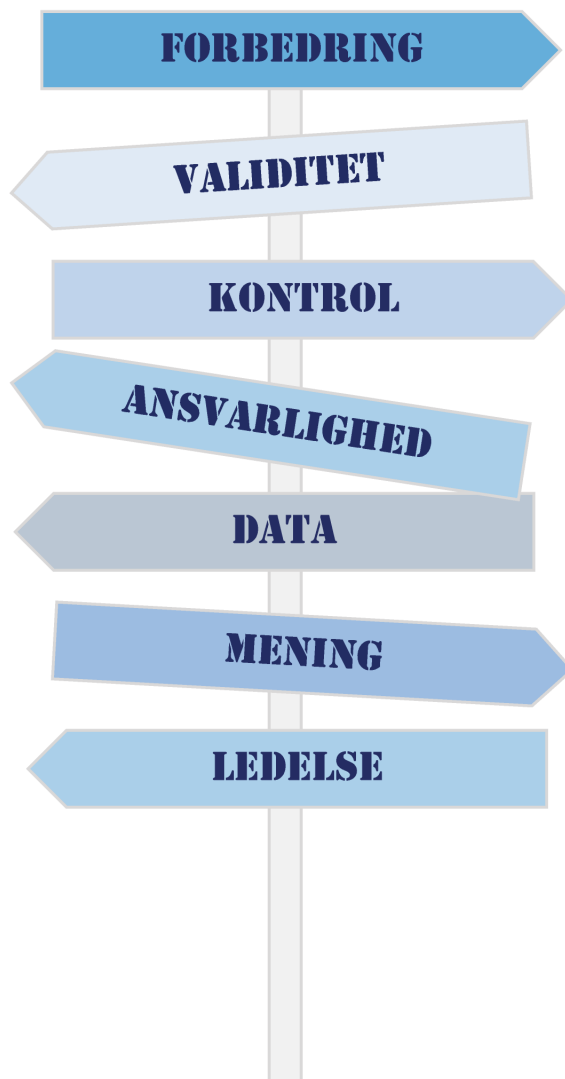




FAKTA OG FORNEMMELSER

Når datadrevet ledelse oversættes ind i hospitalets virkelighed

Speciale • Politik & Administration • Juni 2017

Kasper Andsbjerg & Frederik Karstrøm



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Abstract

Keywords: Performance management, key performance indicator, translation, activity, hierarchy, reliability, validity, multilevel, casestudy, datadrevet ledelse, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Case: The case of this master's thesis is Aalborg University Hospital and to some extent the North Denmark Region. This case is selected because it uses its own version of performance management – *datadrevet ledelse*.

Aim: The aim of this thesis is to characterize how performance management (PM) is used by different actors on different levels in an organization and according to different activities. The thesis will, using translation theory, seek to explain the different uses of PM. Furthermore, the thesis will investigate to what extent the use of PM is characterized by challenges according to the validity of data.

Methods: The thesis contains two qualitative methods. The first method is interviewing. The thesis contains 20 interviews conducted on various levels in North Denmark Region and Aalborg University Hospital. There are interviews with politicians, different types of managers and healthcare personnel. The second method is observation study. The observations have been conducted on different levels from the political level to the front level.

Findings: The collection of data has shown that actors across the different levels find meaning in working with data, because it makes the decision-making evidence-based contrary to gut feelings. This does not mean, however, that the data is perfect. Several actors have questioned the reliability of the data used in the PM-system because of unclear definitions and because that accountability is too often based on single measurements instead of tendencies.

Conclusion: The uses of PM differentiate on the organizational level; it is used as both a way of controlling top-down and stay accountable bottom-up. The focus of specific key performance indicators is depended on the position of actors according to hierarchical level and primary activity field such as medical, surgical, or diagnostic parts of the organization. The results of the thesis show that PM is only used as a tool for management and that it is not yet used by the front line workers. In terms of the use of translation, the data collection shows that actors find meaning in translation of the concept down through the organization with feedback coming the other way. There are, however, examples of translation of the key performance indicators which is unfortunate because it alters the definitions which creates uncertainty about them. The results of the thesis have also



shown that PM is challenged by low reliability of data. The challenges are based on unclear data definitions and monitoring issues.

Indholdsfortegnelse

Oversigt over figurer.....	6
Oversigt over tabeller.....	6
Kap. 1 – Indledning.....	7
1.1 – Relevans.....	7
1.2 – Problemformulering.....	8
1.3 – Operationalisering af problemformulering.....	9
1.4 – Specialets struktur.....	12
Kap. 2 – Teori.....	13
2.1 – Performance management.....	13
2.1.1 – Formål med at anvende PM.....	15
2.1.2 – Aktører i PM-systemer.....	17
2.1.3 – Performance management i et institutionelt perspektiv.....	19
2.2 – Tidligere forskning om performance management.....	21
2.2.1 – Fordele og ulemper ved PM.....	22
2.3 – Institutionel teori og oversættelsesteori.....	24
2.3.1 – Røviks oversættelsesteori.....	26
Kap. 3 – Kontekst.....	30
3.1 – Det danske sygehusvæsen.....	30
3.2 – Case: Aalborg Universitetshospital.....	31
3.2.1 – Klinikledelse og stab.....	33
3.2.2 – Speciale- og afsnitsledelse.....	33
3.2.3 – Hospitalsledelsen.....	34
3.2.4- Mødefora.....	35
3.2.5 – Region Nordjylland.....	36
3.3 – Politiske rammer for sygehusvæsenet.....	38
3.3.1 – Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg.....	39
3.3.2 – Behandlingsgaranti.....	41
3.3.3 – Udredningsret.....	43
3.3.4 – Kræftpakker.....	43
3.3.5 – Nationale mål for sundhedsvæsenet.....	44
3.3.6 – Politiske målsætninger i Region Nordjylland.....	45



Kap. 4 – Design og metode.....	47
4.1 – Casestudiet som forskningsdesign	48
4.1.1 – Udvælgelse af case.....	48
4.1.2 – Afgrænsning af case.....	49
4.1.3 – Beskrivelse af casestudiets type.....	50
4.2 – Erkendelse	51
4.3 – Metodiske tilgange	52
4.3.1 – Semistruktureret interview	53
4.3.2 – Observation	61
4.3.3 – Databehandling	64
4.3.4 – Reliabilitet og validitet.....	65
4.4 – Analysestrategi.....	66
Kap. 5 – Analyse.....	68
5.1 – Forståelse af konceptet.....	68
5.2 – Forskellig anvendelse mellem forskellige opgaver.....	70
5.3 – Forskellig anvendelse mellem forskellige organisationsniveauer	72
5.4 – Forventninger til adfærd.....	78
5.5 – Oversættelse af data og datadefinitioner	88
Kap. 6 – Diskussion	102
6.1 – Resultater i forhold til en teoretisk ramme.....	102
6.1.1 – Betydningen af aktivitetsområde for brugen af et PM-system	102
6.1.2 – Betydningen af hierarkisk niveau for brugen af et PM-system	103
6.1.3 – Betydning af hierarki for oversættelsesprocessen	105
6.1.4 – Udfordringer i forhold til definitions­mæssig validitet og reliabilitet.....	107
6.2 – Resultaternes generaliserbarhed.....	108
6.3 – Metodisk efter­rationale	110
Kap. 7 – Konklusion	112
Kap. 8 – Perspektivering.....	114
8.1 – Implikationer for praksis.....	114
8.2 – Implikationer for forskning.....	115
Litteraturhenvisning.....	117
Appendiks	126



A1 – Definition af KPI'ere.....	126
Oversigt over bilag.....	134



Oversigt over figurer

1. Forventede sammenhænge mellem de uafhængige variable og afhængig variabel.....	10
2. Forholdet mellem reliabilitet og validitet.....	11
3. Basiselementer i et performance management-system.....	14
4. Organisationsdiagram for Aalborg Universitetshospital.....	32
5. Referenceforhold i en klinik.....	34
6. Behandlingsret og udredningsret gennem tiden.....	42
7. Nationale mål for sundhedsvæsenet.....	44
8. Pipeline for beslutningsproces i sygehusvæsenet.....	47
9. De seks blinde mænd og elefanten.....	56
10. Eksempel på driverdiagram for ventetid til behandling.....	115

Oversigt over tabeller

1. Generelle formål bag anvendelse af resultatinformation.....	16
2. Hovedaktører i et performance management-system.....	17
3. Målgrupper, forventet anvendelsesform og type af resultatinformation.....	19
4. Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg pr. 1. oktober 2016.....	40
5. Aktivitetsmål for Aalborg Universitetshospital i 2016.....	46
6. Politiske målsætninger for Region Nordjylland i 2017.....	46
7. Typologier af casestudier.....	50
8. Oversigt over tematikker i interviews.....	54
9. Oversigt over observationer.....	62
10. Nøgleord for selektiv kodning af data.....	65
11. Forståelser for datadrevet ledelse som koncept.....	68
12. Anvendelse af datadrevet ledelse afhængigt af opgaven.....	70
13. Anvendelse af datadrevet ledelse afhængigt af organisationsniveau.....	73
14. Pipeline.....	75
15. Anvendelse af datadrevet ledelse blandt medarbejdere, der ikke er på ledelsesniveau.....	77
16. Forventninger fra overordnede.....	79
17. Forventninger til underordnede.....	80
18. Overordnede forventninger til passende adfærd pba. datadrevet ledelse.....	81
19. Forventninger til ledelsesmæssigt fokus i datadrevet ledelse.....	84
20. Forventninger pba. specifikke KPI'ere i relation til forventninger pba. andre KPI'ere.....	85
21. Forventninger pba. KPI'ere i relation til forventninger pba. andre faktorer end KPI'ere.....	87
22. Tendens kontra enkeltmåling.....	89
23. Formidling og oversættelse af datadefinitioner.....	90
24. Definitionsmæssig validitet af monitoreringen af KPI'ere.....	91
25. Reliabilitet af monitorering af KPI'ere.....	92
26. Klinisk beslutning inden 30 dage.....	94
27. Erfaret ventetid til operation.....	96
28. Ventetid til behandling.....	97
29. FMK.....	99
30. Servicemål og KPI'ere for diagnostik.....	100
31. Kræftpakker.....	101
32. Fokus på god og dårlig performance.....	101
33. Målgrupper, observerede anvendelsesform og type af resultatinformation.....	104

Kap. 1 – Indledning

Dette speciale analyserer nogle af de udfordringer, der er knyttet til at arbejde med performance management (PM) i det danske sygehusvæsen. Specialets empiriske case er datadrevet ledelse i Region Nordjylland og på Aalborg Universitetshospital. Datadrevet ledelse ses i specialet som en særlig form for PM, idet datadrevet ledelse handler om at lede på grundlag af data med henblik på at realisere prioritede målsætninger. I 2017 vil Aalborg Universitetshospital udbrede datadrevet ledelse i endnu større omfang end hidtil. Fra Handleplan 2017 lyder det således:

”I 2017 skal datadrevet ledelse gennem anvendelse af tavler spredes til ledelser og MED-udvalg på alle niveauer på hospitalet til støtte af det lokale forbedringsarbejde. På tavlerne kan effekten af de vigtigste indsatser følges, så der kan handles hurtigt og målrettet. Tavlerne skaber samtidig synlighed og større involvering i udførelsen af de prioriterede indsatser. Tavlerne afspejler de indsatser, der arbejdes med i forhold til at nå lokale målsætninger samt de fælles mål for hospitalet, som er relevante for den enkelte enhed.” (Aalborg Universitetshospital, 2017: 34).

Ved at vælge Aalborg Universitetshospital som case er der mulighed for at observere et PM-system på et tidligt stadium i både udbredelse og brug. Som det fremgår af citatet ovenfor er datadrevet ledelse en ny ledelsesmæssig praksis med tilhørende nye redskaber, der er undervejs i implementeringen. Aalborg Universitetshospital er en politisk styret organisation, og derfor vil analysen også omfatte Region Nordjylland, som har ansvaret for sundhedsvæsenet i Nordjylland. Kapitel 3 redegør på mere udførlig vis for den valgte case og dens kontekst, og de følgende afsnit har til formål at opstille rammerne for specialets analyse.

1.1 – Relevans

Målinger af aktiviteter og tid har været centrale elementer i moderne organisationer siden taylorismen, Scientific Management (Taylor, 1998 [1911]), i begyndelsen af 1900-tallet. Denne bevægelse har sidenhen udfoldet sig i mange retninger og givet anledning til et utal af discipliner. Rationalisering er en afgørende fællesnævner for flere af udløberne af Scientific Management-bevægelsen, eksempelvis lean-filosofi (Womack & Jones, 2003) og PM. PM er en styrke for beslutningsprocesser på både politisk og administrativt niveau, fordi PM medvirker til at gøre beslutningsprocesser evidensbaserede ved hjælp af øget læring og intelligens (Bird et al., 2003; de



Bruijn, 2007: 12-13). I dansk kontekst har Jespersen (2001) dokumenteret en oplevet effekt af kontraktstyring i form af bedre informationsniveau for sygehusledelser, amtsforvaltninger og politikere (Jespersen, 2001: 30). Det omtalte studie har ikke undersøgt, hvordan PM anvendes i forbindelse med beslutningsprocesser, og det er generelt underbelyst i forskningslitteraturen, hvordan PM finder anvendelse i beslutningsprocesser på både administrativt og politisk topniveau (Hansen, 2016: 88-89). Specialet kan således beskæftige sig med et relativt uafdækket felt, hvor problemstillingen kan være, hvordan PM anvendes på både administrativt og politisk niveau i en offentlig organisation, samt i hvilket omfang PM medfører udfordringer for beslutningsprocesser på begge niveauer. Med sidstnævnte forhold menes især, at både validitet og reliabilitet af data er forudsætninger for et velfungerende PM-system.

Både validitet og reliabilitet er således af stor betydning for kvaliteten af den information, som et PM-system er tiltænkt at skulle levere til dels den administrative ledelse og dels den politiske ledelse i en offentlig organisation. Hood (2007: 100) skriver, at vi ved ganske lidt om, hvor valide komplekse målesystemer er. Det er relevant at følge denne konstatering op med en undersøgelse af, hvordan dette forhold påvirker anvendelsen af performance informationer som grundlag for beslutninger på både administrativt og politisk niveau.

1.2 – Problemformulering

Ud fra en klassisk ”where you stand depends on where you sit”-antagelse bygger specialet på en forventning om nuanceforskelle i hierarki og aktivitetsområde mellem de organisationer, der adopterer PM som praksis. Derfor anvendes en teoretisk tilgang, hvor anvendelsen søges forklaret ved brug af institutionel teori og oversættelsesteori, idet spredning og institutionalisering af strategier i den offentlige sektor ikke kan foregå uden tolkning på forskellige hierarkiske niveauer (Jespersen, 2001: 23).

Måling af performance er forbundet med en række problemstillinger i forhold til målingers validitet og reliabilitet, hvilket kan udfordre påstanden om, at brugen af PM er en styrke for beslutningsprocesser i en organisation. En samlet betragtning af ovenstående forhold giver anledning til følgende problemformulering:

Hvilke forskelle er der på, hvordan PM bruges af forskellige aktører på Aalborg Universitetshospital og i Region Nordjylland, og i hvor høj grad kan disse forskelle forklares ved hjælp af oversættelsesteori, forskelle i aktivitetsområde og hierarkisk niveau? I hvilket omfang er brugen af Aalborg Universitetshospitals og Region Nordjyllands PM-system præget af vanskeligheder i forhold til datas validitet?

1.3 – Operationalisering af problemformulering

Operationaliseringen sker ved at beskrive den bagvedliggende intension i forhold til problemstillingen og samtidigt konkretisere dette ved hjælp af en række undersøgelsesspørgsmål. Problemformuleringen består af to spørgsmål, der samlet rummer tre dele. De første dele kan indgå i sammenhæng med hinanden, og operationaliseringen heraf er ligeledes i sammenhæng. Den sidste del af problemformuleringen vedrører datas validitet i et PM-system, hvilket er et andet forhold end oversættelse og anvendelse, og derfor vil denne del blive operationaliseret separat.

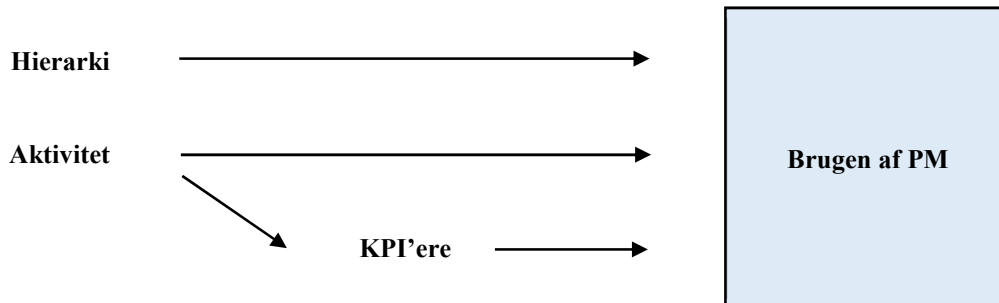
Problemformuleringens første del er beskrivende i sin tilgang i forhold til at belyse, hvordan forskellige aktører anvender PM. En del af hensigten med spørgsmålet er også at beskrive hvilke aktører, der er brugere af performance indikatorer. Det ligger implicit i spørgsmålsformuleringen, at konteksten har betydning for brugen af PM. Kontekstuelle forskelle optræder ikke bare mellem organisationer, men også inden for en organisation, der både har en vertikal og horisontal dimension. Den vertikale dimension indebærer forskelle i hierarkisk placering, mens den horisontale dimension indebærer mulige forskelle i aktiviteter i en organisation. Eftersom brugere af et PM-system forventes at befinde sig på forskellige steder på både den vertikale og horisontale dimension i en organisation, kan der opstilles to undersøgelsesspørgsmål omhandlende sammenhængen mellem brugen af PM, hierarkisk niveau og aktivitetsområde.

- Hvilken betydning har aktivitetsområde for brugen af et PM-system?
- Hvilken betydning har hierarkisk niveau for brugen af et PM-system?

Hierarki er således en variabel med forventet indflydelse på brugen af PM, og aktivitet er en anden variabel, som ligeledes forventes at have indflydelse på brugen af PM. Dertil kommer, at forskellige aktiviteter gør, at forskellige indikatorer er relevante, hvor monitorering sker ud fra udvalgte aspekter af en aktivitet. Det kan således forventes, at aktivitet indirekte påvirker brugen af PM, fordi

der er forskellige KPI'ere for forskellige aktivitetsgrupper. Sammenhængene i undersøgelsesspørgsmålene er illustreret i figur 1.

Figur 1: Forventede sammenhænge mellem de uafhængige variabler og afhængig variabel.



Kilde: Egen figur.

Oversættelsesteori skal medvirke til at besvare problemformuleringen. Når en idé oversættes, sker det fra én aktør til en anden aktør. Det er i den sammenhæng interessant at undersøge, hvilken betydning oversættelsesprocesser mellem hierarkiske niveauer har for brugen af et PM-system. Dette giver anledning til endnu et undersøgelsesspørgsmål:

- Hvad betyder hierarki for oversættelsesprocessen?

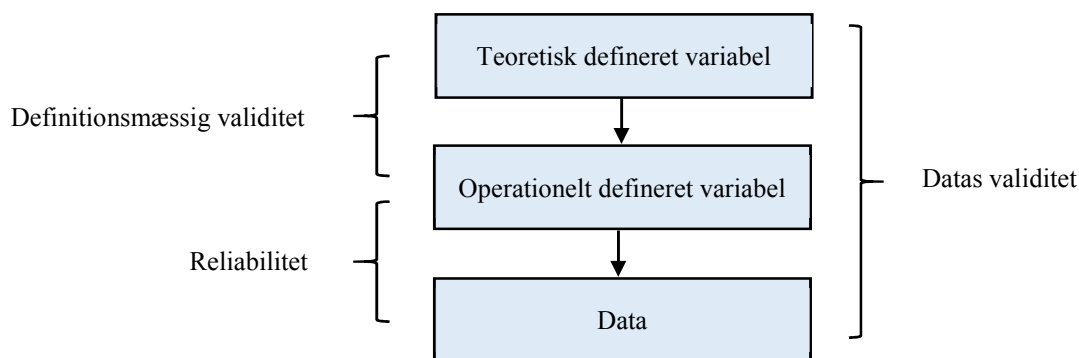
Problemformuleringens sidste del vedrører vanskelighederne ved datas validitet i et PM-system. Spørgsmålet er vurderende. Det er værd at bemærke, at datas validitet er en samlebetegnelse for flere aspekter af forholdet mellem data og teoretisk defineret variabel. Operationaliseringen af datas validitet er inspireret af Helleviks (2003) definition af selv samme; Hellevik definerer begreberne ud fra eksempler med forskere, men i denne operationalisering bruges managere i stedet som en betegnelse for den gruppe af ledere, der har udformet et PM-system.

Der kan først og fremmest sondres mellem to planer, idet managere formulerer den indledende problemstilling for en organisation på et teoretisk plan, mens dataindsamlingen sker på et empirisk plan. På det teoretiske plan defineres eksempelvis én variabel, og for at gøre denne variabel målbar skal den defineres operationelt. Denne forskel mellem planerne indebærer, at der må være overensstemmelse mellem den teoretisk definerede variabel og den operationelt definerede variabel af hensyn til muligheden for at opnå gyldige resultater. De to forståelser af variabler må således stå i forhold til hinanden. Dette forhold betegnes som *definitions-mæssig validitet* (Hellevik, 2003: 51).

På tilsvarende vis er der en relation mellem den operationelt definerede variabel og det indsamlede data. *Reliabilitet* anvendes som begreb for, hvordan sammenhængen er mellem

operationelt defineret variabel og indsamlet data. Det handler således om målingens nøjagtighed i forhold til det operationelle sigte med målingen (Hellevik, 2003: 52-53). Dette fremgår af figur 2.

Figur 2: Forholdet mellem reliabilitet og validitet.



Kilde: Hellevik (2003)

Det ses således, at datas validitet udgøres af både definitions-mæssig validitet og reliabilitet. Der er på den baggrund tale om to forudsætninger for data af høj validitet. Reliabilitet og validitet vægtes forskelligt i litteraturen, for eksempel hævder Bouckaert (1993), at validitet er det vigtigste aspekt. Hellevik (2003) hævder modsat, at reliabilitet er det vigtigste aspekt, fordi en måling ikke er anvendelig, hvis den er fuld af fejl (dvs. med lav reliabilitet). I dette speciale benyttes Helleviks (2003) definitioner af reliabilitet og validitet, og der er bevidsthed om forskellige vægtninger mellem de to begreber, men forståelsen i dette speciale rummer hverken Bouckaerts (1993) eller Helleviks (2003) prioritering.

Hellevik (2003) gør selv opmærksom på, at høj reliabilitet i sig selv ikke er tilstrækkeligt for at have valide data, hvis der ikke er en fornuftig sammenhæng mellem operationelt defineret variabel og den problemstilling, som den teoretisk definerede variabel er et udtryk for. Denne pointe tolkes i dette speciale således, at hverken reliabilitet eller definitions-mæssig validitet kan stå alene, og at ingen af forholdene derfor er vigtigere end det andet.

Ovenstående gennemgang har redegjort for, hvordan validitet af data skal forstås som dækkende for både definitions-mæssig validitet og reliabilitet. Dette kan udfoldes i følgende undersøgelsesspørgsmål for problemformuleringens tredje del:

- I hvilket omfang er brugen af et PM-system præget af udfordringer i forhold til definitions-mæssig validitet?
- I hvilket omfang er brugen af et PM-system præget af udfordringer i forhold til reliabilitet?



Den samlede liste af undersøgelsesspørgsmål medvirker til at give en retning for analysen. Denne retning får et skarpere fokus som følge af, at der i teorikapitlet vil blive formuleret hypoteser på baggrund af undersøgelsesspørgsmålene. Som det vil fremgå i metodekapitlet, er specialets interviewspørgsmål opstillet på baggrund af undersøgelsesspørgsmålene, og det er således også disse spørgsmål, som analysen skal behandle.

1.4 – Specialets struktur

Specialet er opbygget af otte kapitler. Det første kapitel har netop indledt specialet og skærpet problemformuleringen, og i kapitel 2 følges op med en redegørelse for den teoretiske ramme i form af PM-teori og oversættelsesteori.

Kapitel 3 er en redegørelse for den kontekst, som specialet er udformet inden for; det vil sige en redegørelse for Aalborg Universitetshospital som organisation, samt en redegørelse for den organisatoriske kontekst. Hensigten med kapitlet er dermed at etablere en basisviden for læseren om specialets case, inden analysen påbegyndes.

De design- og metodemæssige overvejelser vedrørende specialet fremgår af kapitel 4. Kapitlet indeholder overvejelser vedrørende videnskabsteori, metoder til dataindsamling, bearbejdning og analyse, samt overvejelser i forhold til reliabilitet og validitet. Kapitel 5 er den egentlige analyse med tilhørende resultater.

Specialets resultater vil blive diskuteret i forhold til den teoretiske ramme, og dette vil ske i kapitel 6. Heri indgår ligeledes en diskussion af resultaternes analytiske generaliserbarhed.

Kapitel 7 er specialets konklusion, hvor problemformulering, undersøgelsesspørgsmål og hypoteser besvares på baggrund af analyse og diskussion. Dette følges op af kapitel 8, hvor konklusionernes betydning for hhv. praksis og forskning vil blive berørt.

Kap. 2 – Teori

Som givet i indledningen vil dette speciale udfolde sig på baggrund af PM-teori og oversættelsesteori. Inden for PM-teori er specialet positioneret i forhold til Van Dooren et al. (2010) og Pollitt (2013), men kapitlet vil også indeholde et afsnit om tidligere forskning inden for PM-litteraturen. Inden for oversættelsesteori anvendes Røvik (2007) samt Andersen et al. (2014) som referencepunkter, og oversættelsesteoriens oprindelse ud fra institutionel teori vil ligeledes blive gennemgået.

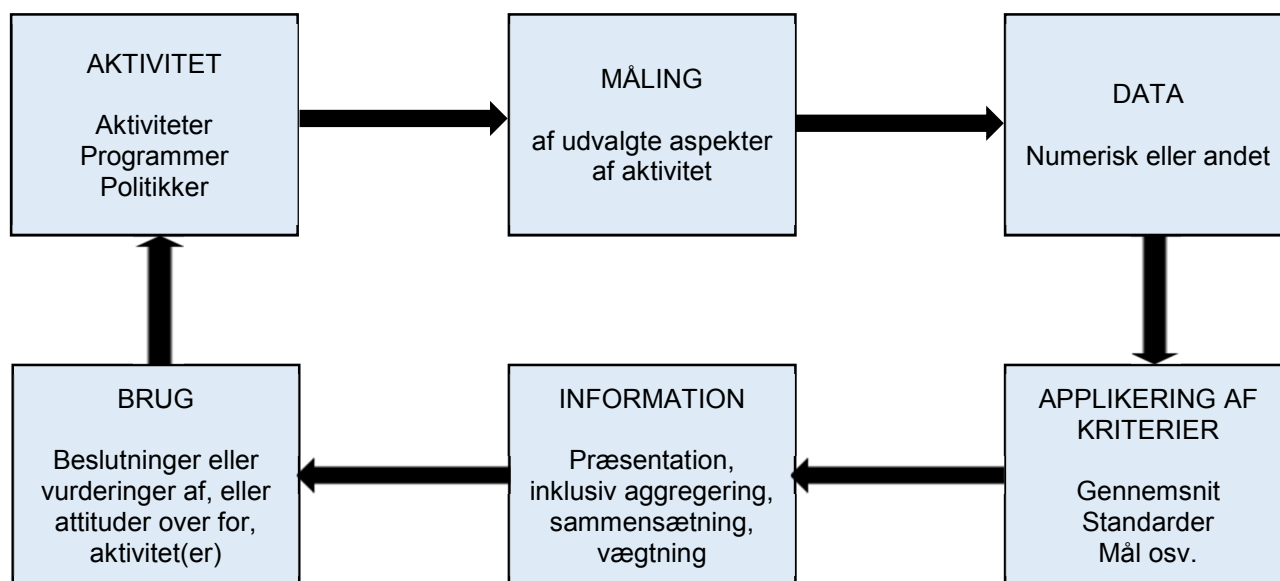
2.1 – Performance management

Performance handler om intentionel adfærd (Van Dooren et al., 2010: 2), og PM kan således ses som forskellige teoretiseringer over, hvordan en hensigtsmæssig adfærd kan opnås, organisatorisk såvel som individuel. Det er værd at have for øje, at performance rummer flere aspekter såsom målsætning (intension), handling (proces) og resultat (output og outcome).

Den teoretiske litteratur indeholder forskellige definitioner af PM og de underliggende modeller (fx Behn, 2003; Johnsen, 2005), lige såvel som der er udgivet praktiske håndbøger om resultat- eller præstationsbaseret styring (fx Ejler et al., 2008). Dette speciale er ikke positioneret i forhold til én af disse, men er udarbejdet inden for det brede felt om PM. Forståelsen af PM tager således også udgangspunkt i en definition, der kan understøttes af de fleste af feltets bidragsydere; PM er som et system kendetegnet ved at:

”...organisationer og individer gives mål, målbare indikatorer udvikles ud fra disse mål, og en bred vifte af ledelsesinstrumenter og incitament er tages i brug med henblik på at opmuntre de ansatte til at opfylde eller overopfylde indikatorerne på, om målene er nået”
(Pollitt, 2013: 346-347; oversat af Hansen, 2016: 83).

Pollitts definition indikerer, at PM er en trinvis proces. Dette er illustreret i figur 3, der fungerer som en oversigt over de grundlæggende elementer i et PM-system.

Figur 3: Basiselementer i et PM-system.


Kilde: Oversat på baggrund af Pollitt (2013: 349).

Et PM-system indledes således med at betragte en aktivitet, som organisationen udfører, hvad end det er en fortløbende aktivitet, en intervention, et helt program eller en politik. Dernæst udvælges et aspekt af aktiviteten, som er målbart til brug som indikator. Denne udvælgelse sker blandt en række mulige aspekter i den pågældende organisation, og det er således et udtryk for en afvejning af aspekternes indbyrdes relationer og væsentlighed. Denne prioritering er en væsentlig proces i forhold til første undersøgelsesspørgsmål, der netop omhandler aktivitetsområdets betydning for brugen af PM.

De udvalgte aspekter omsættes efterfølgende til indikatorer, typisk kvantitative. Dette er årsagen til, at PM også betegnes som *Management by Numbers* (MBN) (Hood, 2007). De mest væsentlige indikatorer for organisationen kaldes *key performance indicators* (KPI'ere).

Datasættet vil efterfølgende blive underlagt et sæt af kriterier, der gør det muligt at vurdere, hvornår den enkelte indikator er opfyldt; det er her, en målsætning bliver relevant. Det er ikke eksplicit givet i Pollitts definition, at målsætningen nødvendigvis er formuleret top-down i organisationen – det er også muligt, at organisationens ledelse vælger at understøtte en bottom-up-drevet målsætning. Data bliver omdannet til information som følge af, at kriterierne applikeres til data, og denne information får, alt afhængigt af kriterierne, en værdi for systemets brugere. Denne teoretiske forståelse anvendes i analysen til at identificere og forstå perspektivforskelle mellem hierarkiske niveauer.

Brugen af PM er det sjette og sidste element i forståelsen af PM. Det er ligeledes det mest centrale punkt i forhold til specialets problemformulering. Der kan oplistes en bred kreds af potentielle brugere af PM, idet flere aktører kan have en interesse i at være oplyst eller ligefrem at have kontrol med performance. Det drejer sig om alle tænkelige aktører lige fra medarbejdere i organisationens operative kerne, mellemledere, ledere, politikere, brugere og offentligheden (Pollitt, 2013: 348). Denne kreds af personer med interesse i PM-systemet kaldes for *stakeholdere*. En stakeholder kan eksempelvis have interesse, fordi vedkommende står til ansvar for performance, sådan som eksempelvis topledere i en offentlig organisation står til ansvar over for politikerne, mens politikerne står til ansvar over for offentligheden. Sådan kan der opstilles en række sammenhænge, hvilket også vil blive gjort senere i dette kapitel.

PM er netop en managementstil, der benytter sig af performanceinformation i forbindelse med beslutningstagen (Van Dooren et al., 2010: 17). Den pågældende beslutning vil få gyldighed for den oprindelige aktivitet, og således bliver processen i figur 3 repetitiv.

2.1.1 – Formål med at anvende PM

Der kan i henhold til Hood (2007) skelnes mellem tre former for resultatmåling: Målsætningsbaseret, sammenligningsbaseret og modeller baseret på efterretninger og overvågning. På tværs af de tre former kan der oplistes 44 forskellige årsager til at anvende performanceinformation i en organisation (Van Dooren et al., 2010: 98). I litteraturen er årsagerne typisk inddelt i otte (Behn, 2003) eller ti (Hatry, 1999) generelle formål. Den mest anerkendte fremstilling er ottedelingen, hvor performanceinformation benyttes af hensyn til evaluering, kontrol, budgettering, motivering, promovering, hyldest, læring og forbedring – hvoraf de syv første reelt set er midler til at opnå forbedring. Denne teoretisering opstiller en række begreber, der vil blive brugt i analysen med det formål at beskrive, hvordan PM anvendes. Formålene er uddybet i tabel 1.

Tabel 1: Generelle formål bag anvendelse af resultatinformation.

Formål	Spørgsmål, som resultatinformation kan hjælpe med at besvare
Evaluerer	Hvordan klarer min organisation sig?
Kontrollere	Hvordan kan jeg sikre, at mine underordnede gør de rigtige ting?
Budgettere	På hvilke programmer, brugere eller projekter bør min organisation bruge midler?
Motivere	Hvordan kan jeg motivere frontlinjemedarbejdere, mellemledere, samarbejdspartnere, interessenter og borgere til at gøre de ting, der er nødvendige for at forbedre organisationens resultater?
Promovere	Hvordan kan jeg overbevise politikere, lovgivere, interessenter, journalister og borgere om, at min organisation gør et godt stykke arbejde?
Fejre	Hvilke resultater er værdige til at blive fejret?
Lære	Hvorfor er det, at en aktivitet enten virker eller ikke virker?
Forbedre	Hvad skal hvem præcist gøre anderledes for at forbedre organisationens resultater?

Kilde: Behn (2003: 588), oversat af Kristiansen (2004).

De otte årsager er set fra managernes perspektiv. Outputtet af et PM-system er information, som vel at mærke kan anvendes af forskellige aktører til forskellige formål. Formålet med anvendelsen er på den måde afhængigt af den enkelte aktørs perspektiv.

De otte årsager omtalt i tabel 1 kan reduceres endnu til tre overordnede kategorier, der omfatter læring, styring & kontrol samt beretning (account) (Marr, 2009; Van Dooren et al., 2010: 101). Denne operationalisering skærper de grundlæggende formål med brugen af resultatinformation til at være de basale formål. Sidstnævnte vedrører beretning som en del af at udvise ansvarlighed i forhold til omverdenen, men der er i tillæg hertil tale om, at PM finder anvendelse med henblik på at udvise ansvarlighed internt i en organisation (Marr, 2009: 145). Ansvarlighed bliver et centralt begreb i analysen, da specialets case er en moderne offentlig organisation med en politisk ledelse. Ansvarlighed er påkrævet som en modydelse for, at en offentlig organisation kan have frie metoder til at udføre opgaverne, men i flere tilfælde i praksis er ansvarlighed blevet synonym med kontrol, hvilket giver ringere forudsætninger for et velfungerende PM-system.

Brugen af PM er forskellig mellem organisationer qua forskellige behov for resultatinformation. Hvis brugen af resultatinformation sker med henblik på styring og kontrol, siges koblingen mellem måling og bedømmelse at være tæt. Der er således tale om *hard use*. I den omvendte situation er koblingen løs, hvis bedømmelsen af resultatinformation sker via mediering. Det vil med andre ord sige, bedømmelse på baggrund af interpretation og dialog om resultatinformation indikerer *soft use*. Disse begreber vil være anvendelige i analysen i forhold til at beskrive koblingen mellem måling og bedømmelse.

Det er værd at bemærke i tillæg til ovenstående gennemgang af årsagerne til at anvende resultatinformation, at PM ikke findes i sin rene form i enhver organisation. Det må forventes, at en

organisation tilpasser sit PM-system til konteksten, og derfor findes PM i praksis ikke i sin rene form (Van Dooren et al., 2010: 32). Denne betragtning danner baggrund for i analysen at aplikere oversættelsesteori på PM-teori med henblik på at forklare denne tilpasning til konteksten.

2.1.2 – Aktører i PM-systemer

Tabel 2 viser i hovedtræk hvilke aktører, der kan forventes at være brugere af et PM-system. Brugerne befinder sig på forskellige hierarkiske niveauer, og derfor er denne rammeforståelse væsentlig i forhold til at besvare problemformuleringen. Tabellen angiver også i hvilket omfang, det kan forventes, at aktørerne er motiverede til at gøre brug af systemet, samt i hvilket omfang det kan forventes, at aktørerne har mulighed for at forstå dybereliggende, tekniske aspekter af systemet. Endeligt er aktørernes tidsmæssige orientering ligeledes angivet, idet det kan forventes, at forskellige vilkår kan influere på hvor lang en tidsserie, der er interessant for den enkelte aktør.

Tabel 2: Hovedaktører i et PM-system.

Aktør	Motivation til engagement	Kognitiv kapacitet ift. teknikaliteter	Tidshorisont
Politikere	Medium	Lav/medium	Kort/medium
Topledelser	Høj	Medium/høj	Medium
Administrative medarbejdere	Høj	Høj	Medium/lang
Operationelle medarbejdere	Høj	Medium/høj	Medium/lang

Kilde: *Operationalisering pba. Pollitt (2013: 350).*

Det ses, at operationelle medarbejdere, administrative medarbejdere og topledelser er relativt mest motiverede til at engagere sig i et PM-system, og disse har ligeledes den længste tidsmæssige orientering. Disse tre grupper har den tætteste kontaktflade med den egentlige præstation, og dette anses som forklaringen på deres store motivation. Kontaktfladen til præstationen eller aktiviteten gør ligeledes, at disse tre grupper har en relativt høj kognitiv kapacitet, dvs. at de har en stor forståelse for de tekniske forhold bag præstationen.

Politikeres motivation ligger på et medium-niveau, og både deres kognitive kapacitet og tidshorisont er relativt lav. I denne sammenhæng er det værd at erindre, at politikere desuden bistås af administrative medarbejdere, som netop udmærker sig i forhold til ovennævnte karakteristika. Politikerne er ligeledes karakteriseret med en lav kognitiv kapacitet, da disse i henhold til teorien har vanskeligt ved at forstå teknikaliteterne i operationelle aktiviteter, der ligger uden for deres hverdag. Et empirisk studie har vist, at organisationer med begrænset kapacitet i forhold til at



indsamle og analysere data er mindre tilbøjelige til at bruge PM (Rabovsky, 2014: 268). Dette implikerer, at organisationen for at disponere over sine ressourcer må prioritere hvilke dele af aktiviteterne, der skal monitoreres. Denne prioritering er unik for hver enkelt enhed i en organisation, fordi hver enhed har hver sin portefølje af aktiviteter. Eftersom PM er et udtryk for en sådan prioritering, forventes brugen af PM dermed at være forskellig fra enhed til enhed qua forskellige aktiviteter. Dette giver anledning til den første hypotese:

Hypotese 1: PM anvendes forskelligt afhængigt af aktiviteten i en enhed.

Ovenstående tabel fungerer som en forståelsesramme for PM som et teoretisk fænomen. I det følgende redegøres for forskellige anvendelsesformer af PM ud fra en lignende opdeling mellem administrative og politiske ledere. Denne redegørelse vil ligesådan fungere som en teoretisk forståelsesramme i forhold til at besvare specialets problemformulering.

Det ses bl.a. af tabel 3, at politikere og politiske ledere forventes at benytte performance information i forbindelse med ansvarlighed, *accountability*. Politikerne står på mål for den offentlige sektor og dens servicestandarder, og performance informationer kan benyttes som redskab i forhold til at vurdere, om den førte policy omsættes tilfredsstillende – eller slet ikke omsættes. Man kunne forvente, at folkevalgte er de primære brugere af performance information, fordi disse er overordnet ansvarlige for politiske organisationer, men man ved ganske lidt om måden, de anvender det på (jf. Van Dooren et al., 2010: 120). Det er således interessant at inkludere det politiske niveau i sammenhæng med det administrative niveau i analysens fokus.

Tilsvarende ses det for de administrative ledere i offentlige organisationer, at disse forventes at benytte performance information til styring og kontrol af organisationen. På det laveste ledelsesniveau i en organisation forventes informationen også at blive anvendt til læring i forhold til at skabe forbedringer i måden, som policy omsættes på.

Tabel 3: Målgrupper, forventet anvendelsesform og type af resultatinformation.

Overordnede målgrupper for resultatinformation	Specifikke målgrupper for resultatinformation	Forventet primære anvendelsesform	Type af resultatinformation
Administrative ledere	Topledere	Styring og kontrol	Programinformation, interne dokumenter (scorecards)
	Ledere	Styring og kontrol	Programinformation, resultatvurderinger, scorecards
	Programledere	Læring	Programinformation, interne dokumenter
Politikere og politiske ledere	Politiske ledere (ministre, borgmestre mv.)	Ansvarlighed	Programresultater, interne dokumenter og rapporter om resultater
	Folkevalgte politikere (medlemmer af Folketinget mv.)	Ansvarlighed	Afrapportering af resultater, årsrapporter, estimater for fremtiden

Kilde: Kristiansen (2004) pba. Van Dooren et al. (2010: 118).

Det ses at aktørerne i både tabel 2 og 3 befinder sig på forskellige hierarkiske niveauer i en organisation. Tabel 3 er dog mere anvendelig til besvarelse af problemformuleringen, fordi denne teoretisering har differentierede ledelseslag mellem topledelse og operationelle medarbejdere. Forskellene i hvordan aktørerne forventes at bruge PM, giver anledning til følgende hypotese:

Hypotese 2: PM anvendes forskelligt på forskellige hierarkiske niveauer i organisationen.

Det er værd at bemærke, at ordinære medarbejdere i en organisation ikke indgår i nogle af de overordnede målgrupper, som er nævnt i tabel 3. I henhold til tabel 2 kan disse kan være højt motiverede i forhold til engagement i et PM-system, men det er uklart hvilken form for anvendelse, PM i så fald finder blandt medarbejderne. Hypotese 2 retter sig derfor både mod politisk niveau, administrativt niveau og operationelt niveau.

2.1.3 – Performance management i et institutionelt perspektiv

Finansministeriet har været en central aktør i forhold til udbredelsen af mål- og resultatstyring i den danske offentlige forvaltning (Kristiansen, 2004: 143). PM er således i dag velinstitutionaliseret i dansk forvaltning, fx inden for politiet, skoleområdet, beskæftigelsesområdet og sundhedsvæsenet. I den sammenhæng er det oplagt at betragte PM som en idé, om hvordan en moderne offentlig



organisation fungerer på (jf. Scott, 1998: 163). Denne ledelses- og styringspraksis har så at sige spredt sig først mellem private organisationer, så fra den private sektor til den offentlige sektor og herefter mellem offentlige organisationer. En latent årsag ved anvendelsen af performance information er at fremstå moderne (Van Dooren et al., 2010: 99-100) og opbygge legitimitet (Halachmi, 2002: 65). Dette forhold kan ses som et eksempel på, at der inden for institutionel teori tales om, at organisationer efterstræber legitimitet og adopterer idéer med henblik på at sikre sig legitimitet (Røvik, 1998). Det kan synes, at PM er båret frem af NPM, fordi NPM står som et paradigme for hvilke praksisser, der forestilles at være korrekte og passende for en organisation at anvende. Institutionelle teoretikere, bl.a. DiMaggio & Powell (1983), har skrevet om, hvordan denne stræben efter legitimitet skaber homogenitet mellem organisationer, der er beslægtede i aktiviteter.

Det kan forekomme nærliggende at anskue anvendelsen af PM ved hjælp af en institutionel tilgang, fordi institutionel teori er en teoretisk retning med fokus på, hvordan kommunikerede forestillinger tillægges særlig værdi. Det er omdrejningspunktet for institutionalismen, at verden er et produkt af socialt skabte idéer og begreber (Scott, 1998). Det centrale begreb i den forbindelse er institutionalisering, der traditionelt betegnes som den proces, hvor en aktivitet tillægges en social værdi, der overstiger de tekniske aspekter af aktiviteten (Selznick, 1957: 17). Institutionalisering indikerer således noget ikke-rationelt, idet den sociale realitet bliver, at aktiviteten tillægges en højere værdi gennem menneskelig kommunikation, og der derved skabes en forskel mellem oplevet værdi og teknisk værdi.

Den institutionelle tilgang vil blive behandlet mere udførligt i afsnit 2.3. Formålet er i denne sammenhæng at gøre opmærksom på, hvordan PM kan anskues som en idé, der spredes som praksis mellem organisationer. Der vil som følge heraf være behov for, at hver organisation der adopterer idéen, også tilpasser idéen til sin egen organisatoriske kontekst, og denne handling baner vej for, at der sker en oversættelse af idéen (Latour, 1986; Røvik, 2007). Set i dette perspektiv kan det forekomme, at hvad der forekommer som en ensartet spredning af PM som ledelses- og styringspraksis, faktisk manifesterer sig som principielt forskellige tilpasninger til konteksten (Pollitt & Dan, 2013: 25). Denne erkendelse kalder på, at udbredelsen af PM analyseres i et nuanceret teoretisk perspektiv.

2.2 – Tidligere forskning om performance management

PM er et kerneelement i moderne public management. PM har eksisteret længe før NPM, men takket være NPM blev 80'erne og 90'erne de mest indflydelsesrige årtier for PM (Van Dooren et al., 2010: 37-38).

NPM rummer forskellige moderne styringslogikker for den offentlige sektor, hvoraf flere af dem er udbredt med inspiration fra den private sektor, fx kontraktstyring (Hood, 1991), aktivitetsbaseret omkostningsfordeling (ABC) (Kaplan & Cooper, 1998) og resultatbaseret styring (Kristiansen, 2004; Ejler et al., 2008). Sidstnævnte er en dansk betegnelse for PM. Det er dog mere problematisk at bedrive PM i den offentlige sektor end i den private, bl.a. pga. multiple principaler, udfordringer ved at definere og måle output samt medarbejdernes indre motivation (Burgess & Ratto, 2003: 297-298).

En af doktrinerne i NPM-bevægelsen er, at den offentlige sektor må eksplicitere standarder og mål for performance (Hood, 1991: 4). Ved PM er den grundlæggende antagelse, at hvis bare performance er i overensstemmelse med målsætningen, er metoden fri i forhold til at omsætte policy til praksis (Brodin, 2011: 253; Soss et al., 2011: 204). Der er således givet en metodefrihed i forvaltningen ved PM, hvilket står i modsætning til kontraktstyring, der er mere detailorienteret i forhold til leveringen af offentlige ydelser og services.

Forskellige PM-modeller betoner på hver sin måde aspekterne på forskellig vis, og dette ses i form af differentieringen mellem betegnelserne som eksempelvis målstyring og resultatstyring; målstyring kendes også under betegnelsen Management by Objectives (MBO) (Drucker, 1976; Swiss, 1991). Resultatstyring er styring på baggrund af informationer om organisationens produktivitet, effektivitet, nyttevirkning og rimelighed (Johnsen, 2005). Eksemplerne viser, hvordan hovedvægten i hver model således er på de grundlæggende intentioner med et sæt af hhv. handlinger og informationer om organisationens resultater.

Brugen af PM og andre governance-redskaber er ikke i alle tilfælde i overensstemmelse med hinanden, men skal nødvendigvis heller ikke være det, fordi PM kan benyttes som "side payments" (Askim, 2015: 385). Det vil med andre ord sige, at PM medvirker til at rette politisk opmærksomhed på aktiviteter, der ikke er tilgodeset i strategier og formelle handleplaner. Askim (2015) forventer dermed, at PM-praksis udbredes yderligere i årene fremover.



2.2.1 – Fordele og ulemper ved PM

Fordele og ulemper ved brugen af PM er diskuteret i mange anledninger (fx Bregn, 2006; Pidd, 2005). Et af argumenterne for brugen af PM er, at en offentlig organisation, der er i stand til at definere sine produkter/services, kan dokumentere sin performance, og dette kan lede til øget effektivitet, nyttevirkning og legitimitet (de Bruijn, 2007: 3).

Måling af performance er ligeledes en styrke for relationen mellem formulering og implementering af policy. Performancemåling genererer i dette tilfælde information om implementeringen, og denne information kan benyttes til at ophøje kvaliteten af både policy og implementering. Dette argument leder til, at performancemåling bidrager til at gøre policy formuleringer så evidensbaserede som muligt, fordi det understøtter læring og intelligens i organisationen (de Bruijn, 2007: 12-13), og det samme er i så fald tilfældet for organisatoriske beslutningsprocesser. Evidensbaseret policy (EBP) er det nyeste eksempel på performance-bevægelsen; fakta og figurer vedrørende outcome skal oplyse policy beslutningerne frem for ideologier eller skiftende meninger (Van Dooren et al., 2010: 44). Dette forhold er ligeledes det primære argument for at praktisere datadrevet ledelse i Region Nordjylland.

Ulemperne ved PM er beskrevet ud fra forskellige aspekter, for eksempel dysfunktionelle konsekvenser (Ridgway, 1956), perversiteter (Pidd, 2005; Soss et al., 2011; de Bruijn, 2007: kap. 2) og alternative logikker (Pollitt, 2013). Der er overlap mellem de tre nævnte aspekter, idet der er tale om uhensigtsmæssigheder ved måling af performance. I flere tilfælde er det baggrunden for målingen, der giver anledning til uhensigtsmæssigheder:

”Even where performance measures are instituted purely for purposes of information, they are probably interpreted as definitions of the important aspects of that job or activity and hence have important implications for the motivation of behavior” (Ridgway, 1956: 247).

Enhver monitorering har således en signalværdi i sig selv. Monitoreringen eller målingen bliver på den måde retningsgivende for aktørernes bevidste såvel som ubevidste adfærd, selv hvis formålet med målingen er at tilvejebringe information. Det kan formodes, at denne signalværdi ved en måling forstærkes i takt med, at formålet med målingen bevæger sig fra soft use til hard use.

Pointen i Ridgways udsagn går igen i det populære udsagn om, at man får det, man måler. Hansen (2016) taler i den forbindelse om forskellige typer af skævheder i performance-målinger:

- a. Det er nemmere at måle kvantitet end kvalitet.
- b. Det er nemmere at måle output end outcome.
- c. Det er nemmere at måle input end output.

Alle tre skævheder kommer til udtryk ved fokus på et let observerbart parameter på bekostning af et mere informationsholdigt parameter såsom kvalitet, outcome og output, der dækker over de langsigtede udfald af en præstation. Skævhederne medfører en tendens til, at mange organisationer bruger tid på at måle og registrere det let observerbare og bruger derfor tid på alt for meget irrelevant data; de 'drukner i data og tørster efter information' (Marr, 2009: 4). Det andet spørgsmål i specialets problemformulering handler om brugen af PM som følge af vanskeligheder i forhold til datas validitet, og i betragtning af de tre skævheder er der grundlag for, at vanskeligheder i forhold til datas validitet kan forekomme.

I betragtning af de potentielle perversiteter (Pidd, 2005; Soss et al., 2011; de Bruijn, 2007: kap. 2) og alternative logikker (Pollitt, 2013) ved performance-målinger kræver det konstant bevågenhed at sikre, at systemet ikke medfører for mange uintenderede konsekvenser. Aktørerne i et PM-system har alle hver sin forståelse af systemet, og derfor kan systemet heller ikke designes til at modstå alle tænkelige alternative logikker. Til gengæld kræver et PM-system konstant bevågenhed og justering af både målsætning, måling samt praksis for validering (Pollitt, 2013: 358). De nævnte elementer må være afbalanceret i forhold til hinanden med henblik på at minimere alternative logikker og give systemet de bedste forudsætninger for at være velfungerende. Denne opmærksomhed på valideringspraksis er væsentlig i forhold til det tredje og fjerde undersøgelsesspørgsmål.

Forudsætningerne for et velfungerende PM-system udvides i takt med, at den enkelte aktør øver sig i at anvende værktøjerne (Kroll & Moynihan, 2015: 417). Sammenhængen kommer også til udtryk ved, at managere der øver sig i stort omfang, ligeledes lægger større vægt på performancedata, når der skal træffes beslutninger. Det vil med andre ord sige, at øvelse gør mester. Øvelse dækker over en udbredt brug af PM, hvilket kan betegnes om en institutionalisering af praksis. Det er på den baggrund relevant at anskue PM-teori i sammenhæng med institutionel teori.



2.3 – *Institutionel teori og oversættelsesteori*

PM kan ses som en idé, der har bredt sig mellem forskellige organisationer. Systemet rummer et sæt af antagelser og nogle tilhørende værdier, som en organisation kan vælge at adoptere. Spredningen af en sådan praksis sker bl.a. ud fra en *logic of appropriateness* (March & Olsen, 1996), hvor indoptagelsen i organisationen sker, fordi det anses for passende at gøre netop dette i situationen. Spredningen af idéer er således kulturbetinget. Det er omdrejningspunktet for den traditionelle institutionalisme, hvordan organisationer udvikler sig og indoptager nye værdisæt, der afspejler den pågældende situation. Selznick (1957) der har bidraget til den klassiske institutionelle teori, skriver, at organisationer fyldes med samfundets værdier i en institutionalisering:

“”To institutionalize” is to infuse with value beyond the technical requirements of the task at hand” (Selznick, 1957: 16).

Institutionalisering er således først og fremmest en proces, og dernæst er det en afspejling af organisations omgivelser i forhold til organisationens egen historie, medlemmer, grupperinger og deres interesser. Der findes ikke én generel definition af en institution, men dette speciale anvender en forståelse, der ligger i naturlig forlængelse af Selznicks definition af institutionalisering; en institution er et værdiladet fænomen, der indoptages i en organisation, og hvor den oplevede værdi ligger ud over fænomenets tekniske aspekter. I en mere konkret udformning kan en institution for eksempel både være et regelsæt, en praksis eller en model, og i dette speciale ses datadrevet ledelse som en institution.

Inden for den institutionelle forskningstradition arbejdes der med tre grundlæggende antagelser (Immergut, 1998: 8); den første antagelse er, at præferencer og interesser der ekspliciteres i handlinger, ikke skal forveksles med sande præferencer. Denne antagelse er bl.a. blevet underbygget i Meyer & Rowans berømte studie (1977) om rationaliserede myter som et udtryk for, at organisationer adopterer organisationsformer, der er rationaliseret i det omgivende samfund. Adopteringen af en organisationsform fortæller ikke noget om organisationens egne interesser, foruden at organisationen ønsker at leve op til de forestillinger, der gør sig gældende i samfundet med hensyn til, hvad der betragtes som passende, tidssvarende, korrekt, effektivt mv.

Den anden grundlæggende antagelse er, at aggregering af interesser på organisationsniveau er problematisk, fordi det forvrænger det sande billede. Det er ikke kun vigtigt for en institutionel teoretiker at have forståelse for den omkringliggende kontekst for en organisation, men også for den



intra-organisatoriske kontekst i form af, hvordan organisationen er konstrueret både i kulturel, sociologisk og organisatorisk forstand. Denne betragtning bevirker også, at der kan være forskelle i interesser *inden for* en organisation, og at det derfor vil være fejlagtigt kun at fokusere på et gennemsnitligt parameter. Det er bl.a. derfor at problemformuleringen og undersøgelses-spørgsmålene differentierer mellem forskelle i aktivitetsområder og hierarkiske niveauer.

Den tredje og sidste antagelse er, at institutionelle udformninger tilgodeser et særligt sæt af interesser og kan have behov for at blive revideret. Behovet for at reformere en adopteret institution skal særligt ses i lyset af nyinstitutionalismens fokus på legitimitet som et grundvilkår for enhver organisation. Et velkendt bidrag til den nyinstitutionelle forskningslitteratur har konkluderet, at organisationer har tendens til at adoptere lignende organiseringer, fordi det anses for at være legitimt eller særligt succesfuldt (DiMaggio & Powell, 1983). Institutionel isomorfisme er på den måde et middel til at opnå legitimitet, som alle moderne organisationer stræber efter. Institutionel isomorfisme har forudsætninger for at ske, når organisationer begynder at interagere med hinanden, og de organisatoriske aktører i den forbindelse udvikler en fælles bevidsthed om en samhørighed (DiMaggio & Powell, 1983: 148). Dette skaber et organisatorisk felt, som for eksempel når de fem danske regioner arbejder sammen i regi af Danske Regioner.

Brugen af PM kan som tidligere nævnt være begrundet i en søgen efter legitimitet. Det er i den betragtning nærliggende at analysere brugen af PM i et nyinstitutionelt perspektiv. Det gængse synspunkt inden for nyinstitutionel teori er, at organisationer påtager sig lignende organisationsformer. Bidragsyderne til den skandinaviske institutionalisme (fx Czarniawska & Joerges, 1996; Boxenbaum & Pedersen, 2009) har distanceret sig fra dette synspunkt ved at sige, at organisationsformerne ved nærmere eftersyn netop er forskellige i kraft, at der er sket en tilpasning til hver enkelt organisatorisk kontekst.

En måde at kontekstualisere en organisationsform på er at oversætte den. Oversættelsesteori findes i hovedkategorierne litteraturvidenskabelig oversættelse (fx Madsen, 2013) aktør-netværksteori (fx Latour, 1986) og institutionel teori (fx Czarniawska & Joerges, 1996). Inden for den institutionelle retning af oversættelsesteori bruges betegnelsen som idé for organisationsformer, modeller mv., der spredes mellem organisationer. Institutionalisering sker på den måde ved, at en idé repeteres et tilstrækkeligt antal gange for aktørerne i en organisation, men det er erfaret, at en idé oversættes ud fra forskellige behov og omstændigheder (Czarniawska & Joerges, 1996: 23). Det

vil altså sige, at oversættelse af den samme idé for det første ikke nødvendigvis sker 1:1 og dernæst ikke ensartet i alle organisationer.

Oversættelse af en idé betyder ligeledes, at opfattelsen af hvad der er passende, afhænger af både situation og kontekst. Det bliver i den forstand flertydigt, hvad der kan forstås som passende adfærd for den enkelte aktør (Christensen & Røvik, 1999). Denne tese kan udfoldes i, at der er forskellige forventninger til, hvordan PM praktiseres på forskellige hierarkiske niveauer. For den enkelte leder kan der være et omfattende sæt regler og forventninger, der er med til at definere en passende adfærd. Regler for adfærd forventes at være givet top-down, men forventninger til adfærd kan være rettet både top-down og bottom-up. Sidstnævnte kan komme til udtryk i form af modsatrettede forventninger. Dette giver anledning til den tredje hypotese i specialet:

Hypotese 3: Regler og forventninger der determinerer lederes passende adfærd i særlige situationer, er flertydige, konkurrerende og i konflikt med hinanden.

2.3.1 – Røviks oversættelsesteori

Røvik (2007) har teoretiseret over den oversættelsesproces, der sker, når en organisation skal omsætte hhv. en praksis til idé eller en idé til praksis. Processerne kaldes hhv. dekontekstualisering og kontekstualisering. Da dette speciale omhandler, hvordan en idé som datadrevet ledelse bruges i praksis, vil kontekstualisering blive udfoldet i de følgende afsnit. Dermed vil dekontekstualisering ikke blive beskrevet yderligere i teorikapitlet.

2.3.1.1 – Kontekstualisering

I dette afsnit vil det blive gennemgået, hvad kontekstualisering betyder, og så vil det også blive belyst hvilke aktører, der foretager oversættelse og hvilke arealer, dette sker i. Afsnittet vil blive afsluttet med en gennemgang af, hvordan oversættelse af en idé sker ud fra tre logikker. Disse tre logikker vil være en del af den teoretiske fortolkningsramme for analysen.

Kontekstualisering vil sige, at man tager en idé ud af den kontekst, hvor den findes, og indsætter den i en anden kontekst. Når en idé kommer ind i en ny kontekst, betyder det også, at den kommer ind i en virkelighed med etablerede rutiner, procedurer og kulturer (Røvik, 2007: 293). Kontekstualiseringen betegner dermed tilpasningen til den nye kontekst.

2.3.1.2 – Den hierarkiske oversættelseskæde

Røvik har opstillet en model i forhold til at forklare aktører og arenaer i en oversættelsesproces. Modellen kendes under navnet *den hierarkiske oversættelseskæde* og er karakteriseret ved at lægge vægt på en top-down-tilgang i forhold til at oversætte en idé til en ny kontekst. Modellen er relevant for analysen på grund af det hierarkiske fokus, som specialets problemformulering foranlediger for analysen. Modellen består af fem argumenter og antagelser, som skal ses i sammenhæng (Røvik, 2007: 294-295). Disse fem dele af den hierarkiske oversættelseskæde er:

1. *Top-down-orientering*: Idéer kommer ind i organisationen via topledelsen. Strukturen danner en vertikal oversættelseskæde, hvor topledelsen er den centrale aktør i oversættelsen og spredningen af idéer. Det vil med andre ord sige, at i specialets case vil en idé blive indoptaget via regionsdirektionen eller hospitalsledelsen.
2. *Problembetinget søgning efter løsninger*: Topledelsen er den primære instans, når nye idéer skal ind i organisationen. De idéer organisationen tager ind, skal ses som værende løsninger på problemer og udfordringer, der præger organisationen.
3. *Begrænset frihed til oversættelse*: Topledelsen har klare opfattelser i forhold til, hvordan nye idéer skal implementeres. Dette betyder, at der på de underliggende niveauer vil være en begrænset frihed til oversættelse.
4. *Stimuli-respons-baseret sekventialitet*: Implementeringen sker etapevist fra topledelsen til næste underliggende niveau og så videre hele vejen igennem organisationen. Der sker en lokal oversættelse og tilpasningen af idéen, hver gang den når et nyt hierarkisk niveau.
5. *Fra det abstrakte til det konkrete*: De idéer som topledelsen tager ind i organisationen, er abstrakte og utydelige. Idéerne bliver dog mere konkrete på deres vej ned igennem organisationen, da der foregår lokale oversættelser og tilpasninger.

Det generelle billede er, at lokal oversættelse er nødvendigt for at transformere en abstrakt idé til en konkret praksis. En del af PM er at have et sæt klart definerede indikatorer til monitorering af performance. Når PM oversættes lokalt i henhold til ovenstående punkter, oversættes konceptet og dermed også datadefinitionerne, hvilket kan få betydning for datas validitet. Dette giver anledning til endnu en hypotese:

Hypotese 4: Når PM oversættes lokalt, sker der også en lokal oversættelse af datadefinitionerne.



2.3.1.3 – Kontekstualiseringsregler

Kontekstualiseringsregler er opdelt i *indskrivningsregler* og *oversættelses- og omformningsregler*. Inskrivningsregler indeholder en tidsmæssig dimension, som ikke genfindes i specialet, og derfor er de udeladt. Oversættelses- og omformningsreglerne omhandler hvilke frihedsgrader, oversætteren har, når en idé skal ændres, så den passer til en anden kontekst (Røvik, 2007: 306). Oversættelses- og omformningsreglerne er operationaliseret i tre oversættelsesmodi (Røvik, 2007: 308-318):

1. *Den reproducerende modus* er kendetegnet ved, at oversættelse sker ved, at idéer kopieres fra én kontekst til en anden. Denne modus er altså med andre ord en 1:1-oversættelse.
2. *Den modificerende modus* er kendetegnet ved, at oversættelsen er en tilpasning. En oversættelse i denne modus sker ved, at der sker en tillægning og en fratrækning i forhold til den oprindelige idé, så den tilpasses en lokal kontekst.
3. *Den radikale modus* er kendetegnet ved, at en idé ændres signifikant. Oversættelsen i den radikale modus sker ved, at en idé forvandles væsentligt i forhold til sin oprindelige form.

Andersen & Røvik (2015) præsenterer tre principper, som kan minde om Røviks tre oversættelsesmodi. Det første af principperne, også kaldet det praktiske princip er en 1:1-oversættelse i stil med den reproducerende modus. Det pragmatiske princip kan sammenlignes med den modificerende modus, da begge lægger vægt på, at oversættelse sker ved tilpasning. Det sidste princip betegnes som det skeptiske princip. Dette kan sammenlignes med den radikale modus, da begge har fokus på større og mere markante ændringer af idéer (Andersen & Røvik, 2015: 5). Der vil blive analyseret på baggrund af Røviks egne oversættelsesmodi, og derfor vil principperne fra Andersen & Røvik (2015) ikke fremgå andre steder i specialet.

2.3.1.4 – Oversættelseslogikker

Andersen & Røvik (2015: 5-7) har beskrevet tre logikker for, hvordan lean-filosofi kan oversættes. I dette speciale ses logikkerne dog i et bredere perspektiv, og de vil derfor ikke kun blive anvendt i forhold til oversættelse af lean-filosofi, men som logikker for oversættelse i mere generel forstand. De tre logikker udfoldes i det nedenstående:

1. *Whisper down the lane*: Oversættelse kan ses som en proces med mange niveauer, hvor hvert niveau oversætter idéer med henblik på, at de skal passe ind i deres del af organisationen. Med denne måde at oversætte på vil der være forskelle på, hvordan en idé ser ud, når den er på det udførende niveau, kontra hvordan den oprindeligt så ud.



2. *Washed out*: Det er ofte kun redskaber i en idé, der oversættes til en ny kontekst. Det vil sige, at arbejdsmetoder som fx tavlemøder bliver overført til en organisation, men selve filosofien bag denne arbejdsmetode udelades. Dette betyder, at der bliver tale om en overfladisk oversættelse af en idé.
3. *Introductory sale*: I en organisation med kulturelle og sociale barrierer kan det være vanskeligt at implementere nye idéer. Det er derfor vigtigt, at idéer bliver kondenseret til det mest væsentlige, som herefter kan tilpasses lokalt på forskellige organisatoriske niveauer. Hvis en implementering skal være vellykket, så afhænger det af, hvorvidt den kondenserede idé oversættes ind i den nye kontekst.

Røviks (2007) oversættelsesteori er senere udbygget af eksempelvis Madsen (2013), der har opstillet egne modeller og logikker for oversættelse. Madsen (2013) har dog fokus på oversættelse af strategidokumenter og derfor finder denne teori ikke anvendelse i dette speciale. De teoretiske redskaber i specialet er således PM-teori og oversættelsesteori som beskrevet i ovenstående regler og logikker.

Kap. 3 – Kontekst

Hensigten med dette kapitel er at gøre rede for både den organisatoriske og institutionelle kontekst for specialet. Først beskrives det danske sygehusvæsen, og efterfølgende præsenteres en organisatorisk beskrivelse af specialets case, hvilket er Aalborg Universitetshospital. Dette følges op af en tilsvarende beskrivelse af de dele af Region Nordjylland, som er relevante for specialets case. Endeligt gennemgås en række politiske aftaler, der i dag har gyldighed for både Aalborg Universitetshospital og sygehusvæsenet i det hele taget. Denne del udgør sammen med en beskrivelse af patientrettigheder en redegørelse for den institutionelle kontekst, nærværende speciale er udarbejdet indenfor.

3.1 – *Det danske sygehusvæsen*

I 1983 udsendte den daværende regering et moderniseringsprogram for den offentlige sektor (Finansministeriet, 1983). Heri opfordrede regeringen alle dele af den offentlige sektor til at tage del i moderniseringsprocessen, så den offentlige sektor dels kunne agere 'tidssvarende' og dels kunne levere ydelser af en god kvalitet uden at skulle have tilført flere ressourcer.

Der var med moderniseringsprogrammet ikke tale om autoritative reformer af den offentlige sektor, idet forandringen som sagt var opfordret. Sundhedsstyrelsen udarbejdede et par år senere en national strategi for systematisk kvalitetsregistrering, kvalitetssikring, kvalitetsstyring og kvalitetsledelse (jf. Jespersen, 2001: 27). Strategien blev udformet med inspiration fra Verdenssundhedsorganisationen WHO og kan ses som et initiativ i forhold til, hvordan sundhedsvæsenet kunne dokumentere, at der faktisk også blev leveret ydelser af høj kvalitet, sådan som moderniseringsprogrammet lagde op til.

Efterfølgende er der i sygehusvæsenet blevet arbejdet meget med aktivitets- og produktionsmål i forbindelse med kontraktstyring. Forskellige kommissioner har gennem tiden anbefalet forskellige organisations-, ledelses- og styringsformer, som for eksempel Sygehuskommissionens (1997) anbefalinger om aktivitetsbestemte bevillinger og entydig ledelse. Siden 2005 har de offentlige hospitaler været underlagt et produktivitetskrav som en del af aftalerne om den kommunale økonomi (Finansministeriet, 2004: 51). I 2005 var kravet, at hospitalerne skulle producere 1,5 % ekstra, og fra 2007 blev det sat op til 2 % (Finansministeriet, 2006: 51), som fortsat er gældende. Hospitalerne er således i dag underlagt krav om at skulle præstere på et vist niveau, hvilket giver belæg for at anvende PM og belæg for at have sygehusvæsenet som undersøgelsesområde i en analyse i forhold til PM.

Sygehusvæsenet er desuden et felt med en faglig tradition for monitorering og data, idet der findes et utal af kliniske databaser, som speciallæger og andre fagpersoner selv administrerer for at dokumentere bl.a. effekt og kvalitet af specifikke behandlingsformer. Data er på den måde en naturlig kilde til at opbygge evidens for den anvendte kliniske praksis. Data om præstationer og resultater kan således udgøre grundstenen både for klinisk og administrativ praksis.

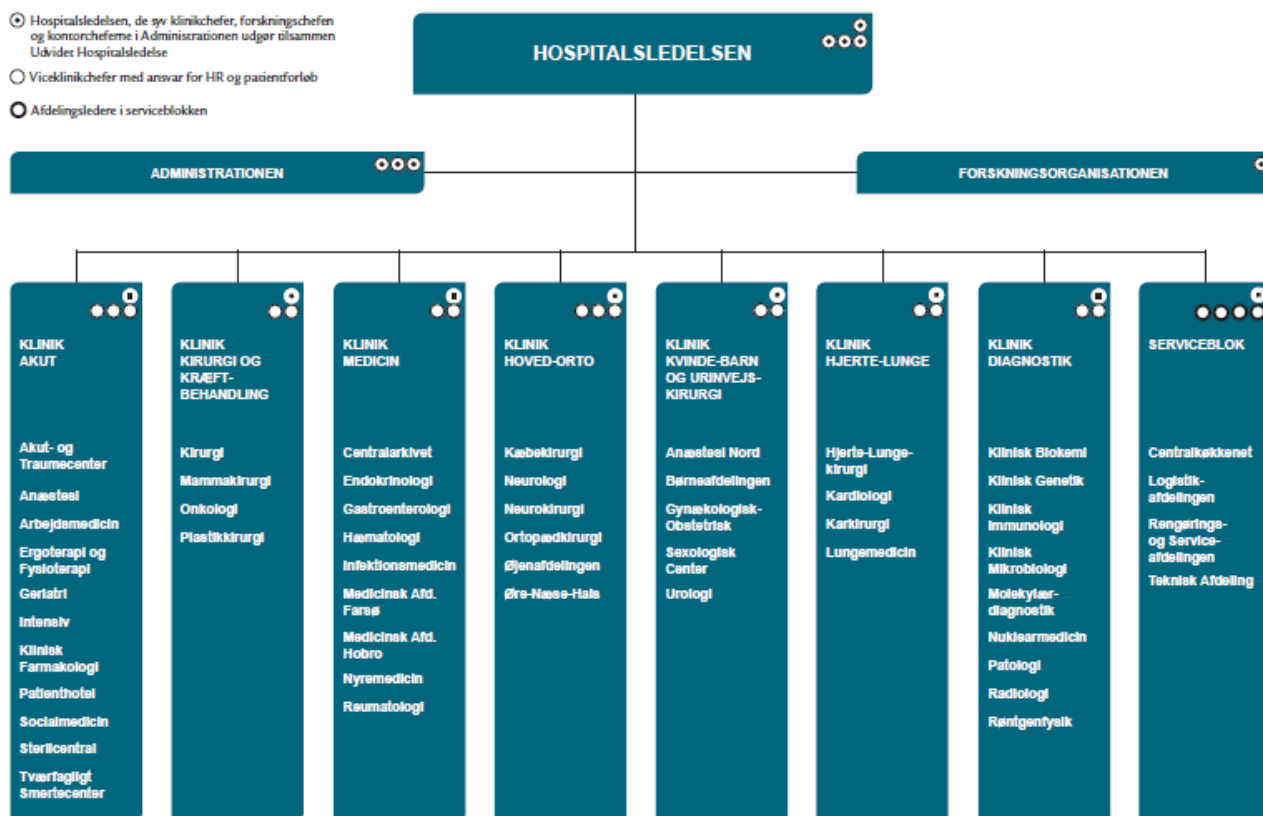
Foruden de kliniske monitoreringer findes også den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), som er en årlig evaluering af 250.000 patienters besøg på de danske hospitaler. Der er således tale om patienters vurdering af hospitalernes performance på flere parametre, hvilket antyder, at anvendelsen af performance information i sygehusvæsenet har flere formål og flere interessenter.

Det danske sundhedsvæsen er ligeledes blevet udbygget med en række patientrettigheder såsom retten til frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning (udredningsret) og ret til hurtig behandling (behandlingsgaranti). Disse rettigheder er givet ved lov og fungerer som målsætninger for de fem regioner, der har ansvaret for sundhedsvæsenet og dermed også ansvaret for, at patienternes rettigheder overholdes. Dette uddybes nærmere i afsnit 3.3. Opstillingen af nationale målsætninger giver på den måde basis for brug af PM i de ansvarlige organisationer, idet der er mål og i nogle tilfælde monitoreringsmodeller at arbejde ud fra.

3.2 – Case: Aalborg Universitetshospital

Aalborg Universitetshospital består af ti divisioner under hospitalsledelsen. De ti divisioner dækker over syv klinikker, en serviceblok for bl.a. køkken- og logistikfunktioner, en administration og en forskningsorganisation. Det er opbygningen af de syv klinikker, der er i fokus for denne redegørelse. Nedenstående organisationsdiagram kan give et overblik over organiseringen af hospitalet.

Figur 4: Organisationsdiagram for Aalborg Universitetshospital.



Kilde: Region Nordjylland.

Den nuværende organisering er fra 2013, hvor Region Nordjylland implementerede *Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisering* (FLO) på regionens somatiske hospitaler. Organisationsstrukturen er utraditionel i forhold til andre danske hospitaler, fordi den er forløbsbaseret, hvilket vil sige, at specialerne er organiseret i klinikker ud fra hensyn til sammenhængende patientforløb (Region Nordjylland, 2012a: 11). Organisationsstrukturen var tidligere bestående af fire store centre, der er en traditionel organisationsform og fortsat udbredt på landets øvrige hospitaler. I en traditionel centerstruktur er specialerne organiseret på baggrund af naturlige fagfællesskaber. I klinikstrukturen er specialerne organiseret på baggrund af patientforløb, idet strukturen er orienteret i forhold til specialernes indbyrdes samarbejds- og snitflader; eksempelvis er hjertemedicin (kardiologi) og hjerte-lungekirurgi samlet i samme klinik, idet flere hjertemedicinske patienter skal under kirurgisk behandling for at få anlagt en kunstig hjerteklap for derefter at fortsætte til hjertemedicinsk kontrol.

Organisationsstrukturen har været genstand for stor diskussion (se evt. Seemann et al., 2015). I det følgende beskrives opbygningen af de syv klinikker i overordnet forstand, og herefter beskrives

de underliggende specialer og den overordnede hospitalsledelse. Organisationsdiagrammet i figur 3 fungerer som en støtte for læseren, da redegørelsen skiftevist indeholder over- og underordnede enheder.

3.2.1 – Klinikledelse og stab

Hver klinik ledes af et ledelsesteam, der i udgangspunktet består af en klinikchef og to viceklinikchefer. To klinikker har pga. klinikkens størrelse en tredje viceklinikchef.

Klinikledelsen fungerer som et team i forhold til at udarbejde strategier for klinikken, men klinikchefen har det overordnede ansvar for klinikledelsens opgaver. Klinikchefen er derudover også ansvarlig for klinikkens samlede økonomi, prioritering og styring af ressourcer og resultater samt forskning og udvikling i klinikken.

Den forløbsansvarlige viceklinikchef er ansvarlig for, at der findes de optimale rammer i klinikken i forhold til at sikre effektive og sammenhængende patientforløb. Der findes ikke en tilsvarende lederfigur andre steder end i Region Nordjylland. Den forløbsansvarlige viceklinikchef er bl.a. ansvarlig for opfølgning på data i forhold til kvalitet og performance. Den HR-ansvarlige viceklinikchef har personaleledelse, uddannelse og selvfølgelig HR som sine ansvarsområder.

Både klinikchefen, den forløbsansvarlige viceklinikchef og den HR-ansvarlige viceklinikchef er ledere af ledere (Region Nordjylland, 2012a: 26). Det betyder, at ledelse anses som en faglighed i sig selv, således ansvarsområderne efterleves ved hjælp af at lede.

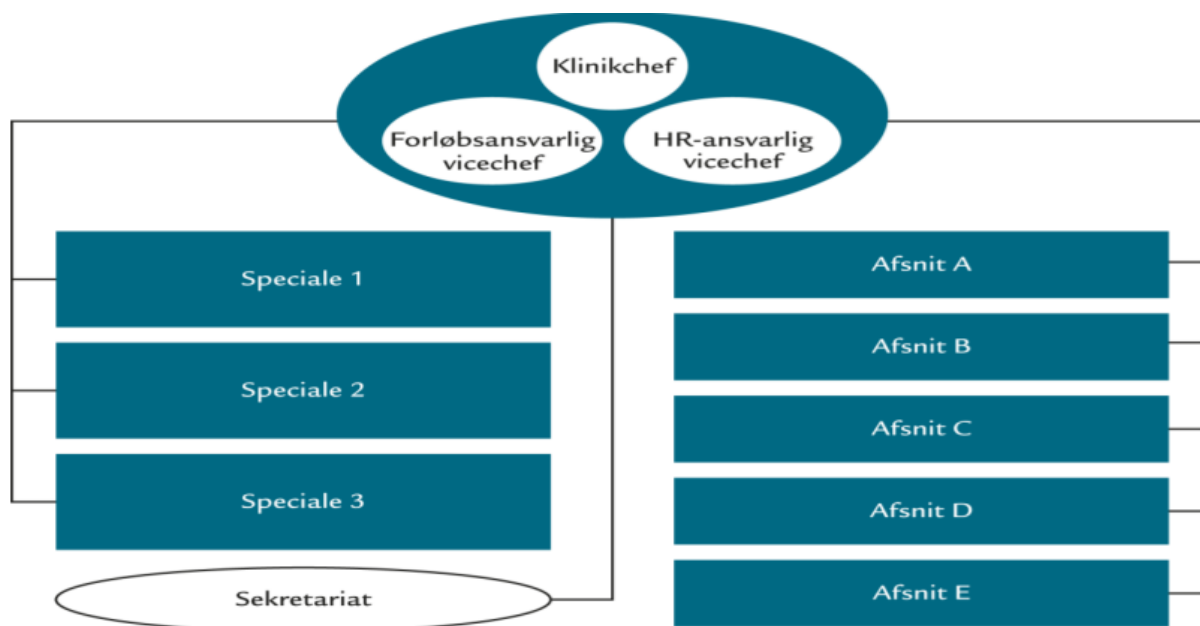
Klinikledelsen har sin egen stab bestående af en sekretær for klinikledelsen, en klinikkvalitetskoordinator og en fuldmægtig/økonom. Der er lokale forskelle mellem klinikkerne i antallet af fuldmægtige i klinikledelsens stab, afhængigt af klinikkens størrelse, ligesom opgavefordelingen mellem klinikkvalitetskoordinator og fuldmægtig kan være forskellig i forhold til eksempelvis dataudtræk.

3.2.2 – Speciale- og afsnitsledelse

Aalborg Universitetshospital rummer 34 ud af 38 lægefaglige specialer. Traditionelt har et lægefagligt speciale på et hospital været organiseret som en afdeling, hvori den sygeplejefaglige del af medarbejderstaben også er inkluderet. På Aalborg Universitetshospital er enhederne adskilt, således at en klinik består af en række specialer og en række afsnit som vist på figur 5. Specialerne

omfatter de lægefaglige aktiviteter, mens afsnittene omfatter pleje af patienterne på bl.a. dagafsnit og sengeafsnit. Forholdet mellem antal specialer og antal afsnit er ikke 1:1, eftersom der er taget hensyn til driftsoptimering på tværs af afsnit (Region Nordjylland, 2012a: 24). Et afsnit kan derfor gå på tværs af flere specialer, som det er vist på figur 5.

Figur 5: Referenceforhold i en klinik.



Kilde: Region Nordjylland (2012b: 54).

Et speciale ledes af en ledende overlæge, og et afsnit ledes af en afsnitsledende sygeplejerske. Begge lederfigurer er ledere af medarbejdere og referer opad til klinikledelsen som samlet enhed – det er således plads til lokale forskelle i forhold til at referere enten til klinikchefen, den forløbsansvarlige viceklinikchef eller den HR-ansvarlige viceklinikchef.

Den ledende overlæge fra et speciale og den afsnitsledende sygeplejerske fra de(t) tilhørende afsnit udgør sammen med den ledende lægesekretær for specialet en teamledelse under betegnelsen som *specialeledelse*.

3.2.3 – Hospitalsledelsen

Hospitalsledelsen består af en hospitalsdirektør og tre vicedirektører. Ligesom både klinikledelser og specialeledelser fungerer hospitalsledelsen som et team, der træffer beslutninger i fællesskab. Det overordnede ansvar for udvikling og drift af hospitalet er dog placeret ved hospitalsdirektøren, som har reference til regionsdirektøren. De tre vicedirektører har særlige ansvarsområder, idet der

er en lægefaglig direktør, en sygeplejefaglig direktør samt en vicedirektør med fokus på økonomi. Sidstnævnte vicedirektør er også den overordnede leder af hospitalets centrale administration, der består af fem kontorer med hver sin tilhørende kontorchef.

3.2.4- Mødefora

I det følgende beskrives de forskellige mødefora på Aalborg Universitetshospital, der i sammenhæng med dette speciale er relevante.

3.2.4.1 – Udvidet Hospitalsledelse (UHL)

UHL dækker over de fire medlemmer i hospitalsledelsen udvidet med kredsen af klinikchefer, to kontorchefer samt forskningschefen. UHL består dermed af 13 personer.

UHL er hospitalets centrale ledelsesforum. På møderne behandles strategiske, udviklende og principielle emner, ligesom tværgående driftsspørgsmål for hospitalet også drøftes. Der er desuden orienteringspunkter på dagsordenen. Den centrale opgave for UHL er således at skabe en koordineret indsats på tværs af hospitalets syv klinikker.

UHL mødes som hovedregel hver torsdag i tidsrummet fra kl. 9.30 til 12.00. Hospitalsdirektøren er leder af UHL. Hvert møde indledes med et virksomhedsoverblik (eksempel i bilag 1), hvor seneste data for KPI'erne for de syv klinikker og hospitalet som helhed gennemgås.

3.2.4.2 – Udvidet Klinikledelse (UKL)

Hver klinik har en mødeforum bestående af klinikledelsen og specialeledelserne fra klinikken. Disse mødefora er dog ikke relevant for specialet, og de vil derfor ikke blive præsenteret.

3.2.4.3 – Specialemøde

Alle klinikledelser afholder månedsvise møder med hver specialeledelse, og dette omtales som et specialemøde. Det vil med andre ord sige, at der deltager repræsentanter fra klinikledelsen og dennes stab, ledende overlæge, afsnitsledende sygeplejerske(r) og ledende lægesekretær. Mødet vedrører primært driftsmæssige forhold, men dagsordenen fastsættes også ad hoc.

3.2.4.4 – Stabsmøde

En klinikledelse har et ugentligt møde med sin samlede stab. Der er ingen fast form på et stabsmøde på tværs af alle syv klinikker. Et stabsmøde kan for eksempel bestå af status over aktiviteter i den forgangne uge, udfordringer der kræver ledelsesmæssig opmærksomhed, afholdelse af tavlemøde, erfaringsudveksling og sparring.

3.2.5 – Region Nordjylland

Region Nordjylland er den politiske og administrative organisation, som driver sygehusvæsenet i Nordjylland samt spiller en overordnet rolle i den regionale udvikling. Regionen driver til dette formål en række virksomheder:

- Aalborg Universitetshospital.
- Regionshospital Nordjylland.
- Psykiatrien.
- Den Præhospitale Virksomhed.
- Regional Udvikling.
- Speciaalsektoren.
- Sygehusapoteket.
- Projektafdelingen til Nyt Aalborg Universitetshospital (NAU).

3.2.5.1 – Regionsrådet og regionsrådets forretningsudvalg

Regionsrådet er et politisk organ med ansvaret for, at ovenstående virksomheder driver sygehusvæsenet og udviklingen i regionen. Regionsrådet består af 41 medlemmer og mødes én gang om måneden. Til møderne i regionsrådet er der repræsentanter fra regionens direktion.

Regionen har et forretningsudvalg bestående af regionsrådets formand samt 14 medlemmer af Regionsrådet. Alle sager der skal forelægges Regionsrådet med henblik på, at rådet skal træffe beslutning, skal først behandles i Forretningsudvalget¹. I modsætning til Regionsrådet er møderne i Forretningsudvalget ikke åbne, men dagsordner og referater er offentligt tilgængelige. Forretningsudvalget skal have overblik over regionens økonomiske og administrative forhold². Derfor modtager Forretningsudvalget månedlig afrapportering af status på politiske målsætninger, hvilket gør det relevant i denne sammenhæng.

¹ Styrelsesvedtægt for Region Nordjylland, § 6, stk. 2.

² Styrelsesvedtægt for Region Nordjylland, § 7, stk. 1.

3.2.5.2 – Regionens direktion og administration

Den administrative del af Region Nordjylland består af en række forskellige afdelinger, som hver især varetager forskellige opgaver. Nedenstående liste viser hvilke afdelinger, administrationen består af:

- Jura og forsikring.
- Patientforløb.
- Politisk Sekretariat.
- HR.
- IT.
- Forbedring, Kvalitet og Kommunikation.
- Økonomi.

Hver afdeling har en chef, men den overordnede ledelse af administrationen består af tre personer – regionsdirektøren og to koncerndirektører. Regionsdirektøren har det overordnede ansvar for driften og udvikling af regionen, strategi, økonomi mv. Foruden dette er regionsdirektøren med til møderne i Regionsrådet og Forretningsudvalget. De to koncerndirektører har forskellige ansvarsområder.

3.2.5.3 – Fokus og fornyelse

I august 2015 udgav Region Nordjylland dokumentet *Fokus og fornyelse – ny administrativ organisation og arbejdsform*. I Fokus og fornyelse bliver der præsenteret en række idéer til hvordan administrationen i regionen skal være fremadrettet. Det er i dette dokument, hvor konceptet datadrevet ledelse bliver lanceret:

”Datadrevet ledelse handler om, at vi leder på grundlag af data. Ved hjælp af data skal vi opstille klare indikatorer og mål, træffe bedre beslutninger og vurdere fremdrift. Vi skal blive mere præcise på, hvor og hvordan vi ønsker, at organisationen skal forbedre sine resultater og målrettet følge op på, at det så også sker.” (Region Nordjylland, 2015: 8).

Datadrevet ledelse præsenteres som et redskab, der kan hjælpe organisationen i forbedringsarbejdet, da det kan anvendes til at lokalisere, hvor der er behov for en forbedringsindsats. Det påpeges, at det ikke er hensigten, at datadrevet ledelse skal omhandle brugen af flere data, men at der derimod

er ønske om at bruge de rigtige data, som kan give det rigtige beslutningsgrundlag. Overgangen til at blive en organisation som benytter datadrevet ledelse, betyder, at der gøres op med den hidtidige dokumentdrevede tilgang til ledelse (Region Nordjylland, 2015: 6+8).

3.2.5.4 – BI-enhed

Som led i overgangen til datadrevet ledelse bliver der i Fokus og fornyelse præsenteret en ny enhed, som har til formål at levere data. Der er tale om en Business Intelligence-enhed (BI-enhed), som vil være en del af økonomiafdelingen (Region Nordjylland, 2015: 6).

3.2.5.5 – Strategisk Sundhedsledelse

Fokus og fornyelse lægger op til, at der skal skæres ned på regionens forbrug af møder. Der lægges op til, at der fremadrettet kun afholdes et nødvendigt og tilstrækkeligt antal møder. Der sker i forbindelse med Fokus og fornyelse en ændring i hvilke mødefora, der fremover vil findes i regionen – eksempelvis nedlægges det tværfaglige mødeforum Udvidet Direktion. Der oprettes også ligeledes et nyt forum kaldet Strategisk Sundhedsledelse (Region Nordjylland, 2015: 9).

Strategisk Sundhedsledelse er et ledelsesforum, som mødes én gang ugentligt. Strategisk Sundhedsledelse har til formål at lægge den strategiske retning for sundhedsområdet i regionen. Data spiller en stor rolle i Strategisk Sundhedsledelse som et af de primære fokusområder, og det bliver anvendt til fremvisning af resultater (eksempel i bilag 2) og som grundlag for strategiske drøftelser. Forummet består af en række faste medlemmer fra regionen og hospitalerne:

- Regionens tre direktører.
- Hospitalsdirektørerne for Aalborg Universitetshospital, Regionshospital Nordjylland og Psykiatrien.
- Regionale chefer for Patientforløb, Økonomi og HR.

3.3 – Politiske rammer for sygehusvæsenet

I Danmark har de 98 kommuner og fem regioner ansvaret for sundhedsvæsenet i kraft af, at de skal gøre befolkningsrettede indsatser i forhold til forebyggelse, sundhedsfremme og behandling³. Kommunerne varetager opgaver inden for sundhedspleje, hjemmehjælp, genoptræning og plejehjem, mens regionerne varetager sygehusvæsenet og udøver kontrol med almen praksis og specialpraksis. Både kommuner og regioner er politiske organisationer, og derfor hedder det sig

³ LBK nr. 1188 af 24/09/2016, § 3.

eksempelvis i sundhedsloven, at regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen – det er selvsagt, at regionsrådet uddelegerer denne opgave til de organisationer, regionsrådet råder over.

Patientrettighederne og øvrige vilkår for sygehusvæsenet er givet via sundhedsloven eller som aftaler mellem Danske Regioner og den siddende regering. I sundhedslovens § 2 er de mest centrale rettigheder opstillet:

- Let og lige adgang til sundhedsvæsenet.
- Behandling af høj kvalitet.
- Sammenhæng mellem ydelserne.
- Valgfrihed.
- Let adgang til information.
- Et gennemsigtigt sundhedsvæsen.
- Kort ventetid på behandling.

Nedenfor uddybes rettighederne i forhold frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, udredningsret, behandlingsret samt kræftpakker.

3.3.1 – Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg

Både retten til hurtig udredning og retten til hurtig behandling er udløbet af det frie sygehusvalg, som blev etableret med virkning fra d. 1. januar 1993⁴. Frit sygehusvalg vil sige, at en patient der efter endt udredning henvises til behandling, selv kan vælge hvilket offentligt sygehus, der skal varetage den efterfølgende behandling⁵. Frit sygehusvalg giver således adgang til alle offentlige hospitaler på tværs af de fem regioner i Danmark for en patient, der er henvist til behandling, og der er ligeledes frit valg mellem en række private specialsygehuse anerkendt i sundhedsloven. Det frie sygehusvalg er desuden en mulighed, hvis man som patient er henvist til undersøgelse på et hospital til brug for udredning hos almen praktiserende læge eller praktiserende speciallæge. Tabel 4 viser hvilke sammenhænge, frit sygehusvalg er gældende i.

I tillæg til retten til det frie sygehusvalg der omfatter de offentlige hospitaler, er der retten til

⁴ LOV nr. 1024 af 19/12/1992, § 1, stk. 5.

⁵ LBK nr. 1188 af 24/09/2016, § 86.

udvidet frit sygehusvalg. Udvidet frit sygehusvalg er en rettighed i tilfælde af lang ventetid på enten udredning eller behandling – det vil sige, hvis udredning eller behandling ikke kan ske inden for 30 dage ved regionens egne hospitaler, hospitaler i andre regioner eller private specialsygehuse⁶. Udvidet frit sygehusvalg giver således adgang til private hospitaler, klinikker mv. i Danmark samt udenlandske hospitaler, som den pågældende region har aftaler med. Ved udvidet frit sygehusvalg skal dermed forstås, at en borger henvist til udredning eller behandling kan vælge mellem både offentlige hospitaler og privathospitaler, under forudsætning af at udredningen eller behandlingen ikke kan varetages i bopælsregionen inden for 30 dage. Tabel 4 viser, hvordan komplementariteten er mellem frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg.

Tabel 4: Frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg pr. 1. oktober 2016.

		Patienten er henvist til...		
		Diagnostisk undersøgelse	Udredning	Behandling
Patienten har udsigt til at vente i...	0-30 dage	Frit sygehusvalg • Offentlige hospitaler • Private specialsygehuse	-	Frit sygehusvalg • Offentlige hospitaler • Private specialsygehuse
	Over 30 dage	Udvidet frit sygehusvalg • Offentlige hospitaler • Private specialsygehuse • Private hospitaler, klinikker mv. i DK og udland	Udvidet frit sygehusvalg • Offentlige hospitaler • Private specialsygehuse • Private hospitaler, klinikker mv. i DK og udland	Udvidet frit sygehusvalg • Offentlige hospitaler • Private specialsygehuse • Private hospitaler, klinikker mv. i DK og udland

Kilde: Egen opsætning pba. Sundhedsloven, § 82a-82b, § 86-87.

Det skal forøvrigt præciseres, at frit sygehusvalg og udvidet sygehusvalg kun er gældende ved planlagte henvisninger, eftersom akutte omstændigheder tilsiger øjeblikkelig behandling uanset sted.

⁶ LBK nr. 1188 af 24/09/2016, § 87.

3.3.2 – Behandlingsgaranti

I 1994 blev der opstartet forsøgsordninger med, at ventetiden til bestemte operationer ikke måtte overstige tre måneder⁷. I løbet af 1990'erne kom der således mere fokus på ventetider til behandlinger i sygehusvæsenet, og i 1997 blev det lovbestemt, at et sygehus med længere ventetid til behandling end ventetiden til samme behandling på et andet sygehus er forpligtet til at oplyse patienten om retten til at vælge sygehus, således behandlingen kan udføres inden for en kortere ventetid⁸. Denne oplysningspligt er fortsat gældende i forhold til, at regionsrådet skal oplyse om ventetiden til behandling på regionens egne hospitaler og ligeledes ventetiden til samme behandling i andre regioner, jf. sundhedsloven, § 90.

Patienternes ret til frit at vælge sygehus blev tydeliggjort i 2002, hvor det blev tilføjet til sygehusloven, at patienten frit kunne vælge et andet sygehus, hvis bopælsamtskommunen ikke kunne tilbyde behandling på egne sygehuse inden for to måneder⁹. Retten til frit sygehusvalg var gældende uanset ventetiden, så det nye i lovændringen var, at der blev sat en tidsramme på to måneder for alle typer af behandlinger – dette har givet anledning til betegnelsen som behandlingsgaranti eller behandlingsret, men reelt set er der tale om et vilkår qua retten til frit sygehusvalg.

Fra 1. oktober 2007 blev tidsrammen indsnævret, således patienten havde ret til udvidet frit sygehuvalg, hvis behandling ikke kunne ske inden for én måned. Figur 6 viser denne udvikling. Behandlingsgarantien blev senere differentieret pr. 1. januar 2013, således der var tale om udvidet frit sygehusvalg, hvis bopælsregionen ikke kunne tilbyde behandling inden for to måneder ved mindre alvorlig sygdom og inden for én måned ved alvorlig sygdom. Baggrunden for at differentiere var at:

“Socialdemokratiets, Radikale Venstres, Socialistisk Folkepartis og Enhedslistens medlemmer af udvalget vil forbedre og udvikle den såkaldte behandlingsgaranti, så de mest syge behandles hurtigt, og de mindre syge venter lidt længere, dog ikke mere end 2 måneder. Lægerne og ikke politikerne på Christiansborg skal vurdere, hvor længe en patient kan vente. Formålet er at sikre, at de mest syge kommer hurtigere til behandling end i dag.” (Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, 2012)

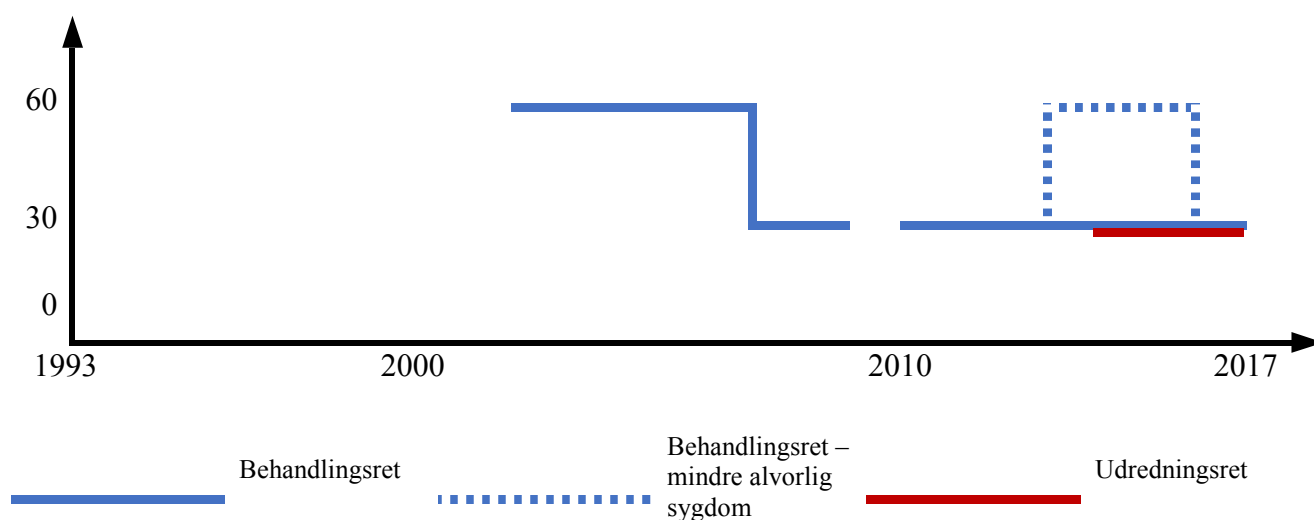
⁷ LOV nr. 1134 af 21/12/1994.

⁸ LOV nr. 464 af 10/06/1997, § 1, stk. 3.

⁹ BEK nr. 766 af 28/08/2003.

I 2016 blev lovgivningen atter ændret efter et politisk magtskifte. Et parlamentarisk flertal bestående af Venstre, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og det Konservative Folkeparti mente ikke, at differentieringen var meningsfuld, idet den var en forværring for en gruppe af patienter uden at være en forbedring for en anden gruppe; retten til frit sygehusvalg var fortsat gældende efter en måneds ventetid, og derfor var det ikke anset som en forbedring, at kun patienter med alvorlig sygdom havde garanti for behandling inden for en måned (jf. Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, 2012).

Figur 6: Behandlingsret og udredningsret gennem tiden.



Kilde: Egen figur.

Note: Behandlingsretten og (udvidet) frit sygehusvalg var suspenderet i perioden 07.11.08-30.06.09 pga. strejke og deraf følgende kapacitetsproblemer i det offentlige sygehusvæsen.

Pr. 1. oktober 2016 har en borger udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke inden for 30 dage kan tilbyde behandling på et af regionens egne hospitaler¹⁰.

¹⁰ LBK nr. 1188 af 24/09/2016, § 87, stk. 2.

3.3.3 – Udredningsret

Retten til hurtig udredning er den nyeste af de her nævnte patientrettigheder. Der er tale om en udløber af behandlingsgarantien efter følgende ræsonnement:

“Men en behandlingsgaranti er uden værdi, hvis man ikke ved, hvad man fejler. Den tidligere regerings behandlingsgaranti er derfor meget lidt værd for de patienter, som har cyklet rundt i systemet fra læge til læge og haft meget lang ventetid mellem hver eneste undersøgelse. Derfor foreslår regeringen samtidig en ny ret til hurtig diagnose og effektive undersøgelsesforløb.” (Sundheds- og Forebyggelsesudvalget, 2012)

Udredningsretten er uændret siden vedtagelsen i 2012 og tilsiger, at en person der er henvist til udredning på et hospital, skal udredes inden for 30 dage. Regionen tilrettelægger, hvorvidt udredningen skal ske på regionens egne hospitaler, på et hospital i en anden region eller på et hospital, som regionen har en aftale med. Hvis udredning inden for 30 dage ikke er muligt af faglige årsager, skal der inden for samme måned udarbejdes en plan for udredningsforløbet.

Desuden har en borger ret til udvidet frit sygehusvalg som tidligere vist i tabel 4, hvis udredning ikke kan ske inden for 30 dage på et af regionens egne hospitaler¹¹.

3.3.4 – Kræftpakker

Regeringen og Danske Regioner blev i 2007 enige om, at kræftpakker skulle udbredes til alle kræftformer (Regeringen & Danske Regioner, 2007), hvilket skete fra 2008. Et pakkeforløb er et standardiseret patientforløb for en enkelt kræftform og er et tilbud til en patient med begrundet mistanke om kræft. Pakkeforløbet indeholder fire elementer (Sundhedsstyrelsen, 2016: 4), som er:

1. Organisation og sundhedsfagligt indhold.
2. Kommunikation med patient og pårørende.
3. Entydig ansvarsplacering.
4. Forløbstider (Sundhedsstyrelsen, 2016: 11).
 - a. Fra modtagelse af henvisning til første fremmøde ifm. udredning.
 - b. Fra første fremmøde ifm. udredning til afslutning på udredning.
 - c. Fra afslutning på udredning til start på initial behandling.
 - d. Fra modtagelse af henvisning til start på initial behandling (den samlede forløbstid).

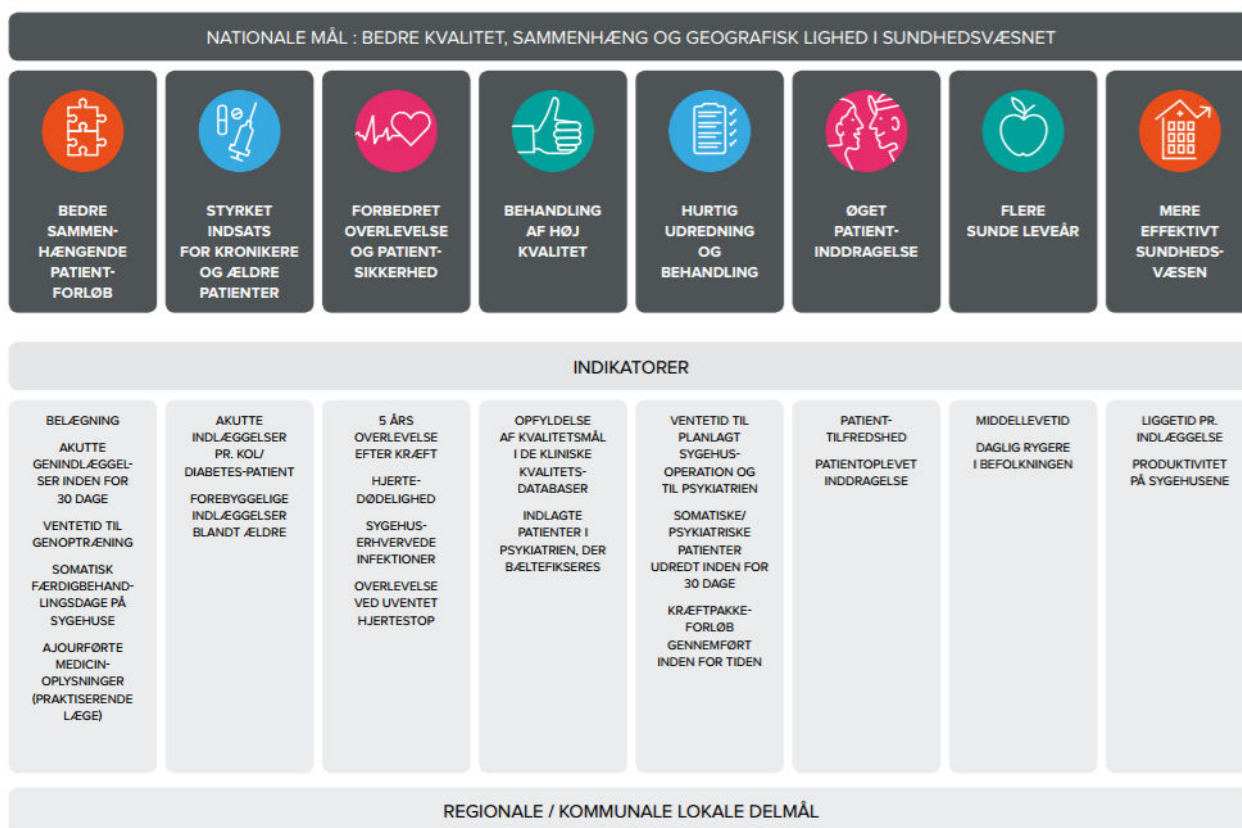
¹¹ LBK nr. 1188 af 24/09/2016, § 87, stk. 1.

Med ovenstående indhold medvirker et pakkeforløb altså til et veltilrettelagt forløb uden unødigt ventetid for en patient, der er henvist med begrundet mistanke om kræft. De fem danske regioner har lavet en fælles aftale om, at de fagligt anbefalede tider skal være overholdt for 90 % af alle patienter i et kræftpakkeforløb (jf. Regeringen, 2016: 38). Kræftpakkeforløbene er bygget op om faglige anbefalinger til standardforløbstider, og Sundhedsdatastyrelsen forestår den nationale monitorering af overholdelse af standardforløbstiderne (punkterne 4.a-4.d).

3.3.5 – Nationale mål for sundhedsvæsenet

Danske Region og KL indgik med den daværende sundheds- og ældreminister i april 2016 en politisk aftale om otte nationale mål for sundhedsvæsenet. Der er tale om politisk bestemte mål for retningen for sundhedsvæsenets udvikling i forhold til de politiske ønsker. De otte nationale mål er konkretiseret i 22 indikatorer, som det fremgår af figur 7. Sammenhængen mellem på den ene side nationale mål og indikatorer og på den anden side politiske målsætninger i Region Nordjylland gør det relevant at præsentere de nationale mål først.

Figur 7: Nationale mål for sundhedsvæsenet.



Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Danske Regioner (2016).

Målene og indikatorerne er ikke kun opstillet for hospitalerne, men også for de øvrige aktører i sundhedsvæsenet, som er kommunerne og almen praksis. Der er i aftalen om de nationale mål lagt vægt på, at der sker en bred forankring og udvikles lokalt ejerskab i forhold de nationale mål for alle aktørerne i sundhedsvæsenet:

“Den lokale forankring på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og praksissektoren er et helt centralt element i den nye tilgang til kvalitet. Her skal de nationale mål omsættes til konkrete lokale delmål og indsatser, så de giver mening, hver dag sundhedspersonalet møder på arbejde. Der bliver altså større metodefrihed for personalet, som skal være med til at definere de indsatser, som skal løfte kvaliteten for den enkelte patient. Det er op til regionsråd og kommunalbestyrelse at sikre, at det sker.” (Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Danske Regioner, 2016: 8).

Omsætningen fra nationale mål via indikatorer til lokale delmål er ligeledes illustreret i figur 7. Det er således centralt, at lokale delmål i forhold til kvalitetsforbedringer skal medvirke til at forbedre de overordnede indikatorer, der tilgodeser de nationale mål. Denne prioritering af lokale delmål er også et udtryk for en bevægelse væk fra proces- og registreringskrav til patientnære resultater (Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Danske Regioner, 2016: 3). Fokus flyttes således fra et traditionelt bredt og nationalt perspektiv til et lokalt perspektiv.

De nationale mål og indikatorer vil som udgangspunkt ikke blive beskrevet yderligere end som sådan i figur 7. Enkelte af målene og indikatorerne går igen i de politiske målsætninger for Region Nordjylland, og således vil disse blive beskrevet mere dybdegående i næste afsnit.

3.3.6 – Politiske målsætninger i Region Nordjylland

Der har i flere år været arbejdet med målstyring i både sundhedsvæsenet generelt og i Region Nordjylland. Der har primært været tale om aktivitetsmål og produktionsmål, dvs. mål for antallet af kliniske aktiviteter på årsbasis eller aktiviteternes økonomiske værdi opgjort i DRG-takster. Aktivitetsmålene for Aalborg Universitetshospital for 2016 er vist i tabel 5.



Tabel 5: Aktivitetsmål for Aalborg Universitetshospital i 2016.

Aalborg Universitetshospital	Aktivitetsmål
Indlæggelser/udskrivninger	80.363
Ambulante besøg	660.943
Operationer	84.472
DRG-værdi mio.kr.	4.336,687

Kilde: Region Nordjylland (2016: 46).

Ovenstående aktivitetsmål skal som bekendt stige med 2 % hvert år (Region Nordjylland, 2016: 17). Som led i Region Nordjyllands budget for 2016 blev der for første gang i Region Nordjylland fastsat konkrete styringsmål under betegnelsen key performance indicators (KPI'ere). Forinden var den strategiske styring af regionens sundhedsvæsen baseret på en mission, vision, politiske pejlemærker og indsatsområder, der var fastsat i de politiske sundhedsaftaler mellem regionen, de nordjyske kommuner og PLO-Nordjylland (Region Nordjylland, 2014). Målsætningerne var dengang af kvalitativ karakter, og derfor markerer indførelsen af KPI'ere i budgetaftalen for 2016 et skifte for Region Nordjylland. De fire gældende politiske målsætninger i henhold til budgetaftalen for 2017 er i dag som angivet nedenfor:

Tabel 6: Politiske målsætninger for Region Nordjylland i 2017.

Respekt for patientens tid med hurtig udredning

- Ved udgangen af 2017 skal 75 % af patienterne udredes inden for 30 dage.

Respekt for patientens tid med kortere ventetid til behandling

- Ventetid til operation skal nedbringes til 50 dage ved udgangen af 2017.
- 75 % af patienterne inden for såvel somatik som psykiatri skal ved udgangen af 2017 være behandlet inden for 30 dage.

Ventetid til kræftbehandling skal reduceres

Ved udgangen af 2017 skal regionen efterleve standardforløbstider for 90 % af patienterne.

Kilde: (Region Nordjylland, 2016: 41).

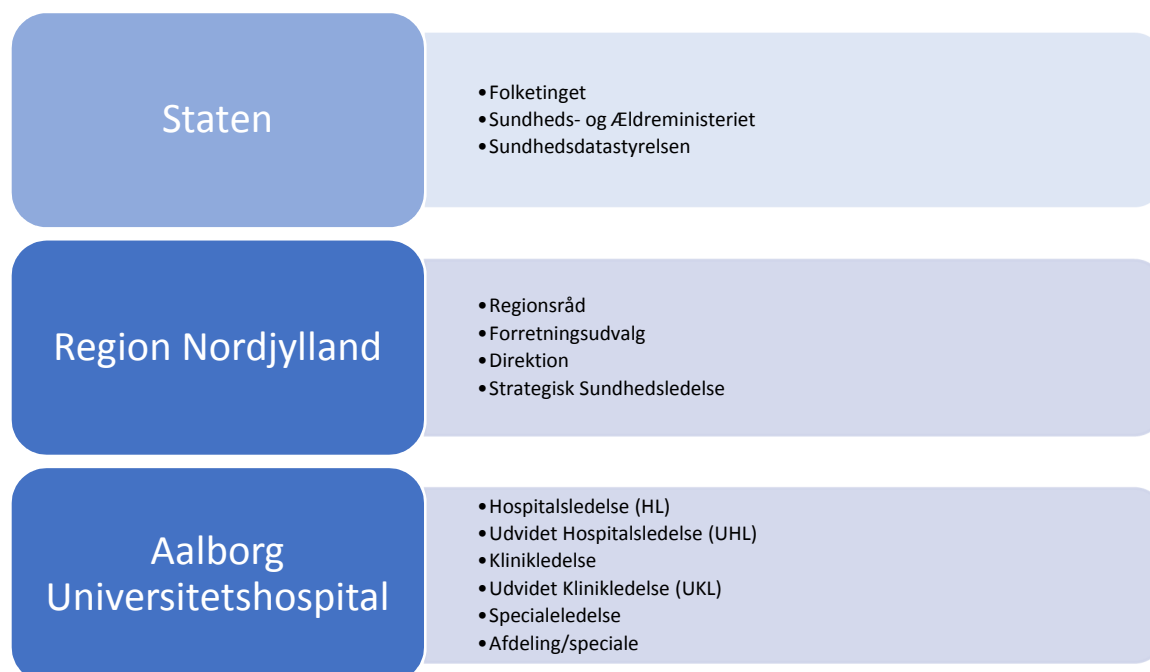
I 2016 var der en indikator for ventetid til operation, men for 2017 er behandling differentieret i både behandling og operation. Der er således en politisk målsætning (KPI) for udredningsret, ventetid til behandling, ventetid til operation samt kræftpakker. Når der fremadrettet i dette speciale henvises til de politiske målsætninger, henvises altså til ovenstående, idet disse er gældende. De politiske målsætninger er defineret nærmere i sammenhæng med de øvrige KPI'ere for Aalborg Universitetshospital i Appendiks.

Kap. 4 – Design og metode

Specialets design og metode vil blive gennemgået i forhold til casestudiet som forskningsdesign, overvejelser i forhold til erkendelse af virkeligheden, metodiske tilgange til indsamling og bearbejdning af empiri. Kapitlet afsluttes med redegørelse for analysestrategien.

Da specialet omhandler datadrevet ledelse i Region Nordjylland og på Aalborg Universitetshospital, vil der gøres brug af casestudiet som forskningsdesign. Det kan umiddelbart virke som en stor case i en omfattende kontekst, da der er mulighed for at arbejde med to forskellige politiske niveauer (Folketinget og Region Nordjylland) samt to administrative niveauer (Region Nordjylland¹² og Aalborg Universitetshospital). de Vaus (2001) kategoriserer et casestudie som enten et holistisk studie af en helhed eller et studie af objekter, hvor der ved analyse af enheder kan skabes forståelse for helheden (de Vaus, 2001: 220). Ud fra denne definition af casestudiet giver det mening at undersøge en helhed ved hjælp af analyse af delelementer. Nærmere bestemt vil analysen fokusere på nogle af de dele, som udgør det nordjyske sygehusvæsen, og hvor datadrevet ledelse anvendes. Delene i dette multilevel-studie er fremhævet med blå i figur 8.

Figur 8: Pipeline for beslutningsproces i sygehusvæsenet.



Kilde: Egen fremstilling

¹² Region Nordjylland ses både som et politisk og administrativt niveau, da specialet arbejder med både de politiske og administrative funktioner i regionen.



Ovenstående figur vil være styrende for størstedelen af argumentationen i dette kapitel; figuren er et værktøj til at skabe erkendelse om specialets case, så undersøgelsesdesignet skal kunne håndtere en kompleks organisation og dens organisatoriske omverden som vist på figuren. Samtidigt sker al dataindsamling og udvælgelse af interviewpersoner med henvisning til denne figur.

Det nationale niveau er i figuren illustreret i lysere nuancer, hvilket skyldes, at det nationale niveau i dette speciale primært behandles i kapitel 3 vedrørende specialets kontekst. Selve analysen er fokuseret på det regionale og lokale niveau, men der kan forekomme referencer til det nationale niveau.

4.1 – Casestudiet som forskningsdesign

Jævnfør problemformuleringen (afsnit 1.2), er specialets fokus på kvalitative aspekter af organisations indhold frem for kvantitative størrelser; forskelle i hvordan forskellige aktører bruger PM, må findes i kvalitative aspekter af en organisation, fordi brugen er et resultat af en oversættelse af en idé (jf. kapitel 2). Det handler med andre ord om at betragte PM som en idé eller et fænomen, der bearbejdes i individuelle livsverdener, som ikke lader sig håndtere kvantitativt – mere herom i afsnit 4.2. Disse forhold vedrører primært de tre første undersøgelsesspørgsmål, jf. afsnit 1.3. Aktørernes oplevelser af vanskeligheder ved et PM-system kan rimeligvis kvantificeres, men forståelse for selve oplevelsen af vanskeligheder opnås bedst ved hjælp af en kvalitativ tilgang. Problemformuleringen foranlediger kort sagt til en kvalitativ tilgang til casestudiet af Aalborg Universitetshospitals PM-system. Den kvalitative tilgang kommer til udtryk i de senere afsnit om metoder i forhold til dataindsamling og analyse.

4.1.1 – Udvælgelse af case

Det første led i udvælgelsen af en case er således at identificere en offentlig organisation, der praktiserer PM. Dernæst at PM finder anvendelse både systematisk og på flere niveauer. Dette giver anledning til følgende kriterium for udvælgelsen af en case:

Kriterium 1: Undersøgelsens case skal være en offentlig organisation, der praktiserer PM både systematisk og på forskellige hierarkiske niveauer.

I henhold til afsnit 1.3 er problemformuleringen operationaliseret undersøgelsesspørgsmål om, hvordan PM anvendes forskelligt på forskellige organisationsniveauer og afhængigt af aktivitet.

Undersøgelsesspørgsmålene indeholder to dimensioner, nemlig hierarkisk niveau og aktivitet. For at kunne forfølge spørgsmålene og afprøve hypoteserne opstillet i kapitel 2 er det nødvendigt med en case med enheder, der rummer variation på begge dimensioner. Valget af case er således foretaget ud fra en strategi om at få en række enheder, der er forskellige angående organisationsniveau og aktivitet. Strategien kaldes for cases med maksimal variation (Flyvbjerg, 2010: 475), og strategien er fordelagtig i forhold til analyseresultaternes generaliserbarhed; hvis der kan identificeres en fælles tendens på tværs af et antal heterogene enheder, er der stor sandsynlighed for, at tendensen også vil være gyldig i andre sammenhænge.

Kriterium 2: Undersøgelsens case skal være en organisation med variation på de to uafhængige variabler, hierarki og aktivitet, mellem underenhederne i organisationen.

Det blev omtalt i indledningen til dette kapitel, at der er tale om et multilevel-studie. Dette skyldes i særdeleshed kriterium nummer to, der fordrer en case med flere hierarkiske niveauer og forskellige aktiviteter på tværs i organisationen. Undersøgelsesfeltet er i kap. 1 afgrænset til sygehusvæsenet, og Aalborg Universitetshospital er valgt på baggrund af ovenstående kriterier.

4.1.2 – Afgrænsning af case

Det faktum at Aalborg Universitetshospital består af tilsammen flere hundrede afsnit og ambulatorier, servicefunktioner, forskningsafdelinger og administrationer, taler for, at designet principielt skal afspejle denne helhed. Imidlertid lader det sig ikke gøre under hensyntagen til ressourcerne i udarbejdelsen af dette speciale at affotografere hele organisationen på denne måde. Det er derfor valgt, at designet skal reducere kompleksiteten, så hospitalet som organisation i første omgang er konstitueret af de syv klinikker foruden hospitalsledelse, administration, forskning og service. Det er desuden valgt, at designet afgrænses til ikke at fokusere på administration, forskning og service, idet administrationen afspejles i hospitalsledelsen og klinikledelserne, og fordi forskning og service ikke indgår i det virksomhedsoverblik (bilag 1), som KPI'erne præsenteres i. Sammenfattende svarer disse valg til at male et landskab frem for som tidligere nævnt at fotografere det, og på den måde fremhæves og beskrives udvalgte aspekter af helheden på bekostning af andre aspekter (de Vaus, 2001: 225). På tilsvarende vis er administrationen i Region Nordjylland heller ikke belyst i dette speciale, men dog er Direktionen og BI-enheden inkluderet, fordi disse har en central position i forhold til hhv. ledelse og data i regionen.

Specialet skal iht. problemformuleringen drage konklusioner om forskelle i brugen af PM på Aalborg Universitetshospital som helhed. Det indlejrede design betyder i den sammenhæng, at der er tale om at analysere resultater af variable på et overordnet niveau, som bygger på observationer på et mere underordnet niveau (jf. Andersen et al., 2012: 74-75). Det vil med andre ord sige, at casestudiet har Aalborg Universitetshospital som enhed, og dertil kommer en række underenheder i form af hospitalsledelse, klinikledelser, specialeledelser mv. De mange enheder på forskellige hierarkiske niveauer gør analysen til en multilevel-analyse.

Udvælgelse af analyseniveauer og interviewpersoner beskrives nærmere i afsnit 4.3.1.2. Det indlejrede design kommer i den sammenhæng til udtryk ved, at dataindsamling i form af interviews og observationer sker blandt specialeledelser, klinikledelser og hospitalsledelse. På denne måde afspejles, at organisationen består af både ledende og udførende niveauer.

De anvendte KPI'ere vedrører primært en lægefaglig performance (jf. Appendiks), og derfor er hele forskningsdesignet afgrænset til, at fokus i de udførende niveauer i organisationen kun er på speciallæger. Det betyder, at sygeplejersker, fysioterapeuter, bioanalytikere, sekretærer mv. er udeladt, velvidende at de reelt udgør en betragtelig del af organisationen. Der er anvendt et lignende selektionskriterium for interviewpersoner fra klinikledelser, hvormed HR-ansvarlige viceklinikchefer udeladt.

4.1.3 – Beskrivelse af casestudiets type

Inden for den traditionelle metodelitteratur skelnes der mellem ateoretiske, teorifortolkende, teorigenererende og teoritestende casestudier (Antoft & Salomonsen, 2007). Som det ses på tabel 7, er typologierne fremkommet på baggrund af, dels hvorvidt formålet med casestudiet er at generere ny teori eller ny empiri, og dels hvorvidt teoretisk viden eller empirisk viden fungerer som afsæt for den videnskabelige tolkning.

Tabel 7: Typologier af casestudier.

		Videnskabelig tolkning har afsæt i...	
		Empirisk viden og data	Teoretisk viden
Formål	At generere ny empirisk viden	<i>Ateoretiske casestudier</i>	<i>Teorifortolkende casestudier</i>
	At generere ny teoretisk viden	<i>Teorigenererende casestudier</i>	<i>Teoritestende casestudier</i>

Kilde: Antoft & Salomonsen (2007: 34).

Med henvisning til det identificerede videnshul om den praktiske anvendelse af PM i beslutningsprocesser (afsnit 1.1) har dette casestudie til formål at generere ny empirisk viden. PM anses i dette speciale som en teoretisk metode til ledelse og styring af en organisation. I sammenhæng med oversættelsesteori er dette udgangspunktet for den videnskabelige tolkning (jf. kapitel 2). Casestudiet kan således karakteriseres som induktivt og teorifortolkende.

I et senere afsnit vil det blive beskrevet, hvordan den konkrete dataindsamling vil blive gennemført i henhold til den teoretiske viden inden for feltet. Det vil bl.a. sige, at interviewene gennemføres med afsæt i en interviewguide, der har rødder i både oversættelsesteori og PM-teori. Den teoretiske viden udgør på den måde en fortolkningsramme, der opstilles allerede inden dataindsamlingen, hvilket har potentiale til at give bedre kongruens mellem indsamling og fortolkning af data.

4.2 – Erkendelse

Både brugen af datadrevet ledelse på Aalborg Universitetshospital og vanskelighederne i forhold til datas validitet er vanskelige at undersøge som objektive forhold, fordi store dele af svaret forventes at ligge i den mening, aktører ser i systemet. Det antages, at PM-systemet er sammensat, således det giver mening for en gruppe af aktører, lige såvel som brugen af det i nogen grad kan variere, alt efter hvilken mening dette giver for den enkelte aktør. Endeligt kan vanskeligheder ses som et udtryk for individuelle oplevelser i forhold til, hvad der opfattes som meningsgivende informationer i forhold til et individuelt eller organisatorisk behov.

Fællesnævneren for de fem undersøgelsesspørgsmål er således, at erkendelsen og besvarelsen skal findes ved hjælp af forståelse for, hvordan aktørerne tilskriver mening til ting. Problemformuleringen lægger dermed op til konstruktivisme som specialets ontologiske udgangspunkt. Konstruktivismen er kendetegnet ved en grundantagelse om, at sociale aktører netop tilskriver sociale fænomener mening (Bryman, 2012: 33). En organisations tilstand er på den måde i en kontinuerlig forandring, fordi den forhandlede sociale orden løbende revideres som følge af interaktionen mellem aktører i organisationen. Denne iagttagelse har betydning for erkendelsen i forhold til besvarelsen af problemformuleringen, bl.a. fordi PM-systemet kan være udviklet inkrementelt, anvendelsen af KPI'ere kan variere over tid, og det samme kan vanskelighederne ved systemet. Konstruktivismen har med andre ord betydning for erkendelsen på den måde, at undersøgelsesresultaterne repræsenterer den forhandlede orden på undersøgelsestidspunktet, og den kontinuerlige forandring er således et generelt forbehold.



Konstruktivismens grundantagelse betyder ligeledes, at virkeligheden ikke er uafhængig af observatøren, fordi også observatøren tilskriver sociale fænomener mening. Denne erkendelse har betydning for observationsstudiet som metode til indsamling af data, fordi det ikke kan lade sig gøre at give en objektiv fremstilling af virkeligheden. I dette speciale håndteres denne udfordring ved, at casestudiet er teorifortolkende, hvormed observatøren tilskriver den oplevede virkelighed mening på baggrund af sin teoretiske viden. Det er på den måde den samme person, som observerer, tilskriver mening og fortolker i lyset af teori, og således bliver resultaterne ikke biased af en eventuel uoverensstemmelse mellem én persons meningstilskrivelse og en anden persons teoretiske fortolkning.

På baggrund af ovenstående gennemgang ses et behov for, at der vælges en metodisk tilgang, som i henhold til konstruktivismen skærper fokus på sociale aktører og måden, hvorpå disse tilskriver fænomener mening. Interpretivisme er valgt som metodisk tilgang, idet denne tilgang lægger vægt på både at forklare sociale aktørers adfærd og meningsdannelse og at beskrive denne adfærd og måden, hvorpå mening forhandles (Bryman, 2012: 28). Denne tilgang giver med andre ord anledning til et mere afbalanceret forhold mellem *verstehen* (Weber, 2013 [1922]) og *erklären*, fordi forståelse ud fra sociale aktørers perspektiv har mindst lige så stor betydning som beskrivelse af selv samme. Specialets interpretative tilgang vil afspejle sig i de valgte metoder, som beskrives i de næste afsnit.

4.3 – Metodiske tilgange

Analysen opbygges på baggrund af gennemgående kvalitative metoder, der tæller semistrukturerede interviews og observationsstudier. De følgende afsnit uddyber hver enkelt metode i forhold til indsamling og bearbejdning af empiri. Metoden for den efterfølgende analyse uddybes i et senere afsnit om analysestrategi.

Der er gennemført interviews med både ledere af hospitalets udførende og administrative enheder samt politikere og administrative ledere på regionalt niveau. Udover gennemførelse af interviews er der også blevet samlet empiri ved at lave observationsstudier af forskellige mødefora i form af specialeledelse, klinikledelse, UHL, Strategisk Sundhedsledelse og Regionsrådet. Det kan være nyttigt for specialet at lave observationsstudier, fordi dette giver mulighed for at kunne adskille intentioner og aktioner blandt aktørerne (Brodin, 2011: i261).

4.3.1 – Semistruktureret interview

Specialets interpretative tilgang foranlediger kvalitative metoder med henblik på at skabe større forståelse for problemstillingen inden for specialets case. Kvalitative metoder er desuden mere hensigtsmæssige end kvantitative metoder i forhold til at skabe forståelse for bl.a. den høje grad af kompleksitet, som det moderne sygehusvæsen er kendetegnet ved. En metode der både kan skabe detaljeret viden om virkeligheden og forståelse for personers oplevelser af virkeligheden, er det kvalitative interview (Tanggaard & Brinkmann, 2010: 32). Der er i mere konkret forstand udvalgt en semistruktureret tilgang til gennemførelsen af interviewene. Den semistrukturerede tilgang vil sige, at et interview tager udgangspunkt i forudbestemte temaer (se afsnit 4.3.1.1), og dertil er der råderum for at stille opfølgende spørgsmål, hvis nye, relevante perspektiver bringes ind i samtalen (Brinkmann, 2014: 38-39).

Fokusgruppeinterviews er fravalgt til indsamling af empiri, eftersom det ikke ønskes, at interviewpersonerne kan påvirke hinanden i deres udtalelser. Under hensyn til fortrolighed er det også at foretrække, at interviewpersonerne ikke er bekendt med hinandens deltagelse.

4.3.1.1 – Præsentation af interviewguide

Den del af specialets empiriske grundlag, som bygger på interviews er genereret ved hjælp af seks forskellige interviewguides (bilag 3-8). Alle interviewguides er teoretisk funderet og har karakter af at være semistruktureret, som beskrevet i det foregående afsnit. De anvendte interviewguides er, som følger:

1. Pilotudgave.
2. Basisinterviewguide.
3. Stabsmedarbejder.
4. BI-chef.
5. Direktion.
6. Politiker.

Pilotudgaven er interviewguiden i det første gennemførte interview. Formålet med dette interview var at afprøve formen og indholdet med henblik på at skærpe spørgsmålene før den egentlige dataindsamling. Pilotinterviewet er gennemført med en klinikchef. Udfaldet af interviewet blev vurderet brugbart, og som følge af et øget fokus på forståelsen for idéen og enkelte rettelser i formuleringer er basisinterviewguiden opstillet.

Størstedelen af interviewene er gennemført med udgangspunkt i basisinterviewguiden (hospitalsledelsen, klinikledelser og ledende overlæger). De resterende interviewguides er blevet anvendt til 1-2 interviews hver og er blevet lavet, fordi der har været behov for nogle andre spørgsmål i disse interviews. Temaerne i basisinterviewguiden og interviewguiden til stabsmedarbejder er de samme, men der er forskelle i spørgsmålene i temaerne. På trods af at der bliver anvendt en række forskellige interviewguides, så går de fleste af temaerne igen i de seks interviewguides, på nær i interviewet med BI-chefen hvor kun to af temaerne går igen.

Behovet for andre spørgsmål i nogle interviews har resulteret i, at der i interviewguidene til BI-chef, direktion og politikere er lavet ændringer i temaerne. Dette betyder, at nogle temaer er udeladt, som fx virksomhedsoverblikket. Samtidigt er der lavet enkelte nye temaer i disse interviewguides. I interviewguiden til BI-chef og direktion er der lavet et tema omhandlende validitet, mens der i interviewguiden til politikerne er et tema om baggrunden for de politiske målsætninger. Tabel 8 viser fordelingen af temaerne i de forskellige interviewguides.

Tabel 8: Oversigt over tematikker i interviews.

	Pilot	Basis	Stabs- medarbejder	BI-chef	Direktion	Politiker
1) Datadrevet ledelse som koncept		x	x	x	x	
2) Virksomhedsoverblikket	x	x	x			
3) Brug: hvem, hvad, hvornår og hvordan	x	x	x	x	x	x
4) Handling	x	x	x		x	x
5) Det generelle overblik	x	x	x		x	(x)
6) Politiske målsætninger	x	x	x		x	x
7) Validitet				x	x	

Tema 1 omhandler konceptet datadrevet ledelse. I dette tema søges det belyst, hvor ny en arbejdsmetode datadrevet ledelse er i Region Nordjylland og på Aalborg Universitetshospital. Derudover søger temaet også at belyse, i hvilken udstrækning datadrevet ledelse på nuværende tidspunkt er blevet en institutionaliseret praksis inden for de førnævnte organisationer. Spørgsmålene i temaet omhandler interviewpersonernes forståelse af konceptet, og hvor længe disse personer har beskæftiget sig med datadrevet ledelse. Til sidst spørges der ind til, om interviewpersonerne har fået en introduktion til datadrevet ledelse. Dette spørgsmål har fokus på, hvordan idéen i et oversættelsesperspektiv formidles mellem hierarkiske niveauer.

Tema 2 omhandler KPI'erne og de politiske målsætninger. Temaet søger at fremhæve, om der er sket en udvikling i de KPI'ere, der arbejdes med i Region Nordjylland og på Aalborg Universitetshospital. Der stilles spørgsmål til, om interviewpersonerne har medvirket i processen med at udforme KPI'erne.

I tema 3 fokuseres der på, hvordan interviewpersonerne bruger målingerne af KPI'erne. Dette tema søger at klarlægge hvilke informationer, interviewpersonerne får, når de ser målingerne, samt hvordan og hvornår de bruger dem. Temaet søger ligeledes at klarlægge, om KPI'erne giver mening for den enkelte interviewperson. Til sidst søges der svar på, om interviewpersonerne operationaliserer KPI'erne til lokale delmål, eller om de opererer med egne målsætninger, som ikke fremgår i de fastlagte KPI'ere. En opsummerende betragtning er, at tema 3 har fokus på kontekstualisering af arbejdsformen i datadrevet ledelse.

Tema 4 omhandler handlinger på baggrund af målinger af KPI'erne. I temaet forsøges det forklaret, hvordan interviewpersonerne handler, når KPI'erne ligger over eller under det fastlagte måltal, og hvorvidt der er koblet positive eller negative sanktioner op på præstationer, der ligger over eller under måltallet. I temaet søges der ligeledes svar på, hvorvidt interviewpersonen ved, om en given handling vil medføre forbedringer, og hvor mange forbedringsprojekter der kan foretages på én og samme tid. Til sidst søges der svar på, hvordan interviewpersonerne prioriterer KPI'erne i forhold til hinanden. Spørgsmålene har alle relation til oversættelses- og omformningsregler for, hvordan en idé omsættes til praksis.

Tema 5 omhandler forventninger til, hvordan KPI'erne bruges af forskellige aktører på forskellige niveauer. Interviewpersonerne spørges ind til, hvordan de tror, at deres overordnede forventer, at de arbejder med KPI'erne. Samtidigt spørges de ind til, hvordan de forventer, at medarbejderne under dem arbejder med KPI'erne. Interviewpersonerne bliver ligeledes spurgt til, om de vurderer, at KPI'erne bliver brugt på alle niveauer i organisationen. Hele tema 5 har udgangspunkt i den hierarkiske oversættelseskæde.

Tema 6 vedrører udvælgelsen af politiske målsætninger, men temaet har et forskelligt fokus mellem grupper af interviewpersoner, fordi kun politikere og direktion har deltaget i opstillingen af politiske

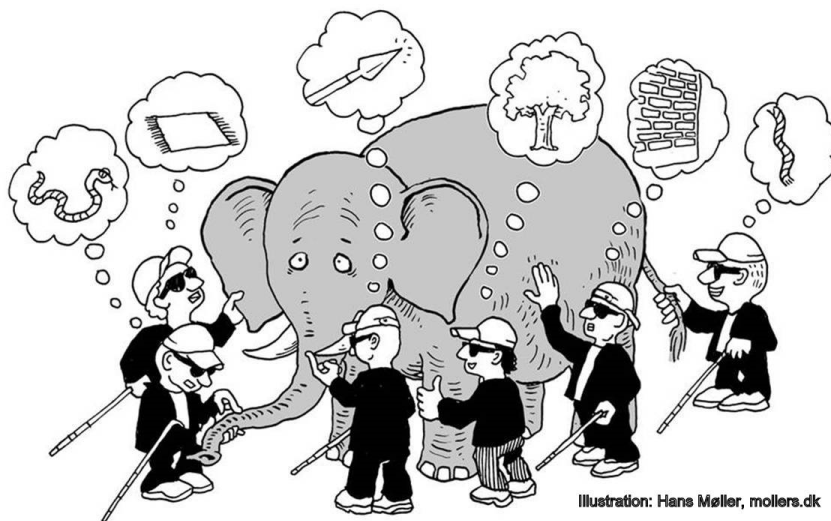
målsætninger. Temaet har relationer til PM-teori i forhold til udvælgelse af nøgleaspekter ved monitorering af performance.

I tema 7 er emnet validitet. Der bliver spurgt ind til, hvordan det kan sikres, at monitoreringen af KPI'erne er kvalificeret, bl.a. om det sker ved, at data er tidstro, eller om de skal være i overensstemmelse med andre opgørelser. Diskussionen af KPI'ernes definitioner bliver ligeledes behandlet i dette tema. Der bliver eksempelvis spurgt ind til, hvordan kendskabet til indikatorerne bliver udbredt med henblik på konsensus om definitionerne, og om der bliver stillet spørgsmålstejn ved definitionerne af KPI'erne. Der er ligeledes spørgsmål til, om det vurderes, at monitoreringen af KPI'erne giver mening på alle organisationsniveauer. Temaet vedrører på den baggrund begreberne datas validitet, definitions-mæssig validitet og reliabilitet.

4.3.1.2 – Elefanten og de seks blinde mænd: Om udvælgelse af interviewpersoner

Udvælgelsen af interviewpersoner i specialet kan forklares ved hjælp af fortællingen om elefanten og de seks blinde mænd.

Figur 9: De seks blinde mænd og elefanten.



I forhold til specialet skal elefanten anses som en metafor på PM og de seks blinde mænd som et billede på de forskellige niveauer, som specialet arbejder med (figur 8). Da specialet arbejder med en hypotese om, at der på de forskellige niveauer arbejdes med PM på forskellige måder, findes det nødvendigt at have alle organisatoriske niveauer repræsenteret i interview-arbejdet. Undersøgelsens

multilevel-design skal således også afspejle sig i dataindsamlingen. På baggrund af dette er der udvalgt interviewpersoner både vertikalt og horisontalt fra organiseringen af Aalborg Universitetshospital og Region Nordjylland. Udvælgelse af interviewpersoner på den vertikale dimension betyder, at der er inviteret og udvalgt interviewpersoner på forskellige hierarkiske niveauer fra den politiske og administrative ledelse af Region Nordjylland via ledelsen af Aalborg Universitetshospital og helt ned til det udførende niveau. Nærmere bestemt er der tale om følgende niveauer: Regionsrådet, Forretningsudvalget, Direktionen, Hospitalsledelsen, klinikledelser og specialeledelse samt BI-enheden.

Den horisontale udvælgelse af interviewpersoner er sket på klinikniveau. Dette betyder, at der oprindeligt er udsendt invitationer til interviews til forskellige personer fra alle syv klinikker på Aalborg Universitetshospital. Udvælgelsen af informanter tog sit udgangspunkt med invitation til interviews med medlemmer af klinikledelser. Her har syv personer fra fem forskellige klinikker svaret. Denne ledelsesmæssige repræsentation af klinikkerne har ledt til, at de resterende to klinikker er blevet afgrænset, så fokus fastholdes på fem ud syv klinikker.

Ved at foretage interviews både vertikalt og horisontalt forsøges det at skabe et helhedsbillede af brugen af datadrevet ledelse i Region Nordjylland og på Aalborg Universitetshospital. Med denne metode forsøger specialet at undgå at blive ligesom de blinde mænd fra ovenstående metafor, der kun undersøger enkeltdele.

Interviewpersoner fra Aalborg Universitetshospital

Kontakten til samtlige interviewpersonerne er etableret via mail. Der blev sendt en invitation til medlemmerne af hospitalsledelsen og alle klinikchefer og forløbsansvarlige viceklinikchefer (bilag 9). Hver enkelt person har efterfølgende givet positiv tilbagemelding, hvis vedkommende var interesseret i at medvirke.

Udvælgelsen af interviewpersoner på de udførende niveauer, dvs. ledende overlæger, er sket med hjælp fra interviewpersoner fra klinikledelserne. Der er sendt en forespørgsel til hver interviewperson fra en klinikledelse om hvilke ledende overlæger i den pågældende klinik, der kunne være interessant at tale med (bilag 10). Der er herefter lavet en tilfældig udtrækning af fem personer blandt de indkomne forslag – og i tilfælde af manglende respons eller afslag på deltagelse er der foretaget en ny tilfældig udvælgelse. Der er på den måde tale om, at udvælgelsen af interviewpersoner er foretaget ved hjælp af *snowballing*, altså hvor de første kontakter leder videre



til de næste. To klinikchefer har ligeledes opfordret til at lave interviews med bestemte medarbejdere fra klinikledelsens stab.

Selvom interviewpersonerne fra klinikledelserne har foreslået interviewpersoner fra specialeledelserne, er der på grund af den tilfældige udtrækning ingen af førstnævnte, der er bekendt med hvilke ledende overlæger, der har valgt at deltage. Dette gør sig også gældende for de resterende interviewpersoner fra klinikledelserne og hospitalsledelsen (enkelte personer har åbent erklæret deres deltagelse, og i sådanne tilfælde er der tale om personlige valg).

Interviewpersonerne fra hospitalsledelse, klinikledelse og specialeledelse vil kun fremgå med de titler, der er omtalt i det ovenstående. Medlemmer af hospitalsledelsen vil med henblik på at opretholde anonymitet ikke blive beskrevet med deres konkrete titler, idet disse indikerer særlige ansvarsområder. De vil derfor blot være beskrevet som medlemmer af hospitalsledelsen med vilkårlig numerering. Interviewpersonerne på de tre niveauer er anonymiseret af den grund, at erfaring fra tidligere projekter har påvist, at navngiven deltagelse kan virke begrænsende på interviewpersonens udsagn. Ved citater og henvisninger til interviewpersonernes udsagn vil disse interviewpersoner blive omtalt som 'han'.

Interviewpersoner fra Region Nordjylland

Blandt de tre medlemmer af Direktionen i Region Nordjylland har regionsdirektøren valgt at deltage. I henhold til problemformuleringens andet spørgsmål vedrørende datas validitet har det været relevant at inddrage Region Nordjyllands BI-enhed i dataindsamlingen, da BI-enheden er ansvarlig for at levere data, der skal danne grundlag for løbende forbedringer og realisering af de prioriterede mål (Region Nordjylland, 2015: 6). Det er en styrke for reliabiliteten af resultaterne af interviewet omhandlende datas validitet, at BI-chefen har indvilliget i at stille op med navngiven deltagelse.

Der deltager to personer i interviewene fra det politiske niveau i Region Nordjylland. Det drejer sig først om regionsrådsformanden, der er udvalgt af hensyn til dennes centrale position i det regionalpolitiske system som formand for Regionsrådet og Forretningsudvalget, og fordi hun har kontakt opadtil i det politiske system, som ellers ligger ud over forskningsdesignet, jf. figur 8. Der har været ønske om at gennemføre et interview med endnu en regionsrådspolitiker, dog med kriteriet, at det også skulle være et medlem af Forretningsudvalget, idet Forretningsudvalget modtager månedlig orientering for status på de politiske målsætninger. Der er lavet en tilfældig

udtrækning af én person blandt de 14 politikere, der foruden regionsrådsformanden er medlem af Forretningsudvalget. Her har et medlem været villig til at deltage.

4.3.1.3 – Overblik over interviewpersoner

Der er foretaget i alt 20 interviews. Antallet af interviewpersoner kan i høj grad ses som et resultat af at bruge snowballing som udvælgelsesmetode. Der er således mange personer, der er relevante at tale med i forhold til, at specialet undersøger brugen af PM vertikalt såvel som horisontalt i organisationen. Fordelingen af interviewpersoner omfatter:

- Ulla Astman (S), regionsrådsformand
- Peter Therkildsen (V), medlem af Forretningsudvalget
- Svend Særkjær, regionsdirektør
- Maj Skårhøj, BI-chef
- Tre medlemmer af Hospitalsledelsen
- Fire klinikchefer
- Tre forløbsansvarlige viceklinikchefer
- To stabsmedarbejdere
- Fem ledende overlæger

Ovenstående liste tæller 21 interviewpersoner fordelt på 20 interviews. Fokusgruppe- og dobbeltinterview er som tidligere nævnt fravalgt, men en interviewperson foreslog deltagelse af endnu en person, og derfor indgår der to interviewpersoner i det ene interview.

4.3.1.4 – Opmærksomhedspunkter ved interviews med personer i ledende stillinger

Ifølge Fivelsdal (1990) er det udfordring som interviewer at berede sig på at skulle interviewe en person i en ledende stilling, fordi de gængse anvisninger om, at intervieweren skal dels motivere interviewpersonen til at tale lystigt og dels styre samtalen, ikke er tilstrækkelige i en sådan sammenhæng. Der kan derfor være behov for, at forberedelsen til interviewet suppleres med følgende fem opmærksomhedspunkter (Fivelsdal, 1990: 291-292):

1. Intervieweren må kende spørgsmålsformuleringerne indgående med henblik på at bruge dem ad hoc – det vil sige, at formuleringerne skal kunne føres ind i samtalen, når det giver naturlig mening.



2. Intervieweren må have et grundigt kendskab til problemområdet, så uligheden mellem interviewer og interviewperson minimeres.
3. Intervieweren må sikre sig initiativretten fra interviewets start ved fx at gøre opmærksom på den planlagte struktur i form af en interviewguide.
4. Intervieweren må formulere spørgsmålene, så de er interessante for interviewpersonen med henblik på at minimere risikoen for, at spørgsmålene eller deres præmis afvises.
5. Interviewpersonen må være fleksibel med hensyn til træffetidspunktet, fordi personer i ledende stillinger kan være svære at træffe.

I forbindelse med dataindsamlingen til dette speciale håndteres ovenstående opmærksomhedspunkter bl.a. ved anvendelsen af en semistruktureret interviewguide. Det er samme personer, der har formuleret interviewguiden, og som skal gennemføre interviewene, så derfor har interviewerne styr på spørgsmålsformuleringerne, så spørgsmålene kan stilles løbende. Brugen af forskellige interviewguides til forskellige målgrupper medvirker også til, at spørgsmålene er relevante for den enkelte interviewperson, og dertil kommer naturligvis, at spørgsmålet i samtalen kan formuleres i relation til interviewpersonens position.

Gennemførelsen af et pilotinterview og en orientering i feltet medvirker til, at interviewerne har et solidt kendskab til problemfeltet forud for interviewene med personer i ledende stillinger. Observationer og interviews er planlagt til at blive gennemført sideløbende, således observationerne også medvirker til at give kendskab til feltet og opstille mulige emner for et interview.

4.3.1.5 – Transskription

Alle interviews er blevet lydoptaget med henblik på at fastholde det sagte. Alle interviews er efterfølgende blevet transskriberet for at skabe bedre forudsætninger for at kunne dokumentere, bearbejde og verificere det sagte. Transskriptionerne er udarbejdet af specialets forfattere, der begge har deltaget i alle interviews. Indsigten i hver enkelt interviewsituation er en styrke i forhold til at kontrollere oversættelsen fra tale til tekst (jf. Tanggaard & Brinkmann, 2010: 43), eksempelvis i forhold til i tekst at eksplicitere ting, der i tale forekommer indforståede. En nærmere gennemgang af et interview kan vise, at der er ufærdige sætninger og indskudte bemærkninger, og forfatterens kendskab til interviewsituationen gør det mere ligetil at strukturere sådant indhold, så den overordnede mening fortsat er tydelig.

Alle transskriberede interviews er efterfølgende sendt til kvalitetssikring ved de respektive interviewpersoner (bilag 11), dels for at sikre at indholdet er forstået rigtigt, og dels for at sikre at interviewpersonen kan stå inde for det sagte og skrevne. Der benyttes således kun godkendt materiale i analysen.

4.3.2 – Observation

Interviewdata er velegnet til at skabe forståelse for interviewpersoners individuelle livsverdener og deres intentioner. Aktørernes adfærd kan udledes af interviewene, men den kan ikke observeres direkte. Observationsstudier er i dette speciale tiltænkt som et supplement til interviewdata for at belyse aktørernes reelle adfærd, idet observationer er velegnede i forhold til at sammenholde intentioner og faktisk adfærd (Bryman, 2012: 270). Ved hjælp af observationer kan det lade sig gøre at identificere den reelle anvendelse af KPI'ere og datadrevet ledelse på Aalborg Universitetshospital. Observationerne vil ske på forskellige niveauer i organisationen, således det også via denne metode bliver muligt at belyse, hvorvidt brugen af KPI'ere er forskellig på forskellige hierarkiske niveauer.

De to dataindsamlingsmetoder interviews og observationer er i dette speciale rettet mod to forskellige typer af målgrupper; interviewene er enkeltpersonsinterviews, og observationerne er udført i mødefora bestående af flere personer, hvoraf nogle af personerne er blevet interviewet. Der foretages observationer på følgende organisatoriske niveauer, gående fra højere til lavere hierarkisk niveau: Regionsrådet, Strategisk Sundhedsledelse, UHL, stabsmøde mellem klinikledelse og stab samt speciemøde. Interviews og observationer overlapper som udgangspunkt ikke hinanden, idet hver metode til at indsamle data sker på hvert sit hierarkiske niveau, som det vil blive uddybet nedenfor.

4.3.2.1 – Observationsfora

Regionsrådet har afholdt to møder i løbet af den periode, der er samlet data ind til dette speciale. Der var ingen af dagsordenspunkterne på mødet d. 28. marts, der var vurderet relevante i forhold til Aalborg Universitetshospital, politiske målsætninger eller datadrevet ledelse, og derfor er dette møde udeladt. På mødet d. 25. april var to dagsordenspunkter relevante, idet det handlede om udmøntning af midler til kræftområdet hv. udmøntning af midler til hurtig udredning og hurtig behandling. Dette møde er derfor observeret, men der er kun ført logbog vedrørende de to dagsordenspunkter.



Der er foretaget observationer i Strategisk Sundhedsledelse, fordi fælles praksis af datadrevet ledelse mellem direktion og hospitalsdirektører kan observeres i det fælles mødeforum. Det kan forklares tilsvarende for UHL, at den fælles praksis af datadrevet ledelse kan observeres i dette forum.

Stabsmødet mellem klinikledelse og stab er ligeledes et mødeforum, hvori datadrevet ledelse forventes praktiseret og deraf mulig at observere. Mødet indeholder bl.a. et tavlemøde, der har til formål at gøre status for prioriterede målsætninger, og derfor er det et relevant forum at observere.

Det fjerde og sidste niveau for observationer er speciemøder, dvs. møder mellem klinikledelse, stab og specialeledelse. Det er i den henseende relevant at observere overgangen af datadrevet ledelse mellem de forskellige niveauer.

Nedenstående tabel viser, hvornår hvilke observationer er foretaget. Der har ikke været afholdt møder i UHL i uge 13-15, hvilket skaber et brud i samplingen. Det er tilstræbt at skabe en sammenhæng i observationerne, således stabsmøder er observeret i samme uger, som der har været afholdt UHL-møder. Dette valg skyldes et ønske om at observere, hvordan stabsmødet bl.a. har til formål at drøfte data, som behandles på efterfølgende møde i UHL.

Tabel 9: Oversigt over observationer.

Uge	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
11	13/3	14/3 Stabsmøde	15/3	16/3 UHL	17/3	18/3	19/3
12	20/3	21/3 Stabsmøde	22/3	23/3 UHL	24/3	25/3	26/3
13	27/3	28/3 SSL	29/3	30/3	31/3	1/4	2/4
14	3/4	4/4 SSL	5/4	6/4	7/4	8/4	9/4
15	10/4	11/4	12/4	13/4	14/5	15/4	16/4
16	17/4	18/4	19/4	20/4 UHL	21/4	22/4	23/4
17	24/4 Speciale-møde	25/4 RR	26/4 Speciale-møde	27/4	28/4	29/4	30/4

Forklaring: RR: Regionsrådet; SSL: Strategisk Sundhedsledelse; UHL: Udvidet Hospitalsledelse; UKL: Udvidet Klinikledelse.

4.3.2.2 – Adfærdsorienteret deltagerobservation

For alle fire fora gælder, at der er tale om deltagerobservation. Det vil sige, at observationen fokuserer både på deltagernes adfærd i lyset af deres omgivelser og på den mening, som deltagerne tilskriver deres omgivelser og adfærd (Bryman, 2012: 273). Der er tale om observationer af den fælles adfærd, og observationerne er dermed ikke fokuserede på bestemte individer. Fokus er i stedet på hele deltagerkredsen ved de respektive mødefora, og det vil med andre ord sige, at samplingen af observationer også er adfærdsorienteret (jf. Bryman, 2012: 279).

Observationen er ikke deltagende, hvilket er vigtigt at understrege, idet ønsket har været at minimere påvirkningen af deltagernes adfærd. Det vil sige, at observatørerne ikke har stillet spørgsmål til deltagerne undervejs, men det har dog ikke afholdt observatørerne i at være en del af stemningen på hvert møde. Det må forventes på forhånd, at der kan være risiko for påvirkning af deltagernes adfærd, eftersom observatørernes tilstedeværelse ikke kan skjules. Dette skal ses i lyset af, at hvert mødeforum har en fast deltagerkreds, og nye deltagere er således lette at spotte. Det må ligeledes forventes, at observatørernes tilstedeværelse skal begrundes med henvisning til specialets formål, og denne oplysning kan potentielt give anledning til en ændret adfærd blandt deltagerne (jf. Elklit & Jensen, 2012: 142). Observatørerne kan dermed i ingen af tilfældene klassificeres som fluer på væggen, men det må være op til en vurdering *ex post*, hvorvidt dette har betydning for specialets resultater; dette diskuteres i afsnit 6.3.

Begge specialets forfattere har virket som observatører samtidigt, og dette har muliggjort, at en person kunne foretage systematisk observation, mens den anden person kunne foretage ustruktureret observation. Med systematisk observation menes, at observationen er struktureret ud fra et observationsskema, og i dette tilfælde er skemaet en kopi af hospitalets virksomhedsoverblik eller regionens dashboard. Overblikket giver således en struktur på observationen i forhold til at dokumentere hvilke elementer i dataoverblikket, som bliver udgangspunkt for dele af samtalen i løbet af det enkelte møde. Den ustrukturerede observation er anvendt med henblik på at observere så mange detaljer som muligt fra hvert møde, uden at skele til forudbestemte aspekter. På denne måde indfanges også nye aspekter, som kan forekomme relevante, men som i forvejen ikke var tiltænkt en rolle i specialet.

4.3.2.3 – Logbog

Observationerne er registreret i en logbog. Begge specialets forfattere har ved hvert møde ført logbog, og efter mødets afslutning er indholdet af de to sæt logbøger blevet gennemgået med



henblik på at udveksle resultater og sikre, at observatørerne har indfanget de samme og de rette forhold. Denne praksis understøtter dataindsamlingens reliabilitet. De to sæt logbøger er dermed skrevet sammen til én logbog for hvert møde.

Specialets forfattere er som observatører selvsagt bekendt med hvilke personer, der er ophavsperson til de udsagn, der er noteret i logbøgerne, men under hensyn til fortrolighed er dette sløret i analysen. Det får den følge, at udsagn givet i et mødeforum ikke henføres til én navngiven person eller en person betegnet med sin stilling. Betegnelsen som mødeleder kan desuden anvendes, idet rollen som mødeleder i de pågældende mødefora går på skift mellem deltagerne (dog ikke i Regionsrådet); det er dermed ikke muligt at henføre eventuelle udsagn til én bestemt person.

4.3.3 – Databehandling

Både transskriptioner af interviews og logbøger for observationer udgør et omfattende datasæt, der skal reduceres til det mest relevante for analysen. Denne proces sker via en selektiv kodning, der identificerer tekstsegmenter i transskriptioner og logbøger på baggrund af et forudbestemt sæt af nøgleord. Disse nøgleord er opstillet i tabel 10.

De forskellige interviewguides er opbygget af temaer, der har direkte relation til PM-teori og oversættelsesteori. Temaerne er dog for brede til brug ved selektiv kodning, og derfor er der opstillet en række mere specifikke temaer for kodningen. Disse temaer har fortsat relation til PM-teori og oversættelsesteori, så den selektive kodning netop er drevet af teori og koncepter (jf. Gibbs, 2007: 44-45).

Nøgleordene er en måde at konkretisere temaerne på. Listen over nøgleord består af eksempler og er derfor heller ikke udtømmende. Til gengæld fungerer eksemplerne på nøgleord som indikatorer for, hvornår et tekstsegment sandsynligvis er relevant i henhold til et teoretisk tema. Enkelte nøgleord som fx prioritering og rangordning ligger tæt op ad hinanden, og det vil således være et skøn, hvorvidt et tekstsegment tilhører ét tema frem for et andet.

Tabel 10: Nøgleord for selektiv kodning af data.

Tema i kodning	Eksempler på nøgleord	Relation til tema i interviewguide
Konceptet	Datadrevet ledelse, idéen, grundtanken	Datadrevet ledelse som koncept
Institutionalisering	Oversættelse, overordnede, underordnede, leder, medarbejdere, dagligdag	Datadrevet ledelse som koncept, Virksomhedsoverblikket, Det generelle overblik
PM: Prioritering af aktiviteter	Fokus, prioritering, udvælgelse, balance	Brug, Handling, Politiske målsætninger
PM: Formulering af KPI'ere og politiske målsætninger	Politisk målsætning, udfordring, valg, rangordning, indsatsområder	Brug, Handling, Politiske målsætninger
PM: Monitorering	Monitorering, opfølgning, tidstro	Brug, Handling
PM: Sanktionering	Sanktion, belønning, straf, pisk, gulerod, efterlevelse	Brug, Handling
Brug: Daglig ledelse	Hverdag, dialog, indsats, ledelse, oversættelse	Brug, Handling
Brug: Tavlemøder	Tavlemøde, mål opfyldelse, udvikling, tendens	Brug, Handling
Brug: Orientering (politisk)	Orientering, opfølgning, udvikling, retning	Brug, Handling
Brug: Handleplaner	Handleplan, plan, redegørelse	Handling
Datas validitet	Validitet, reliabilitet, tidstro data, troværdig, gyldighed	Datadrevet ledelse som koncept, Brug, Handling

Tabellen viser desuden kodetemaernes relation til temaerne i interviewguiden. Dette er ikke ensbetydende med, at kodningen af ét tema kun sker inden for de respektive temaer i interviewene. Der kan være relevant indhold i hele interviewsamtalen, og kodningen er derfor et forsøg på at selekttere relevant indhold af samtalen. Relationen mellem kodetemaer og temaer i interviewguides er kun anført for at tydeliggøre, at der er sammenhæng mellem interviewguide og kodning.

Logbøger og interviews kodes ens. Kodningen selekterer datamaterialet forud for analysen, og i afsnit 4.4 om analysestrategi vil det blive forklaret, hvordan det udvalgte data bliver struktureret til brug i analysen.

4.3.4 – Reliabilitet og validitet

Vurderingen af reliabilitet og validitet tager udgangspunkt i definitioner, der blev givet i afsnit 1.3. Der skelnes således fortsat mellem definitions-mæssig validitet og reliabilitet, der samlet set udgør validiteten af data (jf. Hellevik, 2003). Det semistrukturerede interview bidrager til undersøgelsens definitions-mæssige validitet, fordi interviewguiden er opbygget af temaer, der har rødder i både oversættelsesteori og PM-teori (kap. 2). Spørgsmålene er således teoribundne, hvilket i undersøgelsen gør det muligt at indfange det, der er den erklærede hensigt. Sammenhængen mellem

teori og interviewspørgsmål som beskrevet i afsnit 4.3.1.1 skaber overensstemmelse mellem de teoretisk og operationelt definerede variabler, og den definitions-mæssige validitet er dermed høj.

Brugen af temaer i interviewguiden gør, at alle interviews i udgangspunktet har handlet om det samme. Specialets 20 interviews indeholder segmenter, der er hinanden tilsvarende, for eksempel fordi interviewpersonerne oplever det samme. Det er på den måde en styrke for specialets reliabilitet, at flere segmenter i interviewene har samme mening, hvormed der skabes sammenhæng mellem data og operationelt definerede variabler.

Valget af interviews med enkeltpersoner som den primære dataindsamlingsmetode kan også ses som en styrke for specialets reliabilitet, fordi interviewpersonerne ikke har mulighed for at blive påvirket af andre interviewpersoners meninger eller adfærd. Dette kunne være tilfældet ved interviews med flere personer samtidigt. Deltagerne fra hospitalsledelsen, klinikledelserne og specialeledelserne er desuden anonyme, hvilket har betydet, at disse har kunnet besvare interviewspørgsmålene ud fra sin egen virkelighedsopfattelse, og uden at disse opfattelser og synspunkter eventuelt kan være i modstrid med forventninger, der kan være til den pågældende position.

4.4 – Analysestrategi

Formålet med dette afsnit er at redegøre for, hvordan analysen vil komme til at udfolde sig. Der vil være tale om én sammenhængende analyse, hvor specialets resultater vil blive præsenteret. Analysen struktureres ud fra specialets fem undersøgelsesspørgsmål, der står i direkte relation til specialets problemformulering (jf. afsnit 1.3).

Præsentationen af empiriske resultater sker ved hjælp af displays. Ved brug af displays opstilles analyseresultaterne på en systematisk måde således, at læseren let kan danne sig et overblik over, hvad specialet undersøger (jf. Dahler-Larsen, 2002: 37-38). Analysens displays er en tabelmæssig fremstilling af en række temaer. De fleste temaer er rettet mod besvarelse af de fire hypoteser, som blev formuleret i kapitel 2. Hypotese 1 står i relation til første undersøgelsesspørgsmål, hypotese 2 i relation til andet, hypotese 3 i relation til tredje undersøgelsesspørgsmål og hypotese 4 i relation til femte undersøgelsesspørgsmål. Det fjerde undersøgelsesspørgsmål har ingen tilhørende hypotese og vil blive behandlet seperat.

Der er opstillet regler for arbejdet med displays (Dahler-Larsen, 2002: 39-45). Autencitetsreglen medfører for analysen, at citaterne i analysens displays som udgangspunkt er



præsenteret i oprindelig form, dog er der renset for gentagelser og ufærdige sætninger. Citater er angivet med kursiveret skrift, mens meningskondenseringer er angivet med normal formatering. Inklusionsreglen medfører for analysen, at hvert display indeholder segmenter, der kan tale for og i mod kategoriseringen, som displayet er opstillet på baggrund af. Det er forsøgt at inkludere citater. Der har dog været citater, som kunne indsættes i flere displays, og i disse tilfælde er der blevet lavet en vurdering af hvilket display, der passer bedst til citatet med henblik på ikke at skabe gentagelser i displayene.

Konstruktionen af analysens displays er gennemskuelig, da alle displays er hierarkisk opbygget. Dette valg imødekommer transparensreglen. Derudover er der indledende tekst og overskifter ved hvert display, som giver en forståelse for, hvad det omhandler.

Efter præsentationen af analysens resultater vil disse blive genoptaget i det efterfølgende kapitel 6. Heri vil specialets teoretiske ramme blive inddraget i forhold til at diskutere resultaterne. Diskussionen vil være opdelt således, at de fire hypoteser vil blive diskuteret enkeltvist ud fra den teoretiske ramme.

Kap. 5 – Analyse

Analysen af opbygget af displays, der præsenterer resultaterne fra både interviews og observationer i kort form. Analysen består af fem elementer, hvor det første element er en kortlægning af interviewpersonernes forståelse af idéen bag datadrevet ledelse. De næste fire elementer er dedikeret til hver af de fire hypoteser i specialet, og der forekommer flere displays i henhold til hver hypotese, da hypotesen kan besvares ud fra generelle betragtninger og specifikt i forhold til konkrete forhold. I næste kapitel vil resultaterne bl.a. blive diskuteret i forhold til den teoretiske ramme for specialet med henblik på at besvare undersøgelsesspørgsmålene.

5.1 – Forståelse af konceptet

Det er væsentligt som en indledende manøvre at kortlægge interviewpersonernes forståelse af datadrevet ledelse som koncept. Denne del er vigtig i en institutionel sammenhæng, fordi der på den måde opnås en bedre forståelse for idéen, som er spredt ud i organisationen.

Tabel 11: Forståelser for datadrevet ledelse som koncept.

Regionsdirektør	<i>"Det er vel ved, at man med data, der gerne skal være relativt tidstro, får et bedre grundlag for at træffe beslutninger, og at beslutninger i høj grad bliver baseret på data og fakta frem for fornemmelser."</i>
HL-medlem 2	<i>"Det er jo et middel til at få medarbejdere og ledere til at sætte et særligt fokus og til at være opmærksomme på, at tingene flytter sig i den rigtige retning."</i>
Klinikchef 2	<i>"Det er, at vi bruger tal til at understøtte vores ledelsesmæssige handlinger."</i>
Klinikchef 4	<i>"(...) det er måske lidt lavpraktisk, det er den data, den viden vi får, det bygger på data og så er det meget mere valid information end en eller anden, der tror, mener noget eller synes. Sådan opfatter jeg meget datadrevet ledelse. At det er et understøttende redskab til, når jeg leder."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"Jamen, det er selvfølgelig, at de data vi så får, er tidstro og kan medvirke til det grundlag, hvorpå en ledelsesmæssig beslutning skal træffes. Det er ikke alene data, der gør det, men det er ret væsentligt for at kunne træffe nogle fornuftige og hensigtsmæssige ledelsesmæssige beslutninger. Men der er jo også andre ting, der spiller ind i det at træffe beslutninger, altså, hvad er det for en sammensætning af medarbejdere, deres kompetencer etc. etc."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Det er ikke fornemmelser og antagelser, som vi leder på, men spørgsmålet er jo dybere end som sådan, for det handler jo også om at bruge data rigtigt."</i> <i>"Så historiefortællinger, fornemmelser og antagelser holder altså ikke."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Jamen, det er målepunkter, vi bliver målt på i forhold til, om det vi gør, det gøres godt nok. Og det er lidt lige som det private koncept, der er kommet ud i det offentlige."</i>
Ledende overlæge 1	<i>"Den er jeg nødt til at få igen? Som hvad siger du?"</i>
Ledende overlæge 3	<i>"Jeg tænker det er noget der er blevet fokus på med vores nye Regionsdirektør, og Svend Særkjær er kommet og han har fokus på datadrevet ledelse."</i>
Ledende overlæge 4	<i>"Jamen jeg ser det som et styringsredskab for en administration til at sætte en kurs og måske fastsætte nogle indsatsområder, der skal arbejdes med."</i>

"(...) når man bruger data til at bevæge sig i en bestemt retning, så kan man sige, at det er måske i virkeligheden også datadrevet ledelse, så hvad er datadrevet ledelse – det er jo et vidt begreb."

**Stabs-
medarbejder 1** *"Jeg forstår ved det, at man fremstiller noget data på en simpel og forståelig måde, som skal være håndterbart i et mødeforum. Og man skal kunne træffe beslutning ud fra de data, man får. Det er det jeg mener, skal være målsætningen med det."*

Det generelle billede er, at datadrevet ledelse medvirker til at sætte fokus for en ledelses opmærksomhed. På niveauerne for direktion, hospitalsledelse og klinikledelse forstås datadrevet ledelse som et redskab, der via evident data skal danne grundlag for ledelsesmæssige beslutninger. Dette er ligeledes stabsmedarbejderens forståelse. Der ligger desuden et vurderingselement i redskabet i forhold til at bedømme gode og dårlige indsatser. En enkelt person definerer konceptet i negativ forstand, forstået sådan at datadrevet ledelse *ikke* er mavefornemmelser og antagelser.

Det ses, at ledende overlæger har en mindre klar forståelse af konceptet i forhold til de øvrige ledelseslag. Kun én ledende overlæge her kan beskrive sin forståelse for konceptet, og denne forståelse er i øvrigt i modsætning til forståelsen blandt de overliggende ledelseslag, idet denne ledende overlæge ser det som et styringsredskab med en klinisk distance. Én ledende overlæge er ikke bekendt med konceptet, og en tredje nævner blot regionsdirektørens navn i forbindelse med konceptet. Denne sammenhæng er også udtrykt af en interviewperson:

"Svend Særkjær har været ude og introducere det, fordi det jo sådan set meget udspringer fra regionen om, at det er det, man vil have fokus på fra den overordnede ledelses side. Så på den måde har vi været inde omkring det, men ellers arbejder vi selvfølgelig med det i klinikledelsen, om hvordan vi tænker datadrevet ledelse, og hvad det er for nogle data, vi har brug for for at kunne træffe de rigtige beslutninger." (Forløbsansvarlig viceklinikchef 1)

Konceptet er formidlet fra den regionale administration, og i henhold til ovenstående display ses datadrevet ledelse til og med klinikledelsesniveau som værende samme koncept. Først ved specialeledelserne ses der en forskel i, hvordan konceptet opfattes.

En del af konceptet er KPI'ere og de politiske målsætninger. De politiske målsætninger er et resultat af en politisk proces:

"Og så i et tæt samarbejde mellem i første omgang administrationen, den øverste direktion og mig, jamen så kom oplægget til det, som vi så tog med til budgetforhandlingerne (...)" (Regionsrådsformand)

"Vi godkendte jo nogle, og vi satte jo så administrationen på at skulle finde nogle KPI'ere, som kunne være relevante i forhold til det sundhedsvæsen, som vi gerne, de værdier for det sundhedsvæsen, som vi gerne så – også lidt i hvilken retning sundhedsvæsenet udviklede sig i takt med samfundets forandring." (FU-medlem)

Datadrevet ledelse som redskab indgår dermed i en politisk sammenhæng i forhold til at realisere udvalgte målsætninger. Dette afspejles ligeledes i flere af interviewpersonernes forståelse for konceptet. Der er imidlertid forskel på, hvordan et koncept opfattes, og hvordan det praktiseres i den enkelte organisatoriske enhed. Dette kommer til udtryk i tabel 12.

5.2 – Forskellig anvendelse mellem forskellige opgaver

Den første hypotese i specialet er opstillet på baggrund af en forventning om, at PM anvendes forskelligt afhængigt af aktiviteten i en enhed. Det følgende display præsenterer resultater i forhold til hypotesen.

Tabel 12: Anvendelse af datadrevet ledelse afhængigt af opgaven.

FU-medlem	<i>"Vi bare skal passe på, at det ikke bare er regneark, der styrer det hele; at det er statistikker og alt det her. Der er også en menneskelig faktor."</i>
Hospitals-ledelsen	Medlemmerne har forskellige opgaveområder og fokuserer derfor på forskellige KPI'ere.
Klinikchef 1	<i>"Vi har arbejdet allermest med det, der hedder klinisk beslutning inden for 30 dage, fordi vi har haft lange ventetider og ventelister, som baserer sig på nogle, tror vi i hvert fald, nogle flaskehalse. Og det positive ved det, det er så, hvis man kan identificere og gøre noget ved flaskehalsene, kan man have en forhåbning om, at det kan påvirke ventetiden, og det ser det også ud til. Jeg kan ikke sige, at der er en årsag-virkningssammenhæng, men der er i hvert fald en tidsmæssig sammenhæng."</i>
Klinikchef 4	<i>"Det betyder ikke et klap for den diagnose, du har, prognosen og overlevelse og alt muligt andet, og derfor hvis du bare sidder og kigger på det her, så giver det altså nul og en skid."</i> <i>"Men det der så sker, det er, at når vi har så fine tal, så finder jeg jo på nogen nye. Det er det, vi er i gang med nu med specialerne. Mine egne KPI'ere (...)"</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"For man kan sige, at vores produkt, når man ser alene på det radiologiske speciale, det er jo svar. Altså, alt hvad vi har af mellemregninger, det er patienterne stort set ligeglade med, og det skal de også være. Og det er noget af det, vi skal effektiviseres på, det er noget af det, vi skal bruge de her tal til og få nogle arbejdsgange, der er hensigtsmæssige, så vi både udnytter vores personaleressourcer effektivt, men også at vi får givet nogle svar til tiden."</i> <i>"De enkelte specialeledelser er blevet bedt om og sige, hvad er det, I godt vil måles på? Ikke noget som I opfylder fuldt ud, men noget som der kan arbejdes med, og hvor vi kan se en udvikling, og noget som er nemt. Det vil sige, at data skal komme nemt, det skal ikke være manuelt, man skal sidde og tælle op; det skal være noget, der er nemt, som giver et billede af, hvordan vi understøtter patientforløbene her i huset."</i>
Ledende overlæge 1	<i>"Det er nogle ting, hvor man skal sige, jamen, 30 dage er en politisk let tællelig affære og en let forståelig affære, men den har ingen mening i den verden, vi lever i. Så det er helt fint, at vi har nogle KPI'ere, som vi kan forholde os til, og hvis vi opfylder dem, jamen så lader ledelsen os være, og så kan vi selv beskæftige os med det, som er rimeligt."</i> Generelle forskelle i konteksten mellem medicinske og kirurgiske specialer. Medicinsk



	behandling kan oftest påbegyndes øjeblikkeligt, mens kirurgisk behandling kræver planlægning, logistik mv. <i>"Jamen altså, for at sige det ærligt, det fylder utroligt lidt i vores hverdag det her. KPI'ere er ikke noget, som er født af vores interesse."</i> <i>"Ja, jeg arbejder med, at de rigtige patienter bliver udredt på de rigtige tidspunkter; at den kvalitet som vi skal have i vores arbejde, at den også bliver opfyldt; at vi laver de undersøgelser, der skal til, og vi laver dem på den korrekte måde. Dét her er jo ikke kvalitet. Det er jo ikke nogle kvalitetsmål, det er jo end ikke produktionsmål, som er værdige at bruge til at sige, om noget det fungerer eller ej."</i>
Ledende overlæge 2	<i>"Og så vender jeg den på hovedet og siger, hvad er det, vi vil med monitorering. Sådan synes jeg, man skal starte. Det tal vi får, hvad er det, vi forestiller os, at vi kan bruge tallene til, og hvad er det, vi vil bruge tallene til? Og de spørgsmål synes jeg tit, at man ikke har tænkt tilstrækkeligt igennem, inden man begynder at monitorere. Og så kan I godt se, så får man jo nogle tal, som måske både er æbler og pærer, og som man ikke kan bruge til ret meget."</i> <i>"Altså jeg kigger på alle KPI'erne hver uge, altså det vil sige udredningsret som er den der ligger øverst, og så har vi FMK'en, som ligger hernede. Og det er sådan set de to, vi kigger mest på."</i>
Ledende overlæge 3	<i>"Men hvis der så over en periode er nogle enkelte af de her spor, som er belastede, så må vi jo rykke rundt på og så få lavet nogle flere tider der. Så på den måde bruger jeg det jo. Men altså noget mere detaljeret end de tal, jeg får her."</i>
Ledende overlæge 5	<i>"Det er jo bare en bekræftelse, kan man sige."</i> <i>"Jeg tror, at på en eller anden måde har det været givet længe, at der er sådan det der svartid; det har der jo været en forventning om. Men dét at det så er den del, vi rapporterer ind, det har vi så gjort, fordi det passer ind i det overordnede mål at kunne bidrage til det."</i>
Stabsmedarbejder 1	<i>"Altså nu har vi primært fokus på erfaret ventetid til operation og så kliniske beslutninger, fordi vi er også nødt til at prioritere vores indsatser, fordi det tager lang tid at lave de indsatser her."</i> <i>"Vi har startet med en benhård prioritering dér, hvor der har været mest økonomi at komme efter og største forbedringer at komme efter."</i>
Stabsmedarbejder 2	<i>"Det vigtigste det er, at det skal give værdi for patienten, det data vi interesserer os for."</i>

Ovenstående display viser en differentieret anvendelse af datadrevet ledelse og KPI'ere mellem forskellige enheder på Aalborg Universitetshospital. Den grundlæggende forskel mellem medicinske, kirurgiske og diagnostiske specialer foranlediger hvilke KPI'ere, der er relevante at have opmærksomhed på. Aktiviteten i hver enhed er afgørende for hvilke udfordringer, ledelsen i den pågældende enhed står for at skulle håndtere, og dette manifesterer sig bl.a. ved, at nogle har stort fokus på klinisk beslutning inden for 30 dage, andre fokus på erfaret ventetid til operation og andre igen fokus på svartider for undersøgelser eller økonomi. Det kan med god grund siges i forhold til hypotese 1 i specialet, at *context matters* i forhold til anvendelsen af datadrevet ledelse.

Desuden ses det også, at der er en afdeling, hvor KPI'erne blot opleves som en bekræftelse på aktiviteten. Der sker således ikke en egentlig anvendelse af indikatorerne. En klinikchef har på lignende vis fortalt, at vedkommende har opstillet sine egne KPI'ere for at blive ved med at udfordre niveauet i sin klinik. I én klinik er de gældende KPI'ere formuleret i samarbejde med



klinikerne. Der har således været en bottom-up-proces understøttet af klinikledelsen i udvælgelse og formulering af KPI'ere. Denne proces har ikke fundet sted i andre klinikker. Det viser, at opgaverne i den enkelte klinik har betydning for, hvad der giver mening at monitorere og have ledelsesmæssig opmærksomhed på.

Endeligt er der en generel opmærksomhed på, at brugen af KPI'ere skal virke meningsgivende i forhold til den enkelte patient. Patienter er principelt forskellige, men kan dog kategoriseres efter eksempelvis diagnoser og specialer, men denne kategorisering foranlediger relevante KPI'ere. Orienteringen i forhold til meningsfuld monitorering for patienterne kommer bl.a. til udtryk ved, at flere interviewpersoner har stærkere præferencer for kvalitetsdata end de anvendte KPI'ere.

5.3 – Forskellig anvendelse mellem forskellige organisationsniveauer

Den anden hypotese er opstillet på baggrund af en forventning om, at PM anvendes forskelligt på forskellige organisationsniveauer. Nedenstående display præsenterer resultaterne som en sammenligning af forskellige aktørers brug af datadrevet ledelse. Den efterfølgende tabel 14 viser sammenhænge i anvendelsen af PM på tværs af forskellige organisationsniveauer. Der benyttes således tre displays til besvarelsen af hypotese 2, hvor første display præsenterer forskelligheder, mens andet display præsenterer ligheder, og tredje display har fokus på anvendelsen blandt medarbejdere, der ikke er på ledelsesniveau.

Tabel 13: Anvendelse af datadrevet ledelse afhængigt af organisationsniveau.

Regionsrådsformand	<i>"Og når for eksempel regionsdirektøren kommer ind og orienterer mig om, at nu er der et udsving, så spørger jeg "og hvad har I så gjort, og hvad gør I?", og så får man også samtidigt at vide, at der bliver gjort det og det, og den pågældende sygehusdirektør er i gang og foretager sig det og det. Så på den måde kan jeg jo høre, at de arbejder med det og er lige så optagede af det, som vi andre er, og lige så irriterede hvis der er røde tal på tavlen, som andre er, og ekstra opmærksomme på det. Så der er hele tiden ledelsesfokus på de her målinger og på de områder her, fordi det er det, der har betydningen."</i>
FU-medlem	<i>"Altså, vi bruger det lidt i vores budgetforberedelse, og så bruger vi det også lidt til at se, om ledelsen – hvad skal vi sige – følger op på de veje, som vi gerne vil."</i> <i>"Jamen, vi ser jo på, ligesom i kurverne, om der er nogle steder, hvor det går i den forkerte retning, og nogle steder hvor det går i den rigtige retning. "</i> <i>"(...) jeg synes, hvis vi følger op på det hver tredje måned eller noget i den stil, så er jeg personligt som politiker meget godt tilfreds."</i>
Regionsdirektør	<i>"Den politiske målsætning er en årsmålsætning, men vi følger selvfølgelig, om det bevæger sig i den rigtige retning."</i>
Klinikchef 2	<i>"(...) det kører egentlig mest på sådan min vurdering af, om tingene går den rigtige vej. Og det er så dét, jeg formidler ud."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"Så vi har faktisk et fast punkt, altså de her forbedringsnøgletal til det her, og deri indgår KPI'erne. Så det er oppe på vores dagsorden til hvert enkelt specialeledelsesmøde."</i> <i>"Nej, jeg kigger kun på dem, når jeg får dagsorden til Udvidet Hospitalsledelse, og vi vender det også i klinikledelsen og forholder os til de tal, der er, og hvad det er, der skal til af eventuelle tiltag for, at vi kan forbedre de tal."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Og hvis man gik ud og spurgte i de enkelte afsnit, om de ved, (...) hvordan de lever op til klinisk beslutning, så ligger det jo meget på den ledende overlæge og på den ledende sekretær; det er jo meget dem, der sidder og samler data."</i> <i>"Altså, vi kigger ikke på dem ude i afsnittene, men det er vigtigt for os, at de også har nogle i de enkelte afsnit, som de måler sig selv på."</i>
Ledende overlæge 1	<i>"De dér er opstået i en anden verden, altså de opstår i en verden, der ikke har noget med klinikken at gøre. Det opstår i en anden verden, hvor politikere og regionsarbejdere føler behov for at regulere det, der foregår nede i maskinrummet, som de kender for lidt til for at sige det rent ud."</i>
Ledende overlæge 4	<i>"Vi har en morgenkonference hver morgen, og der... Er der sådan nogle ting her, der skal rettes op på, så tager jeg det op og orienterer om, at nu skal der gøres en særlig indsats."</i>
BI-chef	<i>"I min optik – hvis det er sådan, at man skal have datadrevet ledelse, så er det enormt vigtigt, at alle de ledelsesmæssige niveauer man har, at de hænger sammen, så der er nogle forventninger nedad, men faktisk også at der bliver noget input opad. Og det betyder, at målene de selvfølgelig skal hænge sammen hele vejen nedad, men i min optik så er det altså ikke de samme mål, vi har nedad, fordi heroppe der arbejder man jo på et strategisk niveau, og hernede der arbejder man faktisk på et niveau, hvor man skal have det til at ske noget andet ude i dagligdagen."</i>

Anvendelsen af datadrevet ledelse og KPI'ere ses at være betinget af, om den enkelte interviewperson befinder sig på et strategisk eller operativt plan. Både politikere, direktion og til dels klinikledelser bruger det primært til opfølgning, dvs. hard use, men klinikledelser benytter i højere grad KPI'erne som udgangspunkt for drøftelser, dvs. soft use. På det operative plan er der forskel i de ledende overlægers tilgang til anvendelsen; én bruger dem slet ikke med henvisning til en anden virkelighed, og en anden bruger det som udgangspunkt for konkrete forbedringsindsatser.



På tværs af niveauerne ses der blandt flere af interviewpersonerne fra klinik- og specialeledelser udtryk for, at der ikke er eller bør være opmærksomhed på fælles indikatorer. Dette skyldes netop forskellen mellem strategisk og operativt plan. Hypotese 2 om forskellig anvendelse af datadrevet ledelse kan således bekæftes i forhold til brugen af KPI'erne. Tabellen på den følgende side indeholder alene segmenter, der taler ind i en ledelsesmæssig bevidsthed om organisationsniveau – den såkaldte pipeline.

Tabel 14: Pipeline.

Regionsrådsformand	<i>"Men når det kommer til os, så har man jo ageret."</i> <i>"Så på den måde bruger jeg det, når jeg bliver konfronteret med det, men det er ikke det, der fylder på det politiske bord, og det er heller ikke det, der skal fylde på det politiske bord, under en forventning om at det er løst, hvis der er en konkret teknisk udfordring et eller andet sted."</i> <i>"Så tager vi jo sygehusledelserne direkte ind i Forretningsudvalget i forhold til, at så må de fremlægge for os, hvad er det, der er galt, og hvad er det for en medicin, der skal til for at kurere det her, og simpelthen holder dem op på, så de kan mærke presset, ikke. På den måde så kan de jo også levere presset videre, ikke."</i>
Regionsdirektør	<i>"Altså, jeg synes, det gode ved det her er, at de sådan selv, hvis det virker, så skal de sådan set selv gribe den, før vi ligesom skal begynde at sige "ved du hvad, det er sgu ikke godt nok"."</i> <i>"(...) og så bruger jeg det også til at teste ledelsen på, hvordan de sådan set agerer som ledelse, og hvor gode er de til at drive det frem, som vi også med dem har aftalt. Og det er også noget, vi har aftalt med dem, og de har sådan set sagt "vi kan godt stå inde for, at vi leverer på det". Det er jo ikke noget, vi bare stopper ned i halsen på dem."</i>
HL-medlem 1	<i>"Jamen, der vil vi jo gerne have det sådan, at det er vores klinikchefer, der gerne skulle bære ejerskabet i tavlen og fortælle os, hvad de vil gøre ved det, så de lever op til de målsætninger."</i>
HL-medlem 3	<i>"De fylder mest om tirsdagen, hvor der er Strategisk Sundhedsledelsesmøde, og så fylder de om torsdagen, hvor vi har udvidet hospitalsledelsesmøde, (...) henholdsvis den ene af dagene er det nogle forklaringsproblematikker opadtil og den anden dag er det forklaring, dialog, diskussion nedadtil, altså til klinikledelserne."</i>
Klinikchef 1	<i>"Altså, jeg er jo helt afhængig af, at specialerne og specialeledelserne de synes, at det her er lige så vigtigt, som jeg gør. Ligesom hospitalsledelsen også er afhængig af, hvordan jeg reagerer på det og formidler de her ting videre."</i>
Klinikchef 3	<i>"Jamen altså, i første omgang så tager vi jo en samtale med specialeledelsen, altså med de ledende sygeplejersker og med den ledende overlæge. Og eventuelt ledende sekretær, hvis det også er en del af problemstillingen. Og så er det jo i princippet specialeledelsens ansvar at løse problemet. Altså, vi støtter jo selvfølgelig op om det, vi kan. Så det er jo dem, der ligesom går dernede og ved, hvordan det hænger sammen i hverdagen."</i>
Klinikchef 4	<i>"Men det betyder noget, at jeg går ind som klinikchef og siger, at nu skal vi i mål. Det betyder noget, helt klart, at jeg siger til de ledende overlæger, at nu gider jeg ikke se på det tal mere så nu kommer vi i mål (...)"</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"Vi har kun alene tallene, og vi skal ikke på den måde ind i detaljer i den daglige drift og den måde, man planlægger på der, men vi har nogle tal jo udover det her også jo, hvordan økonomien er, og hvordan fremmødeprofilen er for de medarbejdere, der er der osv. osv. Det er noget af det, vi kan se på. Men den konkrete handling i forhold til arbejdsgangen, det ligger ved specialeledelsen. Det er deres opgave."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Vi kan jo ikke direkte gå ud og gøre noget; vi leder jo igennem ledere, så vi går ud og snakker med vores specialeledelser om, det og det skal til."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Vi kører jo altid via afsnitsledere og specialeledelserne, dem der nu er ledelser de enkelte steder (...)"</i>
Ledende overlæge 1	<i>"Ja, så går det ned igennem systemet; så får vores klinikchef høvl, og så skal vi stå til regnskab for det. Det er jo aftalen. Og det gør vi, eftersom der kun er den ene lille parameter der, vi skal regulere på, og så er det fint."</i>

Det er fælles for størstedelen direktionen, hospitalsledelsen og klinikledelserne, at medlemmerne heraf er ledere af ledere. Det kommer til udtryk i ovenstående display, at disse ledere agerer gennem det underliggende niveau. I denne betragtning er anvendelsen af datadrevet ledelse ikke forskellig. Tendensen skifter dog på specialeledelsesniveau, der skal omsætte handleplaner til konkrete handlinger. Dermed kan anvendelsen trods alt siges at være forskellig mellem niveauerne.



Det er endnu et fællestræk for samtlige niveauer, at hver aktør har to roller i denne sammenhæng; den ene rolle er at stå til ansvar og skulle forklare sig opadtil i systemet, og den anden rolle er at etablere en dialog og derigennem initiere handlinger nedadtil i systemet. Der er tale om en vekselvirkning mellem de to roller, og denne vekselvirkning er tydeligst ved sammenligning af mødefora på forskellige niveauer. Datadrevet ledelse blev som praksis påbegyndt via tavlemøder i Strategisk Sundhedsledelse, hvor hospitalsdirektørerne hver især havde til opgave at forklare hospitalets performance over for regionens direktion. Dette ansvar er senere blevet givet nedadtil i organisationen, så hver enkelt klinikchef nu skal forklare sig over for hospitalsledelsen (HL-medlem 1). Eksemplet illustrerer det overordnede mønster i forhold til at modtage og videregive et ledelsesmæssigt pres. Dette fællestræk taler i mod hypotesen om forskellig anvendelse af konceptet på forskellige ledelsesniveauer.

Det følgende display præsenterer resultater for anvendelsen af datadrevet ledelse og KPI'ere blandt medarbejdere, der ikke er på ledelsesniveau.

Tabel 15: Anvendelse af datadrevet ledelse blandt medarbejdere, der ikke er på ledelsesniveau.

Regionsrådsformand	<i>"Det er vigtigt, men det er jo ikke det, de skal gå og styre efter i deres dagligdag, når de behandler patienterne."</i>
HL-medlem 1	<i>"Der skal være nogen, der kan det der med analyser og sikrer, at det udførende personale sådan set håndterer opgaverne og dagligdagen rigtigt, kan man sige."</i>
Klinikchef 2	<i>"Så der er der brug for en oversættelse, og hun har heller ikke brug for at bekymre sig synderligt meget om det, så der skal man også være selektiv med, hvem man inddrager, og hvor meget man inddrager. Folk de skal vide, at det her det er vigtigt, og selvfølgelig skal man vide, at det her er nogle politisk prioriterede mål (...)"</i> <i>"Til og med specialeledelserne gør man. (...) Men længere ude i organisationen, der er det noget mere broget."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"Ja, det er faktisk min fornemmelse. Det er indarbejdet."</i> <i>"Hvad med den enkelte medarbejder? Det tænker jeg nogle gange på. Er de helt opmærksomme på det? Hvad tænker de om data? Er de orienteret? Er det noget, der er på personalemøderne, er det på tavlemøderne, man får nogle ting klareret af? For jeg synes da det er vigtigt, at vores frontpersonale også er en del af det her og ved, hvad er vigtigt, og hvad det handler om."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Det gør de ikke, og det skal de nødvendigvis heller ikke. De skal komme ned i de nødvendige ledelseslag, men det er jo ikke den enkelte medarbejder, der skal have en forståelse for, hvorfor vi kun ligger på 67 %."</i> <i>"Det er et ledelsesværktøj, som skal dissekteres og give mening ned i gennem lagene og ud til den enkelte medarbejder. Men de skal ikke forholde sig på den måde til KPI'erne, og der er også mange, der synes, at det her ikke giver mening, men det er jo vores ansvar og arbejde og pligt at få oversat de politiske mål og krav, der er til os, til noget meningsskabende ude i klinikken. Det her er jo et styringsredskab. Så kan man lide det på godt eller ondt, ikke, men det er et styringsredskab."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Så noget af det vi i hvert fald har nævnt for dem, det er, at det er vigtigt, at det de har på tavlerne ude i afsnittene, det skal være noget, der er vigtigt for personalet. For hvis man satte det her op, så ville de tænke "altså hvad skal vi bruge det til?"."</i>
Ledende overlæge 1	<i>"Nej, det skal jeg helst prøve på at få hjulpet dem af med, så det ikke påvirker deres hverdag, og deres hverdag er meget mere konkret, og der er meget direkte patientbehandling."</i> <i>"Jeg opfatter ikke KPI'ere som et ledelsesredskab. Jeg opfatter det som et politisk redskab, hvor politikerne har mulighed for at se lidt ind i, hvad foregår der på hospitalerne, og hvis det lidt de ser, tilfredsstiller dem, så får vi fred."</i>
Ledende overlæge 2	<i>"(...) man skal kunne sælge budskabet og sige, hvorfor er det godt, vi gør det, og hvem kommer det til gode – kommer det patienten til gode? Ja, det gør det forhåbentligt. Kommer det dig til gode i dit arbejde? Jamen det gør det jo nok også i den sidste ende. Så det er på det niveau. Det er ikke sådan noget med at stikke tallet ud og sige "gik vi op, gik vi ned?". Det synes jeg ikke medarbejderne kan bruge til noget. De skal have den der baggrundsforståelse for, hvorfor er det, vi ændrer nogle ting, og hvorfor er det, vi arbejder med nogle ting (...)"</i>
Ledende overlæge 3	<i>"Men helt ned på medarbejderniveau, tror jeg ikke."</i>
Stabs-medarbejder 1	<i>"Vi er nået til specialeledelserne, og her vil jeg tillade mig at sætte et flueben. Nu arbejder vi på de specialeansvarlige overlæger. Det er det næste step (...)"</i>



Det er et gennemgående resultat, at anvendelsen af datadrevet ledelse sker til og med specialeledelserne. Forskellige personer har forskellige vurderinger af, om datadrevet ledelse anvendes blandt medarbejdere, der ikke er på ledelsesniveau. Selv en enkelt person har modsigende vurderinger af, om det faktisk er tilfældet. Der kan identificeres udsagn, der taler for, at basispersonale er og bør være orienteret om status på KPI'erne, men der er imidlertid forskel på at være orienteret om monitorering og at anvende selv samme. Det er en gennemgående holdning, at datadrevet ledelse skal oversættes mellem hvert hierarkisk niveau, og dette vil medføre forskellige grader af anvendelse.

5.4 – Forventninger til adfærd

Tabel 14 viste, hvordan datadrevet ledelse praktiseres igennem den ledelsesmæssige pipeline. Nedenstående display viser, hvordan personer oplever, at deres overordnede har forventninger til passende ledelsesmæssig adfærd. Efterfølgende gennemgås et tilsvarende display for forventninger til underordnede.

Tabel 16: Forventninger fra overordnede.

Spørgsmål: Hvordan tror du, at din overordnede gerne vil have, at du bruger KPI'erne?

Regionsrådsformand	<i>"Jeg har lige haft fornøjelsen af for nogle få uger siden at være ovre i Sundhedsministeriet sammen med min regionsdirektør, og der havde vi muligheden for i en times møde med ministeren at kunne forelægge, hvordan er det, vi arbejder med det, hvordan er det, udviklingen rent faktisk er på den måde, som vi arbejder med det. Og det tog de meget positivt imod og sagde, at det har de forståelse for den der måde, at vi måler på, og når de kan se, at udviklingen har bevæget sig i den rigtige retning, og der arbejdes med det, så er det fint for dem."</i>
Regionsdirektør	(Om regionsrådspolitikerne) <i>"Men jeg har ikke hørt, at de ikke er tilfredse, men det er sådan set et meget godt spørgsmål også at stille til dem – det burde vi nok også selv lige gøre."</i>
HL-medlem 1	Fokuseret tilgang i ledelsesbeslutningerne.
HL-medlem 2	<i>"Altså, det ved jeg faktisk ikke. Altså, man kan sige, at jeg tror sådan set, at for min overordnede der er det vigtigste vel, at tingene flytter sig. Det er vel prioritet 1. Prioritet 2, så tror jeg vel også, at så er der vel en forventning om, at man kender tankegangen ude i organisationen."</i>
Klinikchef 1	<i>"Jeg tror da, de har en forventning om et hurtigt reaktionsmønster, og det synes jeg også, det er rigtigt; det er også noget, vi har skullet vænne os til, at det her er ikke bare snak, det her er kontant, og det er kontant afregning. På en eller anden måde, i hvert fald mentalt, at man gøres opmærksom på, at det er ikke godt nok – ikke at tallet er sådan, men at der ikke er gjort noget ved det. Det tror jeg, at vi alle sammen skal vænne os til. Det er ikke, at vi skal piske hinanden, men vi skal alle sammen vænne os til en ny måde at arbejde på, og at vi også vænner os til at have nogle deadlines for, hvornår der skal være sket noget"</i>
Klinikchef 2	<i>"På den måde jeg gør."</i>
Klinikchef 3	<i>"Det kan vi sådan set selv bestemme, hvordan vi arbejder med det."</i>
Klinikchef 4	<i>"Jamen jeg tror gerne, de ser det, som jeg gør det nu."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"Hvad skal jeg sige til det altså. Sådan som vi har talt om det her, at jeg er opmærksom på de ting, og det er faktisk noget af det, der ligger i min funktionsbeskrivelse; at netop det med at være forløbsansvarlig, jamen så er det vigtigt at have styr på de data, som udsiger noget om den organisation, som jeg nu er en del af. Så det ligger faktisk, at jeg skal holde mig ajour med de data, der er."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	Stort fokus på datadrevet ledelse som følge af en klinikchef, der går op i dette.
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Jamen han har en helt klar forventning om, at jeg sørger for, at vi lever op til dem."</i>
Ledende overlæge 1	<i>"Hvis jeg bare sørger for, at de er i orden, så er han jo også tilfreds."</i>
Ledende overlæge 4	<i>"Jeg tror gerne, han vil have, at jeg ikke laver andet."</i>
Ledende overlæge 5	Tilfredsstillende performance giver metodefrihed.

Det ses, at der lige fra Sundhedsministeriet og nedefter i styringslinjen er en principel forventning om at skabe forbedringer. Der er som følge heraf en udbredt opfattelse af metodefrihed i forhold til at skabe disse forbedringer. Der er dog antydninger af, at forventningerne fra regionsråd til direktion og fra direktion til hospitalsledelse ikke er eksplicitte, selvom hver enkelt aktør på disse niveauer alle ser det rationelt at arbejde datadrevet (jf. tabel 11).

Denne klare forventning om forbedringer og heraf betingede metodefrihed går igen i forventningerne til hver leders underordnede. Dette er vist i nedenstående display.

Tabel 17: Forventninger til underordnede.

Spørgsmål: Hvordan vil du gerne have, at KPI'erne bliver brugt af dine medarbejdere?

Regionsrådsformand	<i>"Og man er i en politisk ledet organisation, så er det de politiske målsætninger, der er gældende, og det er det, man skal arbejde efter."</i>
Regionsdirektør	<i>"Det er en skal-opgave, og at de formår at oversætte det nedad."</i>
HL-medlem 2	<i>"Det vigtigste for mig, det er jo selvfølgelig, at der bliver leveret resultater. Og det vil sige, at, at tingene flytter sig den rigtige vej. Det er selvfølgelig prioritet 1. Prioritet 2, så kan man sige så er der jo også en forventning om, at den tænkning som ligger i det, at den siver ned igennem organisationen, sådan så man har et vist fællesskab om, hvordan vi arbejder med tingene"</i>
HL-medlem 3	<i>"Vi går i dialog, også med metoder (...) jeg går ud fra at de arbejder med data ud fra den virkelighed, de selv er i."</i>
Klinikchef 2	<i>"På den måde de gør."</i>
Klinikchef 3	Metodefrihed.
Klinikchef 4	<i>"Altså jeg synes, de arbejder præcis, som de skal. Det vigtigste for mig er, at vi har følgeskab i det her."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	Fokus på mulighed for forbedring i organisationen.
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"De skal arbejde med dem på den måde, der skal give mening."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Det skal være en del af dagligdagen, fordi det skal også give mening ude i de enkelte afsnit (...) "</i>
Ledende overlæge 2	<i>"Altså det er på et andet niveau, kan man sige, fordi de skal selvfølgelig ikke gå op i tallet som sådan."</i>
Ledende overlæge 3	<i>"I en lang periode var det hele afdelingen, der ligesom blev introduceret til, hvordan vi skal gøre det. Nu har vi nok mere målrettet på dem, der har brug for det."</i>
Ledende overlæge 4	<i>"Jeg vil gerne have, at de ser det som en meget lille del af deres hverdag. Deres hverdag den skal omhandle patienterne og patientbehandling."</i>
Ledende overlæge 5	Opmærksomhed.

På de højere ledelsesniveauer opfattes datadrevet ledelse som en ufravigelig opgave. Der er således en klar forventning om, at underordnede ledere formår at skabe forbedringer. Allerede fra direktionsniveau er der en forventning om, at ledere oversætter datadrevet ledelse ind i den konkrete hverdag. Dette manifesterer sig senere hen i metodefrihed og et gennemgående princip om, at anvendelsen skal give mening i forhold til dagligdagen.

Blandt specialeledelserne ses mere forskelligartede forventninger, idet forskellen mellem strategisk og operativt niveau kommer til udtryk. Datadrevet ledelse forventes derfor ikke at være toneangivende i hverdagen for basispersonalet. Der er således forskellige forventninger til, hvordan hhv. ledere og basispersonale skal arbejde med datadrevet ledelse og KPI'ere. Forventninger til

ledernes fokus er repræsenteret i tabel 19, men først gennemgås de overordnede forventninger til lederes adfærd i forhold til datadrevet ledelse. Dette sker i tabel 18.

Tabel 18: Overordnede forventninger til passende adfærd pba. datadrevet ledelse.

Regionsrådsformand	<i>"Jamen, det er jo et meget fast blik på også at sige, hvad er det, vi bliver målt på centralt. Det kan vi lige så godt være ærlige at sige. Der blev sagt klart og tydeligt til os, at "kan I ikke komme i mål med udrednings- og behandlingsgarantien, kan I ikke komme i mål i forhold til kræftpakkernes maksimale ventetidsmålsætninger, jamen så er det jo spørgsmålet om, om det er regioner eller ej". Og man kan sige, at det tog vi op som en udfordring og sagde "okay, jamen er det dét, som skal være gældende, så er det dét, der er gældende", og det giver god mening."</i> <i>"Vi har jo sagt, at "det har bevæget sig i den rigtige retning, det kan vi jo se – I har ikke nået det mål, vi har sat, men det forhindrer os altså ikke i at løfte barren lidt højere endnu, for der skal være noget mere at stræbe efter"."</i> Det forventes, (1) at midlerne vil blive udmøntet som beskrevet, (2) og at det får effekt på ventetid til udredning og behandling. (3) Administrationen følger op herpå.
FU-medlem	<i>"Men har de fået flere penge, end der er behov for til at løse opgaven, og de har løst færre opgaver end det, som de egentlig havde, så skal vi have forklaringer."</i> <i>"Men man kan jo så også sige i forhold til, hvis vi skal byde ind på nogle specialer, som Sundhedsstyrelsen tildeler os, jamen hvis vi har nogle gode både resultater og også en god effektivitet på de målsætninger, vi har sat op – jamen så er vi jo klar til at forsvare det i forhold til Sundhedsstyrelsen (...)"</i>
Regionsdirektør	<i>"Så det handler også om, dels hvordan overbeviser vi klinikerne om, at det er faktisk vigtigt for jer og for patienterne, og hvordan giver det så mening i den måde, du så at sige laver arbejdet."</i> <i>"Så det var lidt en kontrakt med at sige, at "hvis I skal så at sige holde jer lidt mere i ro og prioritere lidt mere skarpt på, hvad der er vigtigt hos jer, så skal vi også sandsynliggøre, at vi rent faktisk flytter os på de her målsætninger". De målsætninger der så er stillet op, der var vi så den region, der sådan set klarede sig dårligst på."</i>
HL-medlem 1	<i>"(...) vi bruger det jo både, som sagt, i vores hospitalsdialog med vores klinikchefer, men vi bruger det faktisk også på vores driftsmøder og økonomimøder med de enkelte klinikledelser, fordi de skal jo leve op til dem."</i>
HL-medlem 2	<i>"Så det mest normale billede, tror jeg, det ville egentlig være (...) at den faktiske performance ligger under de fastsatte målsætninger."</i>
HL-medlem 3	<i>"(...) Hvis man går tre år tilbage i tiden, så ønskede politikerne flere KPI'ere end i dag, men så foregik der noget, som jeg faktisk synes var rigtigt og fornuftigt i forhold til hospitalerne; der var tre tal, vi skulle have data på og ikke ti. Så faktisk så kunne modellen være meget værre, hvis man ser det sådan."</i>
Klinikchef 1	<i>"Jo, men vi indretter jo vores indsats efter dem, fordi det nu er; punkt ét, dét vi bliver målt på; og punkt to, også dét vi sådan belønnes for i en eller anden forstand. Det kan være rent psykologisk, og det kan også sådan være, ja, på anden vis i forhold til vores drift. Så det bruger jeg dem til. Noget af det baserer sig jo på lovgivningsstof, så det har vi selvfølgelig ikke blot et ønske om, men også en forpligtigelse til at beskæftige os med."</i>
Klinikchef 2	<i>"Jamen, så er det dét, vi arbejder efter, og det står ikke til diskussion."</i>



	<i>"Det jeg prøver at italesætte over for mine klinikere, det er, at det vil være rigtig godt, hvis vi kan blive bedre til at sige det på forhånd, at nu er der en udvikling inden for et eller andet fagområde, der går ind og udfordrer os på den elektive aktivitet. Det virker meget bedre opadtil, hvis man kommer upfront (...)"</i>
Klinikchef 3	<i>"Altså, hvis man politisk set har lavet et mål, der hedder, patienten skal udredes inden for 30 dage, (...) så må vi jo lave organisationen, så det kan lade sig gøre. Det er jo det, vi får vores løn for et eller andet sted."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"Det er nemmere at tillære noget og tage noget nyt op end at aflære noget gammelt. Men det er selvfølgelig en ledelsesopgave at være tæt på og sikre, at vi så kommer af med noget af det, vi ikke skal bruge mere. Men den er lidt svær synes jeg."</i> <i>"Egentlig synes jeg nok, at vi er nået dertil, hvor man måske ikke behøver at gøre det, eller arbejdsgangene er så indarbejdede, men da det kom op, at vi ikke helt levede op til [KPI], fik vi jo en konkret politiske henvendelse om, det havde vi bare af at se at få bragt i orden. Og der blev det stort set også sagt, at hvis ikke vi gjorde det, så var man ikke bange for, om man ikke skulle finde en anden ledelse. Det havde man bare brug for at få bragt i orden. Så ja, der var sanktioner på den måde kan sige. Men derfor er det også bragt i orden. Man kan sige, at det har så også virket, og det gør vel dybest set ikke noget, at man engang imellem lige får kniven lidt på struben, så får man det også gjort."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Altså, nogle gange så skal man også ledelsesmæssigt have is i maven og ro, fordi hvis vi laver de der nedslag på en måling, der viser sig at være en statistisk tilfældighed, så får vi måske forstyrret systemet og sat nogle forkerte handlinger i værk i forhold til, hvis vi lige havde bevaret overblikket."</i> <i>"Og som jeg plejer at sige til nogle af specialerne; det handler jo ikke kun om, at vi vil se på jer i et besparelsesøjemed, det handler altså også meget om det modsatte, fordi det kan jo være, at det viser sig, at det er en umulighed for jer at opfylde de her ting, fordi I er for få. Og så er det jo ærgerligt, at vi ikke har arbejdet med nogle data, som kunne sandsynliggøre det."</i>
Stabsmedarbejder 1	<i>"Men det giver rigtig god mening for os, at arbejde med det, og det siger vi også vidt og bredt i organisationen, at det er en rigtig god idé at arbejde alvorligt og seriøst med de her KPI'ere, fordi den agtelse du får i det politiske system og opad i regionen, er rigtig vigtig for dig som speciale og få lov at udvikle dit speciale istedet for at... afvikle det er hårdt sagt (...)"</i>

Datadrevet ledelse er i udgangspunktet en obligatorisk opgave for alle personer på hospitalet, set i det perspektiv at hospitalet er en politisk ledet organisation. I dette tilfælde er det strategiske arbejde med at skabe forbedringer på strategiske målsætninger i en højere sags tjeneste, idet målsætningerne er kritiske målområder for de danske regioner. Det handler således om for den enkelte region at bevise sit værd og legitimitet over for det landspolitiske system. Ligesådan handler det for de enkelte aktører i organisationen om at beskæftige sig med data for på tilsvarende vis at opnå agtelse opadtil i systemet, eksempelvis ved at blive bedre til at forudsige op- eller nedgang i performance. Denne agtelse er væsentlig i forhold til den såkaldte kontrakt, der er indgået mellem regionsrådet og regional administration i forhold til at begrænse antallet af politiske målsætninger og til gengæld øge sandsynligheden for målopfyldelse på de få udvalgte målsætninger.



Den generelle forventning i forhold til performance ses atter at være, at der skal ske en forbedring (jf. tabel 11). Dette skal dog ikke forveksles med, at performance nødvendigvis skal ligge over måltallet. Den mest udbredte forventning er, at et måltal fungerer som et sigtepunkt, og performance vil forventeligt ligge under måltallet i størstedelen af tiden. Denne forventning har givet anledning til interne diskussioner om incitamentsstrukturen i forhold til, om ekstra økonomiske ressourcer kun er forbeholdt enheder med performance langt under måltallet eller også gode performere (Klinikchef 4).

Konceptet fordrer også en forventning om, at ledere på baggrund af tidstro data reagerer mere omgående på vigende performance. Denne forventning konkurrerer dog med ledelsesmæssige normer om ikke at detailregulere og faglige normer om at sætte lid til troværdige data. Klinikledelserne omtaler selv forventninger om, at organisationen skal kunne omstille sig til nye krav, og den forventede ledelsesmæssige adfærd bliver således mere omfattende end som så.

Tabel 19: Forventninger til ledelsesmæssigt fokus i datadrevet ledelse.

Regionsrådsformand	<i>"Altså, det skal gerne være således, at man kan se, at her bliver der arbejdet kontinuerligt med det, og her sker der en udvikling fra starten af året til slutningen af året, og det er en stødt stigning. Det der med at brænde benzin af i december måned for lige at få hevet slutresultatet op, den holder jo ikke."</i> <i>"Altså, det synes jeg da, er mere vigtigt, at man har en balance i det; at det her ikke bare bliver sådan et middel, at man bare fokuserer på ét mål, og så forsvinder de andre, fordi det er nogle gange det, jeg synes, vi har oplevet, hvis vi for eksempel har sat fokus på udskrivningsbreve; så har man arbejdet hamrende hårdt for at få antallet af udskrivningsbreve op på det niveau og inden for den succesrate, vi har sat, men så har det været på bekostning af nogle andre ting, og så er vi sådan set lige langt."</i>
FU-medlem	<i>"Men det er jo klart, at hvis det går i den forkerte retning, så bliver vi skarpe. Holder det sig nogenlunde der, så beder vi om en forklaring, og går det op imod vores målsætning, og hvis det er over målsætningen, jamen så får det en smiley."</i>
HL-medlem 2	<i>"Så derfor så skal man være opmærksom på, at at man så ikke skævvrider sit ledelsesmæssige fokus. Så det alene retter sig imod mod de områder, som kan være datadrevne."</i>
Klinikchef 1	<i>"Ja, men vi slipper fokus på det, der ligger over, hvis det sådan vedvarende ligger over, og vi tænker, at der er faktisk rigtig meget konstruktiv opmærksomhed på det i specialet, i de enkelte specialer. Så er det kun, hvis der kommer sådan en vigende performance, at vi går ind i det. Nu kan man sige, de her er jo fastsat som noget, vi skal lave på hospitalsniveau og for så vidt også på regionsniveau, så det kan vi jo ikke slippe."</i>
Klinikchef 3	<i>"Det kan være, det koster på sygedage, hvis man presser folk, hvis man sætter flere patienter på til et eller andet, ikke. Så det er jo hele tiden afvejning af det hele, ikke. Så jeg tror ikke, man kan købe en dag og fokusere på det hele på én gang. Man bliver nødt til at sige, hvor er det, tendensen den går den forkerte vej – altså det er dér, vi sætter ind."</i> <i>"Altså der vil jo altid være en positiv effekt af at have fokus på noget. På en eller anden vis. (...) Jeg vil sige, der er noget, der hedder Hawthorne-effekten, jeg lige har hørt om. Altså, lige så snart man ikke har fokus på noget, så risikerer man i hvert fald, at det forsvinder. Medmindre det er blevet en indarbejdet kultur."</i>
Klinikchef 4	<i>"(...) men jeg kan da godt se, de kan da ikke klare ret mange flere opgaver, før vi kommer til at skride på det tal, og det ville ærgre mig, fordi vi har ikke rigtig nogen steder, hvor vi kan søge om hjælp eller støtte (...) Det er sindssygt hurtigt at ødelægge ting, det er rigtig svært at bygge op."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Altså, hvis nu det viser sig over tid, at der ikke er noget, der rykker sig, eller hvis der pludseligt er et eller andet, hvor der måske er en patient, der er død på baggrund af, at man ikke har gjort det, så er det jo noget af det, som man i hvert fald skal gå ind og forholde sig til."</i>

Forventningerne til at skabe forbedring på strategisk udvalgte målområder går igen, men det ses også, at disse forventninger konkurrerer med forventninger til anden adfærd. Eksempelvis er det ét sæt af forventninger til ledelsesmæssig adfærd, der tilgodeser forskning, udvikling og uddannelse, men dette har ingen vægt i forventningerne på baggrund af KPI'erne. Der er en række faktorer, der konkurrerer om den enkelte ledelses opmærksomhed, og flere medlemmer af klinikledelserne

håndterer dette ved at op- og nedprioritere forbedringsindsatser. KPI'erne tilgodeses derfor efter behov, og der er en politisk erkendelse af, at fokus på ét område er på bekostning af et andet.

Det ses tilsvarende, at medlemmer af klinikledelserne vurderer, at basispersonalet ligeledes er nødsaget til at prioritere mellem kerneopgaver og KPI-relaterede forbedringsindsatser. Både på strategisk og operativt plan er forventningerne til passende adfærd konkurrerende.

I det følgende display ses de forventninger, der knytter sig til forskellige KPI'ere gældende for hospitalet. Forventningerne er opstillet i forhold til hinanden.

Tabel 20: Forventninger pba. specifikke KPI'ere i relation til forventninger pba. andre KPI'ere.

UHL 3	Generel bekymring for økonomien.
Klinikchef 2	<i>"Det er træls, at økonomien skal fylde så meget, så vi ikke rigtigt kan drøfte de andre ting".</i> <i>"Og vi kan se, at ventetiden på [behandling] den er gået den rigtige vej igennem en periode. Så dér går jeg så ind og oversætter det til mine folk. Det er det samme; jeg går ikke ind og siger, at vi skal nå 75 %, og det er nu – nej, for det ved jeg godt, at det er ikke realistisk. Jeg vurderer, at det er realistisk, at vi for de øvrige med hensyn til kliniske beslutninger kan være der i fjerde kvartal. Så er det dét, jeg siger, at vi går efter. Og så skal vi jo helst udvikle os positivt frem til da."</i> <i>"(...) jamen der er så en hastighed med hensyn til, hvor hurtigt tingene kan bevæge sig den rigtige vej. Der træder vi lige lidt på bremsen her af hensyn til hospitalets samlede økonomi."</i> <i>"En patient der har ventet 37 dage, som så i stedet for ventede 25 dage, det er der ingen, der lægger mærke til. Men hvis vi tager andelen, der er opereret inden for 30 dage, så går vi efter den der patient, der har ventet 37 dage og siger, at den patient der har ventet 37 dage, skal vente 29 dage. Det skiller lige præcis ved 30 dage. Hvis du ventede 31 dage... Patienten er pisseligeglad med at vente 31 dage eller 29 dage, men det er vi ikke, fordi vi bliver målt på 30 dage. Så der vil vi gå efter den patient, der har ventet 37 dage og få flyttet vedkommende frem til 29. Men hvis det er erfaret ventetid til operation, så har vi fokus på den patient, der har ventet i 800 dage. Så noget der umiddelbart kan se ud som "er det ikke det samme?", det er det ikke med hensyn til de værktøjer, vi så bruger."</i>
Klinikchef 3	<i>"Altså fx så skal man i princippet kunne behandles eller udredes inden for en måned eller inden for 30 dage. Og hvis vi ikke kan give dem en tid inden for 30 dage, så tager vi kontakt til dem og spørger om, de vil have en tid inden for 30 dage. Og de fleste af dem, de siger, det har de ikke brug for. Og så tæller de jo ikke med. Det kan man så diskutere, om det er snyd eller ikke snyd, men vi kan jo tilbyde dem en tid inden for 30 dage, hvis det er det, de vil. Så på den måde får det jo nogle konsekvenser."</i>
Ledende overlæge 2	<i>"Jeg har hele tiden påpeget, at når vi havde ventetider på mange ting, som vi har haft, jamen så kan man jo ikke opfylde en udredningsret. Det giver sig selv. Og det har der bare ikke været så meget lydhørhed for."</i>
Ledende overlæge 5	<i>"Og i den sammenhæng siger jeg for eksempel, at hvis jeg begyndte at være mere interesseret i, at mit samlede tal det opfyldte det her mål, fordi det er nu er det tal, der kommer ud, ikke, det er det samlede. Hvis jeg så på en eller anden måde ikke brugte det krudt på de der måske to procent eller tre procent akutte kræftpakker og så videre, ikke, så vil man jo skyde skævt."</i>



Stabs- medarbejder 1	<i>"(...) så hvis der bare var en enkelt mulighed for, at man kunne vende dem om til behandlingspatienter, så var de jo ikke med i udredningsretten. Så kom lige pludseligt behandlingsgarantien, og så var man lige som nødt til at forholde sig til det. Og det har så gjort, at nu begynder vi at gøre det helt korrekt, altså få vendt de patienter om, som skal vendes om og så videre. Det gør også, at man er nødt til også at tænke strategisk, fordi hvis vi bare hev alle ind som behandlingspatienter, så havde vi 30 dage til at udrede og behandle dem. Men hvis du lige tog udredning på også, så har du 30 + 30 (...)"</i>
---------------------------------	---

Forskellige KPI'ere fordrer forskellige tilgange for den ledelse, der har ansvaret for at gennemføre forbedringen. Forskellige monitoreringsformer foranlediger to modsatrettede tilgange som i eksemplet med erfaret ventetid til operation og ventetid til behandling. Økonomi er en grundlæggende faktor, som alle forbedringsindsatser må afbalanceres i forhold til. Dette er et resultat af konkurrerende forventninger.

Det bliver med andre ord afgørende for den enkelte ledelse at kunne agere strategisk. Der ses flere eksempler på strategisk adfærd i forskellige afskygninger. Hvad end den strategiske adfærd manifesterer sig i form af langsigtet, strategisk adfærd eller gaming, sker det som et forsøg på at forene konkurrerende og konflikterende forventninger.

Det er ikke kun mellem de enkelte KPI'ere, at der kan opstå spændinger i forhold til en passende adfærd. Det ses ligeledes i forhold til passende adfærd på baggrund af en specifik KPI i forhold til andre faktorer som vist i tabel 21.

Tabel 21: Forventninger pba. KPI'ere i relation til forventninger pba. andre faktorer end KPI'ere.

Regionsrådsformand	<i>"Der bliver vi nødt til i budgettet at tage lidt de mere overordnede målsætninger, og så har vi gjort det, at vi simpelthen har, hvad skal man sige, har skrevet os ud af den anden del og har sagt, at det er vigtigt at holde fokus på at arbejde med patientsikkerhed og essenserne og så videre og så dermed sagt, at det er så en ledelsesmæssig opgave ude på hospitalerne at styre i den retning også."</i>
FU-medlem	<i>"Så et eller andet sted vil jeg jo sige, at det er et rigtig godt politisk værktøj at kunne følge det her. Og det er jo også et godt ledelsesværktøj for sygehusledelsen, men det tager jo nogle ressourcer fra både lægerne, sygeplejerskerne, lægesekretærerne som jo skal sørge for at få indberettet, fordi hvis ikke det er indberettet rigtigt, og det er ført rigtigt, jamen så er der jo en risiko for, at statistik det ikke er valid."</i>
Regionsdirektør	<i>"Så det handler også om samtidigt at have en eller anden balanceret tilgang, der forstår, at det her er jo en forsimpning i forhold til, hvad folk går og laver, og en respekt for, at der også er mange andre ting, der fylder. Samtidig med at man så forventer, at de har en forståelse af, at det er også noget, der skal fylde det her."</i>
HL-medlem 3	<i>"Så er det jo udfordringen i dagligdagen, at få økonomi og alt til at hænge sammen med den gode kvalitet, som vi skal opretholde, og som er alpha og omega. Hvis ikke vi gør det, hvis ikke det er i orden, så hjælper det jo ikke med alt det andet. Så kan du udrede alt det, du vil, men hvis de er udredt forkert og for dårligt, så hjælper det jo ikke."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Og der er nogle af mine gamle kollegaer (...) der har sådan lidt svært ved det her, fordi de synes på en eller anden måde, så bliver patienten sat sekundært. Og det kan man også godt argumentere for. Det vil jeg slet ikke sige noget til. På en anden måde kan man også sige, altså, vi har ikke de uanede mængder af økonomi, som der på et tidspunkt for nogle år siden var i sundhedssystemet – eller som vi synes, at der var i sundhedssystemet."</i>
Ledende overlæge 2	<i>"(...) når man indfører sådan noget som FMK, som er en af KPI'erne, så tager man halvdelen i ed, nemlig sygehusvæsenet, men man sørger ikke for at få den anden halvdel med, nemlig praksis, altså de praktiserende læger."</i>
Ledende overlæge 3	<i>"Der er ingen bufferkapacitet, så der skal ikke ret meget til for at vælte det; har jeg sygdom inden for en af de speciallæger, der skal køre en af de her spor, jamen så har vi jo svært ved at leve op til det."</i>
Ledende overlæge 4	<i>"Det der fylder mest for mig, det er den enkelte patient og dét her, det er sekundært."</i> <i>"I første omgang der bliver man bare bedt om at få det bragt i orden, sådan at afstemningen kommer op, og så står man selv med et problem i forhold til, jamen, det kan man ikke forstå, fordi man har afstemt medicinen og gør det egentlig godt, og der er ikke nogle patienter, der lider under det her. De eneste der lider, det er dem, der sidder og kigger på data og siger, at målopfyldelsesprocenten ikke er i orden."</i>
Stabsmedarbejder 1	<i>"(...) altså [speciale] de klarer sig pissetårligt på det hele, men dem gør vi ikke rigtig noget med, fordi der har de massiv lægemangel. Så der har vi bare en dialog lige nu, hvor vi sikrer os, at de får registreret tingene korrekt, så vi er klar til at performe godt, når de får fat i de læger, som de får i løbet af i år for eksempel"</i>
Stabsmedarbejder 2	<i>"(...) for mit vedkommende, så er det her sådan nogen "skal-tal", i den forstand – jamen det er bare nogle tal, vi skal præstere på. Men det er jo ikke noget, der siger noget om kvaliteten i den pleje og behandling, vi giver vores patienter."</i>

Der er en grundlæggende konflikt i mellem den passende adfærd i forhold til at tilgodese KPI'ere og at tilgodese hospitalets kerneopgave, nemlig det patientnære. Det kommer til udtryk både i generel forstand og i form af, at kvalitet og patientsikkerhed vægtes højt – og endda højere end de



politiske målsætninger. Der er på politisk niveau en erkendelse af dette forhold, men det er håndteret via en forventning om, at hver enkelt ledelse må sørge for, at både kvalitet og politiske målsætninger tilgodeses. Dette bevirker, at både hospitalsledelse, klinikledelse og specialeledelse bringes i en situation, hvor den ønskelige adfærd må prioriteres og balanceres i forhold til omstændighederne.

Klinikledelserne oplever ligeledes konkurrerende forventninger på den ene side i forhold til hurtig opnåelse af effekt af udmøntede midler og på den anden side i forhold til det logistiske arbejde i at omsætte midler til aktiviteter. Klinikchef 2 har pointeret, at der må forventes en rum tid fra den politiske beslutning om udmøntning af midler og frem til ansættelse af relevant klinisk personale, der kan udføre de ønskede aktiviteter og skabe resultater. Dette forhold har ligeledes været genstand for diskussion i Regionsrådet, hvor både et medlem fra Venstre og et medlem fra Socialdemokraterne har været uforstående over for det regionale tempo. Kritikken ligger i, at der endnu ikke er skabt resultater af økonomiske midler, som dels administrationen først har indstillet til Regionsrådet i april måned, og dels Regionsrådet først har godkendt udmøntningen i april måned. Et medlem fra Socialdemokraterne har udtrykt ønske om synlige effekter inden det kommende regionsrådsvalg til november. Forventninger til passende adfærd er dermed også præget af politiske omstændigheder i kontrast til de praktiske omstændigheder for at skabe resultater.

5.5 – Oversættelse af data og datadefinitioner

Det teoretiske udgangspunkt i oversættelsesteori er, at en idé oversættes og kontekstualiseres. I det tilfælde at idéen er et koncept med bestanddele som eksempelvis KPI'ere, er den fjerde hypotese i specialet, at indikatorerne og definitionerne heraf ligeledes oversættes. Først præsenteres resultater i tabel 22 i forhold til, hvordan det tidsmæssige fokus i datadrevet ledelse oversættes og modificeres til at give mening i relation til arbejdet. Tabel 23 viser hvordan oversættelse af datadefinitioner sker i generel forstand. I forlængelse heraf præsenteres resultater i forhold til definitions-mæssig validitet og reliabilitet i tabel 24 og 25-31. Resultater i forhold til reliabilitet præsenteres både som generelle forhold i tabel 25 og i relation til specifikke KPI'ere i tabel 26-31.

Det er tidligere blevet antydnet, at der blandt interviewpersonerne og deltagerne i de forskellige mødefora er en forskellig vægtning af enkeltmålinger kontra tendenser. Denne betragtning er opstillet i tabel 22 nedenfor.

Tabel 22: Tendens kontra enkeltmåling.

Regionsrådsformand	<i>"Men det er jo heller ikke sådan, at er der nu pludseligt én uge et dyk på et eller andet – det kan være ventetid til operation, lige pludseligt så er der et eller andet udsving, altså så er det heller ikke, fordi der går panik i os, altså så er det et spørgsmål om at kigge; jamen, er der en god grund til det her, at der lige pludseligt er et udsving på et eller andet."</i>
Klinikchef 2	<i>"Og vi er også meget bevidste om (...) jamen, vi skal ikke gå i panik eller købe champagne over en enkelt uge. Altså, der ved vi godt, at der skal nogle tidsserier til."</i> <i>"Altså, man skal kigge på et forløb over noget tid, men det behøves så ikke at være ret lang tid, er min erfaring, før der er en tendens; det behøves ikke at være måneder. En to-tre uger, så er der som regel en tendens, som der er noget i."</i>
Klinikchef 4	<i>"Det giver bare ikke så meget mening at stå hver uge med sådan nogle tal, fordi så dykker du, og så kravler du op, og det er rigtig svært for andre at kigge på."</i>
Ledende overlæge 2	<i>"Altså det er ikke noget, der kommer fra den ene uge til den anden. Det er noget, man ligeså stille skal arbejde med, og der skal man også kigge på kurverne og sige "okay, vi startede hernede for x antal måneder siden, hvilket forløb har kurven så – hvis den er flad, så er det ikke så slemt som hvis den var faldende, hvis den stiger bare en lille smule, så kan man jo godt se, at der bliver arbejdet med det og der sker nogle ting. Vi er i proces"."</i>
Stabsmedarbejder 1	<i>"Der er så mange punkter at kritisere det her ud fra et fagligt synspunkt. Tallene er upræcise, fordi de ikke er færdigregistrerede, du ser på for lille en periode, og man drager konklusioner ud fra en enkelt uge (...) jeg har svært ved at se, hvad gavn det gør at fremstille det på den måde dér, hvis jeg skal være helt ærlig. Det tror jeg, at mine kollegaer på mit niveau er ret enige i."</i>
BI-chef	<i>"(...) kurverne er i min optik meget mere interessante, fordi de viser en udvikling. Altså, en enkelt uge det kan være freak accident (...)"</i> <i>"Det kan også skabe dårlige beslutninger. Altså, hvis jeg træffer en dårlig beslutning – altså, hvis jeg træffer en beslutning om, at nu skal vi sulen-sjaskme have gjort noget ved det her, men det her var faktisk en enkeltstående svale. Altså, jeg kommer jo til at skyde gråspurve med kanonkugler (...)"</i>

Forekomsten af naturlig variation er et af de gennemgående argumenter imod anvendelsen af enkeltmålinger. Enkelte interviewpersoner har omtalt brugen af datadrevet ledelse som en form for temperatur- eller pulsmåling af hospitalet, men størstedelen af interviewpersonerne foretrækker at se på tendenser og udviklinger over minimum to-tre uger.

Udviklingen over tid er central ud fra et andet hensyn, nemlig sammenligningen med sig selv som enhed. I et forbedringsøjemed er det afgørende at have fokus sit eget udgangspunkt og løbende performance, og derfor er benchmarking heller ikke et hyppigt anvendt redskab.

Tabel 23: Formidling og oversættelse af datadefinitioner.

Regionsrådsformand	<i>"(...) der er det vigtigt for mig, at det bevæger sig i den rigtige retning, og at det også gerne sker jævnt."</i>
FU-medlem	<i>"Men vi vil jo gerne have en kurve, som er så tæt på vores måltal som muligt hele året rundt." Dette vurderes som udgangspunkt at give den bedste drift og patienttilfredshed.</i>
Klinikchef 2	<i>"Så er der begreber som IPØ'er, hvor patienten selv vil vente. Jamen, hvordan er det, at de tæller med i statistikken? Der bliver korrigeret for det, sådan som det er lige nu i forhold til klinisk beslutning, men der gør jo ikke i forhold til erfaret ventetid til operation; det er bare den faktiske, uanset hvad fanden årsagen er. "Patient venter af faglige årsager", hvad er det? Jeg vil vædde på, at hvis jeg går rundt og spørger alle mine læger rundt omkring, så er der ikke en fuldstændigt ensartet fortolkning af det rundt omkring."</i>
Klinikchef 3	<i>Der er på ingen måde enighed om definition og monitorering.</i> <i>"Det er jo enormt svært at sammenligne på tværs af regioner. Og det kan også være på tværs af hospitaler. Og også på tværs af afdelinger, fordi man tolker udredning og behandlingsgaranti forskert. Eller forskelligt."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Nej nej, det er simpelthen pr. måned."</i>
Ledende overlæge 1	<i>"Hvad er det, vi lettest muligt uden at ødelægge alt muligt andet kan rette på denne parameter, sådan at vi lever op til måltallet."</i>
Ledende overlæge 3	<i>"(...) når man så spørger, så dem der trækker tallene, kan heller ikke selv helt forklare, hvad det er for nogle tal, de hiver ud."</i>
BI-chef	<i>"Men i min optik er det ikke ret meget min diskussion, fordi det med hvordan vi monitorerer, det er sådan en beslutning, som i virkeligheden ligger – i første er det jo politikerne, der har vedtaget målsætningen, så i første omgang så ligger den på det politiske niveau, og den ligger på de allerøverste ledelsesniveauer her."</i>

Det er en gennemgående opfattelse, at måltallet for hver politisk målsætning er gældende for hver måned, men de politiske målsætninger er, jf. budgetaftalen, årsmålsætninger. Det vil med andre ord sige, at hver af de politiske målsætninger oversættes til at have større gyldighed end egentligt, idet måltallet søges opfyldt hver måned frem for ved årets udgang. Der er således en divergens i forhold til det styringsmæssige sigte med politiske målsætninger.

Der er en udbredt uklarhed i forhold til monitorering af de politiske målsætninger. Dels kan begreberne tolkes forskelligt, hvilket fører til forskellige registreringer, og dels er der mangel på forklaringer om data. Dette råderum for individuel fortolkning giver basis for, at der i praksis kan ske vurderinger af, hvordan monitorering kan tilgodese målopfyldelse med mindst mulig ændringer i aktiviteter.

Nedenstående display viser udsagn i forhold til den definitions-mæssige validitet af data, det vil sige forholdet mellem teoretisk defineret variabel og operationelt defineret variabel.

Tabel 24: Definitions-mæssig validitet af monitoreringen af KPI'ere.

HL-medlem 1	Relevante indikatorer, fordi de er lovbundne.
Klinikchef 1	Relevante indikatorer, fordi de er lovbundne.
Klinikchef 2	Overensstemmelse mellem politiske prioriteringer og personlige værdier.
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	Relevante indikatorer, fordi der er tale om politisk krav.
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	Relevante indikatorer.
Ledende overlæge 1	<i>"Altså, det her med udredningsretten er jo et nonsensbegreb. At sige at folk skal være udredt inden 30 dage, jamen i nogle tilfælde er det en rimelig tidsramme, i andre tilfælde er det en alt, alt, alt for lang tidsramme, og i nogle områder er det en alt for kort tidsramme."</i>
Ledende overlæge 2	Monitorering giver god mening ift. muligheder for anvendelse i praktisk og sundhedspolitisk sammenhæng.
Ledende overlæge 4	<i>"Jeg håber, at man fremadrettet i datadrevet ledelse inddrager klinikerne i de parametre, som man måler på, fordi det er det, der vil gøre en forskel, både i at det giver mening, og at man er motiveret på en helt anden måde, hvis man kan se formålet med det. Og det er den vej, man går inden for kvalitet, kan jeg sige. Der har man flyttet sig. Der har man også været igennem en udvikling, hvor man nu nærmer sig hinanden. Det håber jeg også, at man kommer til inden for datadrevet ledelse; at man kommer til at måle på det rigtige og får nogle valide data."</i>
BI-chef	Regionsdirektøren har bragt datadiskussion op på nationalt niveau ift. monitorering af udredningsret.

Der er generelt få udsagn omhandlende problematiske forhold mellem teoretisk definerede variabler og operationelt definerede variabler. I kraft af fraværet af udsagn omhandlende problematikker er tolkningen, at de pågældende variabler i form af KPI'ere og politiske målsætninger er relevante som indikatorer, primært på baggrund af hospitalet som en politisk ledet organisation. Der er dog som tidligere nævnt en anke i forhold til, at indikatorerne ikke opfattes som meningsfulde i forhold til de patientnære aspekter såsom kvalitet og patientsikkerhed.

Den definitions-mæssige validitet er ét komponent i datas validitet. I det følgende display gennemgås det andet komponent, nemlig reliabilitet som er forholdet mellem operationelt defineret variabel og data.

Tabel 25: Reliabilitet af monitorering af KPI'ere.

Regionsrådsformand	<i>"Altså fordi jeg er træt af at høre den der med "jamen, det er en registreringsfejl, sandsynligvis". Den får man, når de ikke kan forklare, hvad det er, der er sket. Og nogle gange så er det en registreringsfejl, og så er det sådan, det er, altså det er mennesker, der taster ind nogle steder, og de kan lave fejl (...)"</i> <i>"Jeg er godt klar over de diskussioner, der også er og også er på landsplan i forhold til målingsparametrene, og der har jeg det på den måde, at det må man få afklaret på den tekniske del. Jeg vil ikke som politiker gå ind og gøre mig klog på, om det er den ene eller anden målingsmodel, der skal være som udgangspunkt i forhold til det."</i>
Regionsdirektør	<i>"Men der er da nogle diskussioner, og de har også nogle gange evnen til gerne at ville putte det ind til os, (...) men jeg synes ikke, at de fylder så meget."</i>
HL-medlem 1	<i>"Så nu er vi nået til det punkt, hvor vi siger "hvad vil vi så gøre ved noget i handlingerne", mere end vi så interesserer os for validiteten af data. Men det, tror jeg, er en proces, man skal igennem, når man bygger sådan noget op."</i> <i>"(...) at der er en dialog mellem Urban og klinikkerne og specialerne i forhold til, at selve registreringsprocessen og selve registreringsformen den må ikke give anledning til diskussion eller usikkerhed."</i>
HL-medlem 3	Reliable data er en forudsætning for en fornuftig dialog. Der er to gange tidligere foretaget ændringer i monitoreringen af en bestemt KPI, og der er nu udsigt til en ændring for tredje gang. Den nye algoritme vil påvirke performance negativt. Sådanne ændringer skal ikke ske for mange gange, før brugerne mister tilliden til opgørelsen.
Klinikchef 1	<i>"Enhver diskussion om tallet det får altså en tendens til at snakke om validiteten fremfor, hvad det er, de dækker over."</i> <i>"Det der kan være bagsiden, det er hele tiden datakvaliteten; det er, enten at der er usikkerhed om definitionerne, eller på hvordan data er genereret, eller at data ikke er tidstro. Det er også et problem; hvis vi hele tiden får data fire-otte uger forsinket, og det er der noget, hvor vi er nødt til, fx kræftpakker, hvor der er en for de fleste kræftpakker et tidsrum på 42 dage; så går der altså lang tid, fra patienten er kommet ind i systemet, til de 42 dage plus eventuelle overskridelser er afsluttet. Så det er jo ofte tre måneder gamle data, vi kigger på, og vi kan være i gang med processer, der flytter på tingene. Og det er altid en svaghed, hvis der er noget sideløbende – nogle processer der kører sideløbende, fordi man er sådan lidt i tvivl om, har det så ændret sig i den mellemliggende periode."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	<i>"Det jeg synes, er ulempen ved datadrevet ledelse er, at der er sådan en kultur i huset generelt om, at man kommer til at diskutere validiteten af tallene, så man starter der. Kan vi nu også bruge det her til noget? Er det nu også rigtigt? Eller har I nu tænkt på? Og det skal vores BI-enhed jo have styrket, sådan så vi ikke bruger tiden på det."</i>
Ledende overlæge 2	<i>"Det der bare er problemet, det er, at vi har ikke nogle systemer, hvor data det er registreret kvalificeret, og det vil sige, at mange af de tal vi kigger på, de er jo ikke kvalificerede tal, og når vi gerne vil trække, så er det utrolig komplekst. Og selvom man selvfølgelig alle steder forsøger at hjælpe os, der er på det niveau, vi nu er, så ved de jo ikke noget om, hvad det er, vi snakker om, havde jeg snart sagt. Altså hvis vi nu siger, der er en BI-enhed; den kan vi altid få til at hjælpe os. De kan sige "vi kan trække dit og dyt og dat", men de tal de har, de er jo ikke bedre end de tal, der er meldt ind."</i>
Ledende overlæge 3	<i>"(...) og der kunne jeg da godt ønske mig, at man inddrog nogle af de ledende overlæger i forhold til at kvalificere de der data, der kommer ud, eller i hvert fald kvalificere den måde man trækker data på – hvad er det rent faktisk, man går ind og måler på."</i>
Ledende overlæge 4	<i>"(...) jeg vil sige, at den validitet, der ligger i de data, som man bliver præsenteret for, er så ringe, at det ikke giver mening."</i>
Stabsmedarbejder 1	<i>"(...) fordi det vigtigste i datadrevet ledelse er, at man søger data ud fra de samme præmisser og samme variabler, fordi ellers så kan man lynhurtigt komme til at misforstå hinanden. For der er jo rigtig mange variabler, og hvordan man definerer et ambulant besøg og en klinisk beslutning og sådan nogle ting, det kan man jo gøre forskelligt. Så det har været rigtig godt for os, at der er kommet det Cooper her, for så har vi alle ligesom nogle rammer, vi kan gøre det i, hvor der er lagt nogle variabler ind."</i>

**BI-chef**

"Det er hele tiden en afvejning af, hvor nye data vil vi gerne have kontra, hvor meget er blevet registreret. For jeg kan ikke vise ting, der ikke er registrerede; hvis det ikke er kommet ind i PAS, så kan jeg ikke vise det. Det kan ikke lade sig gøre."

"Og når du siger til reliabilitet, så meget af det, det hænger jo altså på registreringskvaliteten, og der er bare et element af crap in – crap out. Altså, hvis data der kommer ind, ikke er særligt gode, så bliver outputtet ikke bedre."

"Efter vi er begyndt at have tavlemøderne i Strategisk Sundhedsledelse, har vi fået nogle datadiskussioner og har fået fokus på nogle ting, hvor det havde vi ikke før. Altså, jeg vil stadigvæk sige, at datadrevet ledelse er i sin vorden, men jeg mener bestemt, at det er på vej, og jeg mener, at det er et kæmpe sundhedstegn, at vi har de diskussioner. Det er nødvendigt altså."

Diskussioner om data kan findes på alle organisationsniveauer. På det politiske niveau og direktionsniveau er opfattelsen, at det ikke bør fylde i drøftelserne, som det er tilfældet på klinikledelsesniveau og specialeledelsesniveau.

På alle niveauer på hospitalet er der en generel tendens til at fokusere på forholdet mellem operationelt defineret variabel og data. Kritikken er typisk formuleret ud fra kriterier om datakvalificering og tidstro data. Både blandt hospitalsledelsen og klinikledelser opleves det, at diskussioner om datas reliabilitet går forud for handlinger på baggrund af data. Den overordnede problematik i forhold til at tale om data ud fra samme forudsætninger kan forklares ud fra følgende udsagn:

"Vi har enormt mange data, og det er med at få de rigtige trukket ud, som giver svar på det, man spørger om. Og nogle gange kan det selvfølgelig være en udfordring for en enhed, som ikke er i huset, at skulle trække tal ud, der skal give svar på en kompliceret virkelighed herinde. Det giver altså nogle særlige udfordringer, også til os herinde om at kunne forklare og sige, hvad er det i virkeligheden, vi har brug for? I forhold til den kompleksitet der ligger i de patientforløb, vi har." (Forløbsansvarlig viceklinikchef 1)

Forskellen i organisatorisk placering – både vertikal og horisontal – giver udslag i forhold til forskellige forståelser af virkeligheden og derfor forskellige forudsætninger for tale på baggrund af data.

Reliabiliteten af data er en væsentlig udfordring for anvendelsen af datadrevet ledelse. I de følgende displays præsenteres særlige forhold vedrørende specifikke indikatorer og anvendelsen af dem.



Tabel 26: Klinisk beslutning inden for 30 dage.

Regions- rådsmøde	Baggrund for at udmønte midler til hurtig udredning inden for særlige områder.
Strategisk Sundheds- ledelse 1	Hospitalet er endnu ikke i mål vedrørende udredningsretten. Der er efterhånden klare aftaler med klinikchefer, og det forventes heraf at nå i mål i løbet af året. Der er tale om mere konkrete aftaler, fx i form af løfte om målopfyldelse efter sommeren frem for blot ved årets udløb. Der er sket forbedringer inden for ortopædkirurgien og kardiologien, hvilket løfter den samlede performance. Nedsat arbejdsgruppe med henblik på definition af udredning.
Strategisk Sundheds- ledelse 2	Ingen bemærkninger til indikatoren, selvom den ligger under måltallet.
UHL 1	Hospitalsledelsen vil have action på dårlig performance. En klinikchef er bevidst om målingens betydning, men vil ikke iværksætte handlinger på baggrund af én måling for én uge. Intern diskussion om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at agere på baggrund af data for en enkelt uge. Ny national monitoreringsmodel undervejs; ikke noget konkret udspil endnu. Uklarhed om, hvad denne oplysning skal foranledige. Det opfattes som orientering.
UHL 2	Orientering om, at der fra Strategisk Sundhedsledelse er enighed om, at data vedrørende udredning skal flugte med nationale mål. En diskussion udfoldes omkring tavlen, da en klinikchef giver udtryk for uforståelse over for et skriftligt oplæg vedr. ny monitorering. En klinik har stabiliseret niveauet for kliniske beslutninger, dog er der plads til forbedringer. Systematisk fokus på subspecialer, der vil kunne øge performance med ca. to procentpoint. Løfte om målopfyldelse på 75 % til december. En klinik har bekymrende målinger for samtlige specialer. Klinikchefen tillader sig at være rolig, fordi denne ikke kan genkende målingerne. Vil først handle, hvis næste måling viser samme udvikling. En klinik har foretaget oprydninger i ambulatorier, hvilket har forbedret antallet af kliniske beslutninger. Forventer at nå 75 % efter sommerferien.
UHL 3	En klinik går ned på udredning. I forhold til den overordnede tendens vurderes det ikke at være et problem. Længere åbningstider forventes at få en effekt på udredningen. En klinik har fortsat bekymrende tal. Et speciale trækker klinikkens performance nedad. Det har stået på i flere uger, så derfor vil klinikchefen iværksætte en handleplan. Det bemærkes, at denne dårlige præstation ikke gør så meget, ”når de andre klinikker kan trække det samlede resultat op” – det er jo det samlede resultat, der behandles i regionen alligevel. En klinik har vurderet, at sygefravær spiller ind på niveauet for performance. En klinik har opnået god performance bl.a. på grund af ekstra bemanning i et speciale.
Specielemøde 1	Der er lavet produktionsplaner for kliniske beslutninger og operationer for hele året. Sekretariatet har lavet forslag til nyt bookingprogram og nye dimensioner af tider for at kunne leve bedre op til målsætningen med hensyn til udredning af særlige patientgrupper. Der må laves en plan for nytilkomne og ses på arbejdsgange ift. visitation, så forløbet kommer godt fra start – en opgave for sekretariatet.
Specielemøde 2	Der er lavet produktionsplaner for kliniske beslutninger og operationer for hele året. Kliniske beslutninger: Der skal tages et par ekstra patienter i ny og næ, så samlet performance



	stiger – hvad er ny og næ? Det er tidligere gjort i enkelte måneder, men der har været tale om talgymnastik for at få opgaven til at lykkes. Hvis det er det, klinikledelsen ønsker, så parerer specialeledelsen selvfølgelig ordre. Det er klinikledelsens ønske.
Stabsmøde 1	Ventetid til laboratorieundersøgelse nede på 5 uger, fordi der undersøges flere patienter pr. uge. Det bemærkes, at der i den sammenhæng er arbejdet med et langt, sejt træk, hvor patienter faktisk også kommer til i den fagligt korrekte rækkefølge (underforstået: strategisk selektion af patienter er ikke praksis). Ledelsen efterspørger dokumentation for påstanden om øget aktivitet.
Stabsmøde 2	Ingen nye tal.
BI-chef	<i>”Så når de kigger på, hvor mange patienter der er blevet udredt inden for 30 dage, så er der en national definition af, hvilke patientgrupper indgår og så videre og så videre, og så lægger vi os så godt som muligt op ad det. Vores dokumentationsmateriale fra nationalt hold lader sommetider noget tilbage at ønske, så det er sommetider sværere for os, end det er andre gange, men det er det, vi gør. Og det samme gør vi på kræft. På behandlingsret der kan man sige, at der er vi friere stillet og har nogle andre diskussioner, fordi der er ikke nogen national monitorering af det.”</i>

Ved Strategisk Sundhedsledelse fylder reliabiliteten af data i det omfang, at der er nedsat en arbejdsgruppe med henblik på bl.a. at præcisere hvilke patientgrupper, der indgår og ikke indgår i monitoreringen. Det ses, at reliabiliteten af data fylder i drøftelserne på UHL, hvor reliabiliteten af enkeltmålinger søges udfordret, og at denne diskussion bliver en stopklods for handlinger på baggrund af data. I flere tilfælde på UHL ønskes fokus på tendenser frem for enkeltmålinger. Ved specialeledelsesmøder fokuseres der netop på tendenser, idet udviklingen følges på årsbasis og i forhold til en produktionsplan. Produktionsplanen er en operationalisering af, hvordan måltallet forventes opfyldt i løbet af året.

Tabel 14 viste tidligere, hvordan pipelinen foranlediger, at et ledelsesslag lægger pres på det underliggende ledelsesslag, hvilket lægger op til en hard use af PM. Resultaterne af ovenstående display viser imidlertid, at dialogen nedad i system er præget af lav reliabilitet af data, hvormed handlinger udestår. Der bliver på den måde nærmere tale om soft use, hvor performance i de fleste tilfælde bedømmes på baggrund af dialog.

Tabel 27: Erfaret ventetid til operation.

Strategisk Sundhedsledelse 1	Orientering om at man inden for én klinik har iværksat målrettet arbejde for, at ingen patienter skal vente på operation i mere end 100 dage.
Strategisk Sundhedsledelse 2	Ingen bemærkninger til indikatoren, selvom den ligger under måltallet.
UHL 1	Status på hospitalet er rød, hvilket primært skyldes én klinik. Kun performance for denne klinik omtales.
UHL 2	En klinik er begyndt at arbejde systematisk med patienter, der har ventet i mere end 100 dage.
UHL 3	Erfaret ventetid til operation nævnes ikke.
Specialemøde 1	Udfordring med registreringspraksis. Hvad tæller med? Hele forløbet eller kun fra beslutning om operation? Registreringskonsulent har sagt, at målet er fra klinisk beslutning. Klinikledelse og specialeledelse må drøfte dette med registreringskonsulent endnu en gang.
Specialemøde 2	Stort tab i februar gør, at de er bagud med antal operationer og skal indhente dem. En del af årsagen er sygemeldinger fra både patienter og medarbejdere. - Afsnitsledende sygeplejerske kan ikke genkende billedet og er i gang med at undersøge, om data er reliabelt. - Ledende lægesekretær gør opmærksom på, at der er parametre, der kan skrues på i ambulatoriet og på OP, så performance kan gå opad – ”talgymnastik”, fordi der skal presses 10-12 ekstra operationer ind om måneden resten af året. - Ledende overlæge rejser diskussionen om, hvordan monitorering påvirker adfærd – mange små operationer eller få specialiserede operationer? - Klinikchef forlanger en revideret produktionsplan inden for 14 dage, så der er sikkerhed for, at der leveres som aftalt. Klinikken har fået nogle penge. Specialets økonomi er gået fra at være dårlig til at være nogenlunde. Specialet skal nu levere som oprindeligt aftalt. Hvis produktionsplanen følges, har specialet arbejdsro i forhold til klinikledelsen. - Afsnitsledende sygeplejerske og ledende lægesekretær fortsætter diskussionen om prioritering af operationer – antydning af at prioritere lette og hurtige operationer, så måltallet hurtigere kan opnås? Klinikchefen gør opmærksom på, at det kræver specialeledelsens opmærksomhed at nå resultatet. Der stilles spørgsmålstegn ved en udvikling fra 145 dage i uge A til 40 dage i uge B – hvor reliabel er denne udvikling? Diskussion om, hvorvidt IPØ’ere tæller med. Andre specialers performance er fejlagtigt inkluderet i specialets samlede performance.
Stabsmøde 1	Forskellige metoder til monitorering og registrering giver forskelligt resultat; overraskelse over at der ses lange ventetider i Sundhedsstyrelsens data. Enighed om at sætte fokus på registreringspraksis fremadrettet.
Stabsmøde 2	Konstatation af udmærket niveau.

Det ses, at omtalen af erfaret ventetid til operation i både Strategisk Sundhedsledelse og på UHL tager udgangspunkt i én og samme klinik. I de tilfælde hvor der ikke er noget at nævne i forhold til operationsaktiviteten i denne klinik, omtales KPI’en ikke.

På specialemøderne diskuteres monitoreringen af indikatoren mere dybdegående for i begge tilfælde at forstå, hvordan monitoreringen kan påvirkes i positiv retning. På det ene møde meldes om, at en registreringskonsulent har fortalt, at indikatoren måles fra klinisk beslutning, men jf. definitionen (Appendiks) er målepunktet fra modtagelse af henvisning. På det andet specialemøde diskuterer specialeledelsen, hvorvidt data afspejler virkeligheden; forholdet mellem operationelt defineret variabel og data er dermed til diskussion. Ligeledes diskuteres reliabiliteten af enkeltmålinger i forhold til signifikante forskelle imellem disse.

Det næste display viser på tilsvarende vis, hvordan den politiske målsætning om ventetid til behandling anvendes og er til debat på forskellige organisationsniveauer.

Tabel 28: Ventetid til behandling.

Regions- rådsmøde	Baggrund for at udmønte midler til hurtig behandling inden for særlige områder.
Strategisk Sundheds- ledelse 1	Hospitalet er stadig langt fra målet. Tallene skal dog tages med forbehold, da der er usikkerhed om definitionen af behandling. Ingen af de øvrige mødedeltagere stiller spørgsmål til denne bemærkning.
Strategisk Sundheds- ledelse 2	Ingen bemærkninger til ugens tal, selvom det ligger under måltallet. Der er behov for en klar definition på indikatoren og enighed om, hvordan man måler den. Direktionsmedlem: <i>"Det er samme, som I har sagt i fem uger..."</i> Det nuværende notat om definition lægger op til, at bl.a. patienter med høreapparat tæller med, men <i>"Hvis det er den måde, vi tæller på, så når vi ikke i mål"</i> . Evt. ønske om en definition med en mere snæver patientpopulation. En opsummerer: Den nuværende indikator bliver målt "rigtigt" i henhold til sin egen definition, men selve definitionen søges udfordret. En anden pointerer, at hvis høreapparatspatienter ikke skal tælle med, er der ingen, der skal ringe til Sundhedsministeriet og spørge, om de tæller med i behandlingsgarantien.
UHL 1	Det er endnu uklart, hvordan indikatoren er defineret, og derfor er der ingen gennemgang. Administrationen har rykket BI-enheden for svar adskillige gange.
UHL 2	En klinik er nærmest i mål med ventetid til behandling. Administrationen har modtaget definition fra BI-enheden for erfaret ventetid til behandling. Denne vurderes for upræcis, men der er tilbud om at sende den rundt i gruppen. Dette afvises, såfremt den faktisk er upræcis. I 2017 ind til nu er målsætningen blevet nedprioriteret pga. uklarhed om definitionen. <i>"Den har fået en stedmoderlig behandling"</i> . Der skal ske noget nu med henblik på at skabe opmærksomhed om målsætningen snarligt. Forslag om at drøfte det igen efter 14 dage, men pga. påske vil der gå fire uger.
UHL 3	Erfaret ventetid til behandling nævnes ikke.
Klinikchef 1	<i>"Det der har været problemet, det er, at nogle af dem er svære at tolke på, og data er ikke specielt valide. Dem der specielt er vanskelige, det er den, der hedder erfaret ventetid til behandling inden for 30 dage, fordi det er faktisk meget dårligt defineret, hvad behandling i den sammenhæng udgør. Ovenover står der det, der hedder erfaret ventetid til operation; det er</i>



	<i>langt mere kontant, fordi der kan man i hvert fald se, hvad er det for nogle operationer, som indgår i de tal, så på den måde er det jo plus-minus-operation. Det er vanskeligere, når der står behandling, fordi det er så bredt et aspekt, hvad behandling kan være i den her sammenhæng. Det kan for så vidt være ventetid til behandling, at der ikke skal gives nogen behandling, eller det kan være, at det er en eller anden behandling, som man vil trappe op – hvornår er den effektueret? Det er en værdi, der er noget sværere at tolke, og det er altid uheldigt i sådan noget her, som er stillet skarpt op, næsten med decimaler, at dataunderlaget ikke er veldefineret.”</i>
Klinikchef 2	<i>”Og det er også egentlig lidt sjovt, at den er kommet på, og at der så er en politisk målsætning omkring det, men nu er vi så i marts måned, og jeg har ikke fået noget om, hvad det er, vi måler på, og hvorfor vi måler det.”</i>
Specialemøde 1	Erfaret ventetid til behandling nævnes ikke.
Specialemøde 2	Erfaret ventetid til behandling nævnes ikke.
Stabsmøde 1	Status på 70 %. Uklarhed om, hvordan ventetiden registreres. Mødeleder: <i>”Der er stadig ingen, der kan fortælle mig, hvordan de gør det her op, så det er svært at stå her...”</i>
Stabsmøde 2	Konstatering af udmærket niveau.
Stabs- medarbejder 1	<i>”Nej, erfaret ventetid til behandling, den er vi slet ikke enige om, hvordan vi måler, hvordan vi gør den op. Fordi erfaret ventetid til operation opgøres som, hvor lang tid patienterne venter, fra de er henvist til vores ambulatorium – om de er henvist til udredning eller som behandlingspatient, det er lige meget – og så indtil de bliver kørt ud fra operationsgangen. Behandlingen (...) det er procent, som du kan se her, og det synes vi, er mærkeligt, at man ikke ikke måler den på samme måde. Så vi arbejder ikke med erfaret ventetid til behandling ude i vores klinik. Fordi der er slet ikke enighed om, hvordan den skal måles endnu. Vi mener så, at hvis man skal gøre det procentuelt, så skal det også være procentuelt for det andet. For ellers så bliver det sådan lidt pære og bananer, når vi sidder og snakker om det hos klinikerne, fordi for en læge er en behandling også en operation.”</i>
BI-chef	<i>”Altså, det jeg har hørt, det er, at den gik på, jamen var der noget, der var ekskluderet, eller var der noget, der ikke var ekskluderet. Der er ikke noget, der er ekskluderet. Altså, hvis det er behandling, så er det med.”</i>

Det ses, at der er to typiske situationer, hvori ventetid til behandling nævnes; hvis målingen er acceptabel, bruges den som bekræftelse på aktiviteten, men hvis målingen er negativ, bliver der stillet spørgsmålstegn ved monitoreringen heraf. Både på Strategisk Sundhedsledelse og på UHL bliver monitoreringen af indikatoren diskuteret, og i alle tilfælde er diskussionen om reliabilitet et forbehold for handlinger på baggrund af målingen. På klinikledelsesniveau ses det, at medlemmer i klinikledelserne har vanskeligt ved at forholde sig til indikatoren og derfor ikke anvender den, og dette bliver således også tilfældet på specialemøder og stabsmøder.

Det ses tilsvarende for indikatoren for medicinafstemning (FMK), at usikkerheder ifm. monitoreringen påvirker brugen af indikatoren og giver afsæt for datadiskussioner.

Tabel 29: FMK.

UHL 1	Stationær: Klinikker med rød performance gennemgås. Ambulant: Under målet – men det bemærkes, at det er den hidtil højeste værdi (hvilket ikke fremgår af overblikket).
UHL 2	En klinik har analyseret tidligere dårlige tal, og det er konkluderet, at dårlig performance var egen skyld. Klinikchefen ønsker fokus på tendenser og ikke enkeltmålinger. Den overordnede tendens er positiv, selvom den seneste måling ikke giver samme indtryk. En klinik har fokus på forbedringer. Stationær: Diskrepans mellem tallene som udsendes mandag morgen, og de tal klinikken kan trække senere mandag. Årsag: Manglende registrering i det Patientadministrative System (PAS).
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Hvis der er blevet ændret noget i medicinen, altså en ordinationsændring, så skal den komme ud, men er det sket over en telefonkontakt eller et eller andet, så er der jo ikke en kontakt reelt ind i systemet at hænge den op på. Og det vil sige, at så tager systemet den sidste kontakt på patienten, den kan finde, og hænger den ordinationsændring op på, og har man så ikke fået afstemt, så vil det sige, at så kan et andet speciale, hvor patienten har været sidst, faktisk blive bonnet for ikke at have afstemt patienten. Og der er det jo sådan, at vores specialer får cpr-liste for at se, og det er noget af det, der falder over, at det giver ikke mening, men det er simpelthen en teknisk ting, som vi ikke kan ændre på. Og jeg har spurgt i regionen, og de siger, at det gælder i de øvrige regioner også, altså de har den samme udfordring. Det er også derfor, at vi kan sige, der er nogle ting, der gør, at vi aldrig nogensinde kan komme på 100 % med sådan nogle."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 3	<i>"Jamen det er, fordi hvis nu man printer tallene fra uge 1 til uge 13 og kigger på dem og gør det i uge 15, så ser tallene ud på én måde. Hvis så du printer dem i uge 17, samme tal for uge 1-13, så er det nogle andre. Så har de flyttet sig."</i>
Specialemøde 1	Behov for forbedring på FMK stationær. Ledende overlæge er træt af og frustreret over det og har sendt reminder ud mange gange. Ledende overlæge ser behov for sanktioner. Der kan trækkes liste på medarbejderniveau.
Specialemøde 2	Kurven er da stigende. Der bliver dedikeret en sekretær til arbejdsgruppe for ambulant FMK og en arbejdsgruppe for stationær FMK. Det er nødvendigt at være opmærksom på lægegruppen.
Stabsmøde 2	Stationær: Lille stigning. Ambulant: Konstatning af niveau. Drøftelse af valide data: <i>"Man kan undre sig over tilfældige variationer". "Bedst som vi troede, at data var ved at være gode..."</i>
Stabs- medarbejder 2	<i>"Vi har stadig problemer med de datatræk der kommer, for hvilke patienter der egentlig er registreret som værende afstemt eller ikke afstemt. Og vi kan ikke få leveret 100 % valide data, og derfor kan det være rigtig demotiverende, at gå ud og så sige, "I er simpelthen nødt til at gøre det bedre". Fordi vi ved ikke, om det er de rigtige patienter, der bliver registreret."</i>

Den overordnede problematik ved KPI'en for FMK er, at indikatoren opgøres bagudrettet ligesom de øvrige KPI'ere, men data for FMK ændres med et større flow, hvilket påvirker reliabiliteten af data. Trods problematikken i forhold til monitorering ses det, at KPI'en anvendes i UHL, til specialemøder og til stabsmøder.



Tabel 30: Servicemål og KPI'ere for diagnostik.

HL-medlem 3	FAM Triagering inden for 15 minutter, den er ikke klar. Hvornår starter man og vurderer en patient, når den kommer ind i akutmodtagelsen? Vi mangler national konsensus.
UHL 1	Udskrivningsbreve: - Stationær: Nævnes ikke (pga. god performance) - Ambulant: Klinik Diagnostik mener ikke, at det er relevant for dem at blive målt på denne indikator. Diagnostik: Det ser generelt fint ud. Dog stilles spørgsmålstejn ved datas validitet. Usikkerhed om validiteten for 8 ud af 9 indikatorer. Klinikken har haft møde med BI-enheden, hvilket har givet anledning til mere forvirring.
UHL 2	FAM: En klinik har forventning om at have ramt bunden, og at det vil gå fremad nu. Diagnostik: Der er ansat medicinstuderende til at varetage blodprøver i formiddagstimerne. Effekten ventes at kunne ses efter påske, således flere svar afgives inden stuegang kl. 10.
UHL 3	Diagnostik: - Radiologsvar til praksis er gået ned. Det antages at være pga. påske og forventes derfor også snart at være oppe på niveau igen. - Forbedring af håndtering af blodprøver har fået en positiv effekt på svartiderne. - Undren over manglende data fra enkelte diagnostiske specialer.
Forløbsansvarlig viceklinikchef 1	Svartider: <i>"Så man kan sige, at klinikerne har egentlig de svar, de skal have, men tallene viser noget andet. Og det arbejder vi lige lidt med, fordi vi er nødt til at få de tal til at gengive den virkelighed, vi er i, sådan så det er noget, vi kan arbejde med. Det er vores udfordring, de andre kører sådan set forholdsvis problemfrit."</i>
Stabsmøde 2	Servicemål: Ingen nye tal.

Det ses, at KPI'erne bliver anvendt på UHL, men for de diagnostiske specialer er der en problemstilling i forhold til at få data, der afspejler virkeligheden. Der bliver på den måde stillet spørgsmålstejn ved reliabiliteten af data. Gennemgangen af KPI'ere er ligeledes hæmmet af, at hvis ikke data er opgjort, kan det ikke drøftes.

FAM Triagering er imidlertid et eksempel på anvendelse af en KPI, hvor der i årevis har været uklarhed med hensyn til monitoreringen. Trods uklarheden anvendes KPI'en og gennemgås også på UHL.

Tabel 31: Kræftpakker.

Regions- rådsmøde	Baggrund for at udmønte midler til kræftområdet.
Strategisk Sundheds- ledelse 1	Indsats på flere kræftpakkeområder.
Strategisk Sundheds- ledelse 2	Ikke set nogle forbedringer i lang tid, så der er nedsat en arbejdsgruppe, der barsler med anbefalinger til målopfyldelse. <i>"Det går i den rigtige retning, men det er spørgsmålet, om det går stærkt nok..."</i> – <i>"Det gør det ikke... (latter)"</i> .
UHL 1	Fokus på røde tal. Hospitalsledelsen understreger, at udredningsforløb kan svinge over perioder fx pga. ferie, hvilket er ok. Ikke ok, hvis kræftpakkeforløb svinger over tid, uanset hvad. Hospitalsledelsen beder om handleplaner for, hvordan og <i>hvornår</i> målopfyldelsen kan opnås.
Stabsmøde 2	Intet nyt ift. data. Orientering omkring puljemidler.

Kræftpakker er et strategisk område med høj prioritet i både Strategisk Sundhedsledelse og på UHL. Der er fokus på de røde tal for at målrette forbedringsindsatser. Det har været et resultat på baggrund af flere af de foregående displays, at der oftest er fokus på de røde tal, dvs. den dårlige performance. Denne tendens bekræftes af nedenstående display.

Tabel 32: Fokus på god og dårlig performance.

Regionsdirektør	<i>"Det fylder mindre, hvis det går godt og forventeligt, og hvis det ikke går godt, så fylder det mere, ikke."</i>
HL-medlem 1	<i>"(...) der er nogen, der ikke lever op til indikatorerne, og der er nogen, der lever op til det, og der kan man godt mærke i rummet hvem, der har det godt, og hvem der ikke har det godt."</i>
Forløbsansvarlig viceklinikchef 2	<i>"Dem der ligger pænt, altså dem behøver man jo ikke at konstatere så meget om. Man skal huske at rose dem engang imellem fordi... Men det er jo det der, hvis ens tal ikke er gode nok, altså så er man sikker på at blive hevet frem, ikke."</i>
Stabs- medarbejder 2	<i>"Så kommer den på vores tavle under den gode historie, så den hele tiden står der, så vi kan se den, men det er ikke en, vi sådan diskuterer handleplaner på."</i>

Gode præstationer er som tidligere forbundet med metodefrihed og deraf følgende arbejdsro. Ledere er bevidste om at anerkende de operative enheder, men fokus er generelt på dårlig performance. Dårlig performance er bundet op på ubehag og intet andet.

Kap. 6 – Diskussion

Dette kapitel er opbygget af tre dele. Først vil analysens resultater blive diskuteret i forhold til den teoretiske ramme, der blev opstillet i kapitel 2. Efterfølgende vil der blive diskuteret om resultaterne kan generaliseres til andre sammenhænge. Til sidst vil styrker og svagheder i specialets metode blive diskuteret.

6.1 – Resultater i forhold til en teoretisk ramme

Den teoretiske ramme udgøres af oversættelsesteori og PM-teori. Diskussionen af resultater vil være opdelt, således at hvert undersøgelsesspørgsmål vil blive diskuteret enkeltvis i forhold til den teoretiske ramme. Specialets fire hypoteser vil blive diskuteret i relation til fire af undersøgelsesspørgsmålene.

6.1.1 – Betydningen af aktivitetsområde for brugen af et PM-system

Analysen har påvist, at konteksten i høj grad har betydning for anvendelsen af datadrevet ledelse, og det skyldes primært, at datadrevet ledelse benytter sig af KPI'ere, der skal indfange en kontekst. På baggrund af oversættelsesteori kan dette forklares som netop en kontekstualisering. Konteksten er forskellig qua den grundlæggende kategorisering af medicinske, kirurgiske og diagnostiske specialer. Formen på og indholdet i datadrevet ledelse er oversat ved hjælp af den modificerende modus, hvor konceptet tilpasses fra idé til praksis. Det vil sige, at det eksempelvis ikke giver mening inden for diagnostiske specialer at fokusere på kliniske beslutninger i forhold til at udrede patienter, og det giver ikke mening inden for medicinske specialer at fokusere på erfaret ventetid til operation. Der kan ligeledes identificeres elementer af den radikale modus, eftersom der i enkelte klinikker er opstillet egne KPI'ere på baggrund af klinikkens særegne udfordringer. Et andet eksempel på en kontekstafhængig anvendelse er, at datadrevet ledelse inden for et speciale som sådan ikke anvendes, fordi specialeledelsens vurdering er, at aktiviteterne forløber problemfrit. Monitoreringen i datadrevet ledelse anvendes i dette tilfælde kun som en bekræftelse. Det kan argumenteres for, at eksemplet trods alt er at udøve ledelse på baggrund af (positiv) data, men grundtanken i datadrevet ledelse er netop at skabe vedvarende forbedringer. Det vil med andre ord sige, at idéen bliver *washed out* som følge af logikken i oversættelsen – altså at redskaberne overføres, men filosofien udestår. Dette forhold indikerer ligeledes en løs kobling mellem aktørerne i organisationen. Teori om løse koblinger (Meyer & Rowan, 1977) kunne bidrage til at forklare denne situation nærmere.

6.1.2 – Betydningen af hierarkisk niveau for brugen af et PM-system

Det er vist på tabel 14, at et fællestræk i anvendelsen af datadrevet ledelse som koncept på tværs af forskellige organisationsniveauer er, at ledelse sker via pipeline, hvor ledere leder andre ledere eller medarbejdere. Denne pipeline kan ses som et tydeligt eksempel på den reproducerende modus, hvor en idé oversættes i forholdet 1:1 mellem forskellige kontekster. Denne ensartethed taler imod hypotesen om forskellig anvendelse på forskellige organisationsniveauer, men pipeline kan mere retvisende anses som et vilkår for datadrevet ledelse. Analysen viser nemlig en grundlæggende forskel i anvendelsen af datadrevet ledelse mellem personer på strategisk plan og operativt plan. Trods lige vilkår finder datadrevet ledelse altså forskelligartet anvendelse.

De stærke ledelsesniveauer i pipeline understøtter en stærk, hierarkisk oversættelseskæde med en top-down-orientering. Spredningen af datadrevet ledelse som idé ned gennem styringslinjen kan tolkes som anden del i den hierarkiske oversættelseskæde, nemlig problembetinget søgen efter løsninger; topledelsen har ud fra sit perspektiv vurderet hvilke løsninger, der er passende i forhold til organisationens udfordringer. Imidlertid anser personer på strategisk niveau og personer på operativt niveau ikke de samme udfordringer, hvilket kommer til udtryk i den enkelte persons oplevede mening af at anvende datadrevet ledelse.

Topledelserne til og med klinikledelser har en relativt ensartet forståelse af datadrevet ledelse, og dette understøtter den hierarkiske oversættelseskæde, men ved specialeledelserne er forståelsen mere broget, hvilket skaber grobund for oversættelser og heraf forskellig anvendelse.

I Regionsrådet og Forretningsudvalget er formålet med at anvende PM både at udøve kontrol og at budgettere midler på udfordrede områder. Disse står ligeledes til ansvar over for Sundhedsministeriet, så dette bliver også et formål med anvendelsen. Som tidligere omtalt er forventningen fra direktionsniveau og nedefter, at anvendelsen af datadrevet ledelse skal føre til forbedringer – men det er imidlertid ikke formålet med at anvende det på hvert enkelt organisationsniveau. Ved Strategisk Sundhedsledelse ses det største fokus på at kontrollere hospitalernes performance. På UHL ses der et formål med at kontrollere klinikkernes performance og samtidigt stå til ansvar over for hospitalsledelsen. Ved klinikledelserne ses brugen ligeledes at være begrundet i kontrol, og for specialeledelserne er formålet – hvis det vel at mærke finder anvendelse – at budgettere indsatser og skabe forbedringer. Specialeledelserne skal lige sådan stå til ansvar over for den respektive klinikledelse.

Denne tolkning indeholder hybrider af de overordnede formål bag anvendelsen af PM (jf. tabel 1). Analyseresultaterne viser, at samtlige ledelsesmæssige niveauer har to roller i forbindelse med anvendelsen af performance, hvilket er at udvise ansvarlighed opadtil i organisationen og at kontrollere eller budgettere nedadtil i organisationen. Denne dualitet afspejles ikke i den teoretiske ramme for PM. En revision af tabel 3 i henhold til analyseresultaterne vil se ud som tabellen nedenfor.

Tabel 33: Målgrupper, observeret anvendelsesform og type af resultatinformation.

Overordnede målgrupper for resultatinformation	Specifikke målgrupper for resultatinformation	Primær anvendelsesform opadtil	Type af resultatinformation
		Primær anvendelsesform nedadtil	
Politikere og politiske ledere	Politiske ledere	Ansvarlighed	Månedlige opgørelser
	Folkevalgte politikere	Ansvarlighed Kontrol og budgettering	Månedlige opgørelser
Administrative ledere	Topledere	Ansvarlighed Kontrol	Enkeltmålinger på ugebasis
	Ledere af ledere	Ansvarlighed Kontrol Forbedring	Enkeltmålinger på ugebasis og udviklingstendenser
Operative ledere	Ledere af medarbejdere	Ansvarlighed Bekræftelse, budgettering og forbedring	Udviklingstendenser

Det ses således, at datadrevet ledelse som et PM-system anvendes forskelligt på forskelligt organisationsniveau. Det er dog en fællesnævner, at alle niveauer anvender PM af hensyn til at udvise ansvarlighed opadtil i organisationen, men formålet med anvendelsen nedadtil i organisationen er altså forskellig fra niveau til niveau, idet nogle niveauer også bruger det til at budgettere indsatser og skabe konkrete forbedringer. Enkelte medlemmer af specialeledelser bruger slet ikke KPI'ere til andet end en bekræftelse af aktiviteten. Det er dog ikke ensbetydende med, at aktørerne ikke arbejder datadrevet, men i denne sammenhæng tolkes det ikke som datadrevet ledelse.

Fokus på røde tal udelukker et par af de overordnede formål med PM, eksempelvis læring. Det er en analytisk betragtning, og denne kan understøttes af empirien, hvor enkelte interviewpersoner savner et større fokus på læring som en del af datadrevet ledelse. Det er særligt arbejdet med KPI'ere opstillet i virksomhedsoverblikket, der ud fra dette perspektiv ikke indbyder til læring, fordi der kun er ét tal for hver indikator, og tallet kan enten være sort eller rødt.

6.1.3 – Betydning af hierarki for oversættelsesprocessen

Analyseresultaterne viser, at datadrevet ledelse ikke finder anvendelse blandt medarbejdere, der ikke er på ledelsesniveau. Her skelnes mellem decideret aktiv anvendelse og bevidsthed, der er en form for passiv anvendelse. Der ses væsentlige forskelle i omfanget for, hvordan basispersonale holdes orienteret om eller er bekendt med KPI'erne – hvis dette i det hele taget er tilfældet. Denne passive anvendelse tolkes således, at hypotesen ikke kan afkræftes, idet datadrevet ledelse for nuværende ikke har en anvendelsesform blandt medarbejdere, der ikke er på ledelsesniveau. Det er i denne sammenhæng væsentligt at erindre, at datadrevet ledelse er i sin vorden og fortsat implementeres på Aalborg Universitetshospital. Der er tale om en proces i forhold til at nå ud på alle organisationsniveauer:

"(...) vi er langt fra ude i alle hjørner endnu. Langtfra. Og dét at arbejde på den her måde, altså, det er noget, hvor jeg opfatter, at når man tager en heroisk beslutning på en direktionsgang, som det her har været, der kan man også nogle gange undervurdere, hvor lang tid det tager at nå ud i... Og det behøves ikke at være den menige sygeplejerske, men bare ud at have specialeledelserne med og måske specialeansvarlige overlæger derude. Altså, at få det niveau med og få en forståelse for det. Det tager tid. Og meget af det her, når du så graver dig ned i det, så er det faktisk rimeligt komplekst." (Klinikchef 2)



Det tager tid at implementere konceptet blandt basispersonalet. Implementeringen er i et oversættelsesteoretisk perspektiv en stimuli-respons-baseret sekventialitet – det vil med andre ord sige, at implementeringen sker i sekvenser på baggrund af stimuli af et niveau og responsen heraf. Det er desuden sandsynligt, at det samme kan være tilfældet blandt to af de klinikker, der ikke er repræsenteret i undersøgelsen. Det er dog værd at klarlægge, om datadrevet ledelse er et ledelsesredskab og derfor ikke bør anvendes af basispersonale, eller om det netop på sigt er hensigten at anvende det blandt basispersonale. Resultatet må under alle omstændigheder revideres på et fremtidigt tidspunkt.

Det overordnede formål med anvendelsen af PM i hele sygehusvæsenet er forbedring. Dette afføder en generel forventning til de enkelte ledelser om at skabe optimale rammer for og gennemføre forbedringer. Det er et resultat, at formålet med at anvende PM er afhængigt af, om PM skal ses i sammenhæng med overordnede eller underordnede organisationsniveauer. Der er knyttet en række forventninger til passende adfærd i forhold til at udvise ansvarlighed opadtil og opnå legitimitet ved brugen af PM. Der er ligeledes knyttet en række forventninger til passende adfærd i forhold til at anvende PM ifm. kontrol nedadtil. Når ledere bruger PM til både ansvarlighed og styring, konfronteres de to sæt af forventninger med hinandens konkurrerende normer. Dertil kommer forventningerne til passende adfærd i den daglige drift. Strategisk adfærd bliver en nødvendighed for som leder at kunne navigere mellem de konkurrerende forventninger. Konkurrerende forventninger ses primært mellem flere KPI'ere, mens forventninger i konflikt ses mellem KPI'ere og patientnære aspekter såsom kvalitet og patientsikkerhed.

Strategisk adfærd er et eksempel på, hvordan idéen om datadrevet ledelse modificeres via oversættelse, og den modificerende modus udtrykkes derved i form af, at KPI'ere må afbalanceres i forhold til hinanden og lige sådan med forventningerne til passende adfærd på baggrund heraf. Det er således ikke et udtryk for en oversættelse via den hierarkiske oversættelseskæde, idet modificeringen netop sker på højere ledelsesniveau.

Ønsket om at se på tendenser frem for enkeltmålinger er endnu et udtryk for, at deltagerne søger at modificere arbejdsmåden i datadrevet ledelse. Det har ikke været det oprindelige udgangspunkt, og det medfører konkurrerende forventninger imellem på den ene side at være opmærksom og proaktiv i forhold til væsentlige variationer i performance og på den anden side at opretholde en driftssikker stabilitet.

Tidligere blev det nævnt, at der er en forventning om en vedvarende forbedring året igennem og en deraf jævnt stigende kurve, men ved at spørge nærmere ind til deadlines for de politiske målsætninger antydes et andet perspektiv, nemlig målopfyldelse på månedsbasis. Dette kan ses som et udtryk for oversættelse ud fra en logik om *whisper down the lane*, altså hvor idéen har udviklet sig fra sit oprindelige udgangspunkt og til noget nyt. Denne oversættelse afføder stærkere forventninger til passende adfærd, idet resultater i så fald forventes opfyldt på månedsbasis. Dette gør forventningerne til passende adfærd flertydige.

Det forventes fra direktionen, at ledere formår at oversætte konceptet. Flere interviewpersoner fra bl.a. klinikledelser har også nævnt væsentligheden i, at ledere formår at få datadrevet ledelse til at give mening i relation til det daglige arbejde. Oversættelse er derfor en nødvendighed og dermed også en relevant teori at beskæftige sig med i denne sammenhæng.

6.1.4 – Udfordringer i forhold til definitions-mæssig validitet og reliabilitet

Analysen viser, at både aktivitet og organisationsniveau har betydning for anvendelsen af datadrevet ledelse. ”Where you stand, depends on where you sit” må dermed siges at være gældende, og det samme er tilfældet i forhold til fortolkning af data. Personer på forskellige steder i organisationen har forskellige forudsætninger for at tale om data. Dette forhold er tydeligst i form af, at hovedparten af alle datadiskussioner tager udgangspunkt i et spørgsmål om, hvorvidt data afspejler virkeligheden.

Når hver diskussion på baggrund af data starter med en diskussion af datas validitet, kan det ses som en blanding af *whisper down the lane* og *washed out*, fordi idéen spredes fra niveau til niveau og oversættes, modificeres og formidles videre. Datadiskussionerne er en barriere for handlinger i flere tilfælde, og derfor udebliver filosofien bag idéen, nemlig at skabe forbedringer på baggrund af handlinger. Redskabet anvendes dog, men oftest kun til og med diskussion. Kræftpakkemonitorering er det eneste område, hvor der ikke er oplevet diskussioner af reliabiliteten af data, og her er der fokus på handlinger, hvilket synes konstruktivt.

Et konkret eksempel på en datadiskussion er udsagnet om, at en registreringskonsulent har fortalt, at erfaret ventetid til operation måles fra klinisk beslutning. Der er tale om en *whisper down the lane*-logisk oversættelse, hvor konsulenten har modtaget en definition fra BI-enheden, som formidles videre i organisationen. Der er også mulighed for, at registreringskonsulenten har fortalt



den korrekte definition, men at personen der refererede til det, har misforstået det og formidlet det forkert videre.

For KPI'en ventetid til behandling er der også tale om en whisper down the lane-oversættelse, hvor hvert led i oversættelsen tilfører mere uklarhed til definitionen. Oversættelsen er tydelig ved, at BI-chefen som første led i kæden siger, at al behandling tæller med, men de følgende led stiller spørgsmålstejn ved betegnelsen som behandling. Diskussionen handler grundlæggende om forholdet mellem operationelt defineret variabel og data, altså hvad tæller med, og hvad tæller ikke med i opgørelsen.

Den oplevede uklarhed om definitionen af ventetid til behandling giver udslag i en dekobling, så længe data er negative, og der er uklarhed om monitoreringen. Det ses, at monitoreringen kan bruges som en bekræftelse, når data er positivt, men ved negativt data indledes en diskussion af monitoreringens reliabilitet.

Flere interviewpersoner har påpeget problematikker med validiteten af data. Når interviewpersonerne siger 'validitet', mener de i de fleste tilfælde det, der i dette speciale betegnes som reliabilitet. Validiteten af monitoreringen er ikke den overordnede problemstilling i denne sammenhæng, idet sammenhængen mellem teoretisk defineret og operationelt defineret variabel ikke udfordres. KPI'erne vurderes dog at have for lille relation til patientnære forhold som kvalitet og patientsikkerhed. Det er imidlertid allerede inden udvælgelsen af teoretisk definerede variabler, at denne uenighed gør sig gældende, og derfor påvirker det ikke den definitions-mæssige validitet.

6.2 – Resultaternes generaliserbarhed

I det følgende afsnit vil specialets analytiske generaliserbarhed blive diskuteret. Det vil sige, at diskussionen vil omhandle, hvorvidt analyseresultaterne kan generaliseres til andre kontekster (Brinkmann, 2014: 185). I afsnittet diskuteres generaliserbarheden af resultaterne i forhold til andre dele af Aalborg Universitetshospital, til regionens andre hospitaler, på tværs af regioner og til andre dele af den offentlige sektor.

Resultaterne bygger på en stor mængde empiri fra fem ud af syv klinikker fra Aalborg Universitetshospital, hvor forskellige niveauer og forskellige aktiviteter er repræsenteret, samt at resultaterne fra de fire hypoteser enten er meget ens eller meget forskellige. Med dette in mente, så kan det forventes, at hvis de andre to klinikker havde deltaget, så ville disse have vist lignende

resultater. Der kan således argumenteres for, at resultaterne kan generaliseres til de andre klinikker. Der dog en mulighed for, at disse klinikker arbejder med datadrevet ledelse på en markant anderledes måde, da metodefrihed er udbredt på hospitalet. Det kan dog påpeges, at disse to klinikker var tilstede under observationerne i UHL, og der var intet i disse observationer, der pegede i retning af, at klinikkerne arbejder med data på en markant anderledes måde. Det er derfor vurderingen, at analysens resultater vil kunne generaliseres til det samlede hospital.

På de øvrige hospitaler i Region Nordjylland arbejdes der ligeledes med datadrevet ledelse, og ligesom på Aalborg Universitetshospital er der forskellige aktiviteter og hierarkiske niveauer. Regionshospital Nordjylland og Psykiatrien har samme ledelsesmæssige organisering som på Aalborg Universitetshospital og er underlagt de samme politiske målsætninger. Disse organisationer kan dermed forstås ud fra samme teoretiske tanke som i dette speciale. Derfor kan analysens resultat, om at PM anvendes forskelligt afhængigt af aktivitet, generaliseres til de andre regionale hospitaler. Resultatet omhandlende lederes dobbelte rolle, hvor man står til ansvar opad i systemet og styrer nedad må ligeledes kunne generaliseres til de andre hospitaler, da lederne disse steder ligeledes har over- og underordnede. Resultatet om, at datadrevet ledelse ikke er nået det operative plan endnu, kan ikke med sikkerhed generaliseres til de øvrige hospitaler, da dette er et udkom af en lokal oversættelse og den enkelte leders vurdering af konceptet.

Specialet har været afgrænset til Region Nordjylland. I de fire øvrige regioner arbejdes der ligeledes med KPI'ere og data som redskab til understøttelse af beslutninger, men formen er forskellig. Region Syddanmark og Region Hovedstaden har politisk fastsatte KPI'ere, men Region Sjælland og Region Midtjylland har ingen fælles regionale KPI'ere, og her er der lokale forskelle i prioriteringen af strategiske mål, som også varierer over tid. Trods regionale KPI'ere i Region Syddanmark er der lokale forskelle i forhold til opmærksomheden på KPI'ere. Region Midtjylland søger at skabe en datademokratisering og deraf skabe store frihedsgrader i forhold til brugen af data. Denne betragtning sandsynliggør at specialets overordnede resultat, i forhold til at aktivitetsområde og hierarkisk niveau har betydning for brugen af PM, kan generaliseres til de øvrige regioner.

Både i Region Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden arbejdes der systematisk med tavlemødekoncept på forskellige hierarkiske niveauer. I Region Midtjylland afholdes der kun tavlemøde mellem direktion og den enkelte hospitalsledelse i perioder med særligt strategisk fokus på et indsatsområde, eksempelvis udredning inden for 30 dage. Dette speciales resultat om, at der i Region Nordjylland er tendens til at diskutere reliabiliteten af data, skal ses i sammenhæng med, at

data typisk opgøres ugentligt og som enkeltmåling. Dataopgørelsernes kadance gør, at aktørerne oftere skal stå til ansvar for performance, og dermed bliver diskussioner i forhold til reliabilitet oftere tilfældet. I Region Syddanmark og Region Sjælland opgøres data ugentligt, men som serier, og det kan derfor ikke forventes, at omstændighederne for diskussioner af reliabilitet er de samme som i Region Nordjylland. Region Hovedstaden opgør performance på månedsbasis, men er pt. udfordret af overgangen til Sundhedsplatformen, og som følge heraf er brugen af data påvirket.

Eftersom diskussioner af reliabilitet ikke er en stor del af hverdagen i de fire andre regioner, kan det ikke forventes at være tilfældet i en større del af den offentlige sektor. Tilgængæld er alle offentlige organisationer opbygget af hierarkiske niveauer og indeholder forskellige aktivitetsområder, og det kan derfor forventes, at aktivitetsområde og hierarkisk niveau påvirker brugen af PM på tværs af den offentlige sektor.

6.3 – Metodisk efterrationale

Det er via interviews og observationer erfaret hvor store registreringsopgaver, der ligger i arbejdet med datadrevet ledelse. Det kunne retrospektivt set have været relevant at udvide kredsen af interviewpersoner med lægesekretærer og en større repræsentation af hospitalets administration for i større udstrækning af belyse grundlaget for datadrevet ledelse. Både sekretariater og administrationer ville kunne bidrage med større indsigt i, hvordan udfordringerne ved datas validitet opleves og håndteres. Specialet dækker den lægefaglige del af hospitalet og den ledelsesmæssige. Det kunne desuden have været relevant at inddrage hospitalets sygeplejefaglige del, særligt i forhold til anvendelsen af datadrevet ledelse afhængigt af aktivitet. Et sådan design ville give et mere fuldkomment billede af specialets case. Det må dog anses som en styrke for specialet, at designet trods alt inkluderer en af hospitalets største faggrupper og derfor også afspejler organisationen på rimelig vis.

Specialets design er bygget op omkring en styringslinje gående fra regionsrådet ned til specialeledelserne. Styringslinjen forgrener sig efter hospitalsledelsesniveau ud til flere klinikker, der atter deler sig i specialer. Det kan diskuteres, hvorvidt dette design er hensigtsmæssigt eller ej. En enstrengt styringslinje fra regionsråd til specialeledelse ville have givet specialet et skarpere fokus. Dette kunne være nyttigt, hvis der for eksempel var ønske om at undersøge en ekstrem eller en repræsentativ case efter endt implementering af datadrevet ledelse. Inden specialets udarbejdelse forelå der ikke informationer om hhv. gode og dårlige eksempler på datadrevet ledelse, og derfor

har dette design ikke været muligt. Det anvendte design, der rummer flere klinikker og specialeledelser, giver derimod et differentieret billede af anvendelsen af datadrevet ledelse, hvilket ikke desto mindre vurderes at være mere relevant i forhold til at belyse fælles udfordringer på tværs af enheder. Opmærksomheden på disse fælles udfordringer kan nu danne grundlag for læring og et stærkere fundament for den fremadrettede implementering af datadrevet ledelse.

Antallet af interviews og observationer er en styrke for specialets karakter af et multilevel-studie. 20 interviews kan i udgangspunktet foranledige læseren til at tro, at der tidligt i dataindsamlingen er opnået et mæthedspunkt, men dette er langt fra tilfældet med henvisning til de forskellige organisationsniveauer. Det har vist sig, at tre-fire interviews på hvert strategisk organisationsniveau er tilstrækkeligt, men på operativt plan for de ledende overlæger har fem interviews ikke afdækket alle aspekter af fænomenet. Som det allerede ses af analyseresultaterne, er der flere forskelle mellem anvendelsen af datadrevet ledelse på de lavere organisationsniveauer, og det kan derfor siges, at en større repræsentation af ledende overlæger fortsat ville have bidraget konstruktivt til specialets empiriske grundlag. Set i lyset af interviewpersonernes enstemmige vurdering, at datadrevet ledelse ikke anvendes på lavere niveauer end specialeledelser, er det blevet bekræftet som en styrke, at specialets design er afgrænset til og med dette niveau.

Antallet af observationer kunne med fordel have været større med henblik på at sikre, at de udledte resultater netop er tendenser gældende for flere møder i en række. Det har dog ikke været muligt af hensyn til logistikken i specialearbejdet. Det er dog væsentligt at reflektere over, om observatørernes tilstedeværelse i et mødeforum har påvirket aktørerne i deres adfærd, og derfor ville et større antal observationer give et mere solidt grundlag. Det er dog ikke afgørende, om aktørerne ændrer adfærd i det hele taget, men kun om de ændrer adfærd på punkter, som er relevante for problemstillingen (Elklit & Jensen, 2012: 142). Det vurderes ikke at være tilfældet i dataindsamlingen til dette speciale. Enkelte drøftelser om bl.a. økonomi er ikke afholdt som forventet i tavlemøderne på UHL, men det skyldes, at økonomi blev behandlet som et selvstændigt dagsordenspunkt. Observatørernes tilstedeværelse vurderes derfor ikke at have påvirket aktørernes adfærd.



Kap. 7 – Konklusion

Dette speciale har ved hjælp af interviews og observationer analyseret hvilke forskelle, der er på, hvordan PM bruges af forskellige aktører på Aalborg Universitetshospital og i Region Nordjylland. Forskellene er blevet forklaret ud fra oversættelsesteori og forskelle i aktivitet og hierarkisk niveau, og analysen er udarbejdet som en besvarelse af fem undersøgelsesspørgsmål og fire hypoteser.

Der er forskelle i aktivitet mellem medicinske, kirurgiske og diagnostiske specialer, og det er der endda inden for disse kategorier. Forskellen i aktivitet foranlediger hvilke KPI'ere, der er relevante indikatorer for aktiviteten. Eftersom arbejdet med KPI'ere opfattes som den mest konkrete form på datadrevet ledelse som koncept, og fordi KPI'ere har forskellig relevans, bliver formen på datadrevet ledelse forskellig på tværs af aktivitetsområder.

Anvendelsen af datadrevet ledelse er ligesådan forskellig på tværs af hierarkiske niveauer, idet der er grundlæggende forskel på et strategisk plan og et operativt plan. På de højeste organisationsniveauer og herunder politisk niveau anvendes det primært som et kontrolredskab nedadtil i organisationen. Det ses på alle hierarkiske niveauer, at datadrevet ledelse anvendes i forhold til at udvise ansvarlighed opadtil i systemet, og formålet er dermed dobbeltsidet. Anvendelsen af datadrevet ledelse sker i højere grad som et forsøg på at skabe forbedringer, des tættere man kommer på organisationens frontlinje. Forskellen bliver også tydelig i forbindelse med aktørernes forskelligartede præferencer i forhold til at beskæftige sig med enkeltmålinger kontra tendenser, hvor sidstnævnte opfattes som en forudsætning for at kunne se forbedringer.

Forskellen mellem strategisk og operativt plan manifesterer sig ved, at datadrevet ledelse ikke har en aktiv anvendelsesform blandt basispersonale. Der er givet metodefrihed i forhold til arbejdet med datadrevet ledelse, og dette gælder på de fleste hierarkiske niveauer. Forventningen om forbedring udgør den eneste ramme for arbejdet med datadrevet ledelse, og derved er der råderum for oversættelse af arbejdsmåden fra niveau til niveau. I enkelte tilfælde er der ligeledes ledere, der har vurderet, at det ikke er relevant for basispersonalet at fokusere på. Det er for nuværende en praksis anvendt af personer på ledelsesniveau, men en fortsat implementering betyder, at basispersonalet bliver opmærksomme på fænomenet i tiltagende omfang.

Datadrevet ledelse rummer en række forventninger til passende adfærd for den enkelte leder. Det drejer sig bl.a. om at lede evidensbaseret, skabe forbedringer og at være proaktiv. Dertil kommer en række forventninger på baggrund af specifikke KPI'ere, hvor forskellige indsatsområder



konkurrerer om ledelsens opmærksomhed. Det er et gennemgående forhold, at alle indsatser må balanceres i forhold til den økonomiske situation. Der er observeret forventninger om målopfyldelse både på ugebasis, månedsbasis og årsbasis vedrørende de samme indikatorer, og dette indikerer flertydige forventninger til lederens adfærd. Endeligt ses en grundlæggende konflikt i forhold til den ledelsesmæssige opmærksomhed på KPI'ere kontra patientnære aspekter, og denne konflikt er mest udtalt blandt specialeledelser.

Brugen af datadrevet ledelse er ikke udfordret af definitions-mæssig validitet, idet de fleste af interviewpersonerne anerkender KPI'erne som politisk vedtagne målsætninger. Målsætningerne vurderes derfor legitime at efterfølge som et naturligt vilkår i en politisk ledet organisation.

Brugen af datadrevet ledelse er i et udbredt omfang præget af vanskeligheder i forhold til reliabiliteten af data. Udfordringerne koncentrerer sig om to hovedkategorier, som er datadefinitioner og monitorering. Der er en kultur for at indlede enhver drøftelse med en diskussion af reliabiliteten af den pågældende monitorering. Denne tendens er i flere tilfælde hæmmende på aktive handlinger. Det skyldes bl.a., at der er uklarhed om datadefinitionerne, og dette giver vanskeligheder for ledelserne ved at prioritere strategiske indsatser.

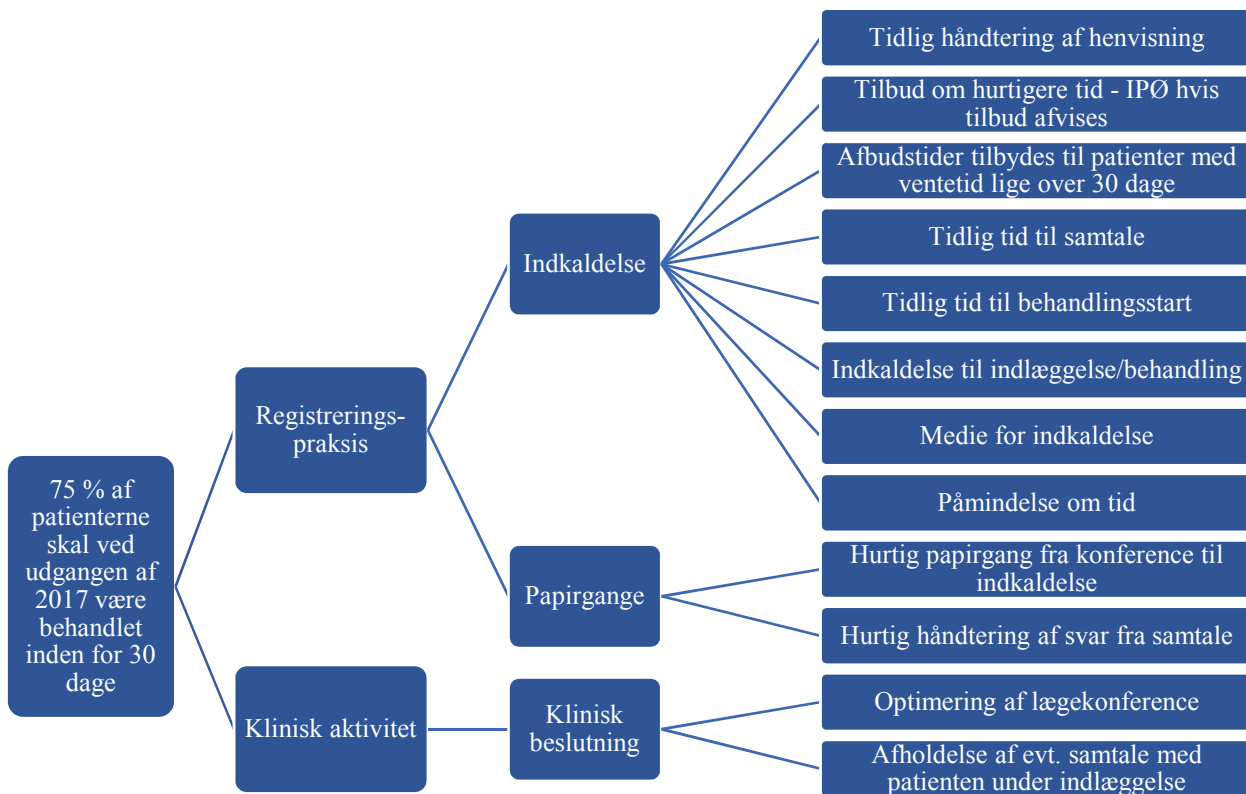
Kap. 8 – Perspektivering

Dette kapitel har til formål at sætte specialets konklusioner ind i et bredere perspektiv. Dette gøres ud fra en betragtning om, dels hvilken betydning konklusionerne vil få for praksis, og dels hvilken betydning de vil få for forskningen.

8.1 – Implikationer for praksis

Det er et gennemgående resultat i specialet, at der på hospitalet er en tendens til at stille spørgsmål ved reliabiliteten af data i højere grad end at tale om handlinger. Det vil på nuværende tidspunkt være konstruktivt med en tværfaglig forventningsafstemning om arbejdet med datadrevet ledelse. Det vil sige, at der er behov for at forventningsafstemme, hvorvidt indikatorer bør opfattes som netop indikationer af virkeligheden, eller om det er et kriterium for anvendelsen, at data skal være nøjagtige gengivelser af virkeligheden. Virkeligheden opfattes som bekendt ud fra forskellige perspektiver som følge af forskelle i aktivitetsområde og hierarkisk niveau, og derfor er det vigtigt, at denne forventningsafstemning også kommer til at ske på tværs af hierarkiske niveauer i forhold til enkelte aktivitetsområder.

Der er både på strategisk og operativt plan enighed om, at måling skal menes for både arbejdet, personalet og patienterne. En af grundformuleringerne i datadrevet ledelse som koncept er at udøve ledelse på baggrund af de rette data; spørgsmålet er i den sammenhæng, hvad der er de rette data for hvem? Både regionsdirektøren, medlemmer af hospitalsledelsen, klinikledelser og specialeledelser har i den sammenhæng fremhævet vigtigheden af at monitorere på aspekter i relation til personalets dagligdag. Der kan i den sammenhæng være behov for et redskab til at hjælpe med at sætte konkrete handlinger i relation til overordnede målsætninger, og her kan driverdiagrammer være anvendelige i forhold til at eksplicitere forandringsteorien både for datadrevet ledelse og for den enkelte målsætning. Figur 10 viser et eksempel på, hvordan en KPI kan nedbrydes til overordnede fokusområder, indsatsområder og konkrete indsatser. Ventetid til behandling er anvendt som eksempel, fordi dette er den specifikke KPI behæftet med størst uklarhed.

Figur 10: Eksempel på driverdiagram for ventetid til behandling.

Kilde: Egen figur.

Driverdiagrammer kan som redskaber medvirke til at synliggøre relationen mellem målsætninger og konkrete indsatser. Det kan dermed medvirke til at skabe et større fokus på handlinger, fordi de fleste medarbejdere på operativt plan vil kunne se, hvordan man selv kan bidrage til resultatopfyldelse.

Selvom der kan udarbejdes et driverdiagram for hver enkelt KPI, forhindrer det imidlertid ikke, at forventningerne til passende adfærd på baggrund af KPI'erne fortsat kan være flertydige eller konkurrerende. Dette er et strategisk issue, der er afhængigt af både politisk og administrativt prioriterede målsætninger.

8.2 – Implikationer for forskning

Dette speciale har undersøgt, hvordan PM anvendes forskelligt afhængigt af aktivitetsområder og organisationsniveau i en organisation. Specialet har dermed bidraget til forskningsområdet for PM ved at introducere et dobbelt formål bag anvendelsen af PM. Hver leder har minimum to formål med at anvende PM, og det er typisk at udvise ansvarlighed opadtil og kontrol nedadtil i en organisation. Den fremtidige forskning inden for PM bør fortsætte i dette spor og ikke fokusere på



formålene i et ensporet perspektiv. Der er basis for, at denne dualitet af ledernes rolle i et PM-system kan analyseres mere dybdegående.

Der kan på baggrund af specialets empiri ses et gennemgående ønske om, at brugen af et PM-system skal give mening for den enkelte leder og i en vis udstrækning også for den enkelte medarbejder. Forskningslitteraturen inden for offentlig PM bør således fremadrettet i højere grad fokusere på, hvordan kontekstualisering af en idé kan få et PM-system til at give mening for den enkelte aktør. PM-teorien har for nuværende fokus på anvendelsen af KPI'ere, men det fremadrettede fokus bør være på, hvordan KPI'ere nedbrydes i konkrete og genkendelige delmål ud fra perspektivet for den enkelte aktør. Begreber fra oversættelsesteori kan hjælpe forskningen på vej, selvom KPI'ere ikke skal oversættes, men operationaliseres.

Blandt regionerne ses der forskellige modeller for, hvordan dataarbejdet er indlejret i organisationen. Region Nordjylland har som eksempel en central BI-enhed, mens Region Syddanmark har decentrale BI-enheder, og Region Hovedstaden har en central dataenhed, der leverer data ud fra nationale registre. Det er interessant, at dataopgaven er grebet forskelligt an i de tre nævnte regioner, og dette forhold kunne være udgangspunktet for et komparativt casestudie af, hvilken betydning den organisatoriske forankring af dataopgaver har for brugen af PM. Der ligger formentlig en stribe af rationelle argumenter bag hver enkelt organisationsmodel, jf. kontingensteoriens doktrin om "no best way of organizing" (Mintzberg, 1983), men hver model har givetvis også sine implikationer for brugen af data.

Specialet har fokuseret på de politiske og administrative niveauer i en offentlig organisation med et PM-system. Det er endnu uvist, hvordan organisationers brugere anvender performanceinformationer. Andersen et al. (2011) har introduceret betegnelsen som *forbrugeristiske medborgere* om borgere i nutidens informationssamfund, som søger informationer på et marked som grundlag for at vælge en udbyder. Lynge et al. (2015) har påvist, at disse forbrugeristiske medborgere kan identificeres inden for skoleområdet. Det er dermed værd at identificere samme tendenser inden for sundhedsområdet set i lyset af den rige mængde af performanceinformation, som også er offentligt tilgængelig. Det er i den sammenhæng en interessant problemstilling, hvorvidt patienter og borgere i generel forstand bruger performanceinformation, og hvilke typer af performanceinformation der er mest nyttig. Denne problemstilling er relevant at afsøge ud fra en udbredt opfattelse af, at performancemonitorering både nu og fremadrettet skal give mening for patienten.

Litteraturhenvisning

- Aalborg Universitetshospital (2017): *Patientens hospital – Vores arbejdsplads. Handleplan 2017*. Frederikshavn: Dafolo.
- Andersen, Helge & Kjell Arne Røvik (2015): "Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital" i *BMC Health Services Research*, vol. 15:401. Dokument-id: 10.1186/s12913-015-1081-z.
- Andersen, Helge, Kjell Arne Røvik & Tor Ingebrigtsen (2014): "Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews" i *BMJ Open*, vol. 4 (1). Dokument-id: BMJ Open 2014;4:e003873.
- Andersen, Johannes, Sanne Lund Clement & Niels Nørgaard Kristensen (2011): *Kunder i politikken: på sporet af den forbrugeristiske medborger*. Forlaget Hovedland.
- Andersen, Lotte Bøgh, Anne Skorkjær Binderkrantz & Kasper Møller Hansen (2012): "Forskningsdesign" i Andersen et al. (2012): *Metoder i statskundskab (2. udgave)*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Antoft, Rasmus og Heidi Salomonsen (2007): "Det kvalitative casestudium: introduktion til en forskningsstrategi" i Antoft (red.) (2007): *Håndværk og horisonter: Tradition og nytænkning i kvalitative metoder*. Syddansk Universitetsforlag.
- Askim, Jostein (2015): "The Role of Performance Management in the Steering of Executive Agencies" i *Public Performance & Management Review*, vol. 38 (3), pp. 365-394.
- Behn, Robert D. (2003): "Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures" i *Public Administration Review*, vol. 63 (5), pp. 586-606.
- Bird et al. (2003): "Performance indicators: good, bad, and ugly" i *RSS Working Party on Performance Monitoring in the Public Services*, Royal Statistical Society, London.

- Bouckaert, Geert (1993): "Measurement and Meaningful Management" i *Public Productivity & Management Review*, vol. 17 (1), pp. 31-43.
- Boxenbaum, Eva & Jesper Strandgaard Pedersen (2009): "Scandinavian Institutionalism: A case of institutional work" (kap. 7) i Lawrence et al. (2009) (red.): *Institutional Work: Actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bregm, Kirsten (2006): "Resultatmåling i den offentlige sektor" i *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, vol. 87 (2), pp. 159-173.
- Brinkmann, Svend (2014): *Det Kvalitative Interview*. Oversat fra engelsk af Bjørn Nake efter Brinkmann (2013): *Qualitative Interviewing: Understanding Qualitative Research*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Brodin, Evelyn Z. (2011): "Policy Work: Street-Level Organizations Under New Managerialism" i *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 21 (2), pp. i253-i277.
- Bryman, Alan (2012): *Social research methods (4. Udgave)*. Oxford: Oxford University Press.
- Burgess, Simon & Marisa Ratto (2003): "The Role of Incentives in the Public Sector: Issues and Evidence" i *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 19 (2), pp. 285-300.
- Christensen, Tom & Kjell Arne Røvik (1999): "The Ambiguity of Appropriateness" i Egeberg & Lægreid (red.) (1999): *Organizing Political Institutions*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Czarniawska, Barbara & Bernard Joerges (1996): "Travels of ideas" i Czarniawska & Guje (red.) *de Gruyter Studies in Organization: Translating Organizational Change*. New York: Walter de Gruyter.
- Dahler-Larsen, Peter (2002): *At fremstille kvalitative data*. Odense: Odense Universitetsforlag.

- de Bruijn, Hans (2007): *Managing performance in the public sector (2nd edition)*. London: Routledge.
- de Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research*. London: SAGE Publications.
- DiMaggio, Paul & Walter Powell (1983): "The Iron Cage Revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields" i *American Sociological Review*, vol. 48 (2), pp. 147-160.
- Drucker, Peter F. (1979): "What Results Should You Expect? A Users' Guide to MBO" i *Public Administration Review*, vol. 36 (1), pp. 12-19.
- Ejler, Nicolaj et al. (red.) (2008): *Når måling giver mening: Resultatbaseret styring og dansk velfærds politik i forvandling*. København: Jurist- og Økonomifundets Forlag.
- Elklit, Jørgen & Henrik Jensen (2012): "Kvalitative datakilder" (kap. 5) i Andersen et al. (2012): *Metoder i statskundskab (2. udgave)*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Finansministeriet (1983): *Redegørelse til folketinget om regeringens program til modernisering af den offentlige sektor*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet (2004): *Aftaler om den kommunale økonomi for 2005*. Juni 2004. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet (2006): *Aftaler om den kommunale og regional økonomi for 2007*. Juni 2006. København: Finansministeriet.
- Fivelsdal, Egil (1990): "Nogle problemer ved interviewing af personer i ledende stillinger" (Appendiks 5) i Andersen (red.) (1990): *Valg af Organisationssociologiske Metoder – et kombinationsperspektiv*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

- Flyvbjerg, Bent (2010): "Fem misforståelser om casestudiet" (kap. 22) i Brinkmann & Tanggaard (red.) (2010): *Kvalitative metoder*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Gibbs, Graham R. (2007): "Thematic coding and categorizing" (kap. 4) i Gibbs (2007): *Analyzing Qualitative Data*. London: SAGE.
- Halachmi, Arie (2002): "Performance measurement and government productivity" i *Work Study*, vol. 51 (2), pp. 63-73.
- Hansen, Morten B. (2016): "Performance management og evaluering" (kap. 5) i Bredgaard (red.) (2016) *Evaluering af offentlig politik og administration*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hatry, Harry P. (1999): *Performance measures: Getting results*. Washington, DC: Urban Institute.
- Hellevik, Ottar (2003): *Forskningsmetode i Sosiologi og Statsvitenskap* (7. udgave, 2. oplag). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hood, Christopher (1991): "A Public Management for All Seasons?" i *Public Administration*, vol. 69 (1), pp. 3-19.
- Hood, Christopher (2007): "Public Service Management by Numbers: Why Does it Vary? Where Has it Come From? What Are the Gaps and the Puzzles?" i *Public Money & Management*, vol. 27 (2), pp. 95-102.
- Immergut, Ellen M. (1998): "The Theoretical Core of the New Institutionalism" i *Politics & Society*, vol. 26 (1), pp. 5-34.
- Jespersen, Peter Kragh (2001): "New Public Management reformer i det danske sygehusfelt: Udfordringer til de professionelle styringsrationaler?" i *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, vol. 82 (1), pp. 22-40.

- Johnsen, Åge (2005): "What Does 25 Years of Experience Tell Us About the State of Performance Measurement in Public Policy and Management?" i *Public Money & Management*, vol. 25 (1), pp. 9-17.
- Kaplan, Robert S. & Robin Cooper (1998): *Cost and Effect: Using integrated cost systems to drive performance and profitability*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kristiansen, Mads Bøge (red.) (2004): *Resultatstyring i den offentlige sektor*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kroll, Alexander & Donald P. Moynihan (2015): "Does Training Matter? Evidence from Performance Management Reforms" i *Public Administration Review*, vol. 75 (3), pp. 411-420.
- Latour, Bruno (1986): "The powers of association" (pp. 264-280) i Law (red.) *Power, Action, and Belief: A New Sociology of Knowledge?* London: Routledge Kegan & Paul.
- Lynge, Daniel et al. (2015): *Jagten på den forbrugeristiske medborger: Et casestudie af privatskoleområdet*. Semesterprojekt, Politik & Administration. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Madsen, Søren Obed (2013): *Lederen som oversætter – Et oversættelsesteoretisk perspektiv på strategisk arbejde*. Copenhagen Business School, Ph.d.-skolen LIMAC, 1. udgave. Frederiksberg: Copenhagen Business School – Handelshøjskolen.
- March, James G. & Johan P. Olsen (1996): "Institutional Perspectives on Political Institutions" i *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, vol. 9 (3), pp. 247-264.
- Marr, Bernard (2009): *Managing and Delivering Performance: How government, public sector and not-for-profit organizations can measure and manage what really matters*. London: Routledge.
- Meyer, John W. & Brian Rowan (1977): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony" i *The American Journal of Sociology*, vol. 83 (2), pp. 340-363.



- Mintzberg, Henry (1983): *Structure in fives: designing effective organizations* (8. oplag). New York: Prentice Hall.
- Pidd, Mike (2005): "Perversity in public service performance measurement" i *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 54 (5/6), pp. 482-493.
- Pollitt, Christopher & Sorin Dan (2013): "Searching for Impacts in Performance-Oriented Management Reform" i *Public Performance & Management Review*, vol. 37 (1), pp. 7-32.
- Pollitt, Christopher (2013): "The logics of performance management" i *Evaluation*, vol. 19 (4), pp. 346-363.
- Rabovsky, Thomas M. (2014): "Using Data to Manage for Performance at Public Universities" i *Public Administration Review*, vol. 74 (2), pp. 260-272.
- Regeringen & Danske Regioner (2007): *Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter*. D. 12. oktober 2007. København K: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Regeringen (2016): *Patienternes kræftplan – Kræftplan IV*. August 2016. København K: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Region Nordjylland (2012a): *Oplæg til Fremtidig Klinisk Ledelsesmæssig Organisering*. D. 28. juni 2012. Aalborg: Region Nordjylland.
- Region Nordjylland (2012b): *Plan for sygehuse og speciallægepraksis*. Sundhedsaftale, august 2012. Aalborg Ø: Sundhed – Plan og Kvalitet.
- Region Nordjylland (2014): *Den Politiske Sundhedsaftale 2015-2018: De nordjyske kommuner og Region Nordjylland* (version 1). Gældende fra d. 1. januar 2015. Sundhedskoordinationsudvalget. Aalborg: Region Nordjylland.

- Region Nordjylland (2015): *"Fokus og fornyelse" – en ny administrativ organisation og arbejdsform*. Endelige version, september 2015. Aalborg: Region Nordjylland.
- Region Nordjylland (2016): *Budgetbog 2017*. Budgetaftale for Region Nordjylland for 2017. Aalborg: Region Nordjylland.
- Region Nordjylland (2017): *Politiske målsætninger – definitioner 2017 VI*. Definitionsnotat, BI-enheden, marts 2017. Aalborg: Region Nordjylland.
- Ridgway, V. F. (1956): "Dysfunctional Consequences of Performance Measurements" i *Administrative Science Quarterly*, vol. 1 (2), pp. 240-247.
- Røvik, Kjell Arne (1998): *Moderne Organisasjoner: Trender i Organisasjonstenkningen ved Tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (2007): *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, Richard W. (1998): *Organizations: rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Seemann, Janne, Jeppe Gustafsson, Runo Axelsson, Susanna Bihari Axelsson, Rasmus Antoft & Mia Fredens (2015): *På vej mod en ny ledelsesorganisation - Rapport fra et følgeforskningsprojekt på Aalborg Universitetshospital*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Selznick, Philip (1957): "Leadership in Administration: A Sociological Interpretation" (pp. 16-20) i Selznick (1957): *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. New York: Harper & Row.
- Soss, Joe, Richard Fording & Sanford F. Schram (2011): "The Organization of Discipline: From Performance Management to Perversity and Punishment" i *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 21, pp. i203-i232.

- Sundheds- og Forebyggelsesudvalget (2012): *Betænkning over Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet*. Betænkning afgivet af Sundheds- og Forebyggelsesudvalget d. 13. december 2012. Dokument-id: 2012/1 BTL 30. København: Folketinget.
- Sundheds- og Ældreministeriet, KL & Danske Regioner (2016): *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. April 2016. København K: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2016): *Pakkeforløb og opfølgningsprogrammer – begreber, forløbstider og monitorering* (version 1,0). Oktober 2016. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Swiss, James E. (1991): "Management by objectives" (pp. 61-104) i Swiss (red.)(1991) *Public Management Systems: Monitoring and Managing Government Performance*. Upper Saddle River, N.Y.: Prentice-Hall.
- Sygehuskommissionen (1997): *Udfordringer i Sygehusvæsenet: betænkning fra Sygehuskommissionen*. Betænkning nr. 1329. København: Sundhedsministeriet.
- Tanggaard, Lene & Svend Brinkmann (2010): "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode" (kap. 1) i Brinkmann & Tanggaard (red.)(2010): *Kvalitative metoder*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Taylor, Frederick Winslow (1998) [1911]: *The Principles of Scientific Management*. Mineola, N.Y.: Dover Publications.
- Van Dooren, Wouter, Geert Bouckaert & John Halligan (2010): *Performance Management in the Public Sector*. London: Routledge.
- Weber, Max (2013) [1922]: *Economy and Society: an outline of interpretative sociology*. Berkeley, California: University of California Press.



Womack, James P. & Daniel T. Jones (2003): *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth In Your Corporation* (2. udgave). London: Simon & Schuster.

Appendiks

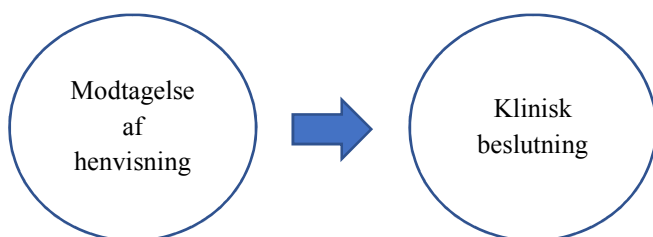
A1 – Definition af KPI'ere

Appendikset vil blive brugt på at redegøre for definitionerne af Aalborg Universitetshospitals KPI'ere. KPI'erne præsenteres i den rækkefølge, hvori de fremtræder på virksomhedsoverblikket (bilag 1). Formuleringer, fremstillinger og visualiseringer af KPI'erne og monitoreringen heraf kan være forskellig i forhold til Region Nordjyllands interne dokumenter (Region Nordjylland, 2017), men de følgende afsnit skal ses som et forsøg på at formidle de datatekniske informationer bag hver enkelt indikator.

A1.1 – Udredningsret

Region Nordjylland anvender den nationale definition af udredningsret. Udredningsretten defineres som andelen af patienter, der er udredt (dvs. truffet klinisk beslutning i forhold til om patienten skal eller ikke skal behandles) inden for 30 dage målt fra hospitalets modtagelse af henvisning. Indikatoren opgøres i procent med en målsætning om, at 75 % skal udredes inden for 30 dage fra modtagelse af henvisning. Hvis en patient af en grund skulle ønske ventetid i forbindelse med udredning, bliver denne patient registreret som en IPØ – *Ikke-ventende på Patientens Ønske*. Hvis patienten registreres som en IPØ, tæller denne ikke med i hospitalets performance på udredning. En patient tæller ligeledes ikke med, hvis der træffes en faglig vurdering om, at patienten ikke kan udredes inden for de 30 dage (en faglig vurdering kan dog ikke være på baggrund af kapacitetsudfordringer). Det er dog et krav, at hvis der træffes en sådan beslutning, skal lægen udarbejde en udredningsplan for patienten. Opgørelsen inkluderer kun elektive patienter (Region Nordjylland, 2017: 1). Nedenstående figur er en illustration af monitoreringen af udredningsret.

Figur A1: Ventetid til udredning.



Kilde: Egen figur pba. Region Nordjylland (2017).

Monitorering af udredningsretten sker på ugentlig basis og er bagudrettet, fordi opgørelsen samler de patientforløb fra den pågældende uge, hvor der *er* truffet en klinisk beslutning. Denne praksis er illustreret i figur A2.

Figur A2: Bagudrettet sampling af patienter.

Forløb A							
Forløb B							
Forløb C							
Forløb D							
Forløb E							
Forløb F							
Forløb G							
Forløb H							
Forløb I							
Forløb J							
Uge	01	02	03	04	05	06	07

Kilde: Egen figur.

Med eksemplet i figuren er der syv udredningsforløb, hvor der er truffet en klinisk beslutning i uge 5. Udredningsforløbet er dermed afsluttet og indgår i opgørelsen for den pågældende uge. Af samme årsag er forløbene C, F og H ekskluderet. Fem af de syv udredningsforløb har været i fire uger, svarende til maksimalt 28 dage (af hensyn til overskueligheden regnes i hele uger i eksemplet). Dette giver en målopfyldelse på 71 % af patienterne, der i 5 uge har fået truffet en klinisk beslutning inden for 30 dage. Målopfyldelsen i eksemplet er dermed under målsætningen. Forløbene A og G indgår i opgørelsen, men disse har været fem uger, hvilket er over 30 dage, og det trækker således målopfyldelsen i negativ retning.

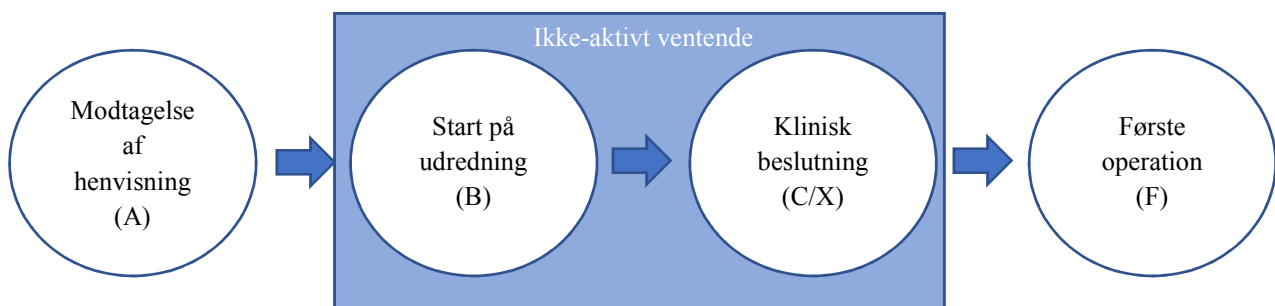
Hvis varigheden af forløb G imidlertid skyldes patientens eget ønske (IPØ) eller faglige årsager, ville dette forløb ikke indgå i opgørelsen. Dette vil medføre en sample på seks forløb, hvoraf de fem har været inden for tidsgrænsen, hvilket giver en målopfyldelse på 83 %.

A1.2 – Erfaret ventetid til operation

Erfaret ventetid til operation er også en bagudrettet opgørelse. Indikatoren udtrykker den samlede ventetid, som en patient har haft fra henvisning og frem til (første) operation. Det er ikke nødvendigvis på alle tidspunkter i forløbet, at patienten er aktivt ventende på operation, eksempelvis pga. udredning, og disse perioder indgår derfor ikke i opgørelsen. Opgørelsen indeholder kun elektive kontakter.

Erfaret ventetid bliver dermed summen af (A-B) og (C/X-F). I så fald patienten skal igennem et udredningsforløb inden operation, fratrækkes dette interval i opgørelsen, fordi patienten undervejs i udredning er registreret som ikke-aktivt ventende – der er netop et udredningsforløb i gang med henblik på at afklare relevansen af en operation.

Figur A3: Erfaret ventetid til operation.



Kilde: Egen figur pba. Region Nordjylland (2017).

Indikatoren opgøres i antal hele dage, hvor måltallet er 50 dage. Det er værd at bemærke, at indikatoren opgøres i antal i modsætning til de øvrige indikatorer, der opgøres i andele.

A1.3 – Ventetid til behandling

Ventetid til behandling angiver hvor stor en andel af patienterne, der har modtaget elektiv behandling inden for 30 dage. Monitoreringen sker på ugebasis og for alle hospitalets specialer. Samplen i monitoreringen indeholder kun de patienter, der har modtaget behandling i den pågældende uge, ligesom det gør sig gældende i forhold til udredningsretten – på den måde opgøres den erfarede ventetid.

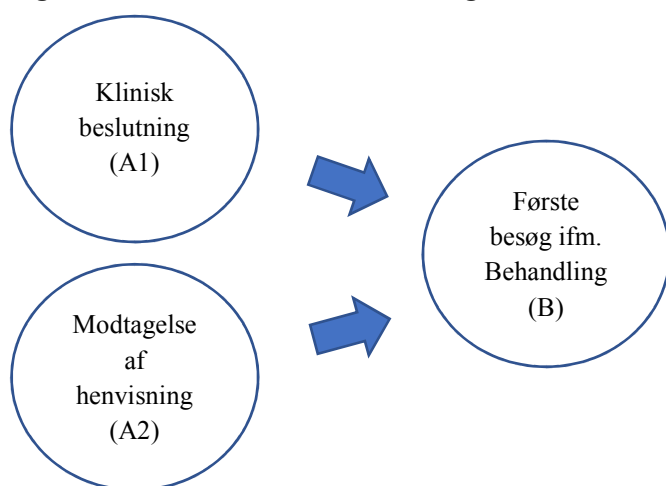
Ventetiden til behandling defineres på to måder, fordi der kan ligge en udredning og en klinisk beslutning til grund for en behandling, og fordi en patient kan henvises direkte fra praktiserende

læge til behandling på et hospital. Dette giver anledning til, at indikatoren måles på to måder som vist på nedenstående figur:

A: Hvis patienten har været igennem et udredningsforløb, tælles ventetid til behandling fra klinisk beslutning (A1) til første besøg på behandlende afdeling, altså behandlingsstart (B).

B: Hvis patienten er henvist direkte fra almen praksis, tælles ventetid til behandling fra modtagelse af henvisning (A2) til behandlingsstart (B).

Figur A4: Erfaret ventetid til behandling.



Kilde: Egen figur pba. Region Nordjylland (2017).

Når først behandlingen er påbegyndt, er patienten ikke længere registreret som ventende i det administrative system. Tidspunktet for første besøg på behandlende afdeling fungerer derfor som opgørelsens slutpunkt, uanset længden af behandlingsforløbet.

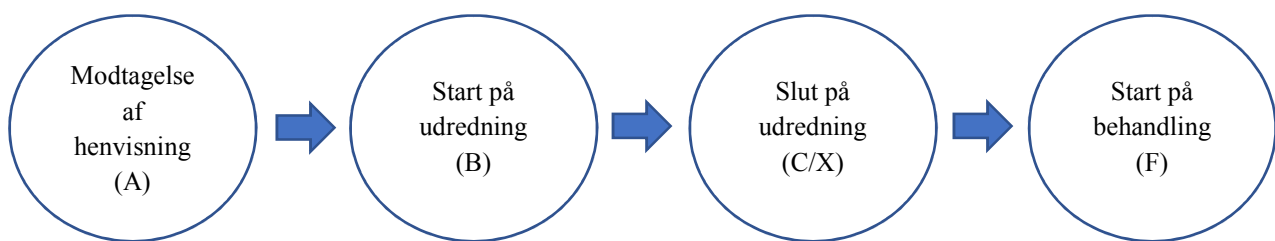
Indikatoren opgøres i procent, og måltallet er 75 %, jf. den politiske målsætning. Ligesom ved de forrige indikatorer fratrækkes perioder i opgørelsen, hvor patienten reelt set ikke er ventende, fx hvis patienten selv ønsker forløbet sådan, eller hvis parallelle kliniske aktiviteter udsætter behandlingen. Der findes ingen tilsvarende monitorering for ventetid til behandling på nationalt niveau.

A1.4 – Ventetid til kræftbehandling

Den politiske målsætning for ventetid til kræftbehandling vedrører kræftpatienter, dvs. de patienter hvor begrundet mistanke om kræft er bekræftet. Kun patienter der *har* fået begyndt en kræftbehandling, indgår derfor i opgørelsen af ventetid til kræftbehandling (Region Nordjylland, 2017: 4), selvom der reelt set er mange flere patienter, der henvises til et pakkeforløb, men hvor udredning kan afkræfte mistanken. Opgørelsen inkluderer derfor kun de patienter, der har gennemgået et helt pakkeforløb. Figuren nedenfor illustrerer intervallerne, der er opstillet forløbstider for. De enkelte forløbstider er:

- Fra modtagelse af henvisning til første fremmøde ifm. udredning (fra A til B).
- Fra første fremmøde ifm. udredning til afslutning på udredning (fra B til C/X).
- Fra afslutning på udredning til start på initial behandling (fra C/X til F).
- Fra modtagelse af henvisning til start på initial behandling (fra A til F).

Figur A5: Standardforløbstider i et kræftpakkeforløb.



Kilde: Egen figur pba. Region Nordjylland (2017).

Monitoreringen for efterlevelse af kræftpakker sker for hver kræftpakke og samlet for alle kræftpakkeforløb. Den samlede opgørelse er et vægtet gennemsnit af alle forløb målt fra A til F, hvor en pakke vægtes i henhold sin egen patientvolumen i forhold til den samlede volumen af patienter, der har afsluttet et kræftpakkeforløb. Måltallet for det vægtede gennemsnit er 90 %, hvilket vil sige, at standardtiderne skal overholdes i ni ud af ti pakkeforløb for patienter, hvor der er konstateret kræft.

A1.5 – Medicinafstemning (FMK)

Medicinafstemning – ambulant (andel)

Indikatoren udtrykker andelen af ambulante patienter, hvor patientens medicinkort er afstemt samme dag, som patienten har besøgt ambulatoriet. Indikatoren opgøres som andel af alle ambulante patienter. Stamafdelingen, dvs. afdelingen med det primære kontaktansvar for den

enkelte patient, skal afstemme patientens medicinkort, hver gang der er foretaget ny ordinerings eller dosisændring af medicin. Måltallet er 90 %.

Medicinafstemning – stationær (andel)

Indikatoren udtrykker andelen af stationære patienter, hvor patientens medicinkort er afstemt samme dag og op til 2 timer efter udskrivning i det patientadministrative system. Indikatoren opgøres som andel af alle udskrivelser af stationære patienter. Ligesom ved den forrige gælder det, at medicinkortet skal ajourføres af stamafdelingen ved alle ændringer i forhold til ordinerings eller dosis af medicin. Måltallet er 90 %.

A1.6 – Servicemål

Udskrivningsbrev inden 3 hverdage – stationær og ambulant (andel)

Udskrivningsbreve er en sammenfatning af sygdomshistorie og indlæggelsesforløbet for en given patient. Hospitalet skal udfærdige et udskrivningsbrev, som skal sendes til patientens egen læge inden 3 hverdage efter udskrivelse (gælder både stationære og ambulante patienter). Målsætningen for udskrivningsbrevene er 85 % både for stationær og ambulant aktivitet.

Radiologisvar til praksis inden for 5 hverdage (andel)

Indikatoren angående radiologisvar til praksis omhandler, at praktiserende læger skal have svar på radiologiske undersøgelser (røntgen, MR-scanning osv.) inden for 5 hverdage. Målsætningen for radiologisvar til praksis er 95 %.

FAM – Triagering inden for 15 min. (andel)

Triagering er en prioritering af patienter efter sygdomstilstand og dertilhørende rækkefølge til behandling. Der er uklarhed om målingens eksakte startpunkt. Målsætningen er, at 90 % af patienterne skal triageres inden for 15 minutter.

FAM – Gennemsnitlig ventetid til behandlingsstart (min.)

Indikatoren opgøres i forhold til, hvor længe patienterne venter i den fælles akutmodtagelse til behandlingsstart. Opgørelsen regnes i minutter, og målsætningen er, at patienterne maksimalt må vente i 60 min.



A1.7 – Økonomi, HR og Løn

Prognose – afvigelse (ajourført budget inkl. forv. bev.) (mio.)

Prognosen angiver, hvordan hospitalets og klinikkernes budgetter forventes at udvikle sig. Det fastlagte budget anvendes som referencepunkt. Prognosen bliver målt i millioner. Angivelse af et rødt tal betyder det, at budgettet ligger til en forventet overskridelse ved årets udgang.

Anvendt andel af ajourført budget inkl. forv. bev.

Denne indikator viser hvor store dele af budgetterne, der er brugt på hospitalet som helhed og i de enkelte klinikker. Opgørelsen er en akkumulering over årets måneder. Det er med andre ord en sammenlægning af månedernes forbrug og ikke forbruget i de enkelte måneder. Indikatoren opgøres i procent.

Personaleudgiftsindeks 2017 vs. 2016

Indikatoren er en sammenligning af personaleudgifterne for indeværende år og det foregående år. Ud fra målingerne kan det ses, om en klinik eller hospitalet bruger mere, mindre eller det samme i lønkroner i forhold til samme tidspunkt året før. Ligesom med andel af anvendt budget, så opgøres personaleudgifterne i en akkumulering af månederne, men der er dog ikke korrigeret for budgetændringer.

Sygefravær (gennemsnit for seneste 12 måneder)

Sygefraværet måles som gennemsnit for de seneste 12 måneder og opgøres i antal sygefraværsdage pr. medarbejder. Der tages ikke højde i målingerne for hvilken type sygefravær der er tale om (korttids- eller langtidssygefravær). Den aktuelle målsætning for Aalborg Universitetshospital er 9,6 dage pr. medarbejder.

Som den eneste af indikatorerne angives sygefravær også med en pil i enten opadgående, nedadgående eller stabil retning. Pilen indikerer således en udvikling i forhold til forrige måling, som ellers ikke er synlig pba. enkeltmålingen.

A1.8 – Diagnostik

Klinik Diagnostik har en række indikatorer, som kun er gældende for denne klinik. Indikatorerne fordeler sig på fem specialer. Indikatorerne er som følger:

- *Biokemi: Svar inden stuegang kl. 10:* 80 % af alle svar på prøver skal være afgivet inden kl. 10, hvor der går stuegang.
- *Biokemi: Svar inden stuegang kl. 11:* 80 % af alle svar på prøver skal være afgivet inden kl. 11, hvor der går stuegang.
- *Biokemi: Svar på livsvigtig prøve indenfor en time:* 90 % af alle livsvigtige prøvesvar skal være afgivet inden for en time.
- *Mikrobiologi: Svar på positiv bloddyrkning inden kl. 10:* Der skal være afgivet svar på 90 % af de positive bloddyrkninger inden kl. 10.
- *Nuklear: Svar indenfor 5 dage:* Der skal være afgivet svar på 95 % af alle undersøgelser inden for 5 dage.
- *Patologi: Pakkeforløb svaret indenfor aftalte svartid:* Der skal være svar på 90 % af pakkeforløbene inden for den aftalte svartid.
- *Radiologi: MR-svar indenfor 5 dage:* 95 % af MR-svarene skal afgives inden for 5 dage.
- *Radiologi: Gn.snits svartid på MR-svar over 5 dage (dage).*
- *Radiologi: Maksimal svartid på MR (dage):* Eftersom indikatoren opgør den maksimale svartid, er der tale om en enkelt case i samplen af alle MR-svar. Indikatoren angiver et ekstrem for den pågældende måned.

Oversigt over bilag

1. Virksomhedsoverblik
2. Regionalt tavleoverblik
3. Interviewguide pilotudgave
4. Interviewguide basisudgave
5. Interviewguide stabsmedarbejder
6. Interviewguide BI-chef
7. Interviewguide regionsdirektør
8. Interviewguide politikere
9. Invitation til interview hospitalsledelse og klinikledelser
10. Forslag til interviewpersoner bland specialeledelser
11. Kvalitetssikring af interviews

Transskriptioner, logbøger kodninger kan eftersendes.

Bilag 1: Virksomhedsoverblik

Eksemplet er fra d. 20. april 2017.

Måned

April

1 - Udredningsretten

2 - Ventetider til behandling/operation

3 - Fælles Medicinkort (FMK)

4 - Servicemål

5 - Kræftpakker

6 - Økonomi, HR og Løn

7 - Diagnostik

KPI'er & Indsatsområder i Handlingsplan 2017			
Nr.	Mål	Uge/ Måned	

1	Klinisk beslutning inden 30 dage (regionsmodel) [andel]	75%	14
---	---	-----	----

2	Erfaret ventetid til Operation (dage)	50	14
	Erfaret ventetid til Behandling inden for 30 dage (andel)	75%	14

3	Medicinfæstning - Stationær (andel)	90%	
	Medicinfæstning - Ambulant (andel)	90%	

4	Uddrivningsbrev inden 3 hverdage - Stationær (andel)	85%	13
	Uddrivningsbrev inden 3 hverdage - ambulant (andel)	85%	13
	Radiologisvar til praksis inden for 5 hverdage (andel)	95%	13
	FAM - Trisgering inden for 15 min. (andel)	90%	14
	FAM - gennemsnitlig ventetid til behandlingsstart (min)	60	14

5	Pakker der overholder standardforløbstider (Regionsandel)	90%	1
---	---	-----	---

6	Prognose - Afvigelse (ajourført budget inkl. forv. bev.) (mio.)	Marts	
	Anvendt andel af ajourført budget inkl. forv. bev.	Jan-Mar.	
	Personaleudgiftsindeks 2017 vs. "2016"	Jan-Mar	
	Sygefravær (gennemsnit for seneste 12 måneder)	9,6 dage febr	

7	Blokkemi: Svar inden stuegang kl. 10	80%	14
	Blokkemi: Svar inden stuegang kl. 11		14
	Blokkemi: Svar på livsvigtig prøve indenfor en time	90%	14
	Mikrobiologi: Svar på positiv bloddyrkning inden kl. 10.00	90%	14
	Nuklear: Svar indenfor 5 dage	95%	Marts
	Patologi: Pakkeforløb svaret indenfor aftalte svar tid	90%	Marts
	Radiologi: MR-svar indenfor 5 dage	95%	
	Radiologi: Gn.snits svartid på MR-svar over 5 dage (dage)		
	Radiologi: Maksimal svartid på MR (dage)		

Klinik				
Akut	Kirurgi & Kræft	Medicin	Hoved Orto	KBU
Hjerte- Lunge				

80%	80%	65%	63%	44%
67%				

64%				
52	35	69	26	18
55%	61%	79%	38%	59%

91%	90%	93%	94%	92%
85%	86%	85%	83%	79%
87%				
75%	73%	78%	88%	
47	47,5	3,3	63,3	

Data er opdateret til og med måned 01, 2017 - Regionsandel: 78%				

47,2	8,1	6,6	37,7	15,9
24,9%	25,1%	24,2%	26,3%	27,3%
103,5	103,3	97,5	102,2	108,60
10,2	10,4	12,6	8,8	9,6
9,7				

70%				
97%				
98%				
100%				
100%				



Bilag 2: Regionalt tavleoverblik

Eksemplet er fra d. 4. april 2017.

	MÅL	UGE	RN	AALBORG UH	REG. HOSP.	PSYKIATRI
UDREINING ↑	75%	11	64 %	67 %	59 %	63 %
BEHANDLING ↑	75%	11	54 %	52 %	61 %	74 %
KRÆFT ↑	90%	Jan 17	77 %	79 %	70 %	X
OPERATION ↓	50dg	11	54 DG	55 DG	49 dg	X
ØKONOMI ↓	100	Feb. 17	102	103	102	100

Bilag 3: Interviewguide pilotudgave

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Intro	• Tilladelse til lydoptagelse • Anonymitet • Beskrivelse af projekt • Rollefordeling i interview	
Virksomheds- overblikkets baggrund	• Hvor længe har de nuværende grupper af KPI'ere været anvendt? • Hvilke indikatorer var KPI'ere førhen?	• Hvad er dit kendskab til virksomhedsoverblikket? • Hvordan har virksomhedsoverblikket set ud gennem tiden? • Har du været involveret i arbejdet med at udforme indikatorerne? - Hvordan?
Brug: Hvem, hvad, hvornår og hvordan	• Hvem bruger performance-målinger? • Hvilken information får personen ud af indikatoren? • Hvilke egenskaber ved de nuværende KPI'ere giver dem væsentlighed? • Hvordan udfoldes performance-målinger på forskellige organisatoriske niveauer?	• Hvad bruger du målingerne til? • Hvornår bruger du målingerne? • Hvad får du ud af at se på målingen? • Hvilke indikatorer giver god mening? Hvilke giver ikke god mening? • Er der noget, som du vurderer, ville give mere mening at måle? Og hvad kunne det i så fald være? • Arbejder du med målsætninger specifikt for din klinik/speciale?
Handling	• Hvilken viden om alternativer og konsekvenser har personen? • Hvordan ligger aspirationsniveauet? • Hvordan er opmærksomheden fordelt om KPI'erne? • Hvordan er prioriteringen mellem KPI'erne?	• Hvis en måling på én indikator ligger <i>under</i> målsætningen, hvornår vil det være relevant at iværksætte en handling? • Hvilken handling iværksætter du så? • Hvordan ved du, om det vil være en forbedring? • Hvilke ressourcer har du til rådighed, som du kan bruge som løsning på problemet? • Hvis en måling på én indikator ligger <i>over</i> målsætningen, hvor længe vil du blive ved med at forbedre din indsats? • På hvor mange indikatorer kan du forbedre din enhed af gangen? - Hvordan foregår det? • Hvilke indikatorer må enheden ikke gå ned på? - Hvorfor lige dem?



Det generelle overblik	• Hvilke intentioner ligger til grund for performance management-systemet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer? • Hvilke egenskaber ved performance management-systemet er tilfredsstillende?	• Hvordan tror du, at din overordnede gerne vil have, at du bruger KPI'erne? • Hvordan vil du gerne have, at KPI'erne bliver brugt af dine medarbejdere? • Hvad er det, der generelt er godt ved virksomhedsoverblikket? • Hvilke mangler har virksomhedsoverblikket?
Politiske målsætninger	• Anvendes performance målingerne forskelligt på forskellige niveauer? • Anerkender personen præmissen i at kompleksitetsreducere opad i organisationen ved at gå fra 26 KPI'ere til 5?	• Hvad tænker du om, at jo højere op i hierarkiet man kommer, jo færre indikatorer om hospitalet har man fokus på? • Du har tidligere svaret, at _____ har højere prioritet i forhold til de andre KPI'ere. Synes du, at disse kan stå alene, så de øvrige KPI'ere kan reduceres?
Afrunding	• Opsamling	• Har du noget, du gerne vil tilføje?

Bilag 4: Interviewguide basisudgave

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Intro	• Tilladelse til lydoptagelse • Anonymitet eller navngiven deltagelse? • Beskrivelse af projekt • Rollefordeling i interview	
Datadrevet ledelse som koncept	• Hvor nyt er datadrevet ledelse som fænomen? • I hvilken udstrækning er datadrevet ledelse blevet institutionaliseret som praksis?	• Hvor længe har du været i din nuværende stilling? • Hvor længe har du været leder i det hele taget? • Hvor længe har du beskæftiget dig med det, der kaldes for datadrevet ledelse? • Hvad forstår du ved datadrevet ledelse? • Hvordan er du blevet introduceret til datadrevet ledelse? Er du blevet undervist?
Virksomheds-overblikket	• Hvor længe har de nuværende grupper af KPI'ere været anvendt? • Hvilke indikatorer var KPI'ere førhen?	• Har du været involveret i arbejdet med at udforme indikatorerne? - Hvordan? • Hvordan har virksomheds-overblikket set ud gennem tiden?
Brug: Hvem, hvad, hvornår og hvordan	• Hvilken information får personen ud af indikatoren? • Hvem bruger performance-målinger? • Hvilke egenskaber ved de nuværende KPI'ere giver dem væsentlighed? • Hvilke egenskaber ved performance management-systemet er tilfredsstillende? • Hvordan udfoldes performance-målinger på forskellige organisatoriske niveauer? • Hvordan er performance indikatorerne operationaliseret?	• Hvad får du ud af at se på målingen? • Hvad bruger du målingerne til? • Hvornår bruger du målingerne? • Har du brugt målingerne til at træffe beslutninger ud fra? • Hvilke indikatorer giver god mening? Hvilke giver ikke god mening? • Er der noget, som du vurderer, ville give mere mening at måle? Og hvad kunne det i så fald være? • Hvilke mangler har virksomheds-overblikket? • Hvad er det, der generelt er godt ved virksomheds-overblikket? • Arbejder du med målsætninger specifikt for din klinik/speciale? • Er der inden for din klinik/speciale opstillet delmål med henblik på at realisere de overordnede



		målsætninger? Hvilke?
Handling	• Hvilken viden om alternativer og konsekvenser har personen? • Hvordan ligger aspirationsniveauet? • Hvordan er opmærksomheden fordelt om KPI'erne? • Hvordan er prioriteringen mellem KPI'erne? • Hvilken incitamentsstruktur er givet i performance management-systemet?	• Hvis en måling på én indikator ligger <i>under</i> målsætningen, hvornår vil det være relevant at iværksætte en handling? • Hvilken handling iværksætter du så? • Hvordan ved du, om det vil være en forbedring? • Hvilke ressourcer har du til rådighed, som du kan bruge som løsning på problemet? • Er en præstation under målsætningen forbundet med en straf? Er den i så fald tilpas? • Hvis en måling på én indikator ligger <i>over</i> målsætningen, hvor længe vil du blive ved med at forbedre din indsats? • På hvor mange indikatorer kan du forbedre din enhed af gangen? - Hvordan foregår det? • Er en præstation over målsætningen forbundet med en belønning? Er den i så fald tilpas? • Hvilke indikatorer må enheden ikke gå ned på? - Hvorfor lige dem?
Det generelle overblik	• Hvilke intentioner ligger til grund for performance management-systemet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer?	• Hvordan tror du, at din overordnede gerne vil have, at du bruger KPI'erne? • Hvordan vil du gerne have, at KPI'erne bliver brugt af dine medarbejdere? • Vurderer du, at KPI'erne bliver brugt på alle niveauer i organisationen?
Politiske målsætninger	• Anvendes performance målingerne forskelligt på forskellige niveauer? • Anerkender personen præmissen i at kompleksitetsreducere opad i organisationen ved at gå fra 26 KPI'ere til 5?	• Du har tidligere svaret, at _____ har højere prioritet i forhold til de andre KPI'ere. Synes du, at disse kan stå alene, så de øvrige KPI'ere kan reduceres?
Afrunding	• Opsamling	• Har du noget, du gerne vil tilføje?

Bilag 5: Interviewguide stabsmedarbejder

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Intro	• Tilladelse til lydoptagelse • Anonymitet eller navngiven deltagelse? • Beskrivelse af projekt • Rollefordeling i interview	
Datadrevet ledelse som koncept	• Hvor nyt er datadrevet ledelse som fænomen? • I hvilken udstrækning er datadrevet ledelse blevet institutionaliseret som praksis?	• Hvor længe har du været i din nuværende stilling? • Hvor længe har du beskæftiget dig med det, der kaldes for datadrevet ledelse? • Hvad forstår du ved datadrevet ledelse? • Hvordan er du blevet introduceret til datadrevet ledelse? Er du blevet undervist?
Virksomheds- overblikket	• Hvor længe har de nuværende grupper af KPI'ere været anvendt? • Hvilke indikatorer var KPI'ere førhen?	• Hvor længe har de nuværende grupper af KPI'ere været anvendt? • Hvordan har virksomhedsoverblikket set ud gennem tiden?
Brug: Hvem, hvad, hvornår og hvordan	• Hvem bruger performance-målinger? • Hvilken information får personen ud af indikatoren? • Hvilke egenskaber ved de nuværende KPI'ere giver dem væsentlighed? • Hvilke egenskaber ved performance management-systemet er tilfredsstillende? • Hvordan udfoldes performance-målinger på forskellige organisatoriske niveauer? • Hvordan er performance indikatorerne operationaliseret?	• Hvad bruger du målingerne til? • Hvornår bruger du målingerne? • Hvad får du ud af at se på målingen? • Hvilke indikatorer giver god mening? Hvilke giver ikke god mening? • Er der noget, som du vurderer, ville give mere mening at måle? Og hvad kunne det i så fald være? • Hvilke mangler har virksomhedsoverblikket? • Hvad er det, der generelt er godt ved virksomhedsoverblikket? • Arbejder du med målsætninger specifikt for din klinik/speciale? • Er der inden for din klinik/speciale opstillet delmål med henblik på at realisere de overordnede målsætninger? Hvilke?
Handling	• Hvilken viden om alternativer og konsekvenser har	• Hvis en måling på én indikator ligger <i>under</i> målsætningen, hvornår vil det være relevant at



	personen? • Hvordan ligger aspirationsniveauet? • Hvordan er opmærksomheden fordelt om KPI'erne? • Hvordan er prioriteringen mellem KPI'erne? • Hvilken incitamentsstruktur er givet i performance management-systemet?	iværksætte en handling? • Hvilken handling iværksætter du så? • Hvordan ved du, om det vil være en forbedring? • Hvilke ressourcer har du til rådighed, som du kan bruge som løsning på problemet? • Er en præstation under målsætningen forbundet med en straf? Er den i så fald tilpas? • Hvis en måling på én indikator ligger over målsætningen, hvor længe vil du blive ved med at forbedre din indsats? • På hvor mange indikatorer kan du forbedre din enhed af gangen? - Hvordan foregår det? • Er en præstation over målsætningen forbundet med en belønning? Er den i så fald tilpas? • Hvilke indikatorer må enheden ikke gå ned på? - Hvorfor lige dem?
Det generelle overblik	• Hvilke intentioner ligger til grund for performance management-systemet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer?	• Hvordan tror du, at din overordnede gerne vil have, at du bruger KPI'erne? • Hvordan vil du gerne have, at KPI'erne bliver brugt på det udførende niveau? • Vurderer du, at KPI'erne bliver brugt på alle niveauer i organisationen?
Politiske målsætninger	• Anvendes performance målingerne forskelligt på forskellige niveauer? • Anerkender personen præmissen i at kompleksitetsreducere opad i organisationen ved at gå fra 26 KPI'ere til 5?	• Hvad tænker du om, at jo højere op i hierarkiet man kommer, jo færre indikatorer om hospitalet har man fokus på? • Du har tidligere svaret, at _____ har højere prioritet i forhold til de andre KPI'ere. Synes du, at disse kan stå alene, så de øvrige KPI'ere kan reduceres?
Afrunding	• Opsamling	• Har du noget, du gerne vil tilføje?

Bilag 6: Interviewguide BI-chef

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Intro	• Tilladelse til lydoptagelse • Anonymitet eller navngiven deltagelse? • Beskrivelse af projekt • Rollefordeling i interview	
Datadrevet ledelse som koncept	• Hvor nyt er datadrevet ledelse som fænomen? • I hvilken udstrækning er datadrevet ledelse blevet institutionaliseret som praksis?	• Hvor længe har du været i din nuværende stilling? • Hvad forstår du ved datadrevet ledelse? • Hvor længe har du beskæftiget dig med det, der kaldes for datadrevet ledelse? • Hvordan er du blevet introduceret til datadrevet ledelse? Er du blevet undervist?
Brug: Hvem, hvad, hvornår og hvordan	• Hvem bruger performance-målinger? • Hvilken information giver indikatoren? • Hvilke egenskaber ved performance management-systemet er tilfredsstillende?	• Hvilken rolle ser du, at BI-enheden har i forhold til datadrevet ledelse? • Hvad kan målingerne bruges til? Hvad ønsker du, at målingerne bliver brugt til? • Hvem er målgruppen? • Hvad giver mest mening at se på (for hvem) - enkeltmålinger eller tendenser? Er målingerne reliable nok som enkeltmålinger? • Er der noget, som du vurderer, ville give mere mening at måle? Og hvad kunne det i så fald være? • Hvad er det, der generelt er godt ved at arbejde strategisk med data?
Validitet	• Hvordan er monitoreringen kvalificeret? • Hvilke problemstillinger er der i forhold til validitet? Og reliabilitet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer?	• Hvordan sikrer I, at monitoreringen af de politiske målsætninger er kvalificeret - god nok? Tidstro data? Overensstemmelse med andre opgørelser? • Hvordan udbreder BI-enheden kendskab til indikatorerne med henblik på at skabe konsensus om definitionerne? Gennem formidling eller som svar på henvendelse? • Vurderer du, at monitorering af de politiske målsætninger giver mening for aktører på alle organisationsniveauer på et hospital?



		• Oplever du, at der er nogle af de politiske målsætninger, hvor der i højere grad end de andre bliver stillet spørgsmålstejn ved definitionen? Eksempler. • Vurderer du, at KPI'erne bliver brugt på alle niveauer i organisationen? • Hvorfor bruges der ikke samme målingspraksis som fx Sundhedsdatastyrelsen, hvad angår udredningsret og behandlingsret? • Hvor funktionelle er målingerne, hvis forskellige metoder vanskeliggør sammenligning inden for feltet?
Afrunding	• Opsamling	• Har du noget, du gerne vil tilføje?

Bilag 7: Interviewguide regionsdirektør

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Intro	• Tilladelse til lydoptagelse • Anonymitet eller navngiven deltagelse? • Beskrivelse af projekt • Rollefordeling i interview	
Datadrevet ledelse som koncept	• Hvor nyt er datadrevet ledelse som fænomen? • I hvilken udstrækning er datadrevet ledelse blevet institutionaliseret som praksis?	• Hvor længe har du været i din nuværende stilling? • Hvor længe har du været leder i det hele taget? • Hvad forstår du ved datadrevet ledelse? • Hvor længe har du beskæftiget dig med det, der kaldes for datadrevet ledelse? • Hvordan er du blevet introduceret til datadrevet ledelse? Er du blevet undervist?
Politiske målsætninger	• Hvor længe har de nuværende grupper af KPI'ere været anvendt? • Hvilke indikatorer var KPI'ere førhen?	• Har du været involveret i arbejdet med at udforme de politiske målsætninger? - Hvordan? • Hvilke alternative målsætninger har været på tale i forbindelse med drøftelserne af budgetforligene? • Hvad ligger til grund for udvælgelsen af netop de fire?
Brug: Hvem, hvad, hvornår og hvordan	• Hvilken information får personen ud af indikatoren? • Hvem bruger performance-målinger? • Hvilke egenskaber ved de nuværende KPI'ere giver dem væsentlighed? • Hvilke egenskaber ved performance management-systemet er tilfredsstillende? • Hvordan udfoldes performance-målinger på forskellige organisatoriske niveauer? • Hvordan er performance indikatorerne operationaliseret?	• Hvad får du ud af at se på målingen? • Hvad bruger du målingerne til? • Hvornår bruger du målingerne? • Hvilke egenskaber lægger du vægt på, når du ser en måling? Tidstro data? Overensstemmelse med andre opgørelser? • Har du brugt målingerne til at træffe beslutninger ud fra? • Bruger du øvrige performance indikatorer fra Koncern Info eller kun de politiske målsætninger? • Er der noget, som du vurderer, ville give mere mening at måle? Og hvad kunne det i så fald være? • Hvad er det, der generelt er godt ved at arbejde strategisk med data?



Validitet	• Hvordan er monitoreringen kvalificeret? • Hvilke problemstillinger er der i forhold til validitet? Og reliabilitet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer?	• Er det så solid data? Tidstro? Valid? • Oplever du, at der er nogle af de politiske målsætninger, hvor der i højere grad end de andre bliver stillet spørgsmålstejn ved definitionen? Eksempler. • Hvorfor bruges der ikke samme målingspraksis som fx Sundhedsdatastyrelsen, hvad angår udredningsret og behandlingsret? • Hvor funktionelle er målingerne, hvis forskellige metoder vanskeliggør sammenligning inden for feltet?
Handling	• Hvilken viden om alternativer og konsekvenser har personen? • Hvordan ligger aspirationsniveauet? • Hvordan er opmærksomheden fordelt om KPI'erne? • Hvordan er prioriteringen mellem KPI'erne? • Hvilken incitamentsstruktur er givet i performance management-systemet?	• Hvis en måling på én indikator ligger <i>under</i> målsætningen, hvornår vil det være relevant at iværksætte en handling? • Hvilken handling iværksætter du så? • Hvordan ved du, om det vil være en forbedring? • Hvilke ressourcer har du til rådighed, som du kan bruge som løsning på problemet? • Er en præstation under målsætningen forbundet med en straf? Er den i så fald tilpas? • Hvis en måling på én indikator ligger <i>over</i> målsætningen, hvor længe vil du blive ved med at forbedre din indsats? • På hvor mange indikatorer kan du forbedre din enhed af gangen? - Hvordan foregår det? • Er en præstation over målsætningen forbundet med en belønning? Er den i så fald tilpas?
Det generelle overblik	• Hvilke intentioner ligger til grund for performance management-systemet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer?	• Har politikerne i regionsrådet præferencer i forhold til måden at arbejde med data på? • Hvordan vil du gerne have, at KPI'erne bliver brugt af dine medarbejdere? • Vurderer du, at KPI'erne bliver brugt på alle niveauer i organisationen?
Afrunding	• Opsamling	• Har du noget, du gerne vil tilføje?

Bilag 8: Interviewguide politikere

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Intro	• Tilladelse til lydoptagelse • Anonymitet eller navngiven deltagelse? • Beskrivelse af projekt • Rollefordeling i interview	
Datadrevet ledelse som koncept	• Hvor nyt er datadrevet ledelse som fænomen? • I hvilken udstrækning er datadrevet ledelse blevet institutionaliseret som praksis?	• Hvor længe har du været i din nuværende stilling? • Hvor længe har du været leder i det hele taget? • Hvad forstår du ved datadrevet ledelse? • Hvor længe har du beskæftiget dig med det, der kaldes for datadrevet ledelse? • Hvordan er du blevet introduceret til datadrevet ledelse? Er du blevet undervist?
Politiske målsætninger	• Hvor længe har de nuværende grupper af KPI'ere været anvendt? • Hvilke indikatorer var KPI'ere førhen?	• Har du været involveret i arbejdet med at udforme de politiske målsætninger? - Hvordan? • Hvilke alternative målsætninger har været på tale i forbindelse med drøftelserne af budgetforligene? • Hvad ligger til grund for udvælgelsen af netop de fire?
Brug: Hvem, hvad, hvornår og hvordan	• Hvilken information får personen ud af indikatoren? • Hvem bruger performance-målinger? • Hvilke egenskaber ved de nuværende KPI'ere giver dem væsentlighed? • Hvilke egenskaber ved performance management-systemet er tilfredsstillende? • Hvordan udfoldes performance-målinger på forskellige organisatoriske niveauer? • Hvordan er performance indikatorerne operationaliseret?	• Hvad får du ud af at se på målingen? • Hvad bruger du målingerne til? • Hvornår bruger du målingerne? • Hvilke egenskaber lægger du vægt på, når du ser en måling? Tidstro data? Overensstemmelse med andre opgørelser? • Har du brugt målingerne til at træffe beslutninger ud fra? • Bruger du øvrige performance indikatorer fra Koncern Info eller kun de politiske målsætninger? • Er der noget, som du vurderer, ville give mere mening at måle? Og hvad kunne det i så fald være? • Hvad er det, der generelt er godt ved at arbejde strategisk med data?



Validitet	• Hvordan er monitoreringen kvalificeret? • Hvilke problemstillinger er der i forhold til validitet? Og reliabilitet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer?	• Er det så solid data? Tidstro? Valid? • Oplever du, at der er nogle af de politiske målsætninger, hvor der i højere grad end de andre bliver stillet spørgsmålstejn ved definitionen? Eksempler. • Hvorfor bruges der ikke samme målingspraksis som fx Sundhedsdatastyrelsen, hvad angår udredningsret og behandlingsret? • Hvor funktionelle er målingerne, hvis forskellige metoder vanskeliggør sammenligning inden for feltet?
Handling	• Hvilken viden om alternativer og konsekvenser har personen? • Hvordan ligger aspirationsniveauet? • Hvordan er opmærksomheden fordelt om KPI'erne? • Hvordan er prioriteringen mellem KPI'erne? • Hvilken incitamentsstruktur er givet i performance management-systemet?	• Hvis en måling på én indikator ligger <i>under</i> målsætningen, hvornår vil det være relevant at iværksætte en handling? • Hvilken handling iværksætter du så? • Hvordan ved du, om det vil være en forbedring? • Hvilke ressourcer har du til rådighed, som du kan bruge som løsning på problemet? • Er en præstation under målsætningen forbundet med en straf? Er den i så fald tilpas? • Hvis en måling på én indikator ligger <i>over</i> målsætningen, hvor længe vil du blive ved med at forbedre din indsats? • På hvor mange indikatorer kan du forbedre din enhed af gangen? - Hvordan foregår det? • Er en præstation over målsætningen forbundet med en belønning? Er den i så fald tilpas?
Det generelle overblik	• Hvilke intentioner ligger til grund for performance management-systemet? • Hvordan bruges KPI'erne på forskellige niveauer?	• Har politikerne i regionsrådet præferencer i forhold til måden at arbejde med data på? • Hvordan vil du gerne have, at KPI'erne bliver brugt af dine medarbejdere? • Vurderer du, at KPI'erne bliver brugt på alle niveauer i organisationen?
Afrunding	• Opsamling	• Har du noget, du gerne vil tilføje?

Bilag 9: Invitation til interview med hospitalsledelse og klinikledelser

Hej [navn]

Vi er to specialestuderende fra Politik & Administration på Aalborg Universitet. Vi skriver speciale om datadrevet ledelse, brugen er KPI'ere, og hvordan dette anvendes på forskellige organisatoriske niveauer på Aalborg Universitetshospital. Vi planlægger derfor også at iagttage brugen af datadrevet ledelse og gennemføre interviews med personer på forskellige niveauer i organisationen. I den forbindelse vil vi sætte pris på at tale med dig i din egenskab som [stilling] for at blive klogere på, hvordan du arbejder med mål og data.

Har du lyst og mulighed for at deltage i et interview? Vi planlægger at gennemføre interviews i perioden mandag d. 20. marts til og med fredag d. 7. april (uge 12-14), og vi er som udgangspunkt fleksible med tidspunkt og sted. Interviewet har en planlagt varighed på 45 minutter.

Vi vil gøre opmærksom på, at deltagelse i et interview kan ske fortroligt i den forstand, at du kun vil fremgå med titel, men uden navns nævnelse. Desuden vil du få mulighed for at godkende det transskriberede interview.

Med venlig hilsen
Kasper Andsbjerg og Frederik Karstrøm



Bilag 10: Forslag til interviewpersoner blandt specialeledelser

Hej [navn]

I forbindelse med vores undersøgelse af brugen af datadrevet ledelse vil vi gerne interviewe personer på forskelligt organisatorisk niveau. Vi søger overlæger og ledende overlæger til deltagelse, og vi vil derfor gerne spørge, om du har forslag til hvem, vi eventuelt kan tale med fra jeres klinik?

Forslagene kan for så vidt være vilkårlige personer, men det kan også være personer, hvor du på baggrund af dit kendskab vurderer, at de kan være relevante for os at tale med, fx fordi deres område har særlige udfordringer, eller at de udgør et godt eksempel.

Vi er lige nu kun interesserede i kvalificerede forslag. Vi etablerer selvfølgelig selv kontakten.

Med venlig hilsen
Kasper Andsbjerg og Frederik Karstrøm

Bilag 11: Kvalitetssikring af interviews

Kære [navn]

Vi sætter stor pris på, at du ville afsætte noget af din tid til et interview med os. I tilfælde af at du gerne vil kvalitetssikre indholdet i interviewet, har du nu muligheden, idet vi for en god ordens skyld fremsender den transskriberede udgave af interviewet.

Såfremt vi *ikke* har hørt noget fra dig senest **onsdag d. 3. maj kl. 10:00**, antager vi, at vi kan anvende interviewet, som vi får behov for i forbindelse med vores analyse. Du behøves ikke at hæfte ved eventuelle slåfejl i transskriptionen - dem skal vi nok renskrive inden brug. Vi fokuserer i første omgang på den overordnede mening i udtalelserne.

Endeligt vil vi gøre opmærksom på, at din deltagelse fortsat er anonym.

Med venlig hilsen
Kasper Andsbjerg og Frederik Karstrøm



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT