er lett, om ikke umulig, å bruke fortidens resultater til å prediktere framtidens resultat. Dette har blitt sammenlignet med å kjøre bil ved å bare bruke sladrespeilet.

En annen kritikk mot bruk av bare finansielle mål er at det er med på å forsterke funksjonelle siloer. Med dette menes at de finansielle resultatene er addert oppover i henhold til organisasjonshierarkiet for å få et resultat på toppen. Dette er i mange tilfeller ikke konsistent med hvordan mange av dagens organisasjoner fungerer. I dag er det vanlig med kryssfunksjonelle organisasjoner. Det er sammensatte tverrfaglige team som skaper mye av verdiene. Med vanlig finansiell styring vil man heller ikke tilstrekkelig kunne måle den virkelige verdiskapningen, positiv eller negativ, som et kryssfunksjonelt team skaper.

Det er også blitt observert at styring bare basert på finansielle mål har en tendens til å fokusere på kortsiktig økonomisk gevinst istedenfor langsiktig tenkning. Det er mange eksempler på kostnadskutt som har hatt gunstig innvirkning på den kortsiktige finansielle situasjon, men som har hatt ugunstig påvirkning på verdiskapningen over lengre tid. Fokus på kortsiktig økonomisk gevinst på bekostning av verdiskapning over tid kan lede til sub-optimalisering av organisasjonens ressurser.

En siste konsekvens av å bare bruke finansielle mål er at de ikke er relevant for mange nivå i organisasjonen. Når man sender finansielle mål opp

---

<sup>2</sup> Dette er i hovedsak basert på boka *Balanced Scorecard Step-by-step* av Niven, Paul R, *Balanced Scorecard: Step by Step*, John Wiley & Sons, Inc, 2002

igjennom organisasjonen kan man risikere at på veien mot toppresultatet er ikke informasjonen til å kjenne igjen og dermed ubrukbar for ledelsen og ansatte. Ansatte på alle nivå trenger informasjon de kan handle etter og som er relevant for det daglige arbeidet. Selv om man har innsett at finansielle mål har sine begrensninger betyr det selvfølgelig ikke at man kan utelate dem. Finansielle mål vil være et viktig verktøy for styring.

Det er et økende fokus på helhetlig virksomhetsledelse, hvor mål og strategier står sentralt. Mer enn noen gang handler det om konkurransekraft og hvordan denne er knyttet til innovasjonsevnen, om fornøyde kunder eller brukere, samt hvor dyktige og handlekraftige våre medarbeidere er. Det setter nye krav til hvordan man styrer virksomheten. Helt sentrale oppgaver blir derfor å kunne måle og følge opp utviklingen i de ytelser som er kritiske for resultatoppnåelsen.

I dag synes det å være generell aksept for at strategier må måles, og at styringskonseptet må omfatte andre måleparametere enn bare de økonomiske tall og deres utvikling. Et eksempel på viktigheten av å fokusere på forskjellige perspektiver er følgende tenkte tilfelle:

Et sykehus har god økonomistyring og en eksemplarisk budsjettkontroll. Men pasientene (brukerne) er ikke tilfredse med den mottakelse de får ved henvendelse til en avdeling. Forklaringen på at pasientene er utilfredse kan være at service og rutiner ikke tilfredsstillter brukernes forventninger og krav. Dette kan dreie seg om noe så enkelt som hvordan det svares i telefonen, hvordan man blir tatt i mot for en undersøkelse eller hvor raskt man sender dokumentasjon rundt undersøkelsen til pasientens fastlege. Poenget er at tjenester og service ikke blir bedre med ensidig fokus på økonomisk kontroll. Det er dessuten umulig å hvile på gårsdagens eller dagens laurbær. Det må derfor også rettes en kontinuerlig oppmerksomhet om utvikling og forbedring av sykehusets servicenivå.

## 2.2 Innholdet i et flerdimensjonalt styringssystem

---

Et flerdimensjonalt styringssystem må kunne balansere flere perspektiv opp mot hverandre. En undersøkelse gjort av Ernest & Young (Hoff & Holving,

2003) viste at 35 % av informasjonen brukt ved investeringsbeslutninger var ikke av ikke finansiell karakter. Av de ikke-finansielle data var det evnen til å iverksette strategier som det var lagt mest vekt på. Et styringskonsept basert på både finansielle og ikke-finansiellstyringsparametere synes å være en effektiv måte å iverksette strategier på. En av hovedhensiktene til et flerdimensjonalt styringssystem er å kommunisere strategien nedover i organisasjonen.

### 2.2.1 Kommunikasjon av strategier

---

Et styringssystem må kunne kommunisere strategien nedover i organisasjonen og fange opp tilbakemeldinger. Styringssystemet må gjøre organisasjonen i stand til å formidle og tilbakekoble informasjonen i form av finansielle og ikke finansielle data til ledere og ansatte.

Kommunikasjonen må foregå på en slik måte at den ikke blir forvrengt på vei igjennom organisasjonen.

Malina og Selto (Malina og Selto, 2001) har gjort en gjennomgang av litteraturen og identifisert tre attributter som kjennetegner kommunikasjon i organisasjoner eller systemer:

#### **Kommunikasjonsprosessen og budskap**

Kommunikasjonsprosessen og budskapet må oppfattes som troverdig og forståelig for at medarbeiderne i en organisasjon skal bruke, og stole på, informasjonen som er gitt. Andre karakteristikk for effektive kommunikasjonsprosesser er at de er rutinepreget, forutsigbare, pålitelig og komplette. Kommunikasjonen er også mer effektiv hvis det brukes konsistente budskap og klart definerte termer. I tillegg skal et godt kommunikasjonssystem forebygge og hindre fortielser av sannheter eller uriktig fremstilte prestasjoner.

#### **Understøtte organisasjonskulturen, verdier og tiltro**

Tradisjonelt er synet på effektiv kommunikasjon i en organisasjon at kommunikasjonen skal understøtte kulturen i organisasjonen og individuelle interesser, ved at ønsket organisatorisk oppførsel forsterkes. Effektiv kommunikasjon vil motivere til handlinger som er konsistent med organisasjonens mål, verdier og holdninger. Et godt kommunikasjonssystem

kan også være et verktøy for å endre kulturer og innføre nye strategier, ved at det utvikles og kommuniseres troverdige visjoner og metoder for å oppnå endringer.

### **Skape og utvikle kunnskap**

Kunnskap kan defineres som objektiv eller taktisk. Objektiv kunnskap er observerbar og kan beskrives med ord. Taktisk kunnskap er kunnskap som er kjent og forstått men som ikke er så lett å uttrykke språklig. Erfaring og innsikt er eksempel på taktisk kunnskap. Et effektivt kommunikasjonssystem skal understøtte en organisasjons strategi ved å understøtte både objektiv og taktisk kunnskap. En organisasjon skaper objektiv kunnskap ved utvikling og integrering av ny kunnskap, gjort av forskjellige spesialister. Et effektivt kommunikasjonssystem vil oppmuntre til, og muliggjøre deling av den kunnskapen som skapes.

Det konkluderes med at et styringssystem må inneholde en effektiv kommunikasjonsmekanisme som inneholder følgende attributter:

- Gyldig innhold som er pålitelig, forståelig og troverdig
- Understøtte organisasjonens kultur enten det er den eksisterende eller den er under endring
- Understøtte kunnskapsdeling inkludert dialog og deltagelse

### **2.2.2 Oppfølging og forbedring**

---

Et flerdimensjonalt styringssystem må være mulig å følge opp slik at justeringer og forbedringer av styringssystemet blir gjennomført. Det er flere dimensjoner av et styringssystem som må følges opp.

- Endringer i strategien vil påvirke hele det flerdimensjonale styringssystemet.
- Større innsikt og forståelse av hvordan de forskjellige suksessfaktorene påvirker på hverandre. En slik innsikt kan føre til endringer i strategiske initiativ og måleparametere.
- Større innsikt i hvilke måleparametere som virkelig er nødvendige vil kunne raffinere hvilke måleparametere som er nødvendig.



- Endring i prioritering av suksessfaktorer, blant annet som følge av fremgang innenfor de strategiske initiativene, vil kunne føre til omprioritering av ressurser til de forskjellige strategiske initiativ.
- Et flerdimensjonalt styringssystem bør være i stand til å reagere på og håndtere endringer i risiko. En endring i risiko generelt eller spesielt vil kunne få følger for styringssystemet.
- Endringer i tilgang til ressurser vil få konsekvenser for gjennomføring av strategier og styringssystemet må håndtere dette.

### 3 Balansert målstyring og strategiske kart

---

Kaplan og Norton sier i sin siste bok (Kaplan & Norton, 2004) at suksessfull utøvelse av strategier kan beskrives med følgende formel: Breakthrough results = {Strategy maps} + {balanced scorecard} + {Strategy-Focused Organization}. Denne teoridelen vil starte med å se på styringssystemet balansert målstyring, og videre se på strategifokusert organisasjon og utviklingen av strategiske kart.

#### 3.1 Bakgrunn for balansert målstyring

---

Balansert målstyring ble første gang presentert i en artikkel som het; "The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance" i Harvard Business Review i 1992 (Kaplan & Norton, 1992, s 71-79). I utgangspunktet var balansert målstyring utviklet som et forbedret målesystem for senere å bli basisen for et nytt flerdimensjonalt styringssystem (Niven, 2002).

Norton og Kaplan`s utgangspunkt på tidlig nittitalt var at de fleste bedrifter hadde målesystemer som fokuserte i hovedsak på finansielle måleparametere. Med utgangspunkt i at man ikke kan styre det man ikke måler, ville de utvikle et målesystem som også målte immaterielle aktiva det vil si ikke-finansielle måleparametere. Det ett år lange forskningsprosjektet resulterte i det som er basisen i balansert målstyring systemet. De oppdaget snart at når balansert målstyring ble brukt i praksis, var det et ønske og forsøk på å bruke balansert målstyring ikke bare som et målesystem men også som et verktøy til å implementere nye strategier. Kaplan og Norton

publiserte prinsippene for bruk av balansert målstyring til styring av strategi i en artikkel i Harvard Business Review (Kaplan & Norton, 1996a) og sin første bok (Kaplan & Norton, 1996b) om balansert målstyring i 1996. Erfaringen og bruken av balansert målstyring som et strategiverktøy ble beskrevet i boka The strategy-Focused Organization (Kaplan & Norton, 2001) i 2001. Etter hvert som erfaringer ble samlet, oppdaget man viktigheten av strategiske kart. Kaplan og Norton ble klar over hvor viktig sammenhengen mellom de enkelte del målene innenfor hvert enkelt fokusområde er. Dette ledet til et arbeid rundt årsaks- og virkningsforhold som blir beskrevet i de strategiske kartene. Den siste boka til Norton og Kaplan går i mer detalj rundt strategikart og utviklingen av disse (Kaplan & Norton, 2004).

### 3.2 Hvorfor måle de forskjellige ytelsene?

---

Utgangspunktet for utviklingen av balansert målstyring var et forskningsprosjekt gjennomført i 1990 hvor Nolan Norton Institute sponset et prosjekt som het "Measuring Performance in the Organization of the Future". Bakgrunnen for prosjektet var at man så en utvikling som viste at det ikke lenger var nok å styre etter bare finansielle parametere. Også andre ikke-finansielle aspekter ved en virksomhet trengte måleparametere. "If you can't measure it, you can't manage it" sier Kaplan og Norton (Kaplan & Norton, 1996b). Hensikten med å implementere et målesystem er å øke ytelsen til organisasjonen. Et godt målesystem vil hjelpe til med å (Bourne, 2002)<sup>3</sup>:

Not everything that can be counted counts and not everything that counts can be counted.  
- Albert Einstein

#### **Fastslå din eksisterende posisjon**

For å kunne styre organisasjonen må man vite hvor man står i dag. Uten å vite hvor man står i dag vil man vanskelig kunne gjøre noe med fremtiden.

#### **Kommuniserer retning**

Ved å lage ett sett av måleparametere har man allerede gitt en retning for hva som er viktig og hvor man vil gå. Et godt målesystem kan gi et klart sett

---

<sup>3</sup> Det er tatt utgangspunkt i Bourne M, Bourne P, Balanced Scorecard in a week, Hodder & Stoughton, 2002

av målbare mål og tidsfrister for måloppnåelse basert på organisasjonens strategi.

### **Stimulerer til handling innenfor de viktigste områdene for bedriften**

Dette sikrer at tid og energi blir brukt på de oppgaver som anses i strategien for de viktigste for bedriften. Det er viktig å være klar over at måleområdene ikke er statisk, men endres over tid. Ettersom resultatet på ett område er blitt bedre, flyttes fokus over på et annet område hvor resultatene ikke er like sterke. Det er viktig å huske at hvis det ikke blir gjort endringer på bakgrunn av det man har målt, vil hele drivkraften for forbedring dø ut.

### **Forbedre læringsprosessen**

Noe av det viktigste med å måle prestasjoner er å vurdere hva resultatene forteller og bruke disse resultatene til å gjøre forbedringer. Et godt målesystem kan provosere fram debatt om hva som er nøkkelområdene i strategien og slik få en kontinuerlig forbedring.

Det er to spørsmål man hele tiden bør spørre seg; Svarer virkelig målesystemet på hvor godt strategien er implementert? Og viser målesystemet at strategien i hovedsak er riktig?

Målesystemet bør kunne gi svar på begge spørsmålene. Men dette vil bare være mulig hvis man kontinuerlig utnytter læringseffekten og forbedrer målesystemet over tid.

### **Influere oppførsel**

Ved å innføre et målesystem vil man påvirke oppførselen ved at man fokusere på nøkkelområder som er viktige. Et målesystem som er riktig laget og kommunisert, vil hjelpe til å oppmuntre ønsket adferd og dermed motvirke uønsket adferd. På den annen side kan et dårlig målesystem også ødelegge mye. Fokuseres det på områder som ikke virker på effektiviteten vil det kunne ha store negative konsekvenser for organisasjonen.

Som en oppsummering kan vi si at et målesystem kan brukes til å:

- Bestemme hva som driver ytelsen i en bedrift
- Rette fokus mot, og stimulere aktiviteter mot ytelsesdriverne
- Rette fokus mot målene og målsetningene
- Skape en vinnerkultur

- Være proaktiv når det gjelder å fange opp signaler som kan påvirke bedriften og gjøre endringene i tide

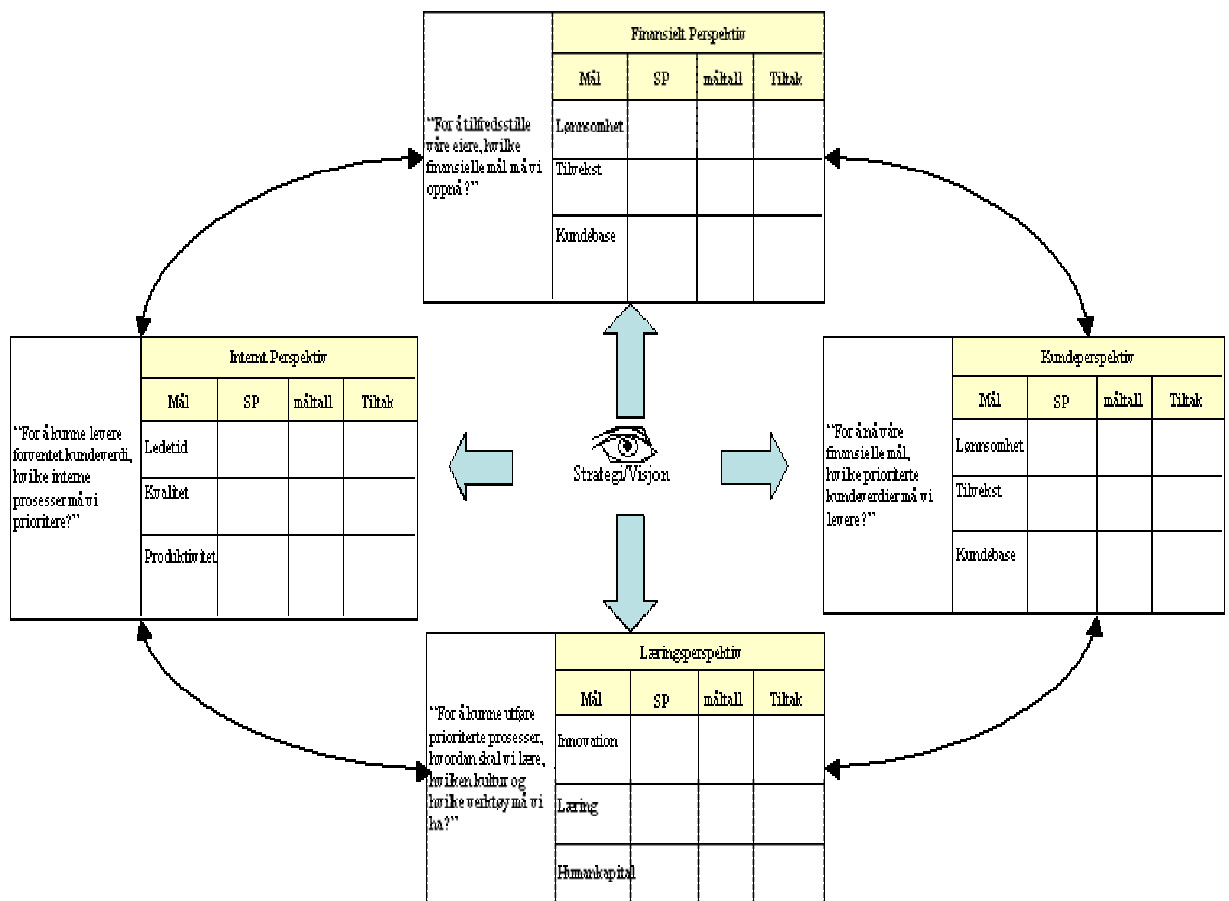
### 3.3 Balansert målstyring som et målesystem

---

I dette kapittelet bruker vi den engelske betegnelsen Balanced scorecard i originalbetydningen som et kort som man noterer resultater på. På norsk kan vi oversette dette med balansert målekort men vi velger å bruke den engelske betegnelsen fordi dette er et etablert innenfor termlogien i dette fagfeltet. Vi vil skille balansert målstyring som et styringssystem fra et rent målesystem som vi her kaller et Balanced scorecard.

Hensikten med Balanced scorecard er et rammeverk som skal gjøre det mulig å fortelle organisasjonens strategiske historie, gjennom målsetninger og måleindikatorer. Balanced scorecard bruker måling som et middel for å beskrive kjerneområdene innen oppnåelsen av strategien (Niven, 2002), og fokuserer i utgangspunktet på fire perspektiver (se Figur 1). Det er et fleksibelt system og kan tilpasses hver enkelt organisasjon. Det er derfor mulig å redusere eller utvide antall perspektiver som passer organisasjonen best. Hensikten med de fire perspektivene er å balansere det finansielle og det ikke finansielle, det interne og det eksterne og nåværende prestasjon med framtidig prestasjon.

Sammenhengen mellom de forskjellige målsettingene innenfor hvert perspektiv beskrives nærmere i strategiske kart. Men det er viktig og presisere at målsettingene innenfor hvert perspektiv må være konsistente og kausale slik at de sikter mot samme mål.



Figur 1 Beskrivelse av balansert målstyring

### Finansielt perspektiv

Det finansielle perspektivet er en viktig del av balansert målstyring. Målsetningene i dette perspektivet skal fortelle oss om vår utøvelse av strategien, som er beskrevet gjennom årsaks-/virkningsforhold i de andre perspektivene, virkelig gir forbedring i det økonomiske resultatet.

### Kunde perspektiv

Når man skal utvikle måleparametere for kundeperspektivet må man stille seg spørsmålet; Hvordan skal vi fremstå for våre kunder, slik at vi kan nå vår visjon? Hensikten er å identifisere hvordan man må fremstå ovenfor sine kunder, for deretter å identifisere måleparametere som kan gi målbar verdi av hvor godt eller dårlig man klarer å fremstå slik man ønsker.

### Interne forretningsprosesser

For at bedriften skal kunne fortsette å skape verdier for sine kunder og implisitt sine eiere, er det nødvendig å identifisere de interne prosessene

som man må bli gode på. Eksempelvis vil konsekvensen av at man vil fremstå på en spesiell måte kreve interne prosesser som understøtter dette.

Produktutvikling, produksjonsprosesser og forhold rundt kundeleveranse er eksempler på prosesser som hører inn under dette perspektivet.

### Læring og vekst perspektiv

For å nå målsetningene under de andre perspektivene og utvikle bedriften må man ha konsistens mellom organisasjonens kunnskapsnivå, informasjonssystemer og det nivået som er nødvendig for å oppnå målsetningene. De målsetningene som identifiseres under læring og vekst perspektivet skal sørge for denne konsistensen.

Balansert målstyring vil inneholde målsetninger innenfor hvert perspektiv og et ønsket mål for disse. Et eksempel på et balanced scorecard for det finansielle perspektivet er vist i Figur 2 :

balansert målstyring	
Måleparameter	Målsetting
Budsjettavik	+/- 3 %
overskudd	+5 %

Figur 2 Måleparameter og målsetting

Hvordan balansert målstyring henger sammen med strategi kart og handlingsplaner er beskrevet i kapittel 3.6.

## 3.4 Balansert målstyring som et styringssystem

---

Balansert målstyring har som beskrevet før utviklet seg fra å være et målesystem til å bli et strategisk styringssystem.

Høsten 2000 kom Kaplan og Norton med boka *The strategy focused Organization - How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. Boka fokuserte mer på balansert målstyring som et strategisk styringssystem. Man hadde etter hvert fått større forståelse for den fremvoksende strategiens rolle i en virksomhets utvikling Ledelsessystemet

har tre typiske dimensjoner med balansert målstyring som det sentrale ledelsesverktøy (Hoff og Holving, 2003):<sup>4</sup>

### **Strategi**

Strategien skal være den sentrale agenda

### **Fokus**

Balansert målstyring skal hjelpe oss å navigere slik at alle ressurser og aktiviteter skal være knyttet opp mot gjennomføringen av strategiene.

### **Organisasjon**

Alle organisasjonens medlemmer skal mobiliseres til å arbeide fundamentalt annerledes.

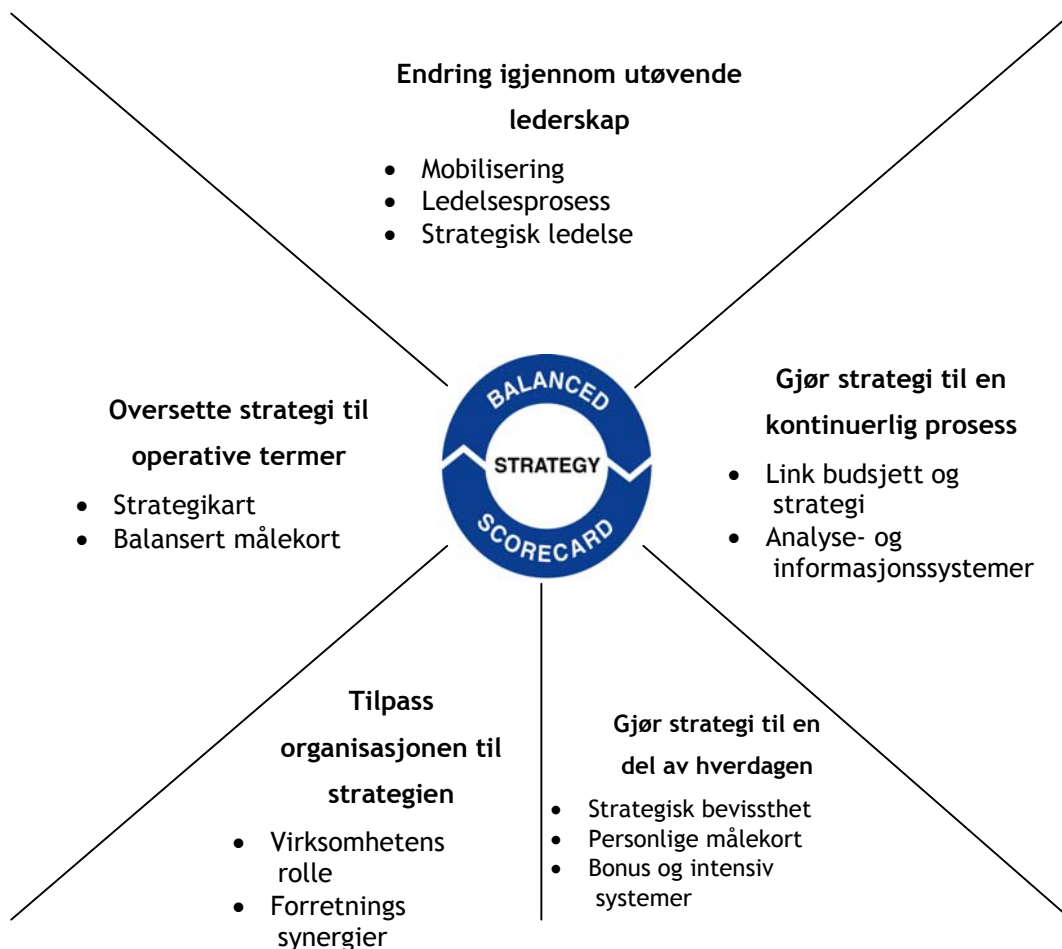
Balansert målstyring gir logikk og arkitektur i arbeidet med å etablere nye organisatoriske forbindelser på tvers av forretningsenheter, avdelinger og ansatte og oppmuntre til samarbeid.

Rammeverket i ledelsessystemet er vist i Figur 3 og er basert på fem forskjellige forhold:

- Oversett strategi til operasjonell terminologi
- Tilpass organisasjonen til strategien
- Gjør strategi til en del av arbeidsdagen
- Gjør strategi til en kontinuerlig prosess
- Gjør endring mulig igjennom lederskap

---

<sup>4</sup> Følgende avsnitt er basert på boka balansert målstyring på norsk av Hoff og Holving



Figur 3 Prinsippene bak strategifokusert organisasjon (Kaplan & Norton, 2001 s.9)

Et viktig element i dette styringssystemet er utviklingen av strategiske kart. Kartet er viktig for å kunne beskrive de årsaks/virkningssammenhenger som er viktige for å identifisere kritiske styringsparametere for de enkelte perspektivene.

### 3.5 Balansert målstyring og strategiske kart

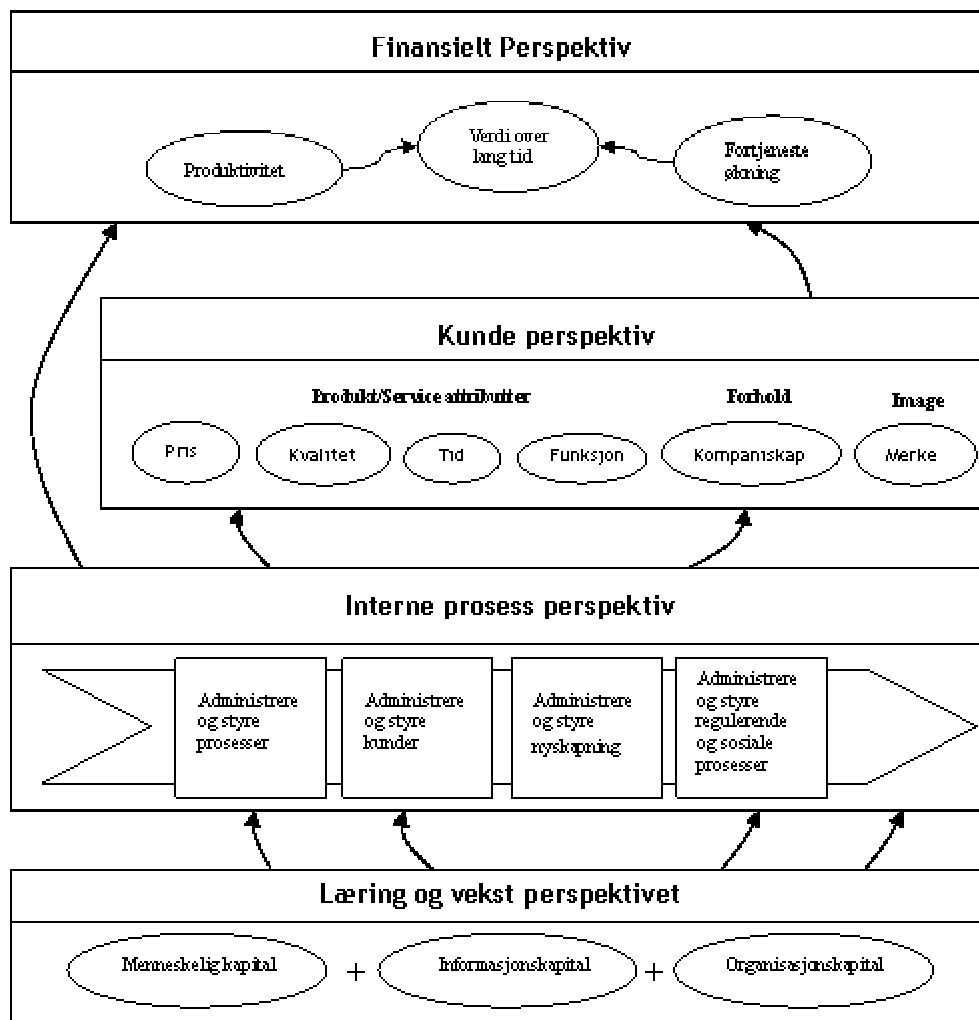
I utgangspunktet er Kaplan og Norton's balansert målstyring basert på Michael Porter sin beskrivelse av strategi (Kaplan & Norton, 2004). Her blir strategi definert som å være i en posisjon i betydning av plassering av et produkt i markedet. Med et slikt fokus vil strategien se ned på punktet hvor produktet møter kunden og utover mot markedet. Dette blir som regel kalt konkurransestrategi.



I korthet går dette ut på at man gjennom Porters konkurranseanalyse (Porter, 1980) får oversikt over markedet. Ved å se på egne styrker, svakheter og egne konkurransefortrinn i forhold til markedet man opererer i, kan man utarbeide en strategi som vil opprettholde og styrke egen posisjon i markedet.

Strategiske kart har gjennom utviklingen av balansert målstyring blitt fremhevet. Dette er verktøyet som forteller den strategiske historien. Det strategiske kartet skal beskrive hvordan organisasjonen skaper verdi.

Hovedprinsippet er beskrevet i Figur 4 (Kaplan & Norton, 2004), og er delt inn i de fire perspektivene som danner basisen i balansert målstyring.



Figur 4 Generisk strategikart

For å forstå ideen bak et strategisk kart kan det være nyttig å se på forskjellen mellom det å styre immaterielle verdier kontra fysiske og

finansielle verdier. Kaplan og Norton har en del punkter som beskriver forskjellen. (Kaplan & Norton, 2004)<sup>5</sup>

1. Verdiskapning er indirekte. Forbedring i immaterielle verdier påvirker ikke det finansielle resultatet direkte, men indirekte igjennom en kjede av årsak/virkning.
2. Verdi er avhengig av sammenhengen. Verdien av immaterielle verdier er avhengig av at de kontrolleres, gjennom en strategi.
3. Verdi er bare potensiell. Utdanning av de ansatte har bare potensiell verdi og ikke markedsverdi. Interne prosesser som eksempelvis produktutvikling, produksjon og distribusjon er nødvendig for å transformere immaterielle verdier til fysiske verdier. Hvis ikke de interne prosessene er rettet mot å skape verdi for kunden eller finansielle forbedringer vil ikke verdiene realiseres.
4. Verdier henger sammen. Immaterielle verdier skaper sjelden verdier av seg selv. Verdien av dem kan ikke skilles fra organisasjonen eller strategien. De største verdier skapes når de samkjøres med hverandre, opp mot de fysiske verdiene og strategien.

Strategi kartet forsøker å illustrere årsakssammenhengene mellom de forskjellige perspektivene, både de immaterielle, fysiske og finansielle verdier. Det er dermed et rammeverk for å illustrere hvordan strategi linker immaterielle verdier til verdiskapende prosesser. I dette tilfellet kan vi se på strategi som en hypotese om årsaks-/virkningssammenhenger, hvis vi gjør noe får det konsekvenser som igjen fører til ytterligere konsekvenser. I et strategisk kart prøver vi å etablere disse sammenhengene og kommunisere dette igjennom bruk av diagrammer. Vi prøver å fortelle organisasjonens ”strategiske historie” ved å synliggjøre de viktigste mål og hypoteser om sammenhengen mellom dem (Hoff og Holving, 2003).

Et strategisk kart består tre komponenter som beskrevet i Figur 5.

---

<sup>5</sup> Basert på Kaplan & Norton

## Perspektiver

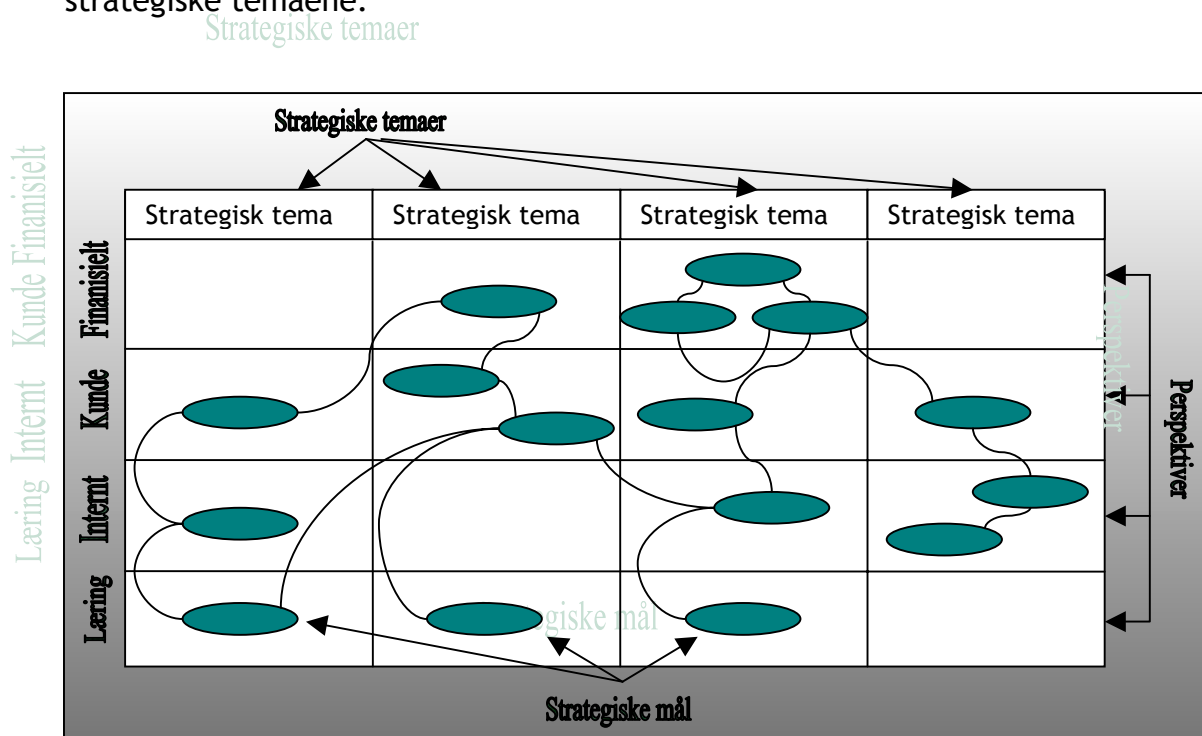
Perspektivene er den horisontale inndelingen i kartet. Perspektivene inneholder strategiske mål. Summen av målene i perspektivene utgjør strategien.

## Strategiske temaer

Strategiske temaer er de områdene som er helt avgjørende for at visjonene og strategien skal oppnåes. Temaene kommuniseres som oftest i termer som er enkle å kommunisere.

## Strategiske mål

Målene er presise formuleringer av hva som ønskes oppnådd. Alle de strategiske målene utgjør til sammen den totale strategien. Grupperingen av de strategiske målene med årsaks/virkningssammenhenger utgjør de strategiske temaene.



Figur 5 Komponenter i strategiske kart<sup>6</sup>

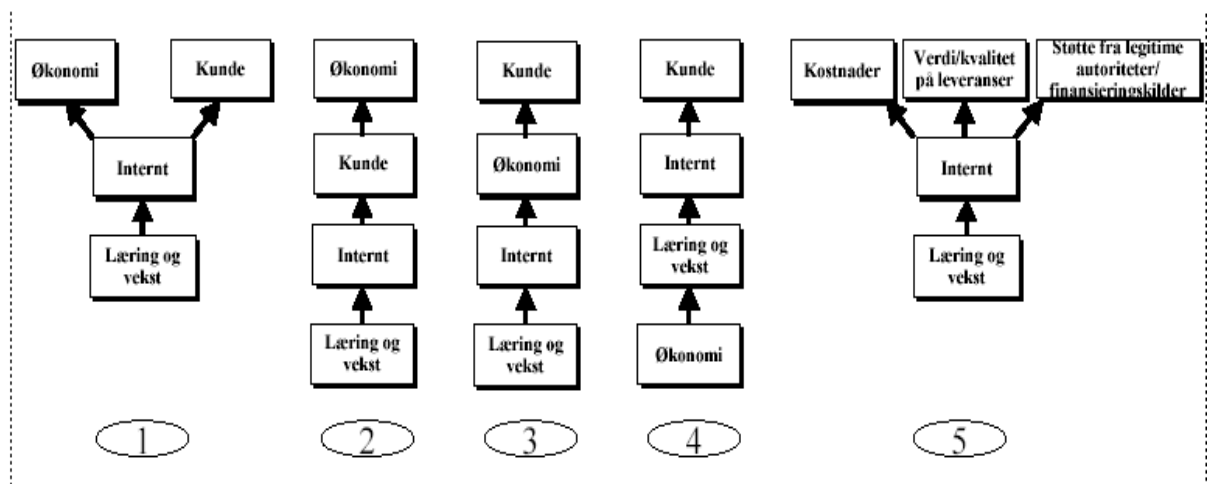
## 3.6 Strategiske kart og offentlig sektor

Den generiske modellen for strategikart er laget for virksomheter som har som hensikt å tjene penger for eierne av virksomheten. I offentlig sektor er

<sup>6</sup> Tatt fra (Hoff og Holving, 2003) s.168

situasjonen annerledes. Det blir tildelt en sum penger som skal brukes på en slik måte at staten får mest mulig igjen for disse pengene i form av goder til innbyggerne. Fokuset for det strategiske kartet blir derfor annerledes. I sykehussektoren er det en blanding av en grunnfinansiering og mulighet til egen inntjening igjennom at staten betaler for operasjoner utført. Dette gjør at strategikartet får en annen utforming enn den generiske modellen. Dette strider ikke imot balansert målstyring da hensikten er at det skal tilpasses hver enkelt virksomhets behov.

Kaplan og Norton har selv foreslått at offentlig sektor kan erstatte eier- og kundeperspektivet med andre perspektiver. For eksempel gjennom at eierperspektivet erstattes med et perspektiv for staten eller lovgivende myndighet, og at kundeperspektivet erstattes med et perspektiv som måler de verdiene organisasjonen skal skape for kundene. Fem alternative løsninger som bør vurderes er beskrevet i Figur 6.



Figur 6 Alternative oppsett for strategiske kart for offentlig sektor

I enkelte tilfeller vil det også være aktuelt å utvide antall perspektiv som organisasjonen mener er viktige. Nedenfor er eksempler på forskjellige perspektiv som kan være spesielt aktuelle i offentlig sektor.

**Medarbeiderperspektivet** vil innholde de strategiske målene for hvordan medarbeiderne skal oppfatte organisasjonen. Det være seg informasjon, tilfredshet, og trivsel. I et strategisk kart vil man kunne se hvordan medarbeiderne påvirker strategioppnåelsen og visjonen.

**Miljøperspektiv**, vil inneholde de strategiske målene for hvordan virksomheten skal håndtere miljøspørsmål og konsekvenser dette får for strategioppnåelse og visjon.

**Innovasjonsperspektiv**, vil inneholde de strategiske målene for hva og hvordan innovasjon skal bety for virksomheten og hvilke konsekvenser dette får for strategioppnåelse og visjon.

**Opplæringsperspektiv**, vil inneholde de strategiske målene for hvordan opplæring skal foregå i virksomheten og betydningen dette får for strategioppfyllelse og visjon.

**Omdømme**, vil inneholde de strategiske målene for omdømme og hvordan dette påvirker strategioppfyllelse og visjon.

Alle disse er perspektiver som også kan være gyldig i hvilken som helst virksomhet. Det er innholdet i strategien som vil bestemme viktigheten av de forskjellige temaene og om det skal beskrives som egne perspektiv i et strategisk kart.

### 3.7 Balansert målstyring, strategi kart og strategiske initiativ

---

Dette kapitlet beskriver sammenhengen i mellom balansert målstyring, strategi kart, og handlingsplaner.

Strategi kart beskriver logikken i strategien (Kaplan & Norton, 2004), og skal beskrive målsetningene som de interne prosessene skal oppfylle samt hvordan de immaterielle verdiene skal brukes for å nå dem. Balansert målstyring har som hensikt å oversette strategien til måleobjekter og mål. Men det holder ikke bare å identifisere måleobjekter og målsetninger. Det må utarbeides og gjennomføres tiltak for å oppnå målsetningene. I tillegg må det også allokeres tilstrekkelig ressurser slik at tiltakene kan gjennomføres forsvarlig. For hvert måleobjekt identifisert i balansert målstyring, skal det også

identifiseres et strategisk initiativ. Initiativene skaper resultater, slik at utøvelsen av strategien gjennomføres igjennom strategiske initiativ.

Figur 7 på neste side er tatt fra Kaplan og Norton sin siste bok (Kaplan & Norton, 2004, side 53) og viser et eksempel på sammenhengen mellom balansert målstyring, strategikart, strategiske initiativ og ressurser. Eksempel er tatt fra et lavprisflyselskap. Figuren viser den delen av systemet som prøver å ha flyet kortest mulig tid på bakken før flyet er i luften igjen. Figuren viser de immaterielle verdiene som skal til for å gjennomføre strategien. I midten av figuren viser "et scorecard" som inneholder målobjekt og målsetninger, mens høyre side av figuren viser de strategiske initiativene som skal til for å nå målsetningene med tilhørende kostnader.

Strategiske tiltak er et prosjekt som fyller gapet mellom dagens nivå og måltall for en strategisk målsetning og de styringsparametere som er koblet til dette målet.<sup>7</sup> Tiltaket er et prosjekt, aktivitet eller program med et klart definert start og sluttidspunkt som trenger ressurser. Hensiktene med strategiske tiltak er å sikre at ressurstilgangen er på linje med strategien. Det vil si at de viktigste tiltakene prioriteres. De strategiske tiltakene skal også sørge for å sette fokus på langsiktig planlegging og strategigjennomføring, samt å tydelig plassere ansvaret for det strategiske tiltaket. Utviklingen av strategiske tiltak og valg av strategiske tiltak kan by på en del utfordringer. Prioriteringen av tiltak kan vanskeliggjøres ved at alle synes deres tiltak er viktigst.<sup>8</sup> I tillegg er det ofte slik at valg av tiltak starter rasjonelt men utvikler seg til å bli politisk og følelsesladet. Man bør også søke å unngå at den som roper høyest får sitt tiltak igjennom.

I eksempelet er det identifisert åtte strategiske initiativ, som er nødvendig for å kunne gjennomføre strategien. Som figuren viser vil utelatelse av et strategisk initiativ bryte årsak/virkningskjeden og dermed sette hele strategien i fare. Et slikt oppsett er lett kommuniserbart, hvor man lett kan se konsekvensen av for lite ressurser til gjennomføring av strategiske initiativ eller utelatelse av å gjennomføre et initiativ.

---

<sup>7</sup> Presentasjon fra [www.bscol.com](http://www.bscol.com) 2003

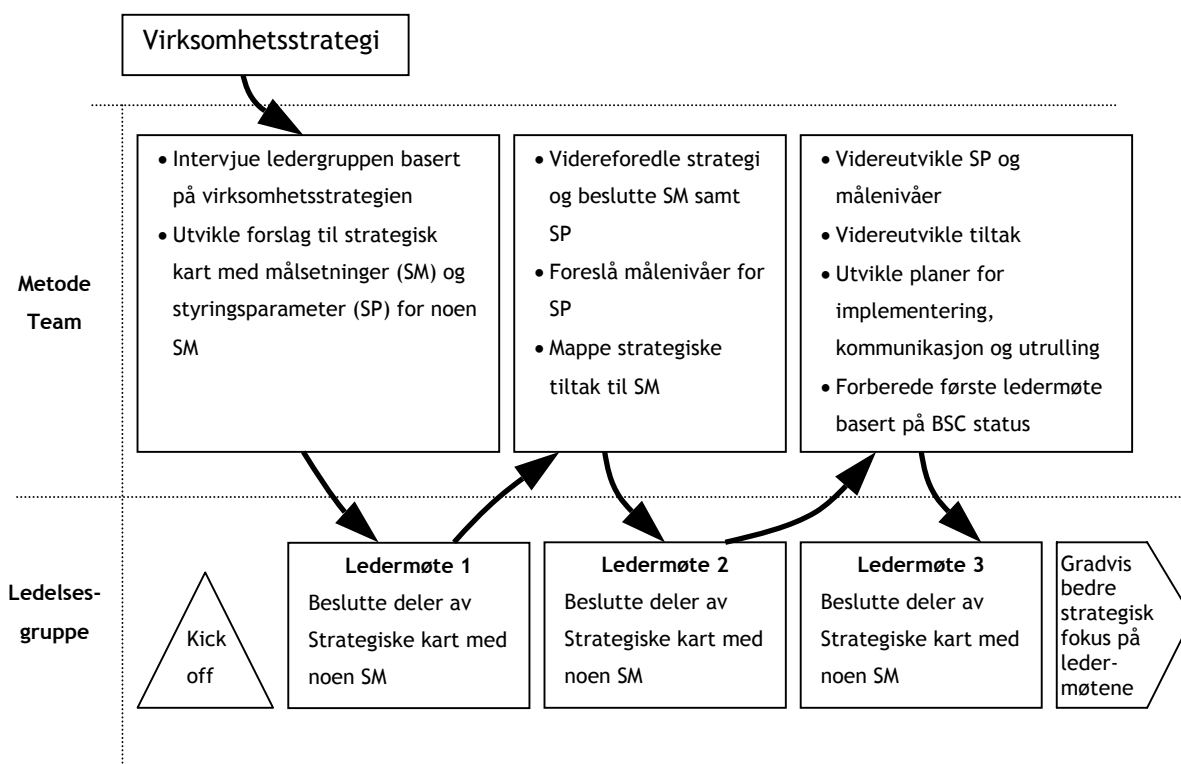
<sup>8</sup> Presentasjon fra [www.bscol.com](http://www.bscol.com) 2003

Strategy Map		balansert målstyring		Action Plan	
Process: Operation Management Theme: Ground Turnament	Objectives	Measurement	Target	Initiative	Budget
<p><i>Financial Perspective</i></p> <p>Grow Revenues → Profits and RONA ← Fewer Planes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profitability</li> <li>• Grow revenues</li> <li>• Fewer Planes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Market Value</li> <li>• Seat Revenue</li> <li>• Plane lease cost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30% CAGR</li> <li>• 20% CAGR</li> <li>• 5% CAGR</li> </ul>		
<p><i>Customer Perspective</i></p> <p>On-Time Service → Attract and retain more customers ← Lowest Prices</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attract and retain more customers</li> <li>• Flight is on time</li> <li>• Lowest prices</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # repeat customers</li> <li>• # customers</li> <li>• FAA on-time arrival rating</li> <li>• Customer rating</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70%</li> <li>• Increase 12% annually</li> <li>• #1</li> <li>• #1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implement CRM systems</li> <li>• Quality management</li> <li>• Customer loyalty program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$XXX</li> <li>• \$XXX</li> <li>• \$XXX</li> </ul>
<p><i>Internal Perspective</i></p> <p>Fast ground Turnaround → On-ground time</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fast ground turnaround</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On-ground time</li> <li>• On-time departure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 minutes</li> <li>• 90%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cycle-time optimization</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$XXX</li> </ul>
<p><i>Learning and growth Perspective</i></p> <p>Strategic job Kamp agent Strategic systems Crew Scheduling Ground Crew Alignment</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Develop the necessary skills</li> <li>• Develop the support system</li> <li>• Ground crew aligned with strategy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategic job readiness</li> <li>• Info system availability</li> <li>• Strategic awareness</li> <li>• % ground crew stockholders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yr. 1-70%</li> <li>• Yr. 2-90%</li> <li>• Yr. 3-100%</li> <li>• 100%</li> <li>• 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ground Crew training</li> <li>• Crew scheduling system rollout</li> <li>• Communications program</li> <li>• Employee Stock Ownership Plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$XXX</li> <li>• \$XXX</li> <li>• \$XXX</li> <li>• \$XXX</li> <li>• \$XXX</li> </ul>
				Total Budget	\$XXX

Figur 7 Kart, Scorecard og handlingsplan

### 3.8 Innføring av balansert målstyring

Det er mange måter å utvikle og innføre balansert målstyring i en organisasjon. Hver enkelt organisasjon må tilpasse sin implementering etter ambisjonsnivå, organisasjonskultur, og kompleksitet. Balanced Scorecard Collaborative<sup>9</sup> har utviklet en innføringsmodell basert på det de mener er ”Best Practice”. I Figur 8<sup>10</sup> er denne prosessen beskrevet. Dette er i hovedsak den prosessen som er beskrevet i Kaplan & Norton sin andre bok om balansert målstyring. Hensikten er å skape en strategifokusert organisasjon som beskrevet i kapittel 3.4.



Figur 8 balansert målstyring Innføringsprosess

Teorien sier at man skal utvikle et strategisk kart først, men i en del litteratur skrevet av personer som har vært involvert i innføring av balansert

<sup>9</sup> Balanced Scorecard Collaborative [www.bscol.com](http://www.bscol.com) foredrag Jan H. Johansen, 28 februar 2003

<sup>10</sup> Denne figuren er hentet fra Balanced Scorecard Collaborative



målstyring, blant annet P R Niven i sin bok balansert målstyring Step-by Step (Niven, 2002) at i praksis er ikke dette mulig. Niven sier i sin bok;

*- That's because the actual work of sitting around a conference table and hammering out a coherent and logical story of your strategy through a series of linked objectives and measures is extremely difficult.*

Man må først identifisere kritiske suksessfaktorer og tilhørende måleindikatorer før man konstruerer strategiske kart.

Både Kaplan & Norton og Niven har valgt å bruke et metodeteam med personer som kjenner balansert målstyring til å utarbeide et forslag som diskuteres i ledergruppen. Dette danner grunnlaget for en beslutning som videre innføring baserer seg på. Til slutt vil man ende opp med et strategisk kart med tilhørende suksessfaktorer og måleindikatorer med god nok kvalitet til at det kan implementeres.

## 4 Totalkvalitetsledelse

---

Kvalitetsbegrepet er i dag en viktig dimensjon i styring av de fleste bedrifter. Kvalitet er i seg selv et ord med mange meninger og som derfor ikke er lett å definere. Dette gjør at kvalitetsledelse er sammensatt av mange deler av en bedrifts verdikjede.

*Det er viktig å tenke på det faktum at en bedrift som gjennomfører de strategisk viktige aktivitetene i sin verdikjede billigere og med bedre kvalitet enn andre bedrifter vil få et konkurransefortrinn, (Porter, 1985)*

Utviklingen av kvalitetssikring har gått fra kvalitetskontroll til å bli utvidet gjennom kvalitetsledelse og kontinuerlig forbedringer betegnet som totalkvalitetsledelse (Total Quality Management, TQM). Man har også gjennom NS-ISO sine kvalitetsstandarder og de ulike kvalitetsprisene gjort det mulig å revidere organisasjoner og dermed dokumentere deres arbeid med kvalitetssikring og kvalitetsledelse.

Den første delen av dette kapitlet vil ta for seg ulike definisjoner av kvalitetsbegrepet. Den vil videre se på utviklingen av totalkvalitetsledelse, og

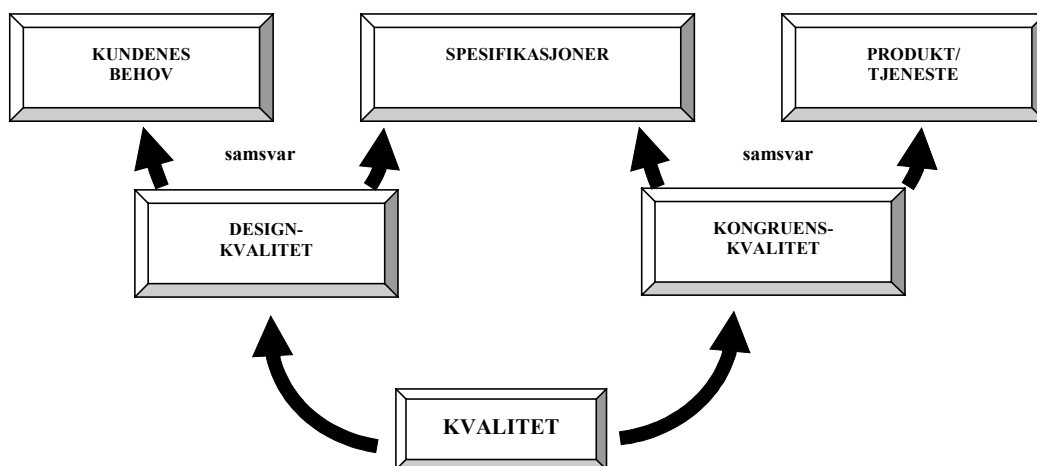
kvalitetsprisenes rolle. Til slutt se det nærmere på ISO 9000 serien, og forskjeller som foreligger mellom total kvalitetsledelse og ISO.

#### 4.1 Hva er kvalitet?

---

Kvalitet er i seg selv en subjektiv størrelse. En vare eller tjenestes kvalitet kan oppfattes forskjellig fra person til person. Bare et ørlite avvik mellom forventning og opplevelse kan gjøre store utslag. Hvis kunden opplever å bli skuffet, gir varen inntrykk av dårlig kvalitet. Sagt på en annen måte, *kvaliteten er ikke i overensstemmelse med kundens krav og forventning*. Det kan i denne sammenhengen være feil å bruke uttrykk som god og dårlig kvalitet, men heller definere ”riktig kvalitet når krav, behov og forventninger er innfridd” og ”gal kvalitet” når dette ikke skjer.

Horngren, Datar og Foster (Horngren, 2002) har i sin definisjon av kvalitet sett på forholdet mellom ferdig produkt eller tjeneste, og kundens behov. Videre blir kvalitetsbegrepet delt inn i *design-* og *kongruenskvalitet*. *Designkvalitet* innebærer at det er samsvar mellom spesifikasjoner og kundenes behov, mens *kongruenskvalitet* innebærer at det er samsvar mellom spesifikasjoner og det ferdige produktet eller tjenesten, dette er visualisert i Figur 9



Figur 9 Sammenhengen mellom design- og kongruenskvalitet (Stemsrudhagen, 1998 s. 31)

Designkvalitet beskriver den delen av kvalitetsbegrepet som er avgjørende for om bedriften har klart å analysere kundenes behov. Designkvalitet er derfor viktig å se i sammenheng med identifikasjon av markedet og utvikling av et

produkt eller tjeneste. Designkvalitet må også sees i sammenheng med løpende markedstrender og vil derfor kunne variere mye over et produkts livsløp. Selv om man har spesifisert et produkt etter kundenes behov i dag kan behovet endre seg i løpet av kort tid.

Graden av kongruenskvalitet sier om produktet virkelig er produsert i henhold til spesifikasjonene. Kongruenskvalitet vil derfor være knyttet opp til produksjon, produksjonsteknologi og til utvikling av gode spesifikasjonsbeskrivelse.

En annen betegnelse på kvalitet er satt ned i NS-ISO kvalitetsstandarder der kvalitet er beskrevet som.

*I hvilken grad en samling av **iboende egenskaper oppfyller krav** (NS-ISO-9001 pkt. 3.1.1).*

*Kvalitet er helheten av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som antydnet.*

*(NS-ISO 8402 pkt. 3.1, 1994, utgått i siste revisjon av NS-ISO 9000:2000)*

Disse setningene sier også at kvalitet skal oppfylle spesifiserte krav, men det kan tolkes til å gjelde kongruenskvalitetsbegrepet, fordi det står fastsatte og oppfylle krav. Det er i disse to definisjonene ikke sagt noe om kundeoppfyllelse og designkvalitetsbegrepet.

## 4.2 Kvalitetsbegrepet i sykehussektoren

---

Kvalitetsbegrepet og oppdeling i design- og kongruenskvalitet er for tjenesteytende sektor en enda større utfordring. Oppnåelse av kvalitet i sykehussektoren er en stor utfordring. De skaper ikke "en fysisk ting" som vi kan måle og veie. Det kan fra et faglig ståsted sies at en operasjon har vært vellykket, men pasienten behøver ikke å oppfatte dette på samme måte. I tillegg vil selve oppholdet gjennom infrastruktur, mat, renhold samt kommunikasjon mellom sykehuset ulike profesjoner og pasient og pårørende gjøre at kvalitet inntreffer i en rekke enkeltstående transaksjoner. I en stor organisasjon som eksempelvis et sykehus skjer slike transaksjoner tusenvis av

ganger hver eneste dag. Dette gjør servicekvalitet til noe subjektivt og personlig. Det er også vanskelig å definere hva som er god kontakt på grunn av forskjeller som foreligger mellom de ulike pasienters forventninger og behov.

Hva som er kvalitet vil altså avhenge veldig av hvilket perspektiv vi ser på begrepet ut i fra. Det kan foreligge store forskjeller, sett fra et medisinskfaglig perspektiv, et ledelsesperspektiv eller fra pasientperspektivet.

### 4.3 Utvikling av kvalitetssikring og kvalitetsledelse

---

Frederick W. Taylor (1856-1915) som arbeidet i stålindustrien i USA, registrerte at enkelte arbeidere hadde bedre produktivitet enn andre. Dette til tross for at de hadde samme arbeidsoppgaver, arbeidstid, og tilgjengelig teknologi.

Han studerte og skrev ned i detalj hvordan de med høyest produksjon utførte sine arbeidsoppgaver, målte tidsforbruket for hver enkelt arbeidsoppgave og anvendte resultatet til å lære opp andre operatører.

Ideen var å gjøre hver jobb og arbeidsoperasjon så enkel at hver medarbeider kunne mestre det med minimal opplæring. Dermed kunne man bruke et fåtall kvalifiserte personer til å ta seg av planlegging og kontroll av arbeidet og prosessene, og en stor andel ufaglærte til å utføre jobben.

Det han gjorde var å kartlegge arbeidsprosessen ved å beskrive metode og måle prosessenes prestasjoner. For deretter å standardisere prosessen og anvende denne arbeidsprosedyren til kompetanseheving i bedriften.

I Frankrike hadde en annen forsker ved navn Henri Fayol (1841-1925) dokumentert tilsvarende innen administrativt arbeid i det gruveselskapet hvor han arbeidet.

Disse to utviklet derfor en av grunnpilarene i kvalitetsstyring, gjennom å systematisere og dokumentere prosesser. En negativ konsekvens som oppsto var at den som utførte selve oppgaven ble fratatt alt ansvar for kvalitet, og skulle bare gjøre jobben etter beskrivelsen, for i etterkant å bli kontrollert av egne kvalitetsinspektører

Taylor og Fayol`s form for kvalitetsstyring er definert som total kvalitetskontroll. Utviklingen bort fra denne formen for inspeksjon og etterkontroll til å bli kalt kvalitetsstyrt ledelse og nå total kvalitetsledelse. Kvalitetsstyrt ledelse har som filosofi at den som utfører arbeidsoppgavene i større grad også skal kontrollere sin egen innsats. For dermed å gjøre kvalitet og kvalitetsarbeid til en del av de ansatte og bedriftens policy.

#### 4.4 Total kvalitetsledelse

---

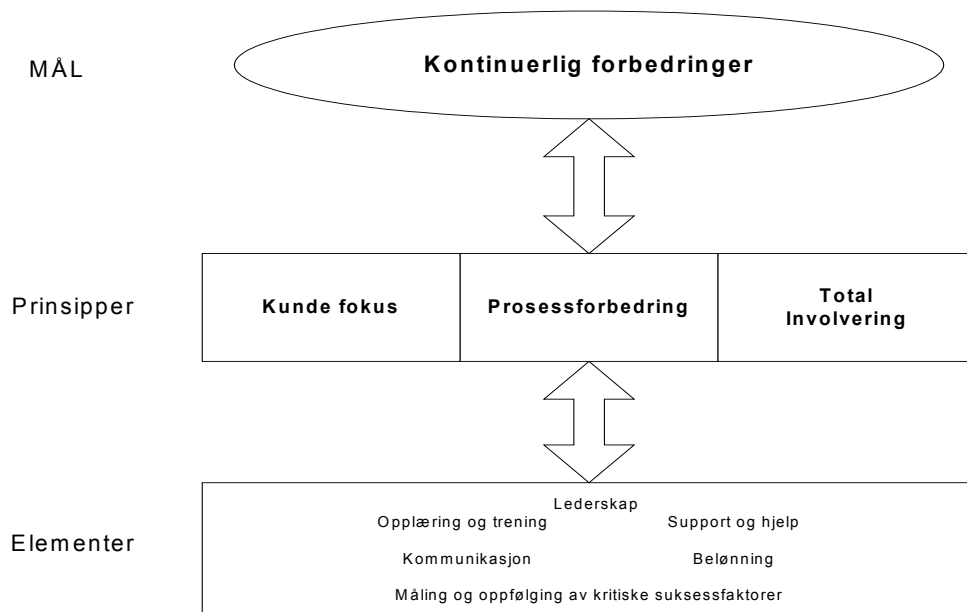
Mye av grunnlaget for total kvalitetsledelse ble utviklet på starten av 30 tallet da Shewhart`s bok *Economic Control of Quality of Manufactured Products* ble publisert (Garvin, 1988). Han beskrev at alle prosesser har en iboende egenskap. Han sier i sin bok at:

*variasjon, dvs. prosessens resultat svinger mellom ulike grenser, og dette har en direkte konsekvens for kontrollbegrepet*

Han brukte videre statistiske teknikker for å kunne bestemme grensene for prosessen og gjennom dette kunne han dele inn variasjon som forekommer *tilfeldig* fra de med *spesielle årsaker*. Man kan da konsentrere seg om en kontinuerlig forbedring gjennom å ta for seg de kontrollerbare variasjonene, og ikke gjøre dramatiske endringer etter en tilfeldig hendelse. Det ble samtidig arbeidet med utvikling av metoder for stikkprøvekontroll i stedet for en total kontroll. Stikkprøvekontroll gjør det mulig å kontrollere et utvalg og dermed lettere kunne styre prosessen over tid. Begge disse metodene har vært med på å forme kvalitetfagets videre utvikling.

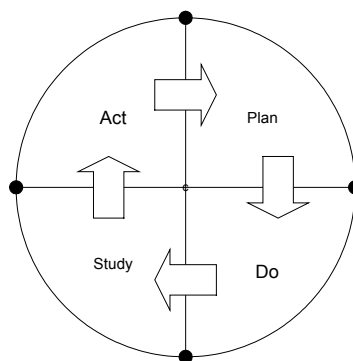
Det neste utviklingssteget kom gjennom en artikkel skrevet av Feigenbaum (1956). Han innførte konseptet under navnet "Total Quality Control". Han forklarte at kvalitetsledelse ikke kunne inspiseres inn, det må bygges inn i selve verdikjeden fra man definerte hva kunden ønsket, til levering av det ferdige produktet. Han sier derfor at kvalitet er noe alle må arbeide med i det daglige og innførte uttrykket "*Quality is everybody`s job*". Han observerte at mennesker fra forskjellige funksjoner ofte arbeidet med de samme kvalitetsproblemene. Tverrfunksjonelle grupper er derfor et viktig virkemiddel for å kunne forbedre kvaliteten (Garvin, 1988).

En måte å visualisere total kvalitetsledelse på er vist Figur 10, der de ulike nivåer er beskrevet gjennom mål, prinsipper og ned til de enkelte elementene.



Figur 10 Implementeringsprinsipper (Tenner & DeToro, 1991)

Ut fra dette kan man beskrive total kvalitetsledelse, som å fokusere på kundens behov. For deretter å bygge kvalitet inn i alle prosesser ved organisasjonen gjennom aktivt å bruke tverrfunksjonelle grupper for å få samlet kompetansen som finnes i organisasjonen. I tillegg er en av hovedtankene bak total kvalitetsledelse en kontinuerlig forbedring også kalt PUSH - hjulet, Planlegg - Utfør - Studer - Handle (Deming, 1986). Denne forbedringsprosessen er beskrevet i Figur 11, der den er visualisert som et hjul som går rundt og skaper kontinuerlig forbedringer.



Figur 11 PUSH- eller PDCA hjulet (Deming, 1986)

På 1980- og 90-tallet blomstret interessen for fagområdet opp i Europa, hovedsaklig på grunn av at japanske bedrifter, som hadde fått en stor økning i sin konkurranseevne gjennom fokusering på total kvalitetsledelse (Pike og Barnes, 1994).

Dette medførte opprettelse av institusjoner som siden har vært sentrale innen dette arbeidet. De viktigste av disse er NS-ISO sine kvalitetsstandarder og opprettelse av ulike kvalitetspriser innen total kvalitetsledelse. ISO`s kvalitetsstandarder ble ratifisert i 1987 og er utviklet og basert på en britisk standard for kvalitetssystemer, BS5750 og NATO`s kvalitetsstandard (AQAP). Ser man på de ulike kvalitetsprisene er de mest kjente; Deming prisen som ble etablert i 1951 (tildeles i Japan av The Union og Japanese Scientists and Engineers), The Malcolm Baldrige National Quality Award, etablert i 1987 (tildeles av myndighetene i USA) og den Europeiske Kvalitetsprisen, etablert i 1991 (tildeles av The European Foundation for Quality Management). Vi har også den norske Kvalitetsprisen, etablert i 1974 som tildeles av NFKL<sup>11</sup>. Den norske kvalitetsprisen har fra 1995 brukt de samme kriteriene som den europeiske kvalitetsprisen.

#### 4.5 Den europeiske og norske kvalitetsprisen

---

Formålet med de ulike kvalitetsprisene er å fremme kvalitetsarbeid ved å øke fokus og dermed få til en kontinuerlig forbedring av eksisterende og utvikling av nye metoder innen området.

Det kan sies at alle de tre kvalitetsprisene har tilnærmet like forutsetninger, den ulikheten som foreligger finnes i prisens fokus. Deming prisen fokuserer mest på innovativ bruk av statistiske metoder (Nakhai og Neves, 1994). The Malcolm Baldrige National Quality Award har et videre perspektiv og er mer opptatt av elementer som strategi, personalledelse, kundefornøydhhet og økonomiske resultater. Den europeiske kvalitetsprisen utvider dette videre og tar hensyn til virkning på samfunnet og medarbeidertilfredshet.

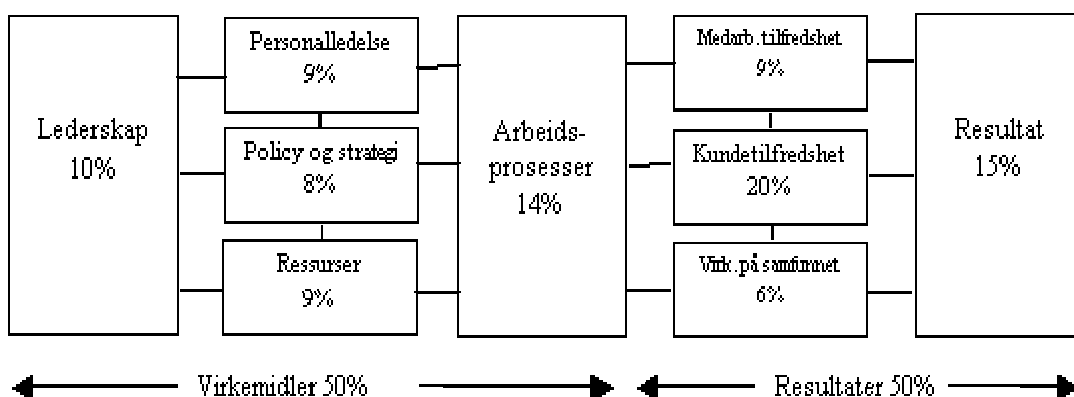
---

<sup>11</sup> Norsk forening for Kvalitetsledelse

Den norske kvalitetsprisen har blitt delt ut fra 1974, og hadde de første årene mest fokus på kvalitetssikring. Fokus på total kvalitetsledelse kom i 1992 da man omdefinerte priskriteriene. Dette ble igjen utvidet i 1995, da man tok i bruk priskriteriene til den europeiske kvalitetsprisen.

Man har gått fra tradisjonell kontroll av prosesser til økt fokus på lederskap og strategi, i tillegg ble medarbeidertilfredshet og virkning på samfunnet tatt inn som nye kriterier.

Dagens kriterier for den europeiske og norske kvalitetsprisen er avbildet i Figur 12. Den viser kriteriene for prisen som er delt opp i 9 hovedgrupper. Vektlegging av de ulike gruppene er også beskrevet.



Figur 12 Den Europeiske og norske kvalitetsprisen( EFQM, 1994, NFK 1995)

Den norske kvalitetsprisen vil i hovedstruktur ha et innhold som beskrevet i vedlegg 2 Evalueringskriterier for EFQM modellen.

Første trinn i en slik prosess er en internevaluering. Internevaluering er en omfattende, systematisk og regelmessig gjennomgang av virksomhetens aktiviteter og resultater målt opp mot EFQM modellen.

I realiteten måles det opp mot de erfaringer som europeiske virksomheter selv har med hensyn til hva som er viktig å fokusere på for å oppnå kontinuerlig forbedring i privat og offentlig virksomhet. Internevaluering som prosess, tillater virksomheten å skille mellom sine sterke sider og områder som det kan gjøres forbedringer på. På denne måten defineres innsatsområdene for ytterligere forbedring. Dette kan videre bli brukt i en formell søknad og dermed en få ekstern evaluering etter EFQM modellen.



## 4.6 NS-ISO sin kvalitetsstandarder

---

ISO 9000 er en internasjonalt akseptert serie av standarder der ISO er forkortelse for International Standardisation Organisation. 9000 er serienummeret på flere standarder som omhandler oppbygging, bruk og revisjon av kvalitetssystemer. Standarden er i bruk i det meste av verden. Standarden er generell, og kan tilpasses den enkelte organisasjon. For å bruke denne standarden effektivt må man skaffe detaljert kunnskap om kundens behov og forventninger. Man må også opparbeide seg inngående kunnskap om egen virksomhet, og identifisere og forstå sine egne prosesser. Foruten å skaffe seg kunnskap om kvalitetsledelse og oppbygging av kvalitetssystemer. Den grunnleggende ideen i denne standarden er at alle kvalitetsrelaterte elementer i en organisasjon skal dokumenteres i en kvalitetshåndbok. Deretter tar man for seg de virkelige handlingene og sammenligner med det som er dokumentert. Kvaliteten forbedres ved å finne, registrere og korrigere for avvik som oppstår. Formålet er å unngå at de skal oppstå igjen.

### 4.6.1 Oppbygging og oppdatering

---

Standarden oppdateres og vedlikeholdes av en internasjonal komité, der også Norge er representert. Den nye versjonen av serien NS ISO 9000, (betegnelsen vil i fortsettelsen forkortes til ISO 9000, ISO 9001 og tilsvarende) kom i desember 2000 (3.utgave). Serien er bygd opp av flere ulike deler standarder som beskrives nærmere under.

#### **ISO 9000 standarden:**

Forklarer kvalitetskonseptet og inneholder grunnleggende definisjoner av kvalitetsbegreper.

#### **ISO 9001 Standarden:**

Stiller krav til hvordan en virksomhet leder og bygger opp sine kvalitetssystemer for å forebygge feil/avvik på produkter og tjenester.

Dette er den standarden som man eventuelt blir sertifisert ut i fra. Det blir på den måten den eksterne standarden som skal gi tredjepart en bekreftelse på at organisasjonen tilfredstiller krav i forhold til ISO`s kvalitetsstandard 9001.

### ISO 9004 standarden:

Gir råd om hvordan en virksomhet kan bygge opp sitt kvalitetssystem for å sikre kvalitet og effektiv ressursutnyttelse. Denne er utfyllende i forhold til ISO 9001. Den bygger i den siste revisjonen(2000 versjonen) på total kvalitetsledelse prinsippene og bidrar dermed til å operasjonalisere de 8 prinsippene for total kvalitetsledelse rundt kundefokus, lederskap, involvering av ansatte, prosessorientering, systemtankegang, kontinuerlig forbedring, faktabaserte beslutninger og leverandørsamarbeid.

#### 4.6.2 Oppbygging av et kvalitetssystem etter ISO 9000

---

For å kunne utvikle et kvalitetssystem etter ISO sine retningslinjer er det nødvendig å tenke både på nivå- og emneoppbygging av systemet. Emneoppbygging går på hva systemet skal inneholde av prosedyrer for å tilfredsstille krav og er knyttet opp til organisasjonens behov for kvalitetsledelse.

Nivåinndeling er en beskrivelse av hvordan man skal bygge opp systemet, det vil være forskjell med hensyn på organisatorisk størrelse og funksjonell oppbygging. Et eksempel på nivåinndeling er beskrevet under:

Nivå 1:

**Kvalitetshåndbok**, inneholder den overordnede beskrivelsen av organisasjonen og kvalitetssystemet

Nivå 2:

**Fellesdokumenter**, dokumentasjon og prosedyrer som gjelder for hele virksomheten

**Avdelingsdokumenter**, dokumentasjon og prosedyrer som gjelder for den enkelte avdeling eller samarbeid mellom avdelinger.

Nivå 3:

**Resultatdokumentasjon** med overvåking av måleparametere, samt **registrering** av avviksbehandling m.m.

### 4.6.3 Implementering og bruk av et ISO kvalitetssystem

---

Det er i utgangspunktet fire forhold som en organisasjon må følge i forhold til ISO 9001:

#### **Skriv ned hva du skal gjøre.**

NS-ISO er som beskrevet før å kunne standardisere og dokumentere alle prosesser. Det er derfor viktig å kunne beskrive hva en prosedyre er; NS ISO 9000 (3.4.5) beskriver en prosedyre på følgende måte.

*En angitt fremgangsmåte for å kunne utføre en aktivitet eller prosess*

Prosedyrer er angitte metoder for å utføre aktiviteter. De må i størst mulig grad utformes av dem som skal utføre prosedyrene. En dokumentert prosedyre angir vanligvis hensikten med og omfanget av en aktivitet: hva som skal gjøres og av hvem, når, hvor og hvordan, dokumentasjon som eventuelt skal brukes, og hvordan aktiviteten skal styres og registreres.

Under utarbeidelse av prosedyrer kan man støtte seg til 5H-spørsmålene (hvorfor, hva, hvordan, hvem, samt hvor og når).

#### **Gjør det du har beskrevet du skal gjøre**

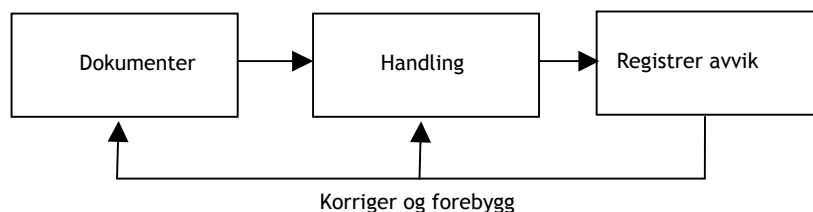
Når det er blitt beskrevet hva som skal gjøres, må det bli utviklet en implementering og opplæring av ansatte, som gjør at prosedyren alltid blir fulgt.

#### **Dokumenter at du har gjort det.**

Det skal utarbeides et system for å dokumentere at prosedyrene virkelig er fulgt, samt at det er blitt foretatt en avviksbehandling hvis en feil har blitt gjort. Dette kan dokumenteres gjennom sjekklister eller annen form for dokumentasjon.

#### **Avviksbehandling**

En del av dette systemet er også avviksbehandling med nødvendige korrigeringer og forbedringstiltak for å unngå at avviket skal kunne skje igjen. Dette blir gjennomført ved bruk av avviksrapporter, som inneholder informasjon om forebyggende tiltak, ansvarlig person og tidsfrister. Dette blir samlet en kontinuerlig styring og forbedring av prosesser, som dessuten danner basis for korrigerende og forebyggende handlinger som er visualisert i Figur 13.



Figur 13 Modell for kvalitetsstyring i ISO 9001

## 4.7 Implementeringsprinsipper av kvalitetsledelse

Totalkvalitetsledelse er en filosofi, der man har en mengde med verktøy som man kan bruke for å implementering. Hvordan implementere kvalitetsledelse er et stort spørsmål. Ishikawa (Ishikawa, 1985) kaller det *en tankerevolusjon i ledelse*. I følge han er det seks forhold som er viktige:

- Prioriter kvalitet først.
- Kunde og brukerorientert.
- Husk hele tiden at den neste prosessen er kunde.
- Bygg på kjensgjerninger og fakta.
- Vis respekt for mennesket.
- Bruke tverrfunksjonelt lederskap.

Deming (Deming, 1986) beskriver også i sine 14 punkter for totalkvalitetsledelse mye av det samme. Disse punktene er:

- Skap en vedvarende fokusering på forbedring.
- Adopter den nye filosofien, og godta aldri feil.
- Reduser bruk av sluttkontroll.
- Krev statistiske bevis på kvalitet fra leverandørene.
- Gjennomfør kontinuerlig forbedring av produksjonssystemene.
- Innfør fast faglig oppdatering.
- Led arbeidet i stedet for å overvåke det.
- Fjern frykt.
- Bryt ned barrierene mellom funksjoner og avdelinger
- Fjern kvantitative mål og påtrykte formaninger ovenfra
- Fjern individuelle/kvantitative kvoter.
- Fjern det som skaper hindringer for yrkesstolthet
- Iverksett omfattende bedriftsinterne opplæringsprogrammer.
- Gjennomfør forandringer fra toppen, og la alle delta.

I tillegg har han noen punkter som han kalte *"dødelige sykdommer"*, som må unngås ved en implementering:

- Mangel på vedvarende forpliktelse

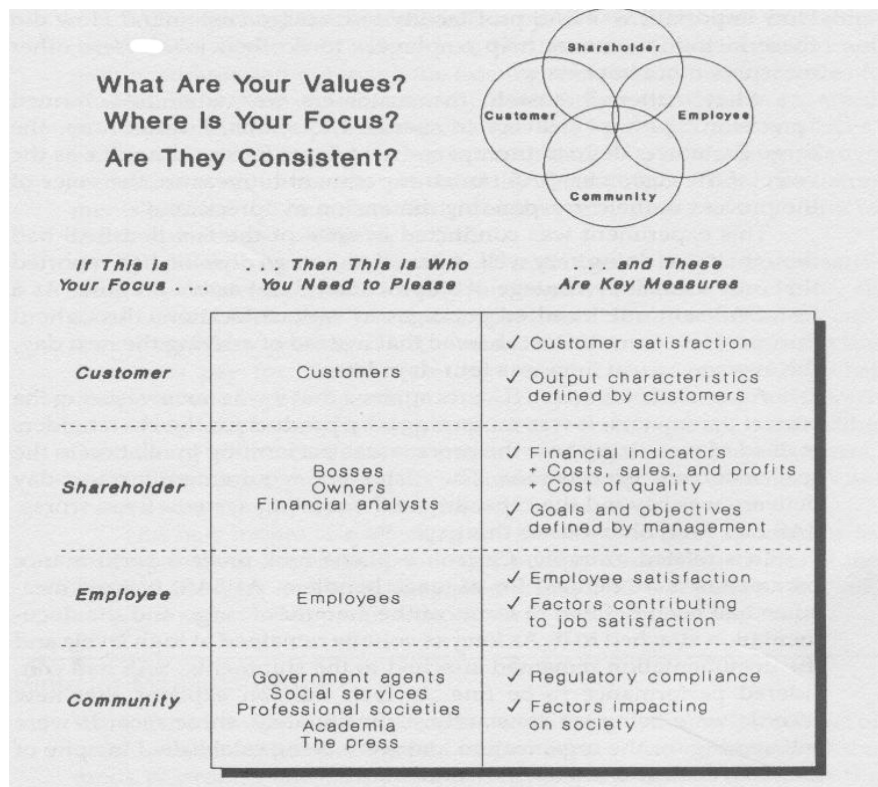
- Kortsiktig profitt
- Prising av prestasjoner
- Jobbhopping
- Kun vektlegging av synlige tall

For å kunne gjennomføre ulike tiltak må man bruke alle mulige metoder rundt prosesskontroll og forbedring av kongruenskvalitet, samt ulike metoder for å kunne tenke som kunden, for å finne designkvaliteten.

Når det er snakk om kongruenskvalitet er det en kontinuerlig forbedringsprosess:

***Definer problem ⇒ Identifiser og dokumenter prosess ⇒ Mål ytelse ⇒ Prøv å Forstå hvorfor ⇒ Utvikle og teste ⇒ Implementer og måling av utvikling.***

I denne sammenheng har vi et viktig punkt, *måling av ytelse*. D. W. Deming har som beskrevet over fem punkter som han sier er dødelige sykdommer ved implementering av kvalitetsledelse. Ett av disse punktene går på at man ikke skal vektlegge kun synlige tall, men også se på flere dimensjoner og mer usynlige tall. For å synliggjøre dette kan man se på SAS konsernet under ledelse av Jan Carlzon (Carlzon, 1987). Hans filosofi var å sette fokus på å tilfredsstille kundens forventning. Han utviklet videre måling av ytelse gjennom 4 dimensjoner som beskrevet i Figur 14.



Figur 14 Måling i fire dimensjoner i SAS Air Cargo (kilde A. Tenner & I. J. DeToro, 1991)

## 4.8 Forholdet mellom total kvalitetsledelse, kvalitetsprisene og ISO 9000

For å kunne se forskjeller mellom total kvalitetsledelse, kvalitetsprisene og ISO tar vi utgangspunkt i begrepene designkvalitet, styring og forbedring av kongruens kvalitet og en vurdering rundt samarbeid og tverrfaglighet.

### 4.8.1 Styring av kongruens kvalitet

Både total kvalitetsledelse og ISO`s kvalitetsstandard er opptatt av å styre kongruens kvaliteten. Begge fokuserer på viktigheten av et kvalitetssystem. En del forskjell er det i dokumentasjon og bruk av prosedyrer. ISO`s kvalitetsstandard er full av dokumentasjonskrav. Det kan det virke som det er et veldig rigid system, men det står i standarden at man bør forsøke å redusere dokumentasjonen til det som er absolutt nødvendig. Hensikten er å skreddersy innholdet i standarden til å passe virksomhetens behov og ambisjonsnivå. Lista skal legges på det nivået som er nødvendig. Legges lista

for høyt vil man kunne bruke for mye ressurser på kvalitetsstyringssystemet slik at det går utover andre nødvendige oppgaver.

#### 4.8.2 Forbedring av kongruenskvalitet

---

Både total kvalitetsledelse og ISO`s kvalitetsstandarder har fokus på forbedring av kongruenskvalitet. Total kvalitetsledelse gjennom sin PUSH-syklus, (Figur 11) og ISO gjennom sin modell for kvalitetsstyring, (Figur 13). Det kan synes som om PUSH-syklusen mer er rettet mot forbedring enn det som er tilfelle med ISO sin modell for kvalitetsstyring. Men i den siste revisjonen av ISO er PUSH-syklus tatt inn sammen med de 8 prinsipper for total kvalitetsledelse.

#### 4.8.3 Kundefokus og designkvalitetsbegrepet

---

Det kan argumenteres med at total kvalitetsledelse sin kunde og forbedringsorienterte budskap er i konflikt med ISO`s kvalitetsstandard. Denne fokuserer hovedsakelig på å dokumentere prosesser i en organisasjon samt bruke disse prosedyrene og rutinene til å styre organisasjonen sine prosesser og dermed kongruenskvalitetsbegrepet.

Med det har gjennom den siste revisjonen av ISO (ISO 9000:2000) også blitt satt mer fokus på oppfyllelse av kundens behov. Dermed har også denne standarden rettet fokus mot designkvalitetsbegrepet og kundens behov.

#### 4.8.4 Samarbeid og bruk av tverrfaglige team

---

Samarbeid og bruk av tverrfaglige team er godt beskrevet i litteratur om total kvalitetsledelse. Dette er beskrevet igjennom uttrykk som kvalitetssirkler, empowered workforce og ved Deming sine 14 prinsipper (Deming, 1986). Det er også i ISO gjennom ISO 9004-1 beskrevet bruk av tverrfaglige team, uten at det blir fokusert som viktig.

Det kan derfor sies at total kvalitetsledelsen har større fokus på bruk av tverrfaglige team og grupperlæring enn ISO standarden.

#### 4.8.5 Oppsummering av forholdet mellom total kvalitetsledelse og ISO

---

En oppsummering av forskjellene mellom total kvalitetsledelse og ISO beskrevet i kapittel 4.8.1 til 4.8.4 er beskrevet i Figur 15 under.

	Designkvalitet	Kongruenskvalitet		Samarbeid-/ Kommunikasjon
		Styring	Forbedring	
TKL	<b>Stor fokus</b>	Moderat fokus	<b>Stor fokus</b>	<b>Stor fokus</b>
ISO	Moderat fokus	<b>Stor fokus</b>	<b>fokus</b>	Moderat fokus

Figur 15 Oppsummering av forholdet mellom total kvalitetsledelse og ISO

#### 4.8.6 Kvalitetsprisens rolle

---

Det er interessant å se på kvalitetsprisenes rolle i kvalitetsarbeidet. Hvis man tar for seg den norske kvalitetsprisen (EFQM modellen), er denne tenkt som et hjelpemiddel til bruk ved interne og eksterne evalueringer og revisjoner av en organisasjon. Modellen forsøker også å sette fokus på og identifisere forbedringsområder som skal gi grobunn for å kunne innarbeide total kvalitetsledelsen`s prinsipper. Problemet med bruk av EFQM modellen kan være at i stedet for å være et middel til å nå de fastsatte målene innen økt lønnsomhet, kan prisen bli et mål i seg selv, gjennom at fokus settes på å vinne prisen.

#### 4.9 Sammenhengen mellom kvalitet og produktivitet

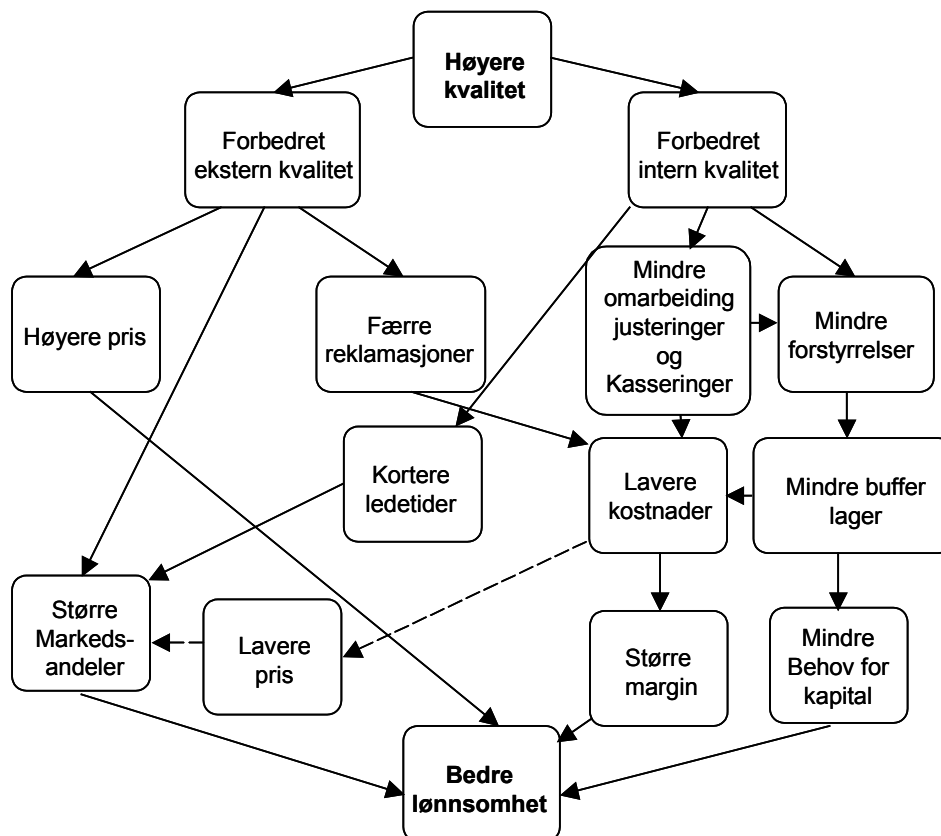
---

Total kvalitetsledelsens eksistens er utviklet ut fra økonomiske hensyn. En måte å beskrive dette på er å ta utgangspunkt i Deming sin kjedereaksjon (Deming, 1986) hvor det blir argumentert for at bedre kvalitet skaper lavere kostnader, økt produktivitet og reduserte priser. Dette blir videre knyttet opp mot økte markedsandeler, økt overlevelsessevne og flere jobber.

Deming sier derfor at man bør ta i bruk total kvalitetsledelse fordi kvaliteten vil ha avgjørende innvirkning på både kostnader og inntekter. Han så altså et



årsak/virkningsforhold gjennom at kvalitet er en sentral kostnads- og inntektsdriver. Dette blir støttet av andre (Feigenbaum, 1991, Juran 1988) når det gjelder kongruens kvalitetsbegrepet. Men det er litt mer uklare forhold når man diskuterer innvirkningen på designkvalitetsbegrepet, der det er flere (Juran, 1988, Ishikawa, 1985) som mener at det vil gi en økning i kostnadene, men at inntektene vanligvis vil kunne øke mer og derfor vil resultatet allikevel kunne bli positivt. En beskrivelse av årsak/virkningsforhold mellom kvalitet og lønnsomhet er beskrevet i Figur 16.



Figur 16 Forhold mellom kvalitet og lønnsomhet

Stemsrudhagen (Stemsrudhagen, 1998) har utført en studie for å se om det var samsvar mellom empiriske undersøkelser og budskap om at fokus på kvalitet gir økning i lønnsomheten som beskrevet i Figur 16. Han stilte seg noen hypoteser rundt kvalitetens økonomi for å se på dette. I sin undersøkelse brukte han bedrifter som var ISO sertifiserte, eller som var i gang med en sertifisering opp mot en kontrollgruppe.

Konklusjonen var at han ikke kunne se noen signifikante forskjeller på den økonomiske utviklingen til ISO-bedriftene opp mot kontrollgruppen. Dette kan

sies å være en indikasjon på at kvalitetsarbeidet har mindre innvirkning på økonomien, enn før antatt. Men det foreligger lite empiriske undersøkelser, og det vil være nødvendig med mer forskning for å kunne foreta noen konklusjon over dette.

## 5 Integrasjon i mellom balansert målstyring og kvalitetsstyring

---

Metaforen om at man ikke ser skogen for bare trær er kjent for de fleste. I denne sammenhengen må man ta tilstrekkelig mange skritt bort fra detaljene slik at man blir i stand til å "se skogen for trærne", men for de fleste av oss vil vi fortsatt bare se massevis av trær. Problemet blir at vi velger ut ett eller flere "favoritt" trær og fokuserer vår oppmerksomhet og anstrengelser på disse. I verste tilfelle vil resten av skogen dø, til slutt også de trærne som vi hele tiden har satt fokus på fordi den totale næringskjeden er blitt ødelagt. Utfordringer blir derfor å kunne se både skogen og trærne.

"Kunsten å se både skogen og trærne."  
- P. M. Senge 1990

Peter M. Senge (Senge, 1990, s. xx) har en følgende forklaring på ledelse kompleksitet i dagens verden.

*Den økende kompleksiteten i dagens verden fører til at mange ledere antar at de mangler den nødvendige informasjonen for å kunne handle effektivt. Jeg tror derimot at det fundamentale "informasjonsproblemet" som lederne står ovenfor ikke er for lite informasjon, men for mye. Det vi mest av alt trenger, er fremgangsmåter for å vite hva som er viktig og hva som ikke er viktig, hvilke variabler vi skal fokusere på og hvilken vi skal vie mindre oppmerksomhet - og vi trenger måter å gjøre dette på som kan hjelpe grupper av mennesker til å utvikle en felles forståelse*

Det vil alltid være slik at man i en organisasjon vil ha ansatte som er dyktige til å se helheten og kunne sette rammene, mens andre er dyktige til å se de enkelte detaljene. Den ideelle organisasjon vil derfor være å få til et samspill mellom disse personene der man både setter rammene man skal jobbe innenfor og deretter gi muligheter til å utvikle de enkelte detaljene. Dette kapitlet vil se på mulige likheter/ulikheter som foreligger mellom disse to flerdimensjonale styringsystemene.

I kapittel 5.1 beskrives forholdet mellom resultat og mål og hvorfor man må se på både effektivitet og produktivitet når målene til organisasjonen skal oppnås. Det blir videre i kapittel 5.2.1 sett på hvor man bruker balansert målstyring og kvalitetsledelse for å kunne oppnå dette, for så å se på design og kongruensbegrepene i kapittel 5.2.2.

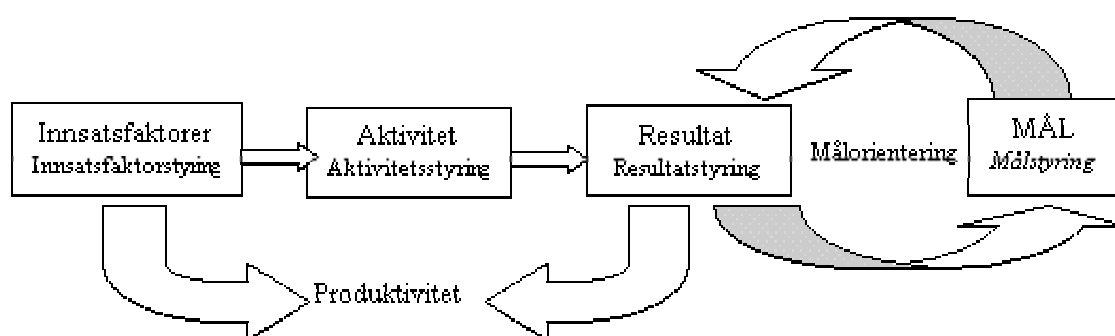
Kapittel 5.2.3 ser på organisasjonen og nødvendigheten av kommunikasjon og oppfølging for å kunne styre og samtidig gi den enkelte ansatte mulighet for medvirkning.

## 5.1 Resultat og målstyring

Det er en enighet om at alle organisasjoner som driver en eller annen form for produksjon av varer eller tjenester, må ha fokus på sin økonomiske situasjon. Dette vil gjelde både for privat og for offentlig sektor.

En slik organisasjon kan beskrives ut fra hvilke innsatsfaktorer som settes inn i aktiviteten for å produsere en eller annen form for tjeneste eller produkt. Det resultatet som kommer ut, vil mer eller mindre være i samsvar med de mål som organisasjonen har satt seg.

Verdiskapningsprosessen går fra input av innsatsfaktorer til måloppnåelse. En slik tilnærming er beskrevet i Figur 17.



Figur 17 Produktivitet og målorientering (effektivitet)

Figur 17 viser at den økonomiske styringen kan rettes inn mot å styre innsatsfaktorer kalt innsatsfaktorstyring. Innsatsfaktorstyring vil si styring av arbeidskraft, utstyr, bygninger (kapital), forbruksvarer og andre faktorer. Innsatsfaktorene brukes så i ulike aktiviteter. Aktivitetene kan igjen styres gjennom aktivitetsstyring. Når aktivitetene er utført medfører det en eller annen form for prestasjon (resultat) som kan måles. Ideelt sett skal de

aktivitetene som utføres være i samsvar med målsettingen for organisasjonen (måloppnåelse og målstyring).

Dette kan oppsummeres i at man prøver å ha best mulig produktivitet. Det vil si at forholdet mellom resultat og innsatsfaktor er størst mulig. Dette betyr at man må gjøre ting rett, samtidig som man må oppnå sine målsettinger. Målsetningene oppnåes ved å gjøre de rette tingene. Hvor godt man klarer dette vil være et mål på den ytre effektiviteten.

## 5.2 Vurdering av kvalitetsledelse og balansert målstyring

---

I dette kapitlet er det sett på kvalitetsledelse og balansert målstyring med forskjellige tilnærminger. Hovedtilnærmingene er graden av fokus på kultur og graden av fokus på prosess for de to styringssystemene.

### 5.2.1 Produktivitet og effektivitet

---

Balansert målstyring, som beskrevet i kapittel 3 tar utgangspunkt i organisasjonens strategi og visjon, for deretter å kommunisere denne ned i organisasjonen. Dette gjøres igjennom bruk av strategisk kart, strategiske mål og kritiske prestasjonsindikatorer med ønsket måltall. Ledelsen har dermed i utgangspunktet ”kontroll” med organisasjonen så lenge måltallene ligger på ønsket nivå. Dette er en måte å si at man ser på måloppnåelse, det vil si forholdt mellom mål og resultat, og dermed på effektivitetsbegrepet. Samtidig vil den fokus som settes på de ulike kritiske suksessfaktorene også ha en innvirkning på produktivitetsbegrepet, gjennom at man må kunne forvente en økning i produktiviteten for å oppnå måltallet.

Kvalitetsledelse fokuserer som beskrevet i kapittel 4, på å gjøre ting rett, gjennom standardisering av prosedyrer og aktivt bruke tverrfaglig team. Det er også fokus på kontinuerlig forbedring av de ulike prosesser. Dette kan tolkes som at man ser på *produktivtetsbegrepet*, og kontinuerlig forbedring av dette begrepet.

I tillegg fokuseres det i teorien også på kundetilfredstillelse og dermed til en hvis grad på effektivitetbegrepet og måloppnåelse når det gjelder kvalitet og kundetilfredstillelse.

### 5.2.2 Design og kongruenskvalitet

---

Et annen måte å vurdere forholdet mellom balansert målstyring og kvalitetsledelse på, er å se på begrepene kongruenskvalitet og designkvalitet. Styring av kongruenskvalitet blir foretatt gjennom bruk av spesifikasjoner og prosedyrer. En kontinuerlig forbedring er også fremhevet. Formålet er å minske variasjoner som kan oppstå i en prosess.

Designkvalitet derimot er å klare å fange opp kundens behov til en hver tid og beskrive dette i spesifikasjonene. Spørsmålet er om man klarer å oppnå målet ved å bare bruke total kvalitetsledelse eller balansert målstyring.

Kvalitetsledelse tar utgangspunkt i interne forhold og det er mindre beskrevet hvordan man skal analysere eksterne forhold eller hvordan årsak-/virkningsforholdet er mellom de ulike kritiske prosessene mot kundene.

Kvalitetsledelse fokuserer på styring av prosessene som skal til for at kvaliteten på produktet skal oppfylle spesifikasjonene.

Man kan derfor si at total kvalitetsledelse er god til å oppnå kongruenskvalitet, men ikke den totale helheten rundt designkvalitet opp mot organisasjonens målsettinger.

Balansert målstyring tar for seg den totale strategien og har kundefokus gjennom et eget perspektiv. Det fokuseres også på å tenke som kunden for deretter å analysere designkvalitetsbegrepet ut fra dette. Deretter setter man ned det som er viktig gjennom strategiske mål.

Kongruenskvalitetsbegrepet blir også vurdert gjennom perspektivet interne prosesser og spørsmålet hva må vi internt gjøre for å oppnå kundetilfredstillelse. Styring av prosessen er ikke direkte en del av systemet men kan legges under et strategisk initiativ som beskriver dette, og gjennom oppnåelse av de enkelte måltall som blir utviklet.

Det konkluderes med at balansert målstyring tar for seg designkvalitetsbegrepet og helheten, men er mindre konkret når det gjelder kongruenskvalitetsbegrepet.

### 5.2.3 Styring, kommunikasjon og oppfølging

---

En av de vanskeligste problemstillingene ved ledelse av en organisasjon i dag, er å beholde kontroll og samtidig kunne gi de ansatte nok frihet til å være kreative, innovative og fleksible. Dette blir også beskrevet av Simons (Simons, 1995). Han beskriver videre at det finnes fire ulike "roller" som gjør at man kan få balansert kontrollfunksjon og samtidig opprettholde kreativitet og fleksibilitet blant de ansatte. Disse 4 rollene er:

**For å oppnå: Den diagnostiserende rollen.**

Oppnå sine målsettinger, gjennom å bygge opp å formidle strategiske mål og måltall ned i organisasjonen, og kontinuerlig gjøre målinger for å følge opp om de vedtatte mål er blitt oppfylt.

**For å gjøre riktig: Den grenseskapende rollen.**

Angir organisasjonens virksomhetsområde gjennom å fokusere på grenser og dermed hva man ikke skal gjøre, i stedet for å beskrive i detalj hva man skal utføre.

**For å ville delta: Den kulturskapende rollen.**

Omfatter organisasjonens normer og verdier og formidling av strategi og visjon, med mål å få til medvirkning om felles mål.

**For å kunne utvikle: Den Interaktive rollen.**

Denne rollen ser på og styrer prosesser som det er knyttet stor usikkerhet til eksternt. Internt i organisasjonen vil dette være å oppmuntre til kreativitet gjennom tverrfaglighet og utvikling både på individnivå og for organisasjonen som helhet.

Man kan i tillegg se på Malina og Selto (Malina & Selto, 2001) beskrevet i kapittel 2.2.1. De har identifisert 3 attributter som kjennetegner kommunikasjon i organisasjoner som utvikler og oppnår sine målsettinger. Disse er beskrevet under der også vi har vurdert disse opp mot de ulike rollene beskrevet av Simons.

- **Kommunikasjon og budskap.**  
*Kulturskapende, diagnostiserende og grenseskapende rolle.*
- **Organisasjonskultur, verdi og tiltro.**  
*Kulturskapende og grenseskapende rolle.*
- **Skape og utvikle kunnskap**  
*Interaktiv rollen.*

En tredje tilnæringsmåte for vurdering av sammenhengen er å se på hva to konsulenter Adams og Roberts (Adams & Roberts, 1993) i tidligere Andersen Consulting har funnet gjennom observasjoner.

De utviklet en setning som sier at "You are What You Measure". Deres tilnæringsmetode er fra total kvalitetsledelse og de utviklet en modell som de kalte EP<sup>2</sup> M ( effective progress and performance measurement).

De fremhevet i denne modellen viktigheten av at et prestasjonsmålingssystem ikke bare bør overvåke iverksettelsen av strategiene, men i tillegg legge grunnlag for den lærende organisasjon. Det må skapes en kultur for at kontinuerlige endringer er en del av det normale livet i organisasjonen. Denne endringsmodellen fremhever to hovedområder som er viktig for kommunikasjon og kontroll ved endringsarbeid;

- **Prosessendring**

Beskrevet som harde endringer, vil kunne følges opp med eksisterende og lett tilgjengelige mål som kan vise resultater innenfor korte tidshorisonter.

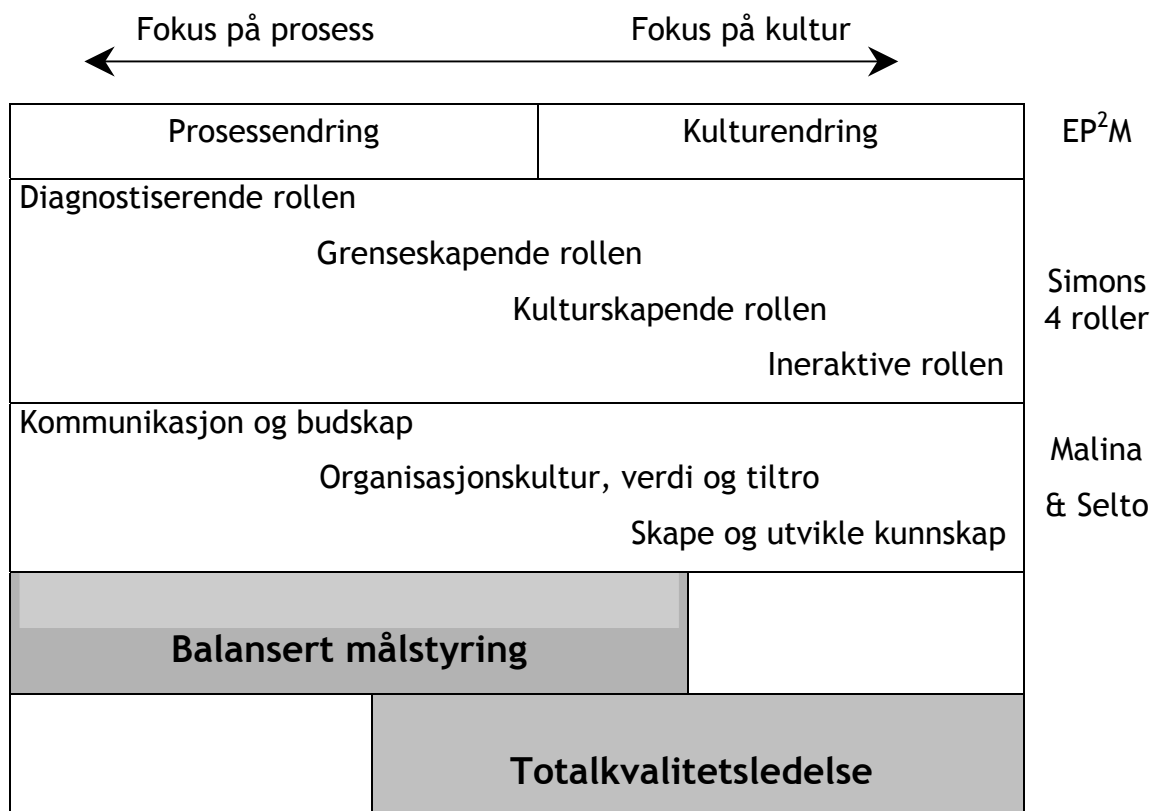
- **Kulturendring**

Representerer de myke verdier som omhandler holdninger, moral og motivasjon. Dette er verdier som er vanskelige å måle, og kan bare måles gjennom kognitive skalaer. Endring vil kunne ta lang tid og kan være lett å bryte ned igjen.

Balansert målstyring og kvalitetsledelse kan vurderes ut fra deres oppnåelse av Simons fire roller, de 3 attributter til Malina og Selto, eller se på prosess- og kulturendring i sammenheng med Adams og Roberts` s observasjoner.

Dette er sammenstilt i Figur 18, der vi har beskrevet i hvilken grad balansert målstyring og total kvalitetsledelse har fokus på prosess og kultur. Fokus på prosess, vil si å se på organisasjonen som en "maskin" som gjør det ledelsen sier den skal gjøre. Fokus på kultur vil si at man skal få til endring gjennom

menneskene i organisasjonen. For å få til den ”perfekte” organisasjon er det nødvendig å balansere rollene ”maskin og menneske”.



Figur 18 Sammenligning av balansert målstyring og totalkvalitetsledelse

### 5.3 Forholdet mellom balansert målstyring og kvalitetsledelse

Når man ser på balansert målstyring og kvalitetsledelse gjennom en vurdering rundt produktivitet og effektivitet, gjennom å se på design og kongruensskvalitet, eller med hensyn på styring, kommunikasjon og kontroll ser det ikke ut til å være for store konflikter i å bruke begge systemene i en organisasjon. Problemet går nok mer på nødvendige ressurser for å kunne gjøre det, og en analyse av hvilke av systemene som skal være ledende. Hva som skal være ledende system avhenger av hvilke fokus som er viktigst for den enkelte organisasjon.

Tolkning rundt innføring av begge vil være vurderinger av å bruke:

- Balansert målstyring som et av verktøyene innen totalkvalitetsledelse filosofien. Balansert målstyring vil da bli verktøyet til å finne de ulike strategiske mål rundt designkvalitetsbegrepet og å kommunisere disse ned



i organisasjonen.

Her er det styrende systemet kvalitetsledelse og balansert målstyring blir å regne som et system for måling og oppfølging av de ulike kjerneprosessene.

- Bruke balansert målstyring som det styrings- og måleverktøy slik Kaplan & Norton beskriver. Kvalitetsledelsen blir her brukt for å få til en kulturendring som gjennomføres ved handling og ord, og fokusere på de 8 prinsippene for total kvalitetsledelse og Demings 14 punkter for kvalitetsledelse. Formålet er å få til tverrfaglighet, trygghet og medbestemmelse innenfor rammene lagt i balansert målstyring. Kjerneprosessene (kongruenskvaliteten) styres og forbedres gjennom å bruke ISO 9000 serien sine retningslinjer.

Det styrende systemet blir her balansert målstyring. Kvalitetsledelse er støttesystemet med formål å utvikle en kommunikasjon og åpenhet i mellom avdelinger og personer internt i organisasjonen samt kontrollere kjerneprosesser gjennom ISO standarden.

## 5.4 Avsluttende diskusjon av teori

---

Når man ser på de to valgte systemene uavhengig av hverandre har vi funnet noen kritiske bemerkninger som må forebygges på best mulig måte for å kunne utvikle organisasjonen i riktig retning.

### 5.4.1 Balansert målstyring

---

Vår første kritikk av balansert målstyring for bruk i en organisasjon som har et så sterkt fagmiljø som sykehussektoren, der det samtidig er disse miljøene som har kontakt med pasienter og omverdenen, er at systemet er for "top down" preget. Det er ledelsen som fastsetter hvordan verden ser ut, og kommuniserer dette ned i organisasjonen til den enkelte medarbeider. Dermed gis det ikke rom for begrepet "emerging strategy" som er situasjoner hvor bedriften forfølger en strategi, som oppsto fra en god ide fra fagmiljøet

eller andre steder i organisasjonen. Dette begrepet er også beskrevet i norsk litteratur som en fremvoksende strategi.

Den videre kritikken går på årsaks- virkningsforhold som systemet er bygget opp gjennom. Det blir satt opp sammenhenger som egentlig er bestemt av ledelsen og som derfor gjenspeiler deres syn på verden. Samtidig er det ikke noen beviste sammenhenger mellom de ulike strategiske mål og perspektivene innenfor systemet.

Dette leder over til den neste kritiske bemerkning. Selv om Kaplan og Norton (Kaplan & Norton, 2004) i sin siste bok har satt opp et bedre rammeverk og grundigere beskrevet hva som bør vektlegges innenfor de ulike perspektivene (utviklet gjennom "beste praksis" fra sine år med forskning), er det fortsatt slik at man vil kunne legge inn nesten hvilket som helst årsak- / virkningsforhold mellom de ulike strategiske mål. Dermed kan styringen etter balansert målstyring bli et spørsmål om hva vi selv finner det relevant å styre etter.

Til slutt kommer vi inn på setningen "What`s gets measured gets managed" som er et av hovedpunktene for alle de ulike flerdimensjonale styringssystemene, og derfor også balansert målstyring. Dette blir nesten som å beskrive en organisasjon som en robot. Mennesket blir glemt, selv om man setter læring og vekst på kartet gjennom et eget perspektiv. Man vil gjennom måling og fokus på ulike områder sikkert oppnå det man ønsker, men det kan også gjennom et begrenset antall målparametere gi muligheter for manipulasjon og sub-optimalisering.

#### 5.4.2 Totalkvalitetsledelse

---

Totalkvalitetsledelse er i sin definisjon også et flerdimensjonalt styringssystem. Det er etter definisjon også målstyrt, med mål om stadig høyere kvalitet og oppnåelse av kundens behov, for å oppnå økt fortjeneste. Middelet for å nå dette er gjennom bruk av ISO standarden og ulike kvalitetspriser som setter klare rammer innenfor ulike områder. Første kritikken går direkte på om kvalitetsledelse virkelig fører til høyere fortjeneste. Teoretisk beskrives dette f.eks. gjennom Deming sin kjedereaksjon (Deming, 1986). Men det er flere empiriske undersøkelser som

har vist at dette kanskje ikke er tilfelle (Stemsrudhagen, 1998 og Ittner & Larcker, 1998). Er ikke dette tilfellet, må man stille seg spørsmål om man virkelig trenger å fokusere på kvalitetsledelse, eller se på hvilke "nivå" som er rett. Det er mange steg mellom kvalitetssikring og total kvalitetsledelse.

Neste kritikk går på total kvalitetsledelsens målstyring. ISO sin kvalitetsstandard og de ulike kvalitetsprisene, er i denne sammenhengen å ses på som midler for å oppnå et mål om bedre lønnsomhet. Det kan bli så stor fokus på disse standardene og prisene at de fort kan bli et mål i stedet for et middel. Man må tenke "vi skal oppnå et mål, gjennom ISO sertifisering", i stedet for å tenke "vi skal implementere et ISO system".

Til slutt er det en kritikk som går på helhetstenkning og "å gjøre rett ting". Det blir godt beskrevet om styring av begrepet kongruens kvalitet og hvordan man skal styre og forbedre sine kjerneprosesser, men man fokuserer utad gjennom design kvalitetsbegrepet bare på kvalitet og kundens behov og ikke på organisasjonen totale strategi.

## 6 Utvikling av den teoretiske styringsmodellen

---

Etter gjennomgang av teori har vi i kapittel 5 vurdert mulige sammenhenger som kan være gjeldene for integrasjon og bruk av balansert målstyring og total kvalitetsledelse. En konklusjon var at et flerdimensjonalt styringssystem må legge til rette både for en endring og styring av organisasjonen gjennom måling og utvikling av de riktige prosessene. I tillegg finnes det utfordringer innen kulturendring, som er en av de viktigste komponentene for å utvikle organisasjonen over tid. Kulturen er også vanskeligst å få til endring av og det er vanskelig å kunne måle progresjonen i endring av kultur. Samtidig som kulturen er enkel å bryte ned igjen.

På bakgrunn av dette har det blitt utviket en teoretisk styringsmodell som består av å bruke balansert målstyring til å se helheten og årsak-/virkningsforhold mellom de ulike strategiske målene og dermed være det styrende systemet. Herunder ligger også fokus på hva pasientene vil forvente seg av behandlingen og kan måles gjennom ulike former for

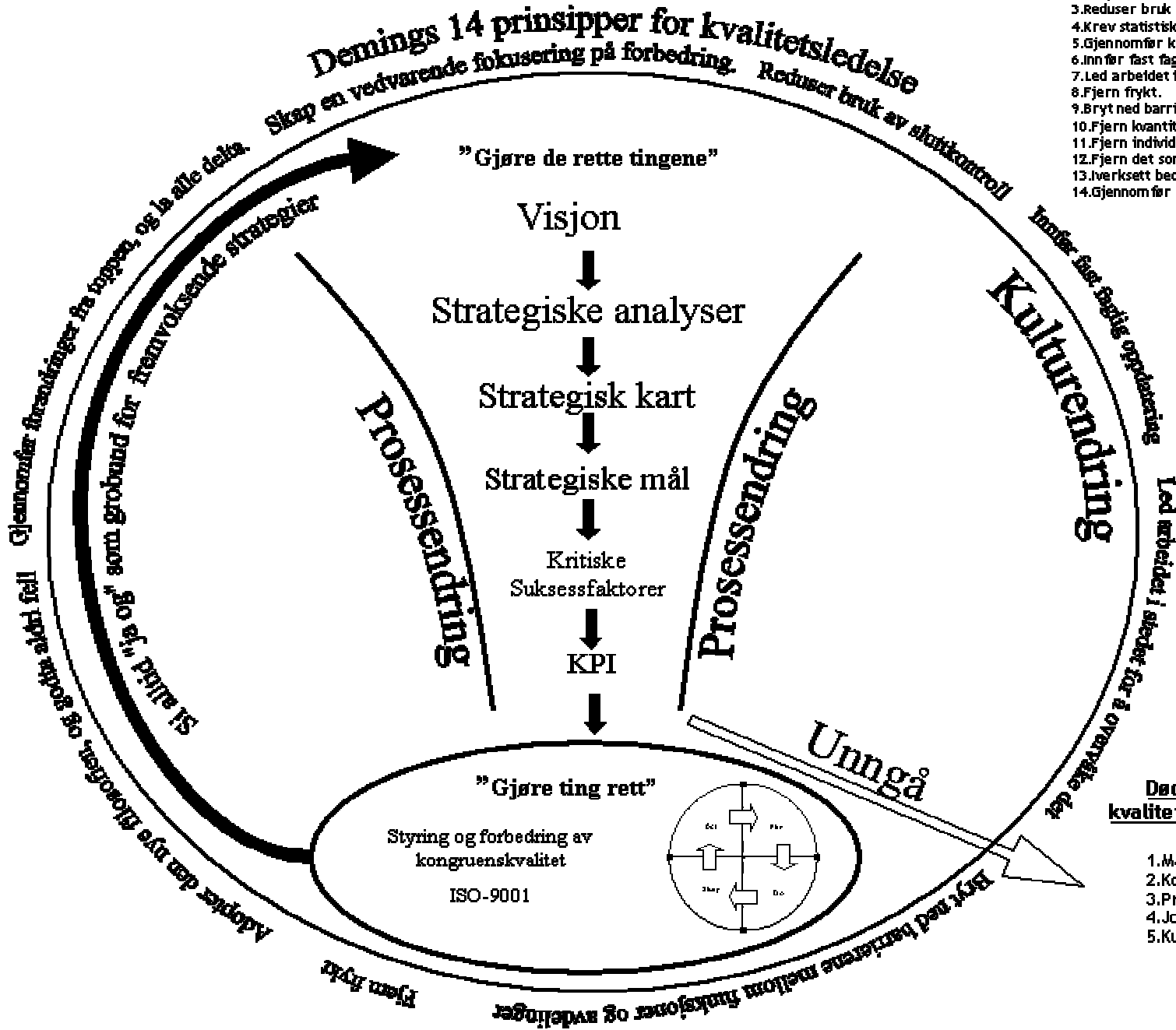
kundeundersøkelser innen service medisinsk og pleiefaglig kvalitet (vurderinger av designkvalitetsbegrepet). Balansert målstyring vil også være systemet som hindrer utvikling av Demings "dødelige sykdommer".

Total kvalitetsledelsens prinsipper brukes i rammeverket som en overordnet og organisasjonsmessig filosofi, for å utvikle den lærende organisasjon og samtidig kunne gi grobunn for, og styring av fremvoksende strategier internt i organisasjonen. Utgangspunkt er bruk av Demings 14 punkter for total kvalitetsledelse, som fokuserer på hva som må være til stede i organisasjonen for å fremme kvalitetsledelsens prinsipper.

I styring av kongruens kvalitet og kontinuerlig forbedring av prosesser er ISO sin kvalitetsstandard, ISO 9001 verktøyet. Det er ved denne standarden mulighet til å legge lista på et nivå som den enkelte organisasjon vurderer er tilfredsstillende, for deretter å utvikles seg mens man går.

Den teoretiske modellen er visualisert på neste side

# Demings 14 prinsipper for kvalitetsledelse



1. Skap en vedvarende fokusering på forbedring.
2. Adopter den nye filosofien, og godta aldri feil.
3. Reduser bruk av sluttkontroll.
4. Krev statistiske bevis på kvalitet fra leverandørene.
5. Gjennomfør kontinuerlig forbedring av produksjonssystemene.
6. Innfør fast faglig oppdatering.
7. Led arbeidet i stedet for å overvåke det.
8. Fjern frykt.
9. Bryt ned barrierene mellom funksjoner og avdelinger
10. Fjern kvantitative mål og påtrykte formaninger ovenfra
11. Fjern individuelle/kvantitative kvoter.
12. Fjern det som skaper hindringer for yrkes stolthet
13. Iverksett bedriftsinterne opplærings-programmer.
14. Gjennomfør forandringer fra toppen, og la alle delta.

## Dødelige sykdommer ved kvalitetsledelse

1. Mangel på vedvarende forpliktelse
2. Kortsiktig profitt
3. Prising av prestasjoner
4. Jobb-hopping
5. Kun vektlegging av synlige tall

## 7 Metode

---

Dette kapitlet vil beskrive den fremgangsmåten som er valgt for å belyse problemstillingen til oppgaven. Den vil inneholde en beskrivelse av forskningsdesign, valg av datainnsamling og til slutt blir det utført en vurdering rundt validitet og reliabilitet angående innsamling og analyse av de empiriske data.

### 7.1 Forskningsdesign

---

Prosjektet har som hensikt å utvikle en teoretisk styringsmodell og bruke dette til å utvikle et rammeverk for Sykehuset Innlandet HF Tynset.

Innsamling av empiri ble derfor utført etter en beskrivende metode som ser på hvordan Sykehuset Innlandet HF Tynset implementerer og utøver strategi, samt hva som brukes av prinsippene forklart rundt total kvalitetsledelse.

Oppbygging er først en innsamling av teori rundt de to flerdimensjonale styringssystemene for å se på forskjellene og deretter se på mulige integrasjonsmuligheter. Ut i fra teorien ble det utarbeidet en teoretisk modell som beskriver hvordan det er mulig å integrere total kvalitetsledelse og strategisk ledelse.

På bakgrunn av denne teorien ble det samlet inn sekundærdata om hvordan helsesektorens strategiprosess foregår. Annen nødvendig informasjon som ble samlet inn var hvordan sykehussektoren ser for seg bruken av total kvalitetsledelse, og implementering og praktisk utøvelse av strategier gjennom økonomiske styring.

Ut i fra kunnskapen ervervet gjennom utarbeidelsen av teorien og innsamlet sekundærdata ble det utformet en spesifiserte problemstillinger i kapitel 8. Det ble deretter samlet inn informasjon om hvordan dette ble utført ved ett enkelt sykehus. Sykehuset som ble valgt som case er Sykehuset Innlandet HF Tynset.

Det er blitt gjennomført en sammenligning av faktisk gjennomføring opp mot gjeldende teori og identifisert noen avvik.

Med utgangspunkt i de identifiserte avvikene er det utviklet et rammeverk som kombinerer både balansert målstyring og total kvalitetsledelse gjennom bruk av den teoretiske modellen. Til slutt er det gjennom konklusjon/avsluttende kommentar blitt vurdert momenter som vil være viktig for implementering og bruk av systemet.

## 7.2 Analyse metode

---

Det er tatt utgangspunkt i hva man vil ha ut av dataene, for så å velge analysemetode. Dette ville igjen styre hvordan en legger opp undersøkelsen, for eksempel om en skal bruke intervju eller rene spørreskjema. En viktig avveining står ofte mellom kvantitet og kvalitet, og vi snakker derfor ofte om kvantitativ og kvalitativ metode.

Dersom man ønsker å innhente informasjon fra en stor gruppe, begrenser dette hvor dypt man kan gå inn i den enkelte erfaringer og oppfatninger. Dette har med tid og kostnader å gjøre og det styrer metodikken i sterk grad. Dersom en vil undersøke oppfatninger hos mange respondenter, vil det ofte være hensiktsmessig å bruke en kvantitativ metode. Dersom en vil undersøke oppfatninger hos færre individer stiller det seg annerledes. Her ønsker man som regel mest mulig detaljert informasjon om den enkelte individs oppfatninger, og en kvalitativ metode kan være mest hensiktsmessig.

Den mest benyttede teknikken for å samle inn kvantitative data er spørreskjema, dette er en metode der man i forkant av innsamlingen utformer et spørreskjema hvor spørsmål og svaralternativer er ferdig formulert.

For å bestemme oss for hvilken undersøkelsesmetode vi skulle benytte, gjorde vi en vurdering mellom intervju og utsendelse av spørreskjema. Fordeler og ulemper med bruk av kvantitative metode som spørreskjema er:

### **Fordeler:**

- Spørreskjema er egnet til å presentere spørsmål som krever visuell tilrettelegging.

- Gir mulighet til å bruke lengre og mer omfattende spørsmålstekster og svarkategorier.
- Respondenten kan svare i det tempo som passer, og slipper belastningen med å gi svar til en ventende intervjuer.
- Gir mulighet for absolutt anonymitet.
- Egnet for store utvalg med stor geografisk spredning.

#### **Ulemper:**

- Datainnsamlingen kan være tidkrevende
- Man kan risikere å måtte purre på svarene, da det kan være vanskelig å motivere enkeltpersoner til å fylle ut spørreskjemaet og returnere det.
- Det kan være vanskelig å få høy svarprosent.
- Spørreskjema egner seg ofte dårlig til åpne spørsmål. Åpne spørsmål vil også kreve mye tid og faglige ressurser til å tolke og kode svarene i ettertid.
- Spørreskjema er lite egnet til spørsmål om kunnskap og viten.
- Spørsmålene og skjemaet må være tilpasset alle grupper i utvalget.

Fordeler og ulemper med bruk av kvalitative metode som intervju er:

#### **Fordeler:**

- Gir mulighet for god kommunikasjon mellom intervjuer og intervjuobjekt.
- Gir god oversikt over og god kontroll med hvem som deltar.
- Gir flere formidlingsmuligheter.
- Gir muligheter for spørsmål om mange ulike temaer.
- Intervju egner seg for åpne spørsmål.

#### **Ulemper:**

- Et intervju kan ta mye tid, dette gjelder både for intervjuobjektet og intervjuer.
- Intervjuer kan påvirke intervjuobjektet
- Det kan lett bli mye utenomsnakk mellom intervjuer og respondent
- Det kan være vanskelig å rekonstruere hva som skjedde under et intervju, og å vurdere svarkvaliteten på svarene som ble gitt.
- Eventuelle gjentatte besøk krever disiplin hos intervjuer.
- Intervju krever en del kunnskap hos intervjuere.



### 7.3 Valgt metode

---

Strategi, strategiske styringssystemer og total kvalitetsledelse er områder som må tilpasses hver enkel organisasjon. Oppgavens empiridel beskriver hvordan et sykehus bruker sin strategi og utøver kvalitetsledelse. I tillegg er det hensikten å utarbeide et rammeverk som integrerer balansert målstyring og kvalitetsledelse. Dette rammeverket vil basere seg på kunnskap om hvordan et sykehus driver strategi- og kvalitetsstyring og eventuelt avvik i mellom teori og empiri. Det er ikke etablert et kunnskapsnivå på området som gjør det mulig å utvikle et spørreskjema som vil være dekkende for den typen empiriske data som er nødvendig i denne oppgaven. Dette taler for en kvalitativ metode for innsamling av de empiriske primærdata.

Det er også vanskelig å forutsi hva slags informasjon man får fra informantene, samtidig som det er informanter med ulike roller i organisasjonen.

En intervjuguide (se vedlegg 1) ble utarbeidet på forhånd for at en viss struktur skulle bli fulgt for de ulike intervjuene. Den er inneholdt de temaene som er beskrevet i problemstillingene. Den er åpen i den forstand at den ble brukt til å starte en samtale med intervjuobjektene og den ble brukt som huskeliste for å dekke alle nødvendige områder.

### 7.4 Primærdata

---

Primærdata ble samlet inn ved Sykehuset Innlandet HF Tynset, med den hensikt å beskrive hvordan strategi og kvalitetsledelse ble utført ved et sykehus. Informasjonen ble gjennomført ved en kvalitativ metode.

I utgangspunktet var det planlagt intervjuer med direktør og avdelingsledere (6 stk) som vi antok var de personene som ville ha innflytelse på strategi, strategigjennomføring og kvalitetsarbeidet.

Det ble først gjennomført en uformell samtale tidlig i arbeidet med en avdelingssjef og økonomisjefen for å få beskrevet hva vi var ute etter og for å kunne opparbeide oss mer kunnskap om fagområdet. Etter nærmere kommunikasjon med direktøren ble det gjennomført flere intervjuer. En

del av nøkkelpersonene har ulike roller. Det ble totalt gjennomført 6 intervjuer med forskjellige personer i ledelsen. I tillegg til direktøren og avdelingsledere, var det hensiktsmessig å intervjuer økonomi og personalsjef, kvalitetskoordinator og sjefssjuepleier.

Vurderingen av kvaliteten på dataene er vurdert i kapittel 7.6

Vi var også observatører ved et utvidet ledergruppemøte for å se på styringen i praksis. I tillegg var vi med på et informasjonsmøte som sykehuset hadde for formannskapet ved Tolga kommune.

## 7.5 Sekundærdata

---

Sekundærdata er data eller informasjon som er samlet inn for et annet formål enn løsning av det problemet man står ovenfor (Selnes, 1999). Vi har i utgangspunktet innhentet sekundær data fra:

### *Styringsdokumenter*

Styringsdokumenter fra staten til Helse Øst RHF, og videre ned til Sykehus Innlandet HF og Sykehuset Innlandet HF Tynset. Dette er offentlig informasjon som ble funnet på de respektives helseforetak sin websider.

### *Statistiske rapporter*

I tillegg til styringsdokumentene har vi brukt SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning sin SAMDATA Sykehus Rapport som er sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten fra året 2002, sammen med en vurdering av utvikling for 2003. Dette er informasjon som Sintef Unimed har innhentet fra de 5 helseforetak og fra andre statistiske steder.

### *Bøker og artikler om helsesektoren*

Vi har tilført oss informasjon om helsesektoren, og problemer knyttet til styring, gjennom ulike bøker og artikler om emnet. Hovedbok, og utgangspunkt for dette har vært boken Helse i hver krone- om økonomisk styring i helsesektoren (Pettersen & Bjørnenak, 2003). I tillegg til informasjon fra ulike websider som har tilknytning til sykehussektoren.

## 7.6 Evaluering av metode

### 7.6.1 Reliabilitet

---

Vi har valgt å bruke kvalitativ metode for innsamling av informasjon. Fordelene og ulempene er beskrevet i kapittel 7.2. Det er forsøkt å ta hensyn til de ulemper som er beskrevet i intervju situasjonen. Det ble tatt en del tiltak for å bedre reliabiliteten. Det ble utarbeidet en intervjuguide med temaer vi ønsket informasjon om fra sykehuset og det ble sendt ut et informasjonsskriv når vi avtalte tid for intervju, slik at de fikk et innblikk i hvilken informasjon vi ønsket.

Utvalget av informanter representerer hele ledelsesspekteret ved sykehuset. Informantene er de personer som direkte blir involvert i strategiutvikling og implementering av strategier. Dette inkluderer personer med totalansvar, økonomi, personell og fagansvar. Blant informantene er det også de ansvarlige for kvalitet og kvalitetsimplementeringen. Dette skulle sørge for at reliabiliteten på dataene fra intervjuene i utgangspunktet er tilfredsstillende.

Noe som kan virke negativt på reliabiliteten er at Sykehuset Innlandet HF Tynset kjemper for å fortsette å være et autonomt somatisk sykehus også etter 2006. I 2006 skal det taes opp til vurdering om sykehuset skal fortsette som før eller om det skal organiseres i fagdivisjoner styrt direkte av Sykehuset Innlandet. Dette er noe de ansatte ikke ønsker.

På den andre siden skal det nevnes at vi ikke oppfattet dette som om dette reduserte reliabiliteten på dataene om hvordan sykehuset utøver strategi- og kvalitetsledelse. Men en slik situasjon vil helt klart kunne påvirke innholdet i sykehusets strategi.

Når det gjelder reliabiliteten på sekundærdata har vi innhentet data fra tre forskjellige grupper av kilder. Statistiske data er hentet fra SINTEF Unimed helsetjenesteforskning sin Samdata sykehusrapport, denne vurderes å ha god reliabilitet.

Når det gjelder styringsdokumentene for sykehussektoren er dette informasjon som sier hvordan eierne ønsker at styringen skal foregå og reliable i den forstand. Det er ikke sikkert det er samsvar mellom eierens ønske og utøvelsen av planene, og dette har vi tatt hensyn til ved innhenting av primærdata. I tillegg er det samlet bakgrunnsinformasjon fra bøker og artikler og internett som er vurdert til å ha variable reliabilitet.

## 7.7 Validitet

---

Det er vanskelig å bedømme den indre validiteten siden vi skal beskrive hvordan strategi- og kvalitetsledelse utøves. Det er ingen logiske brister i vårt empiriske data i forhold til hva våre informanter har fortalt. Det er samsvar i mellom hva de forskjellige informantene forteller om sine roller og arbeidsoppgaver, og hva de andre informantene forteller. Hver enkelt informant har selvfølgelig fokus på sine hovedoppgaver og dermed kan det være litt forskjellig oppfatning av prioriteringer og viktighet av arbeidsoppgaver.

Den indre validiteten imellom informantenes informasjon og teoriene for strategi- og kvalitetsledelse er i utgangspunktet bra. Ut ifra teorien er det forsøkt å få svar på problemstillinger som er relevant i forhold til teorien. Det er vanskelig for oss, på grunn av i utgangspunktet lite etablert kunnskap på området, å vite om det er annen informasjon som kunne hatt innvirkning på resultatet.

Den ytre validiteten sier noe om generaliserbarheten av den innsamlede empirien. Vi har valgt på grunn av tidsperspektivet å konsentrere oss om bare ett autonomt somatisk sykehus. Fordelen er at man får en dypere kjennskap til dette caset. Ulempen og risikoen er at dette utvalget har sine spesielle utfordringer og særegenheter som ikke er gyldig for andre somatiske sykehus.

Sykehuset er relativt lite. Det kan være andre og kanskje enda mer komplekse utfordringer ved et større sykehus som ikke er blitt fanget opp. Dette kan påvirke generaliserbarheten av dataene. Den ytre validiteten

kan også være påvirket av kampen om å fortsette som eget autonomt sykehus også etter 2006.

På den andre side har vi etter gjennomgang av de ulike styringsdokumentene, SINTEF Unimed sin Samdata rapporten, litteratur og annen informasjon om sykehussektoren sett at det er de samme utfordringene som går igjen i hele sykehussektoren.

## 8 Spesifisert problemstilling

---

På bakgrunn av kunnskap vi har opparbeidet oss ved gjennomgang av teori om strategi- og kvalitetsstyring er problemstillingen vurdert på nytt. Spesielt har en bedre forståelse av total kvalitetsledelsen som et flerdimensjonalt styringssystem ført til at problemstillingen har blitt endret. Hensikten er fortsatt å utvikle et rammeverk men for å gjøre dette er det nødvendig å belyse hvordan et autonomt somatisk sykehus utfører strategi- og kvalitetsledelse og analysere eventuelle avvik fra teori.

Den spesifiserte problemstillingen er derfor utformet til å være

***Gjennom en teoretisk styringsmodell, utvikle et rammeverk for styring av et somatisk sykehus, hvor man integrerer total kvalitetsledelse med et strategisk prestasjonsmålingssystem.***

Rammeverket er begrenset til å angi hvordan man kan gå frem for å utvikle et styringssystem ved Sykehuset Innlandet HF Tynset, og begir seg ikke spesifikt inn på innholdet i strategier, strategiske kart, kvalitetsprosedyrer med mer, annet enn ved bruk som eksempler for å illustrere oppbyggingen av rammeverket.

## 9 Innhentet sekundærdata

---

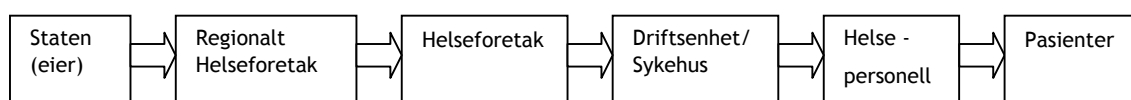
Dette kapitlet er utviklet fra innhentet sekundærdata. Kapitlet tar først for seg oppbyggingen av den norske sykehussektoren etter sykehusreformen for deretter å se på økonomistyringen. Det blir videre sett på utfordringer som foreligger for denne sektoren, og som kan skape et problem for utvikling og implementering av strategier. Det er også beskrevet hvordan strategien er linket opp mot budsjett og aktiviteter. Produksjonsmåling og finansieringsform er også områder som har innvirkning på styringen, og er derfor beskrevet.

Kvalitet er et område som vies mye oppmerksomhet i sykehussektoren. Det er derfor blitt innhentet informasjon rundt kvalitetsbegrepet og kvalitetsledelse. Til slutt er det tatt med noen utdrag fra Sintef Helse Samdata Sykehus Rapport og deres vurdering av utfordringer i sykehussektoren.

### 9.1 Oppbygging av spesialhelsesektoren

---

Sykehusreformen har medført at sykehusstrukturen fra staten som eier til pasient går gjennom flere ulike enheter som beskrevet i Figur 19.



**Figur 19 Oppbygging av spesialhelsetjenesten**

Helseministeren er øverste ansvarlige myndighet for helsevesenet, og har ansvaret for gjennomføring av politiske vedtak i form av forskrifter og regelverk. Statens Helsetilsyn og fylkeslegene har et overordnet tilsynsansvar og skal gi faglig veiledning til hele sektoren.

De 5 regionale helseforetakene har med virkning fra 1. januar 2002 overtatt fylkeskommunenes ansvar for planlegging, utbygging og drift av helseinstitusjoner, spesialisthelsetjenesten, offentlige poliklinikker og ambulansetjenesten.

Styrene i disse regionale helseforetakene har dermed blitt gitt ansvar for sektoren som tidligere ble styrt av fylkestingene, og vil handle på vegne av staten, hvor helseministeren fastsetter retningslinjer.

Styringsdokumentene fra staten gir de økonomiske rammene til de regionale helseforetakene, i tillegg til å klargjøre oppdraget de regionale helseforetakene skal styre etter. I de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten som settes i statsbudsjettet, ligger også en forutsetning om aktivitetsutvikling og utgiftsnivå i sektoren.

I tillegg til disse fem helseforetakene ansvarsområde, har kommunene ansvaret for forebyggende og kurative helsetjenester som helsestasjoner, skolehelsetjeneste, allmennlegetjenester, legevakt, sykehjem og de psykisk utviklingshemmede.

## 9.2 Økonomistyring innen sykehussektoren

---

Økonomistyring er den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger.

Sykehussektoren følger den kontinuerlige prosessen som består av fire elementer: (Bjørnenak, 2003)

- Strategisk planlegging og målformulering
- Planlegging (budsjettering)
- Aktivitetsoppfølging (Handlinger)
- Rapportering og evaluering (regnskap)

God økonomisk styring forutsetter en kobling mellom disse elementene og gjør at man kan spore sammenhengen ved at de er integrert til et system.

Sammenhengen kan beskrives slik at man skal sette opp sine strategiske planer som skal gjenspeiles gjennom kvalitative termer i budsjettet.

Videre skal dette danne grunnlag for aktivitetsnivået. Regnskapet skal til slutt evaluere om det var samsvar mellom budsjett og aktivitet for deretter kunne gi rapporter til input for utvikling av den neste strategisk planleggingen.

Dersom det er dårlig kommunikasjon mellom disse fire har vi et styringsproblem og har utviklet fire ulike verdener som driver med sine oppgaver uavhengig av hverandre. Det er derfor nødvendig å se på

sykehussektoren opp mot disse elementene og hva som foreligger av integrasjon mellom dem.

Det er alt for snevert å bare se på bedriftsøkonomiske målsettinger, fordi en av de viktigste hensiktene er å utføre de rette prioriteringene og dermed foreta valg rundt forhold som kan beskrives som ”effektivitet i forhold til hva?”. Kvalitetsbegrepet må også settes opp mot de økonomiske målsettingene for å kunne sette kvalitet opp mot kvantitet.

### 9.2.1 Strategisk planlegging

---

Grunntanken innen sykehussektoren er:

*Å gi gode og likeverdige helsetjeneste til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn og økonomi.*

Videre har man utviklet tre nasjonale kjerneverdier for spesialhelsetjenesten; *kvalitet, trygghet og respekt*. Disse verdiene skal prege tjenesten og befolkningens opplevelse av tjenesten.

Sektoren har fire lovpålagte hovedoppgaver som man skal arbeide innenfor:

- Pasientbehandling.
- Utdanning av helsepersonell.
- Forskning og utvikling
- Opplæring av pasienter og pårørende

Disse hovedoppgavene skal utføres gjennom de ulike regionale helseforetakene. Styringen fra staten ned til de regionale helseforetakene foregår etter et planleggingsprinsipp, der hovedmål innenfor de ulike hovedoppgavene blir delt opp i ulike delmål som fordeles mellom de ulike regionale helseforetak. Videre fordeles arbeidsmål ned til de enkelte sykehusene. Dette kan defineres som en rasjonell beslutningsprosess der man ikke har noen form for konflikter og full enighet om målene.

#### 9.2.1.1 Interessenter og eier

---

Dette planleggingsprinsippet høres i teorien greit ut. Men helsesektoren møter mange ulike ytre pressgrupper og interessenter som pårørende,



ulike pasientgrupper, legemiddelindustrien, politikere, tilsynsmyndighet, profesjonsorganisasjoner m.m. I tillegg har vi media som har fått større påvirkningskraft de siste årene. Disse interne styringsproblemene og de eksterne interessentene gjør at det kan bli en spillsituasjon der man får suboptimalisering gjennom at den som skriker høyest vil kunne vinne frem med sine synspunkter på bekostning av andre grupper. Uklare ansvars- og styringsforhold vil også oppstå dersom sentrale myndigheter (eier) ikke aksepterer de valg som de regionale foretakene vurderer å være best, gitt rammebetingelsene som er gitt i styringsdokumentene.

### 9.2.2 Prioritering av pasienter og tilbud

---

I tillegg har vi prioriteringsproblemene som det må tas hensyn til. Prioriteringen går på hva som skal være kjerneområdene i det norske helsevesen. De grupperes i grunnleggende helsetjenester, utfyllende tjenester, lavprioriterte tjenester og tjenester som ikke skal foretas under offentlig finansiert helsetilbud. Første steg i oppbygging av et prioriteringssystem var utviklingen av ventelistegaranti, som senere har blitt utviklet videre gjennom vurderingsgaranti og innføring av pasientrettighetsloven i 2001.

### 9.2.3 Helsepersonell

---

Helsepersonell skal være pasientenes talsperson, men de har også et ansvar for å forvalte ressursene på mest mulig effektiv måte. Jo nærmere pasienten en beslutning tas, desto tydeligere blir konsekvensene og det kan derfor bli vanskelig å ta rasjonelle beslutninger. Spesielt hvis det ikke er klare retningslinjer rundt hva som skal prioriteres, og like viktig få klarhet i hva man ikke skal utføre gjennom statlig finansiering.

## 9.2.4 Planlegging gjennom budsjett

---

I "non-profit" organisasjoner er budsjettet det styrende systemet og viktigere enn i organisasjoner med økonomisk vinning. Budsjettet som utvikles for en organisasjon skal i prinsippet være den strategiske planen uttrykt i kvantitative størrelser. For sykehussektoren vil det kunne beskrives gjennom budsjettet antall behandlede indekspasienter eller som kostnad for ulike prøver, uttrykt i kroner.

Økonomistyringen i norsk sykehussektor er som beskrevet budsjettstyrt og er i utgangspunkt en "non-profit" organisasjon, eller et kostnadscenter, som skal få betalt for sitt forbruk av ressurser godkjent gjennom offentlige budsjetter. I tillegg brukes budsjettet og utviklingen av disse til å utvikle prognoser for hva som kan forventes av ressursbruk og andre kvantitetsmessige vurderinger for fremtiden. Budsjettet blir dessuten dekomponert til aktivitetsmål for de ulike avdelinger, og blir da brukt til intern styring av avdelinger ved de ulike helseforetakene.

## 9.3 Aktivitets- og kvalitetsmåling

---

Det blir hele tiden beskrevet at det er umulig å se på kvantitet uavhengig av kvalitet og det er nødvendig å se på disse i sammenheng.

### 9.3.1 Aktivitetsmåling

---

Alle pasienter som kommer til sykehusene er i utgangspunktet forskjellige. Det finnes mer enn 10000 diagnoser, og det kan oppstå ulike komplikasjoner. Det er også slik at alle pasientene er forskjellige og har dermed større eller mindre behov for pleie i de ulike fasene ved sykehusoppholdet.

Styringsfokus i helseforetakene endres også mer og mer fra regelstyring til en større grad av resultatevaluering og måling av tjenestene, og dermed blir det mer fokus på pasientgjennomstrømning og målingsmetoder av produksjonen.

Tilvirkning av helsetjenester har mange likhetstrekk med tilvirkning av andre typer tjenester og problemene med å måle (kvantifisere) de ulike tjenestene. For de somatiske sykehusene har man utviklet et begrep som kalles en indekspasient. Dette er et uttrykk der det blir prøvd å få med hvor stor pleietyngde en pasientgruppe vil ha behov for etter en definert standard. På dette grunnlaget fastsettes det et produksjonstall. I den økonomiske litteraturen kalles dette ekvivalensmetoden.

Ekvivalenssystemet som brukes i våre somatiske sykehus er Diagnose Relaterte Grupper (DRG-systemet). Dette systemet danner også utgangspunkt for det produksjonsrelaterte systemet, innsatsstyrt finansiering (ISF) av somatiske sykehus, som har vært i bruk siden 1 juni 1997.

Pasienter blir her gruppert etter mest mulig ensartede diagnoser som ideelt sett har ensartede kliniske problemer, og dermed behov for samme medisinske eller kirurgiske behandling under sykehusoppholdet.

De viktigste prinsippene for finansieringen ble lagt frem for Stortinget i St.meld. nr. 44 (1995-1996). ISF systemet er rettet mot de regionale helseforetakene, som gjør deler av budsjettet avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. I 2004 dekker stykkpriselementet 40% av kostnadene for pasientgrupper som er inkludert i ordningen, mens de resterende 60% dekkes av basisbevilgningen.

Kostnader for de ulike DRG-er og dermed utbetaling gjennom IFS systemet blir beregnet av SINTEF Helse PaFi. DRG poeng for 2004 er basert på kostnad og pasientdata for driftåret 2002 og av data innhentet fra 18 norske sykehus.

Systemet er også fra statens ståsted tenkt brukt til å kunne styre produksjonsnivået i sykehussektoren gjennom endring av andelen som gis i produksjonsrettede tilskudd. Dette har gjort at man får ulik andel i basismidler og gjennom IFS for det enkelte år. For 2003 var andelen 40% gjennom basisbevilgning og 60% gjennom IFS systemet, mens det for 2004 er 60% gjennom basisbevilgninger og 40% fra IFS systemet.

### 9.3.2 Kvalitetssikring og kvalitetsledelse

---

Den første utviklingen mot kvalitetssikring begynte i 1984, gjennom lovkrav om et internkontrollsystem for alle helsetjenester. Dette er et system som skal dokumentere at lover og regler blir fulgt. Ulike myndigheter krever internkontroll i henhold til sine lover. Eks. helse miljø og sikkerhet (HMS) skal oppfylle kravene til arbeidsmiljøloven, brannvernloven. m.m.

Et slikt system har en del likheter til NS-ISO serien sine kvalitetsstandarder gjennom bruk av prosedyrer og avviksbehandling. En liten oversikt over gjeldende lover for sykehussektoren er listet opp under:

- Tilsynsloven
- Lov om psykisk helsevern
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om helsepersonell mv
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer
- Lov om legemidler
- Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø
- Lov om kontroll med produkter og forbrukertjeneste
- Lov om vern mot forurensninger og om avfall
- Lov om brannfarlige varer
- Lov om brannvern
- Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr
- Lov om nærings- og nytelsesmiddel
- Lov om legemidler

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenester fra 1995 hadde som mål at alle organisasjoner skulle ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer innen år 2000. Dette har i liten grad skjedd, men det ble satt på dagsordenen igjen når staten tok over ansvaret for spesialhelsesektoren.

I de statlige styringsdokumentene fra 2002 og frem til i dag blir det framhevet at arbeidet med kvalitet skal vektlegges. Dette er også spesifisert gjennom at innholdet i de årlige meldingene fra de enkelte regionale helseforetak til staten skal inneholde en beskrivelse av spesifisert strategi angående kvalitetsarbeidet. Meldingen skal også

inneholde hovedtiltak og effekter av arbeidet som er utført rundt følgende områder:

- Reduksjon av ventetider
- Fjerning av overbelegg og korridorpasienter.
- Individuell fastsetting av frist for nødvendig helsehjelp.
- Reduksjon i ventetider internt i sykehusene.
- Utvikle samarbeid med primærhelsetjenesten.

Fra og med 2003 har også Sosial og helsedirektoratet bedt alle de regionale helseforetak om å rapportere inn data til noen nasjonale indikatorer som er ment å kunne relateres til kvaliteten på leveringen av helsetjenester. Formålet med disse indikatorene er tredelt. Det skal gi grunnlag for intern kvalitetsutvikling ved sykehusene, det skal gi ledere i helsetjenesten og forvaltningen bedre styringsinformasjon, og det skal gi henvisende leger, pasienter og publikum informasjon om kvalitative sider ved sykehusene.

Følgende indikatorer er foreløpig inkludert i det nasjonale kvalitetsindikatorsettet:

- Andel korridorpasienter
- Tid fra pasienten er skrevet ut til epikrise er sendt (epikrisetid)
- Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
- Andel sykehusinfeksjoner
- Pasienttilfredshetsundersøkelser (personale, informasjon, standard, organisering)
- Ventetid ved planlagt behandling (elektiv behandling)

I tillegg til disse statlige indikatorene står de ulike regionale helseforetakene fritt til å definert sine egne kvalitetsindikatorer som de mener kan være med på å utvikle kvalitetsarbeidet.

## 9.4 Regnskap, rapportering og evaluering

---

Økonomistyringsprosessen er en kontinuerlig prosess, det betyr at budsjett og aktivitet må evalueres, og rapportene /regnskapet vil vise om man virkelig har utført det man skulle gjøre. Regnskapet er derfor et bilde av det som har skjedd. Dette skal igjen danne grunnlag for å

evaluere utviklingen, og dermed gi input til utvikling av den nye strategiske planen.

Regnskapsprinsippet for sykehussektoren er nå endret til å ta i bruk de vanlige rapporteringsprinsipper gjennom oppbygging av balanse, resultatregnskap og kontantstrømsanalyse. Dette blir rapportert i forhold til en kontoplan som er standard for hele sektoren. I korte trekk kan noen av problemene knyttet til rapporteringen beskrives slik:

- Vanskeligheter med verdsettelse av kapital og avskrivninger (forbruk av denne kapitalen) og utarbeidelse av kapitalkostnad i resultatregnskapet.
- Registreringsproblematikk gjennom å få ressursforbruk til riktig ansvarsområde.
- Internoverføring mellom de ulike funksjonene.
- Riktig periodisering av kostnader.

Det er viktig å få rapportering av kostnader og aktivitet mest mulig rett, for å ha mulighet til å sammenligne det som var beskrevet skulle gjøres(budsjett) opp mot det som virkelig skjedde (regnskap).

## 9.5 Sammenkobling mellom de ulike elementene

---

Det siste som er funnet av sekundærdata er hentet fra SINTEF Unimed helse sin SAMDATA sykehus rapport<sup>12</sup> og er deres vurdering av de ulike elementer rundt styring av sykehussektoren.

### 9.5.1 Vurdering rundt størrelsen på bevilgninger

---

Den nye sykehusreformen løser ikke den vedvarende diskusjonen om størrelsen på bevilgningene. Så lenge vi ikke fullt ut kjenner de faktiske behov og produksjonskostnadene, vil det alltid kunne reises spørsmål om problemene i helsevesenet skyldes for knappe økonomiske ressurser eller svikt med hensyn til hvordan de regionale helseforetakene styrer

---

<sup>12</sup> SINTEF Unimed, SAMDATA Sykehus Rapport, Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2002 rapport 04/03, ISBN 82-446-0997-4

virksomhetene og løser sitt ansvar. Muligheten for spillsituasjoner og strategiske disposisjoner vil fortsatt være til stede. Eierskaps- og foretaksreformen legger til rette for mer ryddige ansvarsforhold innenfor spesialisthelsetjenesten, og dermed for en mer helhetlig statlig styring og mer enhetlig politikk mellom ulike nivå i styringskjeden. Realiseringen av dette potensialet avhenger av om politikk- og ledelseskulturer faktisk endres.

### 9.5.2 Effektivitet i forhold til hva?

---

Sykehusenes produkt kan best karakteriseres som ”endring i relativ helse”. En pasient skal etter å ha mottatt behandling på sykehuset ha en bedre helsetilstand enn hva tilfellet ville ha vært uten behandling. Av mange grunner er det imidlertid vanskelig å måle endring i helse. Tradisjonelt har man derfor i analyser av helsesektoren fokusert på å måle effektiviteten av produksjonen av helsetjenester. Implisitt ligger da ofte en forutsetning om at de som er effektive i sin tjenesteproduksjon også er effektive i sin produksjon av relativ helse.

Denne forutsetningen vil ikke nødvendigvis være oppfylt. Når effektiviteten måles i forhold til produksjon av tjenester gir dette nye utfordringer i forhold til å operasjonalisere tjenestebegrepet på en mest mulig hensiktsmessig måte. En effektiv pasientbehandling fordrer at hver enkelt tjeneste som pasienter mottar blir utført på en så effektiv måte som mulig (pleie, operasjon, røntgen etc), og at de leveres i en ”samlet pakke” på en slik måte at ressursbruken blir minst mulig. Vi kan med andre ord godt være i en situasjon hvor røntgenavdelingen er effektiv, operasjonsaktiviteten er effektiv, pleieaktiviteten er effektiv etc, men hvis pasienten må ligge tre dager ekstra for å vente på operasjon vil allikevel det samlede resultatet være ineffektivt.

Dette er i tillegg et problem ved sammenligning mellom sykehus fordi man har problemet med at ulike pasienter krever ulik type behandling med forskjellige mengde ressurser. Analyser av effektivitet må derfor korrigere for forskjeller i pasientsammensetning.

## 10 Innhentet primærdata

---

Dette kapitlet er innhentet empiri fra intervjuer utført ved Sykehuset Innlandet HF Tynset. Kapittel 10.1 til 10.3 beskriver organiseringen fra Helse Øst RHF, ned til Sykehuset Innlandet HF Tynset. Kapittel 10.4 går inn på innhentet data og er oppdelt på samme måte som i kapitel 9, for å gi en beskrivelse av strategiprosessen, budsjettet og regnskap, samt aktivitetsstyring i forhold til kvalitetsbegrepet. Deretter vil momenter funnet rundt integrasjon og styringen bli beskrevet i kapitel 10.5.

### 10.1 Helse ØST RHF

---

Helse Øst RHF ble opprettet som et av de fem statlige regionale helseforetakene og har fra 1.1.2002 ansvaret for spesialhelsetjenesten i Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold.

Helse Øst RHF er dermed den strategiske og administrative enheten med det overordnede ansvaret for sykehusstilbudet i regionen, og defineres som eier av de ulike helseforetakene. Helse Øst RHF har totalt ca. 30 000 medarbeidere og et årlig budsjett på ca 18 milliarder kroner<sup>13</sup>.

1 januar 2003 gikk Helse Øst fra å bestå av 15 til 7 helseforetak. Helse Øst består i dag derfor av følgende helseforetak:

- Sunnaas sykehus HF, antall årsverk ca 400
- Akershus universitetssykehus HF, antall årsverk ca 4000
- Aker universitetssykehus HF, Antall årsverk ca 3500
- Sykehuset Østfold HF, antall årsverk ca 4000
- Sykehuset Asker og Bærum HF, antall årsverk ca 2000
- Ullevål universitetssykehus HF, antall årsverk ca 7000
- Sykehuset Innlandet HF, antall årsverk ca 5500

---

<sup>13</sup> Ref Strategisk fokus Helse Øst RHF



## 10.2 Sykehuset Innlandet HF

---

Sykehus Innlandet HF er et av de 7 helseforetakene i Helse Øst RHF. Organisasjonsendringer 1. januar 2004 har gjort at det er organisert i fagdivisjoner:

- Divisjon Akuttmedisin og prehospitale tjenester
- Divisjon Eiendom og intern service
- Divisjon Indremedisin
- Divisjon Kirurgi
- Divisjon Kongsvinger
- Divisjon Kvinne/barn
- Divisjon Medisinske støttefunksjoner
- Divisjon Psykisk helsevern
- Divisjon Habilitering og rehabilitering
- Divisjon Tynset

## 10.3 Sykehuset Innlandet HF divisjon Tynset

---

Sykehuset ligger i Tynset<sup>14</sup> som er regionsenteret i Nord-Østerdalen, Hedmark fylke. I Tynset er det cirka 5 400 innbyggere. I hovedsak er størstedelen av næringslivet primærnæring. Men i Tynset sentrum er det offentlig sektor og tjenesteytende næringer innen handel, data, jus, økonomi og bygg og anlegg som dominerer. Mange interkommunale tiltak er også lagt til Tynset, blant annet krisesenter, familiekontor og pedagogisk-psykologisk senter. Mange fylkeskommunale og statlige etater for regionen er plassert her.

Hovedtrafikkåren til Tynset er riksvei 3. Det er også togforbindelse til/fra Tynset med Rørosbanen. Nærmeste flyplass for rutefly er Røros lufthavn, 55 km fra Tynset. Avstand til Oslo i sør er 340 km og til Trondheim i nord er 170 km.

---

<sup>14</sup> Kilde: Fakta ark Sykehuset Innlandet Tynset, Strategisk plan for Tynset Sjukehus datert 5/12-02 og Intervjuer

Riksvei 3 har 90 % av tungtrafikken mellom Oslo og Trondheim i tillegg til vanlig trafikk som øker mye i feriene. Riksvei 3 er relativt sett sterkt ulykkesbelastet.

### 10.3.1 Fakta om Sykehuset Innlandet HF Tynset

---

Sykehuset med historie tilbake fra 1919 dekker kirurgisk og medisinsk akuttfunksjon for befolkningen i Nord-Østerdal og Rørosområdet. Det primære opptaksområde for Tynset sykehus har et areal tilsvarende Østfold, Vestfold, Oslo og Akershus til sammen. Men siden området er relativt tynt befolket utgjør dette en befolkning på cirka 25 000 personer, som er cirka 5 % av pasientgrunnetil Sykehus innlandet HF. For planlagte operasjoner er det pasienter fra hele landet.

Sykehuset har 60 senger og det er omtrent 2800 innleggelser per år. Av dette er 76 % øyeblikkelig hjelp. Antall fødsler ligger på rundt 100 per år. Tynset sykehus har et budsjett på cirka 140 millioner for 2003, noe som utgjør 4,5 % av det totale budsjettet til Sykehuset Innlandet. Sykehuset gikk med et budsjettoverskudd på cirka 8 millioner i 2003 som ble overført til Helse Øst RHF. Tynset Sykehus har 240 årsverk. På grunn av en del ekstrapersonell og deltidsansatte sendes det årlig ut cirka 320 lønnslipper. Totalt disponeres det cirka 12 000 m<sup>2</sup> bygningsmasse.

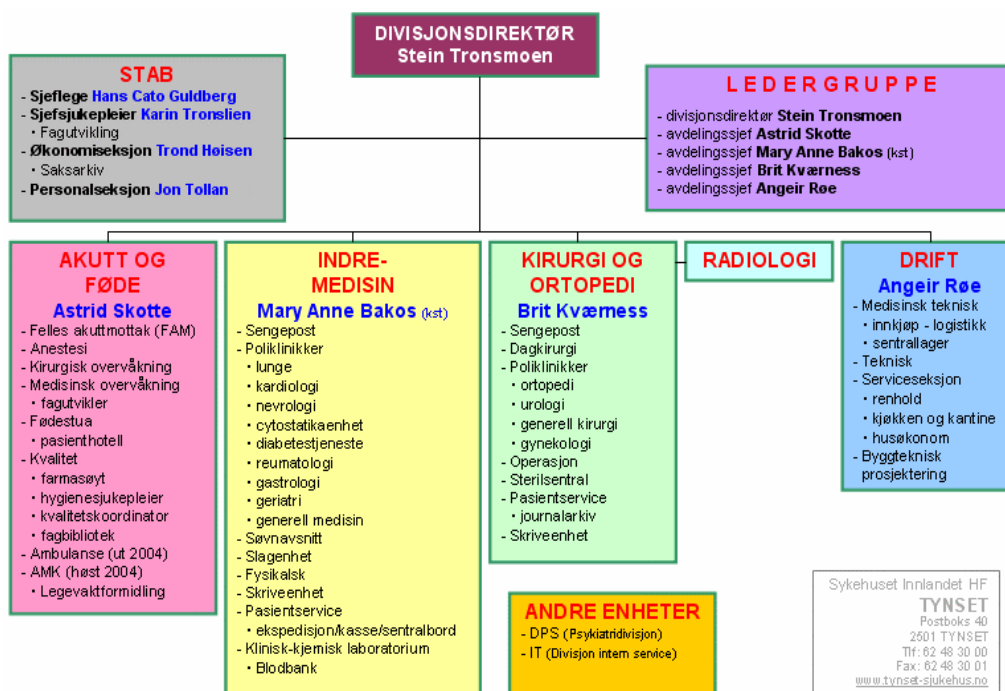
### 10.3.2 Organisering

---

Sykehuset er en egen divisjon under Sykehuset Innlandet. Det vil si at det drives som en autonom enhet og er ikke direkte påvirket av fagorganiseringen i Sykehuset Innlandet HF. Unntaket er Distriktpsikiatrisk senter og intern-service funksjoner som styres fra Sykehuset Innlandet HF men er lokalisert på sykehuset. I Sykehuset Innlandet HF er det sykehusene på Tynset og Kongsvinger som drives autonomt.

Sykehuset er organisert med en direktør på toppen, som har sin stab og ledergruppe som beskrevet i Figur 20. Ledergruppen består av

enhetslederne for de forskjellige avdelingene. Enhetslederne har både personell-, økonomisk- og faglig ansvar for sin avdeling.



Figur 20 Organisasjonskart for Tynset Sykehus<sup>15</sup>

## 10.4 Strategiplanlegging i Helse Øst RHF og Sykehuset innlandet HF

Den løpende strategi og budsjettbehandlingen begynner gjennom at Helse Øst RHF ut fra de ulike styringsdokumentene med prioriteringer og økonomiske rammer, klargjør og formidler et "forslag" til strategiplan for de neste 4-5 årene. Denne revideres hvert år, revideringen foretas vanligvis i januar måned året før iverksettelse. Deretter må det enkelte helseforetaket vurdere sin "egen" strategiske plan ut fra dette draftet. Prosessen videre frem til juni går da på å få forhandle frem en endelig strategiplan<sup>16</sup> for hele RHF. Dermed er det strategiske fokuset lagt og budsjettering av det neste året kan fullføres og godkjennes. Samtidig blir budsjettene for de ulike helseforetakene fullført og godkjent. Dette

<sup>15</sup> Kartet er hentet fra [www.tynset-sjukehus.no](http://www.tynset-sjukehus.no) den 29/04-04

<sup>16</sup> Strategisk fokus for helse Øst 2003-2006 er vedtatt i styre 26. juni 2003

foregår i perioden fra juni til september. Denne strategiprosessen gjentas hvert år. Endringer fra år til år kommer som følge av nye vedtak for de ulike helseforetakene, gjennom nye instruksjoner/lover eller etter endring i de politiske prioriteringene.

#### 10.4.1 Strategisk plan

---

Helse Øst RHF sier i innledningen på sitt dokument strategisk fokus 2003 - 2006, sitat: *"Det er forutsatt at de ulike helseforetakene skal utforme og operasjonalisere sine strategier med utgangspunkt i dette dokumentet"* Det står videre i kapittel 7, *Prioriteringer, implementering og oppfølging av strategiplan* at, sitat:

*"Det regionale helseforetaket har ansvar for de overordnede strategiske valg og prioriteringer for foretaksgruppen. Helseforetakene treffer alle operasjonelle beslutninger innen sine ansvarsområder og vil gjennomføre operasjonalisering for å nå felles mål og forbedringer innenfor de strategiske fokusområdene".*

Sykehus Innlandet divisjon Tynset har ut fra den strategiske planen til Helse Øst RHF<sup>17</sup> og etter en SWOT<sup>18</sup> analyse av sin konkurranseposisjon, utviklet sin egen strategiske plan<sup>19</sup>. Denne strategiske planen er på 23 sider og inneholder en beskrivelse av sykehuset, foretaksideen, overordnede målsettinger, hovedutfordringer og grunnleggende verdier. Til slutt blir det beskrevet en rekke "strategiske mål og initiativ", gjennom spørsmålene, *hva gjør vi?* Og hvordan får vi det til? innenfor de ulike "temaene" pasientbehandling, kvalitetsindikatorer, opplæring og etterutdanning for ansatte, utdanning, forskning og utvikling, økonomi og medarbeidere.

Ved vår intervjurunde fikk vi indikasjoner på at denne strategiplanen for mye er et dokument som ikke ble lest, samt ikke ga godt nok fokus på de

---

<sup>17</sup> Det er utviklet en strategisk plan ut fra helse Øst pga. at organisering innen Sykehus Innlandet HF ble foretatt etter at planen var utviklet.

<sup>18</sup> SWOT står for Strength, Weakness, Opportunities and Threats

<sup>19</sup> Strategisk plan 2003-2005 Vedtatt av styret ved Tynset sjukehus HF 5.12.2002

ulike strategiske målsettingene som var viktig for utvikling av de overordnede mål og temaer. Det blir i disse dager derfor utviklet en kortere versjon på 4 sider der side 2 og 3 er en form for "strategisk kart" som beskriver strategi gjennom å si at man fokuserer på de nasjonale verdiene sammen med sykehuset innlandet HF sine verdier. Det blir videre satt opp overordnede mål som er blitt beskrevet som pasientbehandling, kvalitet, kompetanse, organisasjonen og ledelse, samarbeid og ressurser. Innenfor disse målene sier de, "vi vil". Dette kan beskrives som en blanding av strategiske initiativ og strategiske mål.

#### 10.4.2 Budsjett og aktivitetsmåling

---

For Sykehus Innlandet divisjon Tynset er budsjettet utviklet etter en form for "de små stegs økonomi". Dette gjennom at man tar utgangspunkt i fjorårets budsjett og gjør nødvendige korrigeringer for ulike faktorer som lønns og prisstigning og korrigeringer for prioriterte områder. Det er også blitt lagt innstramninger på sykehuset, gjennom en generell reduksjon av budsjett for Sykehuset Innlandet HF på 4 % fra 2003 til 2004 budsjett. Budsjettet brukes også for å vurdere "produksjon" ved de ulike avdelinger, gjennom en kontinuerlig oppfølging av hvor de står i forhold til budsjettetert antall indekspasienter.

Det er som beskrevet i kapitel 9.3, slik at sykehuset får 60 % av sine budsjetterte kostnader gjennom basisbevilgninger. Det resterende er produksjonsavhengig og vil forutsette en hvis produksjonsnivå.

Budsjett for 2004 har tatt utgangspunkt i 2003 budsjettet, med justeringer for reduksjoner som er vedtatt for sykehuset Innlandet HF beskrevet over.

Tynset sykehus har for driftåret 2004 et budsjett på 140 millioner. De ulike inntektskilder for sykehuset er:

Produksjonsavhengig del:

Innleggelser og dag behandling etter IFS systemet	47 millioner
Poliklinisk behandling betalt fra Rikstrygdeverket	7 millioner
Basisbevilgninger (60 %)	86 millioner

Dette vil derfor være et aktivitetsmål som må fordeles mellom de ulike avdelinger og danner dermed grunnlag for inntekts og kostnadsbudsjett. De ulike avdelingslederne har ansvar for økonomi, personale og fagstyring for sin avdeling innenfor vedtatte budsjetter og må dermed ha et bestemt aktivitetsmål for antall behandlede indekspasienter for året slik at man kan følge utviklingen. Utviklingen gjennomgås kontinuerlig på divisjonens ledelsesmøter og aksjoner ved avvik blir vurdert, gjennomført og analysert for å komme frem til en mulig løsning.

### 10.4.3 Kvalitet og kvalitetsledelse

---

#### **Kvalitetsbegrepet**

I alle intervjuene med ansatte ved divisjon Tynset ble problemet rundt kvalitetsbegrepet fremhevet. Det ble også fokusert på problemet med at det er vanskelig å bedømme kapasitet uavhengig av kvalitet og at kvalitetsbegrepet vil variere mye ut fra hvilke perspektiv man ser det ut i fra.

#### **Hvorfor fokus på kvalitetsarbeid?**

For divisjon Tynset er kvalitetsledelse, med fokus på ISO 9000 serien blitt satt på dagsorden ut fra tre hensyn.

Det første er å få til et system for overholdelse av lover og regler.

Det andre er at det gjennom styrevedtak i Helse Øst RHF er vedtatt å implementere et kvalitetssystem etter ISO 9000 seriens prinsipper. Det er i denne sammenhengen ikke satt ned noen krav om ekstern sertifisering, men heller bruk av egne intern-revisjoner i Helse Øst RHF.

Det tredje hensynet går det på at sykehuset er en liten del av sykehus innlandet, og det oppleves som om det er konstante trusler om nedleggelse og omorganisering rettet mot seg. For å unngå nedleggelse er fokus på effektiv drift og kvalitet sette på som viktig. Dette ble beskrevet gjennom intervjuene, der det ble sagt at det er vanskelig å kunne legge ned en effektiv organisasjon som også kan vise til meget god kvalitet gjennom fornøyde pasienter.

#### **Utvikling av kvalitetsarbeidet**

Tynset sykehus har fokusert på kvalitetssikring i større eller mindre grad de siste 10 årene. Det har blitt fokusert på sikring av prosesser gjennom bruk av prosedyre og rutiner. Kvalitetssirkler har også vært utprøvd i denne prosessen med vekslende resultat, på grunn av manglende forankring i ledelse og for lite fokus på hva man forventet skulle komme ut av gruppene.

Etter at det har blitt satt fokus på kvalitetsledelse i 2002, har kvalitetsarbeidet igjen fått et sterkere fokus. Sykehuset hadde gjennom det tidligere arbeid fått utviklet skriftlige rutiner og prosedyrer som er liggende i egne kvalitetspermer ved den enkelte avdeling. Problemet har vært nødvendige ressurser for å kunne få satt dette ut drift, slik at det blir et "levende" system i stedet for at det blir en mengde permer, som ingen vet at finnes, ikke leses eller ikke følges.

#### **Kvalitetskoordinator og kvalitetsutvalg**

Tynset har nå ansatt en egen kvalitetskoordinator i 60 % stilling som skal revidere og oppdatere de prosedyrene som finnes. Fokus for kvalitetskoordinatoren vil først være å få en oversikt over fellesdokumenter og se nærmere på oppbygging og helhetsstrukturen til systemet. For deretter å være en ressursperson for utvikling av den enkelte avdeling sine prosesser og prosedyrer. Kvalitetskoordinator er også sekretær i sykehuset sitt kvalitetsutvalg. Kvalitetsutvalget har som formål å få fokus på kvalitetsarbeidet, samt gjennomgå innkommende avviksrapporter. Videre går arbeidet på å sette i verk og følge opp forebyggende tiltak samt se på mulig forbedringstiltak. Kvalitetsutvalget har i disse dager fått med en representant fra ledergruppen. Formålet er at man får ledelsens medvirkning i kvalitetsspørsmål, evaluering rundt nødvendige ressurser og en kobling mot strategiske mål og kvalitetspolicy for divisjonen.

### **10.5 Strategistyring**

---

Det ble bekreftet at det ikke var noen formell metode for gjennomføringen av strategien i form av at det er tatt en eller flere teoretisk modeller og tilpasset disse. Men selv om det ikke er en formell

metode for utøvelse av strategien er det mekanismer som skal sørge for at strategien blir fulgt. Strategisk ledelse følger den samme mekanismen som den daglige styringen av sykehuset bruker.

Ledelsen ved sykehuset foregår ved at organisasjonen er oppdelt i avdelinger (se Figur 20). Direktøren sitter på toppen med sin stab. Hver avdeling har sin avdelingsleder. Avdelingsleder eller enhetsleder som de kalles har ansvar for personell, økonomi og fag ved sin avdeling.

Direktøren deltar i styringsprosessen i Sykehuset Innlandet HF og er representant for divisjon Tynset.

Kjernen i styringen av sykehuset er ledergruppemøte som foregår hver fjortende dag. Her formidler direktøren vedtak og innformerer om hva som foregår i Sykehuset Innlandet HF. For hvert møte er det også en løpende saksliste som gjennomgås. For hver sak blir det tatt en avgjørelse om hva som skal gjøres og hvem som eventuelt har ansvaret. Sakene blir tatt opp i senere ledergruppemøter for å vurdere framdrift og resultatet av vedtaket og for å kunne lukke eventuelle aksjoner. Slik vi oppfatter det er hensikten at strategien blir brukt som en veiledning for beslutningene som skal tas. Strategien brukes ikke til å sette sakslista slik vi oppfatter det, men brukes mer eller mindre som et retningsgivende dokument for hvilke handlinger og beslutninger som skal vedtas.

### **Bruk av måleparametere**

Budsjettkontroll er en av de viktigste oppfølgingsoppgavene samt kontinuerlig kontroll over antall pasienter behandlet. Det er også rapportering på de statlig pålagte måleparametrene, uten at dette er direkte linket til initiativ som skal forbedre resultatene for disse parametrene. De forskjellige enhetsledere kan ha egne måleparametere for å følge opp sine avdelinger, men det ble sagt at det ikke var særlig gehør i organisasjonen for dette. Grunnen var at det ikke var enkelt å dokumentere hvorfor disse måleparametrene på lang sikt kunne lede til bedret økonomisk situasjon eller andre forbedringer. Det er ikke vanlig med andre måleparametere enn de som sykehuset er pålagt å rapportere om.



### **Strategiske initiativ**

Forskjellige initiativ til endring eller nye oppgaver blir initiert forskjellige steder i organisasjonen. Initiativ som ligger innenfor enhetsleders ansvar avgjøres på dette nivået. Det er da enhetsleders ansvar at dette ikke strider imot strategien. Hvis initiativet vil påvirke sykehuset generelt eller det er behov for ekstra ressurser blir det løftet opp til ledergruppen. Det blir her enighet om det skal gjennomføres og om man kan sette av ressurser til dette. Initiativ som strider mot strategien skal bli avvist her. Ledergruppen kan også initiere egne initiativ for å oppfylle strategien og tildele nødvendige ressurser.

Et av initiativene som kan beskrives som strategisk er at sykehuset har utviklet en modell for å skaffe faglig dyktige leger og annet personell og har dermed ingen rekrutteringsproblemer. Modellen går under navnet Tynset-modellen eller Nord-sjø modellen. Dette går ut på at man kan jobbe intensivt i 2 uker og fri i 3 uker. Grunnen til at dette er vellykket er at legene ikke behøver å flytte til Tynset for å jobbe der. I tillegg er dette spesialister som liker å jobbe mest mulig med sine fag. I denne modellen får de bruke nesten all sin tid på faglige arbeidsoppgaver og slipper å bruke mye av sin tid til administrasjon og papirarbeid. Det ble fremhevet fra ledelsen at dette var positivt fordi man klarte å skaffe personell som er faglig dyktige, samtidig som disse kom med ny kunnskap og erfaring som kom organisasjonen til gode.

### **Sammenheng mellom strategiplan og budsjett**

Det er ikke en formell sammenheng mellom prioriteringer gjort i strategien og budsjettet. Dette er et problem da det er små endringer i budsjettet og store ord i strategien. Det er større grad av kontroll over bruken av andre innsatsfaktorer, men kontrollen er ikke ubegrenset.

### **Kultur og medarbeider motivasjon**

Det gis et inntrykk av at det er en felles forståelse blant de ansatte om at Tynset sykehus skal være blant de beste i det som er kjerneområdene. Dette henger sammen med at det er et relativt lite sykehus som hele tiden føler seg truet av nedleggelse. Det er en forståelse om at hvis man har en god økonomistyring, har en høy produksjon med god

pasient/pleiekvalitet vil det være vanskelig å legge ned sykehuset. Dette er ikke motstridene med strategien til sykehuset og heller ikke motstridene med Helse Øst RHF og Sykehuset Innlandet HF sine ønsker. Inntrykket er at sykehuset har meget motiverte ansatte som ser på kontinuerlig forbedring og utvikling av sykehuset som et felles mål. Selv om motivasjonen for eierne representert ved Sykehuset Innlandet HF og de ansatte er forskjellig, blir målet om effektiv organisering og god kvalitet det samme.

### **Oppsummering**

Sett fra et strategistyringsperspektiv er ikke organisasjonen særlig strategifokusert. Strategien ser ikke ut til å ha en fremtredende rolle i den daglige ledelsen av sykehuset. Oppfølgingen av strategien blir derfor veldig personavhengig. Det er opp til den hver enkelt i ledelsen og utforme sine egne handlingsplaner for hvordan man skal følge strategien innenfor sine ansvarsområder. Det er ingen formell linking imellom strategien, kritiske måleparametere, og strategisk initiativ. Det er ikke dermed sagt at det ikke finnes, lederne har sine oppfatninger om hvordan strategien skal følges og brukes i hverdagen.

## **11 Identifiserte avvik mellom teori og empiri**

---

Avviksanalysen er foretatt gjennom å se på hvordan dagens styring ved Sykehus Innlandet HF divisjon Tynset er i forhold til teori omkring flerdimensjonale styringssystemer. Dette er trinnvis satt opp under.

**Teorien beskriver strategiprosessen i korte trekk som å finne sin posisjon gjennom ulike typer analyser. Neste skritt er å bruke resultatet fra disse analysene til å utvikle organisasjonen i riktig retning.**

**Teorien rundt balansert målstyring sier at det er et verktøy for implementering og kommunikasjon av strategi ned i organisasjonen, gjennom å oversette strategi til operasjonell terminologi.**

Vår empiriske undersøkelse viser at det er utviklet strategiske plan og en mengde strategiske mål, men det er lite som sier hvordan denne skal implementeres inn i organisasjonen gjennom å få det overføres til operasjonelle termer.

**Teorien beskriver videre at organisasjonen må tilpasses denne strategien gjennom at nødvendige ressurser kan leses ut av budsjettet.**

Empirisk undersøkelse viser ingen sammenheng mellom alt som er beskrevet utført, og det som skal utføres. Den strategiske styringen er en form for egen verden med målsetting å tilfredsstillere et høyere nivå i organisasjonen, mens budsjettet følger de små stegs økonomi, og tar utgangspunkt i tidligere års budsjett.

**Strategi må også utvikles til å bli en del av alle medarbeiderne hverdag og dermed stimulere til handling innenfor de viktigste områdene.**

Empirisk undersøkelse viser mangler på dette området. Det blir bare fokus på å få utviklet dokumentet. Det blir derfor ikke et levende dokument som blir brukt aktivt i den daglige styringen. Man får derfor en situasjon der det er mye som foregår, men hvor er resultatet?

**Teorien rundt flerdimensjonale styringssystemer beskriverer at man ikke bør styre bare ut fra økonomiske måleparametere. Det er dessuten ikke nok å bare se på resultatindikatorer men også på andre indikatorer som ser på ytelse i ulike perspektivene. Fokus bør være å bli mer fremtidsrettet og mindre opptatt av historiske data. Men det beskrives at det må være en fornuftig balansering av disse.**

Sykehuset bruker for det meste økonomiske målinger gjennom å se på antall behandlede indkspasienter i forhold til budsjett. I tillegg er det fokus på måling av de nasjonale kvalitetsindikatorene, uten at de mener

det gir dem noen særlig indikasjon på fremtiden. Ikke-finansielle parametere og ulike ytelsesparametere er ikke i bruk.

**Teorien beskriver videre at det er viktig å influere adferd. Det vil si at styringssystemet må oppmuntre til ønsket handling og samtidig motvirke uønsket adferd.**

Strategidokumentene er mer en beskrivelse av alt man burde ha gjort, og har liten fokus på hva man absolutt ikke skal gjøre. Men det må påpekes at det i intervjuene ble fremhevet at man skal utvikle seg innenfor områder som kan videreføre sykehuset slik det fremstår i dag. Det kan derfor sies at det er en felles forståelse for fokusområdet uten at dette er formelt beskrevet.

**Kvalitet og kvantitet er i tjenesteytende organisasjoner vanskelig å måle uavhengig av hverandre. Man må derfor se på kvalitet og produksjonsmåling i sammenheng.**

Kvalitet og kvantitet er områder som har fått fokus de siste årene. Det er også tilfellet for sykehuset. Det ble ved alle intervjuene understreket dette problemet, men det er ikke formelt blitt sett på gjennom å fokusere på de ulike årsaks-/virkningsforhold som kan foreligge.

**Kvalitetledelse har som formål å gi økt lønnsomhet i en organisasjon. Dette gjennom å finne ut hva kunden vil ha, gjennom designkvalitetsbegrepet for deretter å utvikle og styre de ulike kjerneprosesser i organisasjonen (kongruens kvalitetsbegrepet). Kvalitetsledelse kan også sies å være en form for verktøykasse som kan implementeres på mange ulike måter med utgangspunkt i tverrfaglige team, gruppelæring og totalinvolvering av alle ansatte. I dette arbeidet er ISO sine kvalitetsstandarder og de ulike kvalitetsprisene redskaper for å nå målet om bedre effektivitet og produktivitet.**

Kvalitetsarbeidet i ved sykehuset er utviklet fortrinnsvis for å kunne tilfredstille lover og regler som er gjeldene for sektoren, samt kunne utvikle seg mot å tilfredstille pasienter og pårørende. Sykehuset har dessuten opprettet en egen kvalitetskoordinator for å starte arbeidet med utviklingen av et kvalitetssystem etter retningslinjer til ISO 9001. Utfordringen rundt kvalitetledelse er å få til en forpliktelse og forståelse i ledelsen for at dette er et viktig strategisk område, samt øke fokus på bruk av total kvalitetsledelsens ulike prinsipper rundt tverrfaglighet og gruppelæring.

Det kan derfor konkluderes med at det foreligger noen avvik mellom teori og den praktiske utførelsen. Disse kan oppsummeres til å være:

- Ingen formell metode for å implementere de strategiske planene til operasjonelle termer.
- Ingen god kobling mellom utviklede strategiplaner og budsjett. Det er mange "store" ord som ikke gjenspeiles i budsjett.
- Strategi må utvikles mer til å bli alle ansattes hverdag.
- For liten fokus på fremtidsrettede styringsdata og hva som driver resultatene.
- Årsaks-/virkningsforhold mellom ulike strategiske mål er uklare.
- Generell beskrivelse fra alle intervjuene av at "det er mye som foregår, men hvor er resultatene?"
- Ingen integrasjon mellom kvalitetsledelse og strategiske planer.
- Liten fokus på total kvalitetsledelsens prinsipper, man innfører ISO for å tilfredstille lover og regler og for å ha "Orden i eget hus"

## 12 Utvikling av rammeverket

---

Dette kapittelet tar for seg utviklingen av rammeverket som integrer kvalitet- og strategiledelse.

### 12.1 Hvorfor utvikle rammeverket

---

Enhver organisasjon bør hele tiden stille seg spørsmålet, hvorfor? Dette gjelder for alt som skal utføres eller vurderes implementert. Spørsmålet bør man også stille seg før man ser på bruk av flerdimensjonale styringssystemer som balansert målstyring og total kvalitetsledelse. Klarer man ikke å definere hva man skal med systemene kan man heller ikke måle om man har hatt nytte av den i ettertid, eller måle om man er på rett vei underveis i implementeringen.

Ut fra de identifiserte avvikene kan man se for seg følgende argumenter for hvorfor bruke vår teoretiske styringsmodell og rammeverk for Sykehus Innlandet HF Tynset. Denne bør også kunne generaliseres til bruk ved andre sykehus med tilpasninger for deres særtrekk og utfordringer.

- Gi mulighet for en kontinuerlig og systematisk gjennomgang av strategien
- Øke forståelse for viktigheten av det kulturelle aspektet for en langsiktig utvikling av organisasjonen.
- Utvikle et system for å kunne gi grobunn og styring av fremvoksende strategier internt i organisasjonen.
- Øke forståelsen for å utvikle strategiplaner som er realistiske, samtidig som man bedre definerer hva man ikke skal utføre.
- Utvikle forståelse for å tenke i to plan, dvs. både gjøre de rette tingene, og gjøre disse rett med formål, "Gjøre de rette tingene rett".
- Utvikle strategiske styringsparametere som vil fokusere mer på fremtiden.
- Øke fokus på årsak- /virkningsforhold forhold ved implementering av strategi.

- Synliggjøre organisasjonens visjon og strategi for alle ansatte gjennom bruk av strategisk kart.
- Utvikle bedre kommunikasjon mot budsjettprosessen gjennom strategiske initiativ og ressursallokering.

## 12.2 Implementering av rammeverket

---

Utvikling av rammeverket vil bestå av flere faser og det er nødvendig å hele tiden fokusere på at utviklingen er en prosess, ikke et enkelt stående prosjekt. Det må derfor ikke behandles som en engangshendelse, men som en kontinuerlig dynamisk prosess. I kapitel 11 har det blitt identifisert en del avvik mellom teori omkring flerdimensjonale styringssystemer og praktisk styring i Sykehuset Innlandet HF Tynset. For å kunne vurdere implementering av et slikt styringsverktøy er det viktig å analysere dette grundigere. Spesielt gjelder dette bruk av den teoretiske modellen beskrevet i kapitel 6. Den teoretiske modellen har som hensikt å skape prosessendring, samtidig som man oppnå kulturendring gjennom fokus på total kvalitetsledelsens prinsipper.

For å kunne vurdere dette nærmere bør Sykehuset Innlandet HF Tynset opprette et metodeteam<sup>20</sup> som får ressurser til å se nærmere på balansert målstyring, total kvalitetsledelse og den teoretiske modellen. Oppgaven til metodeteamet blir også å få satt mer fokus på hvorfor innføre (utvidet avviksanalyse), og eventuelt hvordan implementere styringssystem.

Utgangspunktet er som for alle forbedringstiltak, at det må gi mer i resultat enn det koster i ressurser. Forprosjektet bør derfor kunne ut i konkrete planer rundt nødvendige ressurser, tidsplan og målepunkter (milepælsplan) for å måle fremdriften.

---

<sup>20</sup> Team som består av personer fra ulike deler av organisasjon som har interesse for kvalitetsledelse og balansert målstyring.

Neste trinn bør være et ledelsesmøte. Formålet med møtet er å presentert balansert målstyring, kvalitetsledelse og resultatet fra forprosjektet. Enten må ledelsen si at dette er ikke noe for oss, eller si ja dette går vi for (med mulige korrigeringer for fremdrift, tilgjengelige ressurser eller resultat/målsettinger). Det er også viktig å få forståelsen for at forankring og forståelse i toppledelsen er det viktigste punktet for den videre implementeringen og dermed gjennom ord og handling si at:

***”dette tror vi på pga. at det gir oss.... resultater”***

Det er viktig for å få til den lærende organisasjonen og dermed legge til rette for en kulturendring som en naturlig del av implementeringen. Det må også fokuseres på den enkelte medarbeider og avdelings rolle i utvikling av strategiske viktige prosesser, og i arbeidet med utvikling av strategiske initiativ.

I tillegg er det viktig å involvere både de personene i organisasjonen som har best kunnskap om helheten og de som er gode på de ulike prosessene. Disse bør gå inn som en ekspertgruppe, og være en referansegruppe som kan revidere prosessen underveis.

### 12.3 Fra strategi til operasjonelle termer

---

Siden et flerdimensjonalt styringssystem oppgave er å implementere strategier er det nødvendig å vurdere sin strategi. Sykehuset Innlandet HF Tynset bruker strategiplaner sammen med budsjett til å formidle hva som skal prioriteres. Det er i dagens system ingen direkte kobling mellom disse. Det er viktig at de ser nærmere på utvikling av strategiske mål opp mot nødvendige ressurser. Det er meget viktig for å kunne utvikle realistiske strategiske mål. Det er ingen hensikt å opprette mange gode men urealistiske mål som ikke kan gjennomføres fordi man mangler nødvendige ressurser for å sette dem ut i drift.

Utgangspunktet for utvikling av rammeverket for Sykehuset Innlandet HF Tynset er å ta tak i det utarbeidete strategidokumentet som sykehuset har utviklet, for så å jobbe videre med å utarbeide et strategisk kart for så å utarbeide et strategisk kart etter retningslinjer gitt i de påfølgende kapitlene.



## 12.4 Vurdering av nødvendige perspektiver

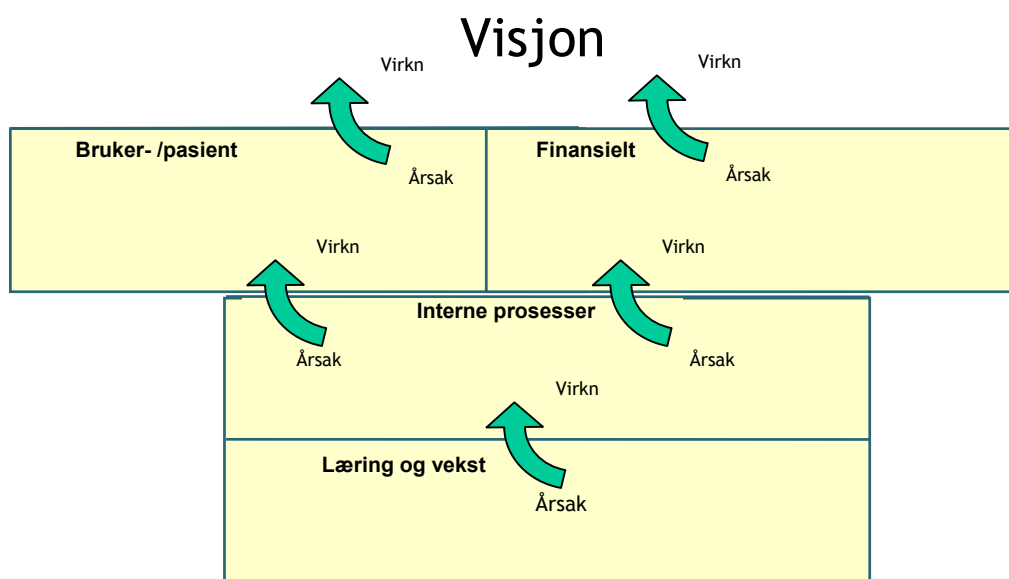
---

Balanserte målesystem er i utgangspunktet oppbygget gjennom en balansering av de fire perspektivene; økonomi, kunde, interne prosesser og læring og vekst. Men man bør se på disse og vurdere en tilpassing til organisasjonens særtrekk. Kaplan og Norton har selv foreslått at offentlig sektor kan erstatte eier- og kundeperspektivet med andre perspektiv. For eksempel gjennom at eierperspektivet erstattes med et perspektiv for staten eller lovgivende myndighet, og at kundeperspektivet erstattes med et perspektiv som måler de verdiene organisasjonen skal skape for kundene. Fem alternative løsninger er visualisert i Figur 6.

Et av de største problemene som ble beskrevet ved våre intervjuer var at det er vanskelig å bedømme kvantitet uten også å se på kvalitet. Det vil si at man kan sidestille kvalitet og kvantitet gjennom å definere kundeperspektivene som et pasientperspektiv som er ute etter ” best mulig behandling”, og det finansielle (eier) som har som utgangspunkt å få mer helse ut av hver krone, gjennom økt effektivitet og riktig prioritering.

I rammeverket er det derfor brukt et oppsett der man sidestiller perspektivene økonomi (finansielt) og kunde. Kundeperspektivet vil også bli omdøpt til et bruker- pasientperspektiv. I tillegg bør det vurderes å se på mulig utvidelse av perspektivene, men det kan være best å starte med de fire vanlige perspektivene, og eventuelt utvide når man er i gang med arbeidet og fått en større forståelse for perspektivene og årsak- /virkningsforhold mellom dem.

For Sykehuset Innlandet HF Tynset kan det derfor utviklet følgende årsak- /virkningsforhold mellom de ulike perspektivene, se Figur 21.



Figur 21 Oppbygging av de fire perspektivene for rammeverket

## 12.5 Utvikling av strategisk kart

Et strategisk kart vil bli bygget opp gjennom de valgte perspektivene som er beskrevet over, ulike strategiske temaer, strategiske mål og årsaks-/virkningsforhold som foreligger mellom de strategiske målene. De ulike forholdene er beskrevet i teorikapitlet, Figur 5 på side 19.

Oppbygging av kartet er i teorien forklart utviklet ved at man først utvikler det strategiske kartet, for deretter å finne kritiske suksessfaktorer. Andre involverte i implementeringer sier at man først bør gå veien om å identifisere kritiske suksessfaktorer og tilhørende måleindikatorer, for deretter å konstruere det strategiske kartet.

Ved sykehuset har det blitt utviklet en rekke strategiske mål og måleindikatorer i det tidligere arbeidet som kan vurderes ved utvikling av det strategiske kartet. Det kan beskrives som om de kan gå fra å analysere sine tidligere strategiske mål og måleindikatorer, for deretter utvikle det strategiske kartet. Det er også blitt utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer som må vektlegges, og bli en del av rammeverket.

### 12.5.1 Hva er viktig å tenke på ved utvikling av det strategiske kartet

---

Første bud er hele tida å tenke ”enkelt” og samtidig spørre seg hvorfor, samtidig som man fokuserer på årsak- /virkningsforhold for å kunne se helheten.

Formål med strategisk kart er å *fortelle historien om strategien og illustrere hvilken retning selskapet skal gå for å nå sin visjon.*

Et strategisk kart vil bestå av ulike temaer og strategiske mål. Ved utviklingen av disse komponentene er det noen momenter som det er viktig å bli klar over.

### 12.5.2 Strategiske temaer

---

Strategiske temaer er del-strategien som sammen blir den totale strategien. De fleste strategiene bør kunne representeres med tre til fem strategiske temaer. De bør formuleres i termer som er enkle å kommunisere, og representerer grupperinger av strategiske mål gjennom flere av perspektivene. Strategiske temaer tar som regel utgangspunkt i, eller «oppstår» som oftest ut fra de interne prosessene, eller i det man søker å levere til pasientene. Eksempler på strategiske temaer for Sykehus Innlandet HF divisjon Tynset kan være:

- Kvalitetsforbedring.
- Omstilling og effektivisering av prosesser
- Samarbeidsforbedring internt og eksternt.
- Ressursutnyttelse.
- Omdømme.
- Innovasjon.

### 12.5.3 Strategiske mål

---

En presis formulering av hva strategien skal føre til. Skal kunne finnes gjennom å tenke innenfor de ulike strategiske temaer og de ulike

perspektivene. Utvikling av strategiske mål er å tenke *handling* + *beskrivelse* + *resultat*, som skal oppnås i løpet av de neste tre til fem år. Viktige punkter å tenke på ved utvikling av disse målene er i tillegg til det som er beskrevet over:

- Kan målet tjene som retningsgivende mål for avdelinger/team/medarbeidere?
- Vil målet utfordre organisasjonen og motivere til endring?
- Målkongretisering, gjennom å utvikle en liten beskrivelse på 2-3 setninger.
- Ønsket endring skal komme tydelig frem og beskrives så presist som mulig.
- Innholdet må forstås av alle involverte parter.
- Skal fokusere på hele prosessen, eller på totalt resultat, ikke enkle deler.

Litteraturen beskriver at hvert tema bør inneholde 2-5 strategiske mål, og de ulike perspektiv bør inneholde 3-5 strategiske mål.

Eksempel på strategiske mål for sykehuset kan være:

- Utvikle tverrfaglig opplæring
- Kontinuerlig prosessforbedring
- Kvalitetsøkning på tjenestene
- God intern informasjonsflyt
- Utvikle en trygg og helhetlig behandlingsskjede
- Videreutvikle et godt arbeidsmiljø

## 12.6 Kritiske suksessfaktorer og måleparametere

---

Balansert målstyring har som hensikt å oversette strategien til måleobjekter og mål. Men det holder ikke bare å identifisere måleobjekter og målsetningene i et strategisk kart. Det må utarbeides kritiske suksessfaktorer med måleparametere som er avgjørende for å oppnå målene.

En definisjon på en kritisk suksessfaktor er:<sup>21</sup>

*En indikator som viser om en strategisk målsetting er oppnådd eller om den kommer til å bli oppnådd (utvikling over tid)*

Disse parametrene må derfor skape en utfordring internt i organisasjonen, som gjør at man blir motivert til forandring.

Det vil være nødvendig å vurdere bruk av indikatorer som ser på både

### **Fremtid kontra fortid**

For å kunne styre bør man både fokusere på det som har vært (fortiden) og på fremtidig ytelse. Men man må hele tiden fokusere fremover og ikke henge seg for mye opp i fortiden. Det er derfor viktig å kunne fokusere på at vi skal se på både resultat gjennom resultatindikatorer som beskriver hva som er oppnådd, og indikatorer for ytelse, det vil si kritiske faktorer for å oppnå resultater som er fremtidsrettet.

Et styringssystem bør inneholde begge indikatorene og utfordringen kan ligge i å finne den rette balansen mellom disse.

Man må prøve å få fokus på hva som skal skje og ikke det som har skjedd.

### **Subjektive og objektive indikatorer**

Man må også vurdere indikatorer mellom subjektive størrelser, eksempelvis medarbeidertilfredsstillelse og objektive størrelser som antall behandlede indekspasienter.

Generelt er det vanskelig å kunne sette seg ambisiøse, men realistiske mål. Det ligger en fare i å sette seg mål som ikke er mulig å oppnå, i og med at svak måloppnåelse kan virke demotiverende for organisasjonen. Det er også nødvendig å sette seg stigende mål og dermed tenke både tids- og måloppnåelse som beskrevet i Figur 22 side 95

## **12.7 Strategiske initiativ**

---

For hvert måleobjekt identifisert i balansert målstyring, må det identifiseres strategisk initiativ. Hvis strategiske initiativ ikke er til stede vil det ikke hjelpe at man har identifisert og gjort en grundig jobb i utvikling av sin strategi. Initiativene er det som skaper resultatene. Man

---

<sup>21</sup> Balanced Scorecard Collaborative 2003 [www.bscoll.com](http://www.bscoll.com)

kan si at utøvelsen av strategien blir gjennomført igjennom strategiske initiativ. Definisjon på et strategisk initiativ er:

*Et program, et prosjekt eller en handling/tiltak med en begynnelse og slutt, og som det må avsettes ressurser til for å kunne gjennomføre.*

Det er viktig å stille seg spørsmålet, hvilke handlinger må vi gjennomføre for å oppnå våre strategiske mål? I tillegg må det foreligge klare linjer for hvem som har ansvar for gjennomføringen, rapporteringsforhold og hvilke milepæler som skal nås og når. Planene må også angi nødvendige investeringer og annen ressursbruk, for å kunne få nødvendig allokering av kapital og tid (menneskelige ressurser).

Det er derfor viktig i en travel hverdag å tenke på at det vil være vanskelig å gjennomføre nødvendige strategiske initiativ hvis budsjettet bare fokuserer på "business as usual". Kaplan og Norton (Kaplan & Norton, 2001) sier at man bør dele årsbudsjettet i to deler, et operativt budsjett for å gjennomføre de daglige oppgavene og et strategisk budsjett for å kunne gjennomføre strategiske planer.

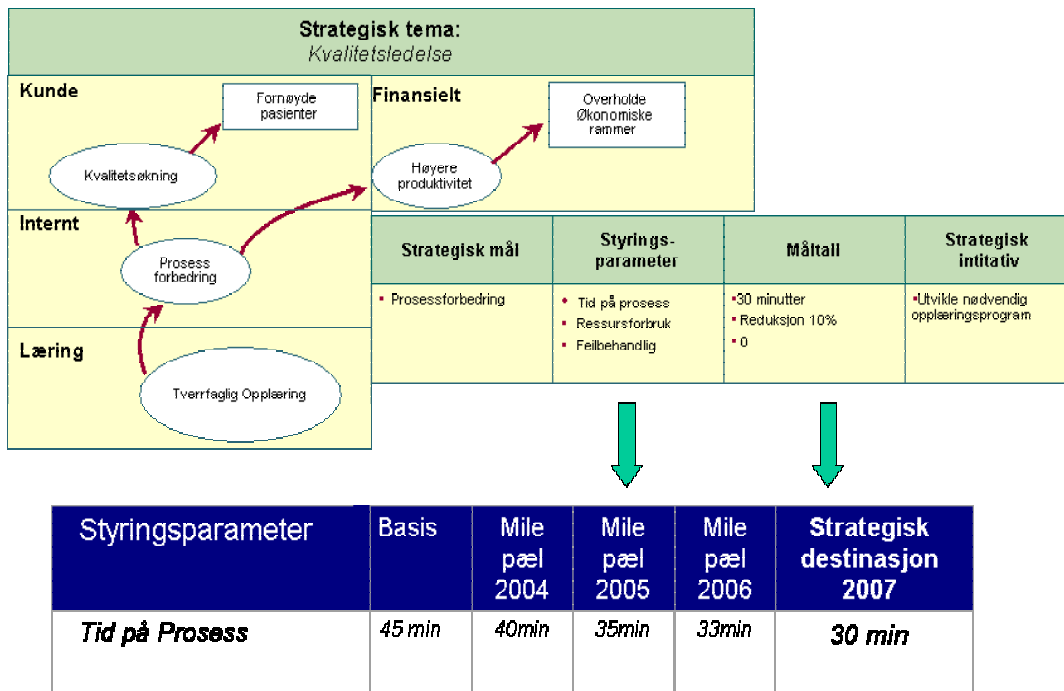
Tanken kan sies å allokere midler til strategiske planer, for på sikt kunne redusere sine operative budsjetter.

## 12.8 Strategisk kart, balansert målstyring og strategiske initiativ

---

Det har gjennom kapittel 12.3 til kapittel 12.7 blitt sett på utvikling av de ulike komponentene helt ned til strategisk initiativ som er selve driverne for å kunne oppnå måltallene under de ulike strategiske mål.

Måloppnåelse av de ulike strategiske mål skal så gjøre at sykehuset når sin hovedmål som er fornøyde pasienter, samt overholder de økonomiske rammene. Det er hele veien årsaks-/virkningsforhold, styrt fra ledelsen gjennom oppbyggingen og utvikling av de ulike strategiske mål og årsaks-/virkningsforholdet mellom dem. Og utøvende gjennom strategiske initiativ og oppnåelse av måltallene. Dette eksemplet er visualisert i Figur 22.



Figur 22 Hele utviklingsprosessen fra strategisk kart til strategiske initiativ

## 12.9 Totalkvalitetsledelsens prinsipper i rammeverket

Totalkvalitetsledelsens rolle i rammeverket er som beskrevet i kapittel 12.2 å fremme kulturendring. Dette gjøres gjennom i ord og handling fokusere på den teoretiske styringsmodellen i kapittel 6. Formålet er å skape et sykehus som har totalinvolvering, tverrfaglighet, gruppelæring samt god kommunikasjon innenfor de viktige områdene som har blitt fastlagt. Det er i driftfasen viktig at systemet kan bruke den kompetansen som ligger i fagmiljøet til videreutvikling av sykehuset. Et godt miljø vil kunne gi grobunn for og styring av fremvoksende strategier, gjennom at de blir kanalisert opp til ledelsen for vurdering av om dette faller inn under begrepet "gjøre de rette tingene". Dette fremhever viktigheten av en rydding behandling av disse ideene slik at man ikke ødelegger denne kreative evnen internt i organisasjonen.

## 12.10 ISO`s kvalitetsstandard

Sykehus Innlandet HF divisjon Tynset har beskrevet at de skal implementere et system etter ISO`s kvalitetsstandard etter prinsippet

som beskrevet i Helse Øst RHF sin veileder for sykehussektoren. Formål er å gi ”orden i eget hus” gjennom styring av kjerneprosessene. Dette arbeidet bør sette opp mot strategiprosessen for å kunne se hvilke interne prosesser som må styres gjennom utvikling av det strategiske kartet og ned til de strategiske initiativ.

## 13 Konklusjon, en avsluttende kommentar

---

Ved utvikling av flerdimensjonale styringssystemer finnes det ingen fasit. Hadde det vært det kunne man bare følge oppskriften og dermed oppnå sine målsettinger.

Problemer rettet mot sykehussektoren er mye av de samme som andre organisasjoner sliter med. Det er mange ulike meninger internt i sektoren om hva som er rett å prioritere, samtidig som ulike eksterne pressgrupper har sterk påvirkingskraft. I denne sektoren er det også et sterkt fagmiljø som kan ha egeninteresser i enkelte områder som ikke er forenelig med sykehusets prioriterte områder. Eller det enkelte sykehus har ikke et sammenfattet syn på den strategiske fokus som er blitt utviklet på et høyere nivå. Det blir derfor sub-optimaliseringer gjennom hele kjeden og det stiller store krav til styringssystemet. Det må gi en forståelig kommunikasjon av prioriteringer og samtidig utvikle en kultur som gjør at man kan få forståelse for de ulike synspunktene.

En bedre kommunikasjon av de statlige prioriteringer, samtidig som det er sammenheng mellom ord og handling hele veien fra stat til det enkelte sykehus er derfor viktig. Man kan ikke på den ene siden si at det skal fokuseres på kvalitet og effektivisering, samtidig som de vedtatte budsjett ikke synliggjør hvordan man skal få til dette. Det er kritiske røster som sier at problemet er ikke for lite midler, men heller ligger i organisering og bruk av de ressursene som er til stede. Det blir ikke tatt noen stilling til dette i denne rapporten, men det kan konkluderes at det må utvikles en mer langsiktig styring, samtidig som ord og handling er i samsvar. Man må unngå situasjoner der de strategiske planene beskriver en verden som alle vet at ikke kan oppnås. Det er bedre å ha en enkel



realistisk strategi for så følge denne, enn et skriverbordsdokument som blir brukt i eksterne presentasjoner.

Det er en del utfordringer som foreligger ved en implementering og bruk av rammeverket vi har beskrevet i kapitel 12. Utfordringer som er mye likt det som er beskrevet over.

Det er alltid slik at sykehusets ledelse må utvikle og ta avgjørelser omkring strategi, men prosessen for å komme frem til denne bør være utført gjennom tverrfaglighet og på en slik måte at alle kan komme med innspill for å få følelsen av å bli hørt. Dette setter store krav til kultur og åpenhet.

Ved Sykehus Innlandet HF divisjon Tynset var det en følelse av at de hadde utviklet en god kultur gjennom å fokusere på at alle kunne komme med innspill og bli møtt av ledelsen med " ja og" i stedet for "ja men". Denne kulturen, sammen med et system der man klarer å formidle de strategiske målene ned til operasjonelle termer bør kunne utvikle sykehuset videre og gi muligheter for enda bedre fokus om sine kjerneområder. Samtidig som det kan gi grobunn for, og styring av fremvoksende strategier utviklet fra sykehusets fagmiljø.

Utvikling av et strategisk kart og årsaks-/virkningsforhold mellom de ulike strategiske mål vil gi alle ansatte en bedre forståelse for hvorfor og hvordan deres bidrag er viktig i den store sammenhengen, og kan være med på å få til en enda bedre forståelse for den totale strategien.

Det er derfor viktig både å fokusere på realistiske mål, og foreta den nødvendige allokering av ressurser. Dermed blir det samsvar mellom strategi og budsjett som bidrar til å si at det er en viktig strategisk beslutning som skal gjennomføres (samsvar mellom ord og handling).

Utvikling av strategisk kart, måleparametere og måletall er en kontinuerlig prosess, og bør utvikles i en takt som sykehuset føler er riktig for dem. Det er best å starte enkelt, for deretter utvikle seg videre når innsikt og forståelse er til stede i organisasjonen.

Ved utvikling av nødvendige måleparametere og måltall må de ses på gjennom nytte kontra ressurs. Det må ikke fokuseres for mye på utvikling av nye informasjonssystemer som i seg selv kan bli et mål, men heller

se på hva man har og hva man kan få ut av disse før man går til investeringer av noe nytt utstyr.

Den teoretiske styringsmodellen som er beskrevet i kapitel 6 er en integrasjon av to flerdimensjonale styringssystemer. Den konkluderer med at for å få til en kontinuerlig endring er det nødvendig å fokusere på både prosess og kulturendring. Innføring av bare balansert målstyring vil etter vår mening kunne gi en kortsiktig prosessendring, men for å få til en langsiktig utvikling og endring av holdninger og motivasjon må total kvalitetsledelsens prinsipper benyttes.

Problemet med å innføre begge vil ligge i hva som er styrende, og i hvilken grad man skal innføre begrepene totalinvolvering, tverrfaglighet og gruppelæring. Det er ingen fasit på dette. Men man må alltid fokusere på de rette tingene som blir sett gjennom det strategiske kartet, fordi man utvikler seg ikke gjennom ”å gjøre de gale tingene rett”. Som et siste innspill kan man se på Borealis<sup>22</sup> er en organisasjon som har brukt balansert målstyring i en lengre periode, med start i 1995. Med bakgrunn i sine erfaringer har de nevnt en del punkter som er viktig å tenke på ved innføring av balansert målstyring:

- Den øverste ledelse må føle aktivt eierskap til systemet og være sponsor.
- Tilstrekkelig informasjon må gis og opplæring må gjennomføres for alle medarbeiderne før introduksjon.
- Innse at skepsis vil være til stede og at den må overvinnes.
- Implementeringen må foregå i takt med aksept fra den enkelte forretningsenhet, selv om konsernets timeplan er noe annerledes.
- Man må ikke gå for raskt frem. Relevante enheter vil komme etter når de ser at andre lykkes, *må være lov til å prøve og feile*
- Gi enhetene frihet til å utforme styring etter eget behov
- Fokusere på mål og ikke midler

---

<sup>22</sup> En av Europas ledede produsent av plastmaterialer

Til slutt fremhever Borealis fokuset på forholdet mellom måloppnåelse og den enkelte medarbeideres påvirkningsmulighet, gjennom at *alle må kunne se hvorfor og hvordan man kan bidra.*

Mange av disse utfordringene går etter vår mening på å få til nødvendig kulturendring, gjennom å gi informasjon og fokusere på medvirkning og tverrfaglighet. Total kvalitetsledelses prinsipper kan være et godt verktøy for å kunne få til dette

Vi har gjennom arbeidet tilegnet oss bare en del av nødvendig kunnskap og forståelse av kompleksiteten rundt problematikken ved bruk av balansert målstyring, total kvalitetsledelse i forhold til utfordringene som de strever med i sykehussektoren.

Derfor er det ikke utviklet et rammeverk som inneholder noe komplett strategisk kart, strategiske mål eller initiativ, men konsentrert oss om å komme med innspill på hvordan dette kan utføres. Etter vår mening er det heller ikke eksterne sin jobb å sette opp et strategikart for andre, men overlate dette til sykehuset selv. Dette for å utvikle forståelse for sin egen strategiproses gjennom arbeidet med strategikartet. Vi har prøvd å utvikle et rammeverk som kan vær til hjelp for et sykehus som vil innføre et slikt styringssystem.

Vår avviksanalyse er også et utgangspunkt og ment som et innspill til sykehuset, for hvorfor de bør implementere et system for utøvelse av sitt strategi- og kvalitetsarbeid.

## 14 Kilder

---

### **Bøker:**

**Bourne M, Bourne P:** (2002) *Balanced Scorecard in a week*, Hodder & Stoughton, 2002

**Carlzon. Jan:** (1987) *Moments of Truth*, New York, Ballinger,

**Chandler A.D, Jr:** (1990), *Scale of Scope: The dynamics of Industrial Capitalism*, Cambridge, Mass: Harvard University Press,

**Feigenbaum, A.V:**(1991) *Total Quality Control*, revidert tredje utgave. McGraw-Hill, Book Company.

**Frost, Dr. B:** (2000) *Measuring Performance, Measurement Intensities*.

**Garvin David A:** (1988) *Managing Quality, The Strategic and Competitive Edge*, New York Free Press,

**Horngren C.T. Datar S.M. og Foster G.:** (2002) *Cost Accounting - A managerial Emphasis*, 11 utgave, Prentice Hall.

**Hoff K G, Holving P A:** (2003) *Balansert målstyring - balansert målstyring på norsk*, Universitetsforlaget, 2 utgave,

**Ishikawa, K:** (1985) *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Prentice Hall, Englewood Cliffs

**Juran J.M:** (1988), *Juran`s Quality Control Handbook*. Fjerde utgave, McGraw-Hill Book Company

- Kaplan, R.S, Norton, D.P:**( 2004) Strategy Maps: Converting intangible assets into tangible outcomes, Harvard Business Scholl Press,
- Kaplan, R.S, Norton, D.P:** (2001) The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment, Harvard Business Scholl Press,
- Kaplan, R.S, Norton, D.P:** (1996b) The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action, Harvard Business School Press,
- Niven, Paul R:** (2002) Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results, John Wiley & Sons, Inc, New York,
- Pettersen Inger J. & Bjørnenak Trond:** (2003) Helse i hver krone? - om økonomisk styring i helsesektoren, Cappelen Akademiske Forlag
- Porter Michael:** (1980) Competitive strategy, Free Press, New York,
- Porter Michael:** (1985) Competitive Advantage, Free Press, New York,
- Stemsrudhagen Jan Ivar:** (1998) Styring av Kvalitet og økonomi, Cappelen Akademisk Forlag,
- Stensaasen, Svein:** (1996) Hvordan nå verdensklasse i kvalitet og holde seg der? HøyskoleForlaget
- Senge Peter M.:** (1990) Den Femte Disiplin.
- Selnes, F:** (1999) Markedsundersøkelser, Tano Aschehoug Oslo
- Simons, R:** (1995) Level of control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal, Harvard B School Press

**Tenner Arthur R. & DeToro Irving J:** (1991) Total Quality Management, Three Steps to Continuous Improvement, Addison-Wesley Publishing Company Inc.

### **Artikler:**

**Christopher Adams og Peter Roberts:** (1993) ” You are What You Measure”, Manufacturing Europe, Sterling Publications side 504-507

**Ittner, C. D. & Larcker, D. F:** Innovation in performance measurements, Journal of management Accountings Research nr.10, 1998

**Kaplan, R.S, Norton, D.P:** The balanced Scorecard: Measures That Drive Performance, Harvard Business Review, January - February 1992,

**Kaplan, R.S, Norton, D.P:** (1996a) Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System, Harvard Business Review, Januar - Februar 1996

**Malina, Mary A, Selto Frank H:** Communicating and Controlling Strategy: An empirical Study of the effectiveness of the balanced scorecard, JMAR Vol 13, 2001

**M. Hannula, H. I. Kulmala og P. Suomala:** Total Quality Mangagenet and Balanced Scorecard A Comparative Analysis, Tampere University of Technology, Tampere Finland

**Nakhai, B & Neves, J.S. (1994):** The Deming, Baldrige, and European Quality Awards Quality Progress, April s 33

### **Rapporter:**

**Kommunal og regionaldepartementet:** Resultat og dialog, Balansert målstyring i kommunal sektor.

**SINTEF Unimed:** SAMDATA Sykehus Rapport, Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2002 rapport 4/2003, Jorid Kalseth (red), ISBN 82-446-0997-4

**SINTEF Unimed:** Rapport STF78 035803, Beregning av kostnadsvekter til den norske versjonen av DRG-systemet, 2003.

**Norsk Akkreditering:** Veileder for bruk av ISO 9001 I helsesektoren 11/2002 [www.justervesenet.no/na](http://www.justervesenet.no/na),

### **Styringsdokumenter:**

**Strategisk fokus Helse Øst RHF 2003-2006**, vedtatt i Helse Øst RHF styre 26.06.2003

**Strategi plan 2002-2005 for Tynset Sjukehus**, vedtatt i styret ved Tynset sjukehus 05.12. 2002.

**Kvalitetsstrategi Helse Øst RHF 2003-2004**, sak nr 122-2002 30.08.2002

**Kvalitetsstrategi for Sykehuset Innlandet**, foreløpig utkast sak nr 054 - 2003, Styremøte 10.06.03

### **Annet:**

**Agder Kompetanse:** ISO 9000-serien, 10 viktige fakta utgave 2000.

[www.agderkompetanse.no](http://www.agderkompetanse.no)

**Balanced Scorecard Collaborative:** Balansert målstyring fra visjon til virkelighet, presentasjon av Jan H. Johansen, 28 februar 2003.

[www.bscol.com](http://www.bscol.com)

**Holving Consulting:** Balansert målstyring i Norge en presentasjon av Per Aksel Holving ved konferansen om Balansert målstyring Tromsø 23-24.10.2002

**PriceWaterhouseCoopers:** Måling og styring- to sider av samme sak?  
Presentasjon av Ørjan Slotterøy.

**Professor Asbjørn Aune NTNU:** Kontinuerlig kvalitetsforbedring - et fagområde i utvikling presentasjon ved konferanse, kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten Oslo 23. og 24. mai 2002.

**Svein-Erik Bakke:** Balansert målstyring: Teori, metode og forsvaret som case, presentasjoner ved Handelshøyskolen BI 7 og 14. mars 2003.

**Forelesningsnotater:** Fra faget strategisk økonomistyring IND 5210 ved Høgskolen i Agder



## Vedlegg 1 Intervjuguide og utsendelsesbrev

---

### **Intervjuguide:**

#### **Generell informasjon om Tynset sykehus og organisering i sykehus innlandet:**

1. Styringsform for sykehuset gjennom organiseringen i det nye sykehus innlandet HF?
2. Hvordan er den økonomiske situasjonen for sykehuset, fremtidsutsikter?
3. Hvordan ser sykehuset på sin rolle i en større Sykehusforetak som Sykehus Innlandet HF?
4. Hva mener dere er utfordringer for Tynset sykehus i fremtiden?
5. Prosjekter og forbedringstiltak som er vedtatt eller som det er planer om å gjennomføre?

#### **Visjon og strategi:**

1. Er du kjent med Helse Øst, Sykehus Innlandet og Tynset sykehus sine visjoner?
2. Er det sette din mening stor enighet om de ulike strategiplanen som er utarbeidet for perioden 2003 -2008.
3. Føler du at denne blir fulgt opp fra ledelsen, eller føler du det er skriverbordpapir?
4. Hva mener du er kritiske suksessområder for å kunne følge denne strategien?
5. Hvordan mener du at man skal kunne styre disse kritiske suksessfaktorene gjennom kritiske suksessfaktorene (Måleparametre)?
6. Har det vært medvirking ved SWOT analysen og annen ekstern forhold foretatt ved Tynset Sykehus?
7. Andre forhold rundt strategi utvikling og implementering ved Tynset Sykehus.

#### **Økonomistyring:**

1. Hvordan foregår finansieringen ved Tynset sykehus med hensyn på selektiv behandling?, akutt? stykkprisfinansiering, bruk av DRG systemet m.m.
2. Er det gjennomført noen for økonomisk måling for ulike diagnose grupper ved sykehuset?
3. Et flerdimensjonalt styringssystem, er dette noe som brukes eller kjennes til i din jobb?

#### **Kvalitetssystemet**

1. Hvordan er deres kvalitetssystem utviklet?
  - a. Er dette startet opp fra toppledelsen og føler du engasjement for arbeidet fra ledelsen?
  - b. Finnes det egne kvalitetsledere?
  - c. Brukes tverrfaglige grupper i implementeringen?
  - d. Er det oppbygget med prosedyrer og med interne og eksterne revisjon

- e. Er det blitt/eller skal det sertifisert etter ISO ?
- 2. Tenkes det kunde og kundetilfredshet som en viktig faktor, eller fokuseres det på interne prosesser og forbedring av disse?
- 3. I hvilken grad føler du at kvalitetssystemet øker kvaliteten på ditt arbeid?
- 4. Hvilken grad bidrar kvalitetssystemet til at du føler deg tryggere på arbeidet du utfører?
- 5. Hvordan mener du de statelige kvalitetsindikatorerne kan hjelpe deg i det daglige arbeidet.
- 6. Har dere utviklet andre kvalitetsindikatorer?
- 7. Hvilke statlige forskrifter og lover har innvirkning på kvalitetsikring, HMS m.m.

### **Kommunikasjon, samarbeid og integrasjon**

- 1. Føler du det er noen samkjøring mellom økonomistyring, strategi og kvalitetssikring ved Sykehuset Innlandet eller ved Tynset Sykehus.
- 2. Er det tverrfaglige møter ved Sykehus Innlandet HF eller internt ved Tynset sykehus angående disse spørsmålene?
- 3. Føles det at ledelsen fokuserer på Strategi og kvalitetssikring, både gjennom ord og handling?
- 4. Er det tenkt noen utvikling på IT siden som kan utvikle kommunikasjon internt ved Tynset og mellom de ulike helseforetak i Helse Øst?

## Utsendelsesmail:

Hei

Vi er to studenter ved høgskolen i Agder som går siste året på en utdanning som leder til sivilingeniør i industriell økonomi og informasjonsledelse (etter siste reformen heter det nå en Master i teknologi) Se <http://grimstad.hia.no/studium/master/> for mer informasjon.

I den forbindelse skriver vi nå på fulltid på vår hovedoppgave som skal være ferdig i begynnelsen av Juni. Arbeidstittelen på oppgaven vår er:

*Utvikle et rammeverk for integrasjon av kvalitetsledelse og kvalitetssystemer med strategisk flerdimensjonalt styringssystem. Med fokus på somatiske sykehus.*

Vi trenger dermed litt informasjon fra dere. Noen av dere har vi allerede vært i kontakt med, men nå trenger vi mer data for å komme videre. Med i denne e-posten er det et vedlegg med et kort sammendrag av hva vi driver med og hva vi trenger av informasjon.

Vårt ønske er at dere kan sette av en times tid til å prate litt med oss. Vi har vært i kontakt med Stein Tronsmoen som har sendt oss et liste over hvem han mener vi bør prate med, og ba oss ta kontakt med hver enkelt av dere for å avtale en tid. Vi har i utgangspunktet satt av tiden imellom Torsdag 15 april til Fredag 23 April til å være på Tynset. Vi er fleksible, så vi har tenkt å gjøre det sånn at vi ber dere finne ut når det passer best innenfor de datoene vi har satt og sende oss en e-mail. (Stein har satt seg opp klokka 0900 den 16/4). Hvis det ikke skulle passe i denne perioden, eller det blir flere som ønsker samme tidsrom, så får vi nok ordnet det.

Intervjuet som det formelt kalles, gjøres ikke for å vurdere om dere gjør en god eller dårlig jobb. Vi er ute etter bakgrunnsinformasjon om hvordan

sykehuset fungerer innenfor kvalitetsledelse og styringssystemet (målsetninger, budsjett osv). Vi vil bruke informasjonen til å utvikle et rammeverk for et styringssystem som integrerer kravene til kvalitetstyring og et flerdimensjonal styringssystem. Forhåpentligvis vil dette kunne være til nytte i videre utvikling av strategier og kvalitetssystemer innenfor sykehussektoren.

Med vennlig hilsen

Johan Nøkleholm og Per-Olav Sørhus

Johan: [jnokle02@siving.hia.no](mailto:jnokle02@siving.hia.no) Tlf: 93407622

Per-Olav: [psorhu02@siving.hia.no](mailto:psorhu02@siving.hia.no) Tlf: 41020978

## Vedlegg 2 Evalueringskriterier for EFQM modellen.

---

### **Virkemidler:**

#### **Arbeidsprosesser (14%)**

Ser på hvordan organisasjonen utformer, leder og forbedrer sine prosesser for å støtte sin policy og strategi, for å få skape verdi for sine kunder og de andre interessenter.

#### **Lederskap (10%)**

Går på hvordan ledere utvikler og legger forholdene til rette for å nå virksomhetens mål og visjon. Hvordan lederne utvikler de verdier som kreves for suksess over lang tid og implementerer disse gjennom de rette holdninger, egen adferd og er personlig involvert i å sikre at virksomhetens ledelsessystem blir utviklet og implementert.

#### **Personalledelse (9 %)**

Setter fokus på hvordan virksomheten, leder og videreutvikler medarbeidernes kunnskaper og dermed får ut det fulle potensial både på individuelt nivå og gjennom tverrfaglige team. Videre ses det på hvordan organisasjonen planlegger disse aktiviteter for å få satt sin policy og strategi ut i live.

#### **Ressurser (9 %)**

Ser på hvordan virksomheten planlegger og styrer sine eksterne samarbeidspartnere<sup>23</sup> og sine interne ressurser for å støtte sin policy og strategi og derved oppnå en effektiv virksomhet ved sine prosesser.

#### **Policy og strategi (8 %)**

Sette fokus på hvordan virksomheten implementerer sin forretningsidé, mål og visjon basert på interessentenes ønsker.

---

<sup>23</sup> Er også en ressurs.

## **Resultater:**

### **Kunder (20 %)**

Skal vise hva virksomheten oppnår med hensyn til å tilfredsstille de eksterne kundene gjennom måling av kundens oppfatning og opplevelse av produktet og service.

### **Resultater (15 %)**

Ser på hva virksomheten oppnår i forhold til sine planlagte virksomhetsmål, måles gjennom resultat og andre nøkkeltallsindikatorer.

### **Medarbeidere (9 %)**

Ser på hva organisasjonen oppnår i forhold til sine medarbeidere

### **Samfunnet (6 %)**

Ser på hva organisasjonen har oppnådd med hensyn til å tilfredsstille behovene og forventningene til det lokale, nasjonale og internasjonale samfunnet som helhet. Dette inkluderer forholdet til myndigheter og andre organisasjoner som lager rammebetingelser for virksomheten.