



UIT

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi – Handelshøgskolen ved UiT

Styring på tvers av vannrette skott

En casestudie av styringsutfordringer i ortopedisk avdeling ved UNN

—

Ruben Hammer og André Olsen

Masteroppgave i økonomi og administrasjon mai 2019



Forord

Denne mastergradsavhandlingen gir 30 studiepoeng, og er den avsluttende oppgaven på en 2-årig mastergrad i økonomi og administrasjon på Handelshøyskolen ved UiT Norges Arktiske Universitet. Studien gir et bidrag til den horisontale økonomistyringslitteraturen, og er til vår kjennskap den første studien som ser nærmere på hvilke styringsutfordringer som gjør seg gjeldene i en sykehusavdeling som befinner seg på ulike lokasjoner. Vår inspirasjon til å studere horisontal styring og styringsutfordringer startet med at vi leste forskningsartikkelen «*Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals*» (Pettersen & Solstad, 2015), og i ettertid har vi hentet stor inspirasjon fra forskning på styringsutfordringer i sykehus.

Universitetssykehuset i Nord-Norge fanget vår interesse da representanter fra UNN på en gjesteforelesning presenterte mulige problemstillinger og stilte sine ressurser til disposisjon. UNN har vært en fantastisk bidragsyter igjennom hele prosessen og vi vil først og fremst rette en stor takk til alle dere vi har vært i kontakt med ved UNN, og som har gjort denne oppgaven mulig.

Vi vil rette en stor ærbødig takk til vår veileder, professor Elsa Solstad ved Handelshøyskolen (UiT), som har vært en betydelig sparringpartner gjennom den tid vi har jobbet med oppgaven. Vi er takknemlig for å ha hatt deg som vår veileder, for ditt brennende engasjement, og for at du har delt så mye av din kunnskap. Dine konstruktive tilbakemeldinger har vært viktig og har bidratt til en helhetlig og stringent oppgave. Takk for at du har gitt så mye av deg selv!

Vi har begge to fullført Bachelor- og Mastergraden ved UiT. Gjennom 5 år med studier har det vært mange turer på kontoret til de respektive foreleserne. Vi har dog aldri opplevd å bli stoppet i døren og blitt fortalt at dere ikke har hatt tid til oss. Vi vil takke alle våre forelesere de siste årene for deres brennende engasjement og velvilje til å bistå ved behov.

Sammendrag

Sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik ble i 2008 slått sammen og utgjør i dag Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). Samme år ble det innført en tverrgående klinikkstruktur hvor sykehuset organiseres etter fag i funksjonelle enheter som strekker seg på tvers av lokasjonene. Klinikkorganiseringen er gjenstand for sterk kritikk, og gjennom medieoppslag fremkommer det at organiseringen skaper dysfunksjonell styring og umyndiggjør de mindre sykehusene.

Denne studien undersøker ortopedisk avdeling ved UNN som strekker seg over lokasjonene Tromsø, Harstad og Narvik, og tar sikte på å frembringe forståelse av hvilke styringsutfordringer en sykehusavdeling opplever når den strekker seg over tre lokasjoner. Dette er søkt belyst gjennom følgende problemstilling:

Hvilke styringsutfordringer opplever en desentralisert sykehusavdeling når den inngår i en klinikkmodell?

Det er gjennomført en intensiv casestudie hvor det er benyttet kvalitativ metode. Til sammen er 6 informanter fra de tre lokasjonene strategisk utvalgt, og det er blitt gjennomført semistrukturerte intervjuer. Utvalget består av leder, mellomledere og klinikere.

Våre funn viser at økonomistyringen er vertikalt orientert og det forekommer tilnærmet ingen horisontal styring. Styringsutfordringer er særlig fremtredende i den horisontale dimensjonen hvor det er mangelfull kommunikasjon og fremtredende samarbeidsutfordringer, både på tvers av geografiske lokasjoner, men også på tvers av klinikker. I den vertikale dimensjonen oppstår styringsutfordringer som følge av manglende myndighet og urealistiske budsjetter. Ortopedisk avdeling har tilsynelatende ikke lyktes i å realisere stordriftsfordeler som følge av fusjonen.

Studien bidrar til litteraturen gjennom å studere styringsutfordringer og horisontal økonomistyring gjennom kvalitative intervjuer, noe som er etterspurt av tidligere forskning (Pettersen & Solstad, 2015). Ved å studere styringsutfordringer sett fra de tre lokasjonenes ståsted bidrar studien til den horisontale styringslitteraturen da tidligere forskning hovedsakelig har studert nettverk eller dyader, samt at tidligere forskning har hatt fokus på styringssystemer og ikke styringsutfordringer (Caglio & Ditillo, 2008). Studien viser også hvordan klinikere er under påvirkning av en økonomisk-administrativ logikk i valg av

behandlingsmetodikk, slik at den også bidrar til litteraturen gjennom å diskutere horisontal styring i lys av særegenheter ved offentlig sektor (Kraus & Lindholm, 2010).

Nøkkelord: Styringsutfordringer, vertikal økonomistyring, horisontal økonomistyring, sykehus, institusjonelle logikker

Innholdsfortegnelse

1	Aktualisering	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Formål og problemstilling	2
1.3	Definisjoner og avgrensninger:	3
1.4	Oppgavens videre oppbygning	4
2	Teoretisk rammeverk.....	5
2.1	Økonomistyring.....	5
2.1.1	Vertikal økonomistyring	7
2.1.2	Horisontal økonomistyring.....	8
2.2	Diagnostisk og interaktiv styring, samt prosessering av informasjon.....	10
2.3	Styringsutfordringer	13
2.4	Styringsutfordringer i sykehus	14
2.4.1	Utfordringer knyttet til mål	15
2.4.2	Budsjetter	16
2.4.3	Institusjonelle logikker og dekobling av styringen	18
2.5	Koordineringsutfordringer og sykehus sine betingelser.....	19
2.6	Oppsummering av det teoretiske rammeverket.....	21
3	Metodisk tilnærming	23
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted	23
3.2	Forskningsdesign.....	24
3.2.1	Casedesign.....	26
3.3	Metodevalg	27
3.3.1	Kvalitative intervjuer.....	28
3.3.2	Dokumentstudier	29
3.4	Forskningsprosessen.....	30
3.5	Dataanalyse	32
3.6	Studiens kvalitet	33
3.6.1	Spørsmålet om sannhetsverdi og studiens troverdighet	33
3.6.2	Spørsmålet om anvendbarhet og funnenes overførbarhet	35
3.6.3	Spørsmålet om konsistens og forskningens pålitelighet	35
3.6.4	Spørsmålet om forskningens nøytralitet og funnenes bekreftbarhet	36

3.7	Forskningsetiske avveininger	36
4	Casebeskrivelse	38
5	Presentasjon av empiri	41
5.1	Styringsutfordringer knyttet til budsjettet som styringsverktøy	41
5.1.1	Manglende innflytelse og minusbudsjetter	41
5.1.2	Styringsutfordringer som følge av DRG og ISF	42
5.1.3	Manglende incentiver til budsjettbalanse	44
5.1.4	Budsjetter som ikke er tilpasset avhengighet mellom klinikker	45
5.1.5	Oppsummering av styringsutfordringer knyttet til budsjettet	46
5.2	Styringsutfordringer som tilskrives klinikkstrukturen	46
5.2.1	Fjernledelse	47
5.2.2	Samarbeidet og samarbeidsutfordringer mellom sykehusene	48
5.2.3	Motstridende interesser og konflikter	51
5.2.4	Styringsutfordringer på tvers av klinikker	54
5.2.5	Manglende myndighet	55
5.2.6	Oppsummering	57
5.3	Koordinering på tvers	58
5.3.1	Koordineringsutfordringer mellom lokasjonene	60
5.3.2	Manglende møtearenaer og erfaringer som ikke blir delt	61
5.3.3	Oppsummering	63
5.4	Styringsutfordringer knyttet til mål	63
5.4.1	Målkonflikt og mål-middelkonflikt	65
5.4.2	Oppsummering	66
5.5	Dekobling og institusjonelle logikker	67
5.5.1	Oppsummering	70
5.6	Oppsummering av nøkkelfunn	71
6	Diskusjon	73
6.1	Styringsutfordringer knyttet til budsjettet	73
6.2	Klinikkstrukturen	76
6.3	Koordineringsutfordringer mellom sykehus og klinikker	79
6.4	Styringsutfordringer knyttet til mål	81
6.5	Dekobling og institusjonelle logikker	82

7	Konklusjon	84
7.1	Forslag til videre forskning	86
	Referanseliste	87
	Vedlegg	90
	Vedlegg A - Samtykkeerklæring	90
	Vedlegg B - Intervjuguide	93

Figurliste

Figur 1 - Organisatoriske virkemidlers evne til reduksjon av usikkerhet og tvetydighet	12
Figur 2 - Profesjonelt byråkrati	15
Figur 3 – Sammenheng mellom betingelser, organisasjonsdesign og styringsystem.....	20
Figur 4 - Organisasjonskart UNN	38

Tabelliste

Tabell 1 - Liste over informanter	31
Tabell 2 - Sammenligning av nøkkeltall for de tre lokasjonene	40

1 Aktualisering

1.1 Bakgrunn

Overlegekollegiet ved UNN Harstad uttaler i avisoppslag at fraværende ledelse og manglende koordinering medfører dysfunksjonell styring som i verste fall kan gå utover pasientsikkerheten (Ingebrigtsen, 2018). Det rettes sterk kritikk mot organiseringen, nærmere bestemt klinikkmodellen, og det kreves at UNN Harstad og Narvik må bli selvstendige klinikker. Klinikkmodellen problematiseres også i forskningslitteraturen hvor det fremgår at vertikal styring skaper en rekke utfordringer når aktivitetene skjer horisontalt (Nyland, Morland & Burns, 2017; Pettersen & Solstad, 2015), og at det kliniske og administrative lever side om side og uten koordinering (Pettersen & Nyland, 2006; Pettersen & Solstad, 2014; Scarparo, 2006).

Som en del av helseforetaksreformen i 2002 skulle norske sykehus spesialisere og koordinere innsatsen for å levere mer effektive tjenester, noe som stiller krav til både vertikal og horisontal økonomistyring (Pettersen & Solstad, 2015). Som følge av fusjoner har helseforetak blitt organisert i klinikker som kan strekke seg over flere sykehus (Pettersen & Bjørnenak, 2003; Pettersen & Solstad, 2015). Forskning viser at det finnes sterk vertikal styring, men at den horisontale styringen er nærmest ikke-eksisterende innenfor sykehussektoren (Pettersen & Solstad, 2015). Beslutningsveiene oppleves som lange og i tillegg flyter ikke økonomisk styringsinformasjon nedover i hierarkiet, noe som gjør økonomistyring utfordrende (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Nyland, 2006; Pettersen & Solstad, 2015).

I følge Simons (1994) er økonomistyring avhengig av at styringsinformasjon flyter både oppover og nedover i en organisasjon. Mål og strategi må kommuniseres nedover i organisasjonen, samt at ledelsen er avhengig av feedback for å forsikre at målene oppnås. Simons (1994, 1995) kaller slike mekanismer for diagnostiske styringssystem, noe som ligger nært tradisjonell vertikal økonomistyring (Pettersen & Solstad, 2015). I følge Simons (1994, 1995) må en stø kurs også balanseres mot endringsdyktighet og fleksibilitet, og ledelsen er avhengig av systemer for å personlig engasjere seg i trusler og muligheter organisasjonen står ovenfor. Slike systemer kalles interaktive styringssystemer, og kjernen i interaktivitet er at det fordrer kommunikasjon og samhandling mellom ulike nivå i organisasjonen, noe som ifølge Pettersen og Solstad (2015) ligger nært horisontal økonomistyring. Tanken er at disse

mekanismene skal utfylle hverandre (Pettersen & Solstad, 2015; Simons, 1994, 1995; Vosselman, 2002).

Hopwood etterlyste i 1996 forskning på horisontal økonomistyring og som følge av dette har det kommet bidrag hvor en studerer horisontal økonomistyring i interorganisatoriske relasjoner (Caglio & Ditillo, 2008; Carlsson-Wall, Kraus & Lind, 2011; Dekker, 2004), men hvor en i hovedsak har studert horisontal økonomistyring i industrielle og ofte i kjøper-selger relasjoner, og ikke i offentlig sektor (Carlsson-Wall m.fl., 2011). Det finnes studier innen offentlig sektor, men fokuset har hovedsakelig vært begrenset til nye former for organisering og rollen økonomistyringssystemer har hatt i disse, og lite på samarbeid og koordinering i den daglige driften (Kraus & Lindholm, 2010). I senere tid har det kommet bidrag hvor en har studert horisontal styring i interkommunale joint ventures (Cäker & Siverbo, 2011), mellom ulike offentlige etater (Kominis & Dudau, 2012), mellom hjemmesykepleie og kommunale helsetjenester (Carlsson-Wall m.fl., 2011), i sykehus (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Kastberg & Siverbo, 2013; Nyland m.fl., 2017; Pettersen & Solstad, 2015), samt mellom sykehus og kommunale helsetjenester (Pettersen, 2018).

Tilsynelatende er det forsket lite på horisontal styring i sykehus, og det etterspørres dybdeintervjuer i sykehuskonteksten da tidligere forskning har vært noe makroorientert (Pettersen & Solstad, 2015). I ettertid er det kommet forskning som går mer i dybden og studerer bruken av horisontale styringsmekanismer mellom to sykehusavdelinger (Nyland m.fl., 2017), men lite tyder på at horisontal styring er studert innad i én avdeling som strekker seg over flere sykehus. De fleste bidrag innen den horisontale styringslitteraturen studerer styring mellom organisasjoner, og ikke innad i én organisasjon (Nyland m.fl., 2017), og relasjonen studeres sjelden fra flere ståsted (Caglio & Ditillo, 2008). Tidligere bidrag har hatt hovedfokus på styringsmekanismer, men ikke på styringsutfordringer (Caglio & Ditillo, 2008).

1.2 Formål og problemstilling

Vår studie føyer seg inn i den horisontale styringslitteraturen ved at vi studerer sykehus, og ved at vi gjør dybdeintervjuer slik forskning etterspør (Pettersen & Solstad, 2015). Videre bidrar vi gjennom å ha hovedfokus på styringsutfordringer, samt at disse studeres innad i én avdeling. Vi vil også studere styringsutfordringene fra tre ulike geografiske lokasjoner i en

avdeling og bidrar dermed ytterligere til å dekke hullene i litteraturen (Caglio & Ditillo, 2008).

Formålet med denne studien er å bidra til å fylle gapet i den horisontale styringslitteraturen samt å bidra til økt forståelse av de styringsutfordringer man møter når en sykehusavdeling strekker seg over flere sykehus med lange geografiske avstander. Dermed stiller vi følgende problemstilling:

Hvilke styringsutfordringer opplever en desentralisert sykehusavdeling når den inngår i en klinikkmodell?

1.3 Definisjoner og avgrensninger:

Med desentralisert sykehusavdeling mener vi en sykehusavdeling som strekker seg over flere geografiske lokasjoner. Dagens sykehus er organisert som helseforetak bestående av et styre, en sykehusdirektør underlagt styret, samt vertikalt styrte funksjonelle enheter, kalt klinikker (Pettersen & Solstad, 2015), med et klart definert faglig ansvar (UNN, 2017). Når et helseforetak har en gjennomgående klinikkstruktur som strekker seg over flere lokalsykehus kalles dette gjerne «klinikkmodell» (Pedersen, 2013). Denne masterutredningen avgrenses til å ha et internt fokus på ortopedisk avdeling som er en del av den tverrgående Nevro- ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) som strekker seg over lokasjonene Tromsø, Harstad og Narvik. Dette innebærer at vi ikke har studert eksterne samarbeidspartnere og pasientenes opplevelser.

For å belyse denne problemstillingen vil vi anvende litteratur som tar for seg særegenhetene ved økonomistyring i sykehus og hvilke styringsutfordringer som er karakteristiske for en sykehuskontekst. Kraus og Lindholm (2010) skriver i sin gjennomgang av litteraturen om horisontal styring i offentlig sektor at tidligere bidrag ikke har vært diskutert i lys av særegenhetene ved offentlig sektor, som for eksempel innslaget av sterke profesjoner. Da sykehus er særegne og kjennetegnes nettopp ved sterke profesjoner er det naturlig å inkludere litteratur om denne konteksten. Betingelsesteori viser også hvordan økonomistyringssystem påvirkes av konteksten organisasjonen befinner seg i.

Når en sykehusavdeling strekker seg over flere lokalsykehus og er pålagt å samarbeide og koordinere oppstår det utfordringer som kan analyseres i lys av litteraturen om økonomistyring i interorganisatoriske relasjoner, da denne litteraturen tar for seg horisontal

styring i relasjoner hvor en har behov for å styre på tvers av organisatoriske enheter, og hvor partene ikke har formell myndighet over hverandre. En sykehusavdeling er formelt sett én organisatorisk enhet, men når avdelingen er desentralisert befinner den seg på ulike steder, og dermed er det naturlig å anta at det vil oppstå samarbeidsutfordringer samt koordinerings- og tillitsproblemer slik det skrives om i litteraturen om interorganisasjonell styring. Dette fremkommer også i avisoppslag (Ingebrigtsen, 2018). I tillegg har en desentralisert sykehusavdeling gjerne historie som uavhengige organisatoriske enheter i forkant av fusjonen. Nyland m.fl. (2017) viser også i sin casestudie hvordan interorganisasjonell litteratur kan ha overføringsverdi ved at sykehus er komplekse og heterogene organisasjoner, hvor det finnes motstridende logikker, og hvor ulike styringssystemer lever side om side.

Økonomistyring av en desentralisert sykehusavdeling krever bruk av både horisontale og vertikale styringsmekanismer (Pettersen & Solstad, 2015), og da disse mekanismene påvirker hverandre (Nyland m.fl., 2017) må en balansere bruken av dem. Dermed lar økonomistyring i en slik kontekst seg analysere gjennom deler av rammeverket «Levers of Control», da det beskriver hvordan økonomistyring avhenger av å balansere mellom bruken av diagnostiske og interaktive styringssystemer (Simons, 1995), som er sammenfallende med vertikale og horisontale styringsmekanismer.

1.4 Oppgavens videre oppbygning

Kapittel 2 presenterer oppgavens teoretiske rammeverk. I kapittel 3 gjøres det rede for oppgavens metodiske tilnærming. Kapittel 4 gir en detaljert casebeskrivelse av ortopedisk avdeling og den hierarkiske oppbygningen, og våre empiriske funn presenteres i sin helhet i kapittel 5. I kapittel 6 diskuteres funnene i lys av det teoretiske rammeverket og konklusjon og forslag til videre forskning presenteres til slutt i kapittel 7.

2 Teoretisk rammeverk

Økonomistyring handler i de store linjene om å styre individuell adferd mot et overordnet mål og å sørge for at dette skjer gjennom effektiv bruk av ressurser. Tradisjonelt har fokuset vært i den vertikale dimensjonen hvor ledelsen overvåker og styrer adferden til sine underordnede gjennom hierarkisk styring, og hvor budsjett og ansvarsenheter står sentralt. Nye former for organisering og større fokus på prosesser har kastet lys over den tradisjonelle økonomistyringens begrensninger og en anerkjenner at det er behov for horisontalt orienterte styringsmekanismer som utfyller de vertikale. Det vises hvordan vertikal styring kan stå i motsetning til horisontal styring (Nyland m.fl., 2017), noe som trekker paralleller til rammeverket «Levers of Control» som viser hvordan organisasjoner må håndtere motstridende spenninger gjennom ulik bruk av styringssystemer (Simons, 1995).

Styring på tvers av organisatoriske enheter skaper styringsutfordringer knyttet til samarbeid, koordinering og tillitsproblemer, og håndtering av disse fordrer bruk av horisontalt orienterte eller interaktive styringssystemer. Sykehus er særegne og komplekse organisasjoner kjennetegnet ved styringsutfordringer både i den vertikale, så vel som i den horisontale dimensjonen. Blant annet vises det til innslaget av sterke profesjoner som gir utslag i mål-middel konflikter og dekobling av de vertikale styringssystemene, samt at det i prosessdimensjonen oppstår utfordringer som følge av at budsjettene er vertikalt orienterte. Til slutt viser betingelsesteori hvordan trekk ved organisasjoner og deres omgivelser påvirker utformingen og effektiviteten av økonomistyringssystem, hvor variabler som størrelse og organisasjonsstruktur fungerer som betingelser.

2.1 Økonomistyring

Definisjonen av økonomistyring har utviklet seg fra et snevert fokus på interne aktiviteter og prosesser (Anthony, 1965) til å omfatte interne så vel som eksterne omgivelser i langt større utstrekning, og hvor en også tar hensyn til kunder og konkurrenter (Chenhall, 2003; Malmi & Brown, 2008; Pettersen & Solstad, under publisering; Simons, 1994). Anthony (1965, s. 17) definerer økonomistyring som «*the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organizational's objectives*». Anthony (1965) ser økonomistyring som bindeleddet mellom strategiplanlegging og operasjonell kontroll, og definisjonen er blitt kritisert for å være for snever fordi den fokuserer på utelukkende interne ressurser. Definisjonen er dog ansett for å være et fornuftig

første steg i forskningen på økonomistyring, da den gav et mer nyansert fokus på hva fagfeltet omhandler (Otley, Broadbent & Berry, 1995).

Simons (1995, s. 5) har et bredere perspektiv og definerer økonomistyring som «[...]the formal, information-based routines and procedures managers use to maintain or alter patterns in organizational activities», hvor han argumenterer for at de informasjonsbaserte systemene blir kontrollsystemer når de benyttes til å opprettholde eller endre retningen i organisasjonens aktiviteter.

Chenhall (2003) redegjør for økonomistyring på ulike nivåer, hvor Management Accounting (MA) er det laveste nivået. MA omfatter mange bestanddeler fra bedriftsøkonomi, slik som driftsregnskap, budsjett og kostnadskalkulasjon (Chenhall, 2003). Det finnes imidlertid ingen god norsk oversettelse på dette uttrykket (Hansen, 2006). Management Accounting System (MAS) er systematisk bruk av MA. Aggregert så er økonomistyring, eller Management Control System (MCS) et videre begrep som omfatter MAS og andre former for styring, for eksempel personkontroll og klankontroll (Chenhall, 2003).

Malmi og Brown (2008) presenterer i forlengelsen av dette styringspakken, som er ulike styringssystemer som eksisterer side om side og som kommuniserer med hverandre (Pettersen & Solstad, 2015). Bakgrunnen for at de definerer det som en pakke er at de ulike systemene ofte er introdusert av ulike interessentgrupper på ulike tidspunkt, og at pakken består av de ulike systemene (Malmi & Brown, 2008). De definerer økonomistyring som «[...] all the devices and systems managers use to ensure that the behaviours and decisions of their employees are consistent with the organisation`s objectives and strategies, but exclude pure decision-support systems» (Malmi & Brown, 2008, s. 291). Malmi og Brown (2008), på lik linje med Simons (1995), gjør et skille mellom systemer som sørger for at de ansattes atferd er i samsvar med organisasjonens målsetninger (målkongruens) og systemer som fungerer som beslutningsstøtte for ledere, som gjør deres definisjoner snevrere enn Chenhall (2003) som ikke ekskluderer beslutningsstøtte fra økonomistyringsbegrepet i sin definisjon.

Disse definisjonene ser økonomistyring som noe ledelsen gjør, eller som mekanismer ledelsen har utformet for å påvirke ansattes adferd, og ekskluderer dermed de styringsmekanismer som ikke involverer ledelsen. Det kan nemlig eksistere uformelle styringsmekanismer som styrer ansattes adferd (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Carlsson-Wall m.fl., 2011; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008), noe som er særlig fremtredende i profesjonelle organisasjoner

hvor adferd styres av normer som har opphav eksternt fra organisasjonen (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Carlsson-Wall m.fl., 2011). Uformelle styringsmekanismer eksisterer gjerne i situasjoner hvor arbeidet er komplekst og ledelsen ikke kan forhåndsdefinere utfallene (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008), og i horisontale relasjoner hvor styringsmekanismer kan vokse frem som følge av erfaringer (Carlsson-Wall m.fl., 2011; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008).

Da sykehus er profesjonelle organisasjoner (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Solstad, 2014, 2015) som utfører komplekse oppgaver, og hvor arbeid skjer i horisontale relasjoner (Nyland m.fl., 2017; Pettersen & Solstad, 2015) vil det være naturlig å også inkludere uformelle styringsmekanismer i vår forståelse av økonomistyring. Dermed kan vi gjøre et skille mellom økonomistyring som involverer ledelsen (formell) og økonomistyring av en mer uformell karakter som ikke direkte inkluderer ledelsen.

Økonomistyring har tradisjonelt omhandlet bruk av styringssystemer nedover i hierarkiet, men disse systemene kan komplementeres med mekanismer for beslutningsstøtte og atferdskontroll i prosessdimensjon (Kastberg & Siverbo, 2013). Dermed kan en gjøre et skille mellom den delen av økonomistyring som er vertikalt orientert og den som er horisontalt orientert.

2.1.1 Vertikal økonomistyring

Vertikal økonomistyring, også kalt tradisjonell økonomistyring omhandler styring langs de hierarkiske linjene i en organisasjon. Dette er en top-down tilnærming hvor toppledelsen formulerer mål og holder ledere nedover i hierarkiet ansvarlige for måloppnåelse (Vosselman, 2002). Sentralt står bruk av budsjetter, og ansvaret knytter seg til dette i form av ansvarsenheter, som er organisatoriske enheter med budsjettansvar. Lederen i en ansvarsenhet får delegert myndighet og holdes formelt ansvarlig for oppnåelse av budsjettmål (Vosselman, 2002). Målene skal ideelt sett være forhåndsdefinerte av toppledelsen, oversettes til budsjetter og måleparametere, og fremgangen skal måles og evalueres. Deretter fatter toppledelsen beslutninger basert på feedbacken fra systemet (Otley, 1994; Vosselman, 2002). Dette er hva Anthony og Young (2008, gjengitt i Pettersen & Solstad, 2015) kaller den ideelle styringssløyfen, og er en rasjonell og normativ tilnærming til økonomistyring. Ethvert avvik fra den ideelle styringssløyfen innebærer behov for redesign av styringssystemet (Young, 2012).

Tradisjonell vertikal økonomistyring har vært gjenstand for kritikk, særlig når det forekommer stram vertikal styring, og det vises til at slik styring kan hindre samarbeid og koordinering i den horisontale dimensjonen (Kastberg & Siverbo, 2013; Nyland m.fl., 2017). Dette skyldes blant annet at ens ansvar er avgrenset til egen organisatoriske enhet. Kritikk mot denne typen økonomistyring har i senere tid rettet fokus mot økonomistyring i den horisontale dimensjonen (Håkansson, Kraus & Lind, 2010).

2.1.2 Horisontal økonomistyring

Horisontal økonomistyring skiller seg fra den vertikale ved at styringen ikke skjer langs de hierarkiske linjene, men skjer horisontalt mellom enheter på samme nivå (Pettersen & Solstad, 2015; Van der Meer-Kooistra & Vosselman, 2000; Vosselman, 2002). «*Whereas vertical archetypes of management control involve different hierarchical levels, horizontal archetypes do not*» (Vosselman, 2002, s. 135). Horisontal økonomistyring er ikke en erstatning for, men utfyller den vertikale (Kastberg & Siverbo, 2013; Pettersen & Solstad, 2015; Vosselman, 2002), og behovet for å utfylle den vertikale styringen blir større jo lengre beslutningsveiene er. «*[...] the weaker the vertical bureaucratic relationship is (i.e. the more distance there is between top management and unit management), the stronger the need will be felt to complement the vertical management control system with a horizontal one*» (Vosselman, 2002, s. 135).

Horisontal økonomistyring diskuteres i litteraturen under emner som laterale relasjoner, intra- og interorganisatoriske relasjoner, «interfirm settings», joint ventures og outsourcing (Caglio & Ditillo, 2008; Dekker, 2004; Håkansson m.fl., 2010; Kraus & Lind, 2007; Pettersen & Solstad, 2015; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008), og fellesnevneren synes å være styring mellom organisatoriske enheter, som i de fleste tilfeller er juridisk selvstendige enheter (Kraus & Lind, 2007), og hvor det er et behov for koordinering. Det går imidlertid et skille mellom intra- og interorganisatoriske relasjoner, hvor førstnevnte betegner relasjoner innad i en organisasjon mens sistnevnte er mellom organisasjoner. I følge Carlsson-Wall m.fl. (2011) fordrer økonomistyring i slike relasjoner at en ser utover egne organisatoriske grenser og tar andres ressurser og aktiviteter i betraktning når en styrer ens egne, noe som vil være essensielt når en desentralisert avdeling i et sykehus skal styres i tråd med foretaksreformen.

Pettersen og Solstad (2015) viser hvordan den interorganisatoriske styringslitteraturen kan ha relevans for horisontal styring i sykehus. For det første skulle sykehus etter sykehusreformen

spesialisere seg og styres horisontalt for å tilby best mulig tjenester på en effektiv måte (Pettersen & Solstad, 2015). For det andre er pasientforløpet prosessorientert. Prosessen strekker seg over flere klinikker noe som medfører at horisontal styring er helt sentralt for å styre pasientforløpet effektivt (Pettersen & Solstad, 2015). Styring innad i én sykehusavdeling er formelt sett intraorganisatorisk styring, men tidligere forskning argumenterer for at den interorganisatoriske styringslitteraturen har overføringsverdi (Nyland m.fl., 2017).

Mye av den horisontale styringslitteraturen har fokusert på bruk av styringssystemer mellom organisasjoner, og litteraturen viser at hvilke styringsmekanismer som er effektive er kontekstavhengig (Caglio & Ditillo, 2008). Kontekstvariabler kan være relasjonen mellom partene, grad av tillit, grad av gjensidig avhengighet mv. Styringsutfordringer har i liten grad vært hovedfokuset i disse studiene og flere forfattere tar til orde for å studere styringsutfordringer når en studerer horisontal økonomistyring (Caglio & Ditillo, 2008; Fallan & Pettersen, 2016).

Horisontal økonomistyring kan være både formell og uformell, og den horisontale styringen kan skje uten involvering fra ledelsen (Carlsson-Wall m.fl., 2011; Kastberg & Siverbo, 2013; Nyland m.fl., 2017; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008). Da den horisontale styringen i mange tilfeller hovedsakelig er uformell tar flere forfattere til orde for at styring må forstås i bred forstand når en skal studere horisontal styring (Carlsson-Wall m.fl., 2011; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008). Empiriske studier viser at den horisontale styringen hovedsakelig foregår på det operative nivået i sykehus hvor uformelle mekanismer løser problemer knyttet til koordinering og ressursallokering (Kastberg & Siverbo, 2013; Nyland m.fl., 2017).

Eksempler kan være praksiser som felles planlegging og løpende dialog for å sikre flyt i prosesser, og slike praksiser vokser gjerne frem som en konsekvens av gjentakende utfordringer (Carlsson-Wall m.fl., 2011; Nyland m.fl., 2017). Videre fant Nyland m.fl. (2017) at bruk av horisontale styringsmekanismer ikke involverte ledelsen, og en kunne se at horisontale og vertikale systemer dermed levde side om side.

Nyland m.fl. (2017) skriver at sterk vertikal styring er hemmende for horisontal styring. Dermed må man i styringen av et sykehus, som jo krever horisontal styring, balansere bruken mellom vertikale og horisontale styringsmekanismer for å kunne styre mellom lokalsykehus, samt for å styre pasientflyten. Dette bringer oss inn på rammeverket «Levers of Control» (Simons, 1994, 1995) som også viser hvordan en organisasjon må balansere mellom stram diagnostisk styring og fleksibilitet og læring gjennom interaktiv styring.

2.2 Diagnostisk og interaktiv styring, samt prosessering av informasjon

I følge Simons (1995) er diagnostisk styring det å sørge for at organisasjonen realiserer planlagte mål på en tilfredsstillende måte. Gjennom bruk av diagnostiske systemer kommuniseres mål til de ansatte, en måler og evaluerer progresjonen mot målene, og systemet gir ledelsen feedback slik at det kan iverksette korrektive tiltak. En vanlig tilnærming er å måle output mot forhåndsdefinerte standarder gjennom bruk av KPI-er, og en knytter gjerne incentiver til måloppnåelse. Denne bruken av økonomistyring ligger nært den tradisjonelle vertikale økonomistyringen, for eksempel når ledere holdes ansvarlige for prestasjonsmål og budsjettoppnåelse.

Interaktiv styring har man når ledelsen gjennom bruk av formelle systemer holder seg informert om strategiske usikkerheter, og personlig tar del i ansattes beslutningsprosesser (Simons, 1995). Styringen blir interaktiv ved at ledelsen involverer seg personlig og dermed retter organisasjonens fokus mot det som er kritisk i strategisk forstand. Interaktiv styring krever fokus på strategisk usikkerhet, bred involvering gjennom organisasjonen, samt en ansikt-til-ansikt-dialog rundt de endringene man står ovenfor. En slik dialog fremmer læring og ny strategi (Simons, 1995), og har likhetstrekk ved horisontal styring (Nyland & Pettersen, 2010; Pettersen & Solstad, 2015). Hvilke systemer ledelsen velger å bruke interaktivt vil variere mellom organisasjoner (Simons, 1995).

Ifølge Daft og Lengel (1986) vil organisasjoner utveksle og prosessere informasjon som følger av at de står ovenfor usikkerhet og tvetydighet. Usikkerhet har man ifølge Daft og Lengel (1986) i tilfeller hvor organisasjonen står ovenfor et klart definert problem, men hvor man ikke besitter nok informasjonen til å løse dette. Det er dog klart hvilken informasjon som behøves, og hvordan å gå fram for å innhente denne. Tvetydighet er et nært beslektet begrep, men i motsetning til usikkerhet handler det ikke om manglende informasjonsmengde, men mangelen på en klar problemdefinisjon og følgelig ingen klare handlingsalternativer (Daft & Lengel, 1986). For å redusere tvetydigheten må organisasjonen ifølge Daft og Lengel (1986) finne fram til en felles virkelighetsforståelse og enighet om hvilke handlingsalternativer som kan gi tilfredsstillende resultater. Følgelig stiller situasjoner preget av usikkerhet og uklarhet ifølge Daft og Lengel (1986) ulike krav til utveksling og prosessering av informasjon.

I situasjoner preget av høy usikkerhet vil man være avhengig av å innhente store mengder objektive data. Organisatoriske virkemidler for å redusere usikkerhet kan følgelig være ledelsesinformasjonssystemer eller rapporter som innhenter store mengder informasjon, og presenterer dette på en oversiktlig måte for ledelsen (Daft & Lengel, 1986). Dette bærer likhetstrekk med diagnostisk styring hvor man har et definert problem i form av mål, samt hvor man prosesserer feedback for å redusere usikkerhet knyttet til måloppnåelse (Simons, 1995).

Situasjoner preget av uklarhet fordrer ifølge Daft og Lengel (1986) utveksling av subjektiv informasjon fordi man ikke forstår situasjonen man står ovenfor. Det må dannes en klar problemdefinisjon og enighet om hvordan problemet skal løses, noe som skjer best i møter ansikt-til-ansikt (Daft & Lengel, 1986). Dermed kan en se at håndtering av tvetydighet bærer likhetstrekk med interaktiv styring som også foregår ansikt til ansikt, og hvor organisasjonen står ovenfor ukjente situasjoner som krever nye løsninger (Simons, 1995).

Dermed kan man se at ulike informasjonsbehov stiller ulike krav til informasjonsrikhet. Daft og Lengel (1986) definerer informasjonsrikhet som et mediums evne til å endre forståelse innen et gitt tidsintervall, og et medium er rikt dersom det tillater rask feedback og tillater flere parallelle kanaler for å sende informasjon. Ansikt-til-ansikt vil følgelig være et rikt medium fordi man kan oppklare misforståelser på stedet, samt at man kan kommunisere både via tale og kroppsspråk. Fra rikest til minst rikt er mediene ansikt-til-ansikt, telefon, personlige dokumenter, upersonlige dokumenter og til slutt numeriske dokumenter (Daft & Lengel, 1986). Strukturelle elementer som bygger på rike medier vil fasilitere rik informasjon, og fasilitere mindre rik informasjon i tilfeller hvor de strukturelle elementene bygger på mindre rike medier. Slik ser man en sammenheng mellom ulike organisatoriske virkemidler og deres evne til å redusere henholdsvis usikkerhet og tvetydighet.

Strukturelementer for mindre rik, upersonlig informasjon

Regler og prosedyrer

Formelle informasjonssystemer

Rapporter

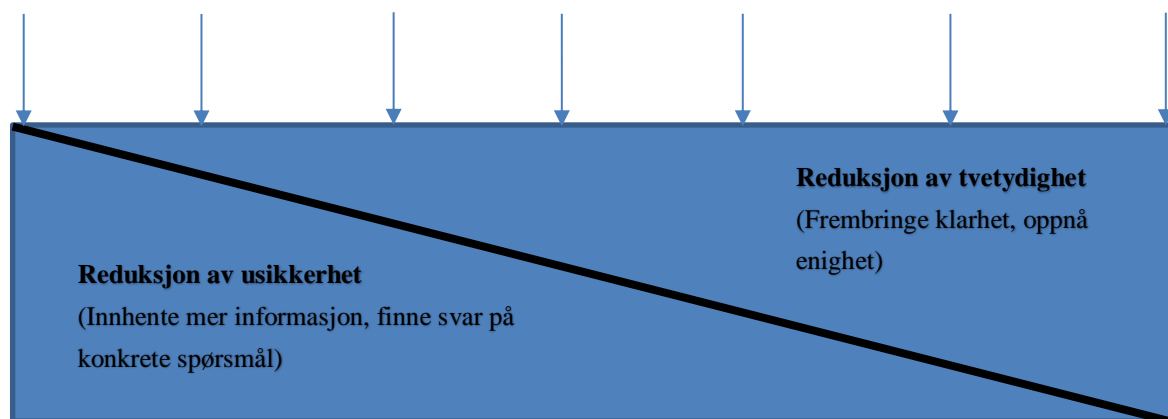
Planlegging

Direkte kontakt

Koordinator

Strukturelementer for rik, personlig informasjon

Gruppemøter



Figur 1 - Organisatoriske virkemidler basert på mindre rik informasjon er godt egnet til reduksjon av usikkerhet, mens reduksjon av tvetydighet fordrer rik informasjon. Inspirert av Daft og Lengel (1986, s. 561).

Dermed følger det av figuren at gruppemøter er det virkemiddelet som er best egnet til å redusere tvetydighet fordi flere deltagere kan dele subjektiv informasjon ansikt til ansikt i ett og samme møte. Samtidig vil gruppemøter være mindre egnet til å håndtere usikkerhet fordi det ikke er nødvendig å diskutere seg fram til en enighet når en vet hvilken informasjon som gir riktig løsning. I slike tilfeller vil prosedyrer, informasjonssystemer eller rapporter være mer egnet fordi de raskt og effektivt leverer den nødvendige informasjonen. Felles planlegging er midtpunktet i figuren fordi det både håndterer usikkerhet og tvetydighet. Før man enes om en plan vil det eksistere tvetydighet, men denne går over til usikkerhet når enighet er oppnådd, og usikkerheten knytter seg da til implementeringen (Daft & Lengel, 1986).

Usikkerhet og uklarhet har opphav i organisasjonens teknologi, i horisontale relasjoner, samt i organisasjonens omgivelser (Daft & Lengel, 1986). I tilfellet av en desentralisert sykehusavdeling som inngår i en tverrgående klinikk er horisontale relasjoner særlig relevant, da Daft og Lengel (1986) viser hvordan økende differensiering samt grad av gjensidig avhengighet medfører økende grad av tvetydighet og usikkerhet. I vårt case har vi en avdeling som befinner seg på tre ulike lokasjoner, som jobber med avgrensede områder, og hvor disse er lite avhengige av hverandre, slik at vi følgelig vil forvente høy grad av tvetydighet samt

lavere grad av usikkerhet (Daft & Lengel, 1986). På tvers av klinikkene er avhengigheten større, slik at en i disse relasjonene vil kunne forvente høyere grad av usikkerhet. Dermed vil disse to situasjonene ifølge Daft og Lengel (1986) stille ulike krav til informasjonsutveksling og prosessering, og følgelig kan de gi opphav til ulike styringsutfordringer.

2.3 Styringsutfordringer

Tradisjonell økonomistyring har sitt fokus i den vertikale dimensjonen hvor styringsutfordringer knytter seg til å skape samsvar mellom strategi og adferd. Organisasjonene har tradisjonelt vært hierarkiske, hvor ledelsen har utformet budsjetter og holdt ledere nedover i hierarkiet ansvarlige for måloppnåelse. Arbeidet har ofte vært organisert i funksjonelle enheter, og jo flere enheter og hierarkiske nivå, jo mer utfordrende har det vært å skape samsvar mellom strategi og handling. Når organisasjoner blir flatere, når samarbeid skjer mellom organisatoriske enheter og mellom organisasjoner oppstår nye styringsutfordringer.

Da en i laterale relasjoner ikke har hierarkisk myndighet over hverandre gir dette grobunn for en rekke styringsutfordringer som litteraturen deler inn i tillitsproblematikk (*eng: appropriation concerns*), samarbeidsutfordringer og koordineringsproblemer (Caglio & Ditillo, 2008; Fallan & Pettersen, 2016; Kraus & Lind, 2007).

Tillitsproblemer knyttes til trusselen om at samarbeidspartneren kan ha skjulte motiver og opptre opportunistisk. Partene vil ha behov for å beskytte egne interesser når en deler informasjon eller gjør investeringer i fellesskap (Caglio & Ditillo, 2008; Dekker, 2004).

Tillitsproblemer omhandler også hvordan gevinstene fra et samarbeid skal fordeles, enten det er snakk om økonomiske, eller fordeling av rettigheter knyttet til ny teknologi og know-how som er utviklet i fellesskap.

Samarbeidsutfordringer studeres i hovedsak i lys av transaksjonskostnadsteori og agentteori (Caglio & Ditillo, 2008; Kraus & Lind, 2007) hvor grunnantagelsene er at partene har motstridende interesser og at de motiveres av opportuniste, og at samarbeid avhenger av at en innfører incentiver som sikrer sammenfallende interesser (Kraus & Lind, 2007).

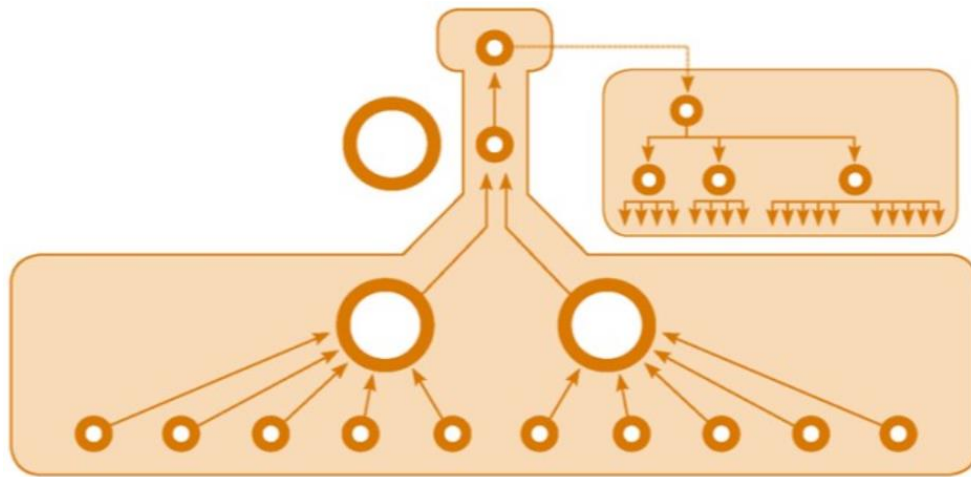
Koordineringsproblemer omhandler i hovedsak hvordan en fordeler oppgaver seg imellom og integrerer grensesnittene sine med hverandre, noe som kan være vanskelig når aktivitetene skjer i to ulike organisasjoner (Caglio & Ditillo, 2008). Litteraturen viser at dette gjerne

fordrer prosedyrer og standarder som regulerer kvalitet og adferd, og at disse må suppleres med løpende dialog og møtevirksomhet (Kraus & Lind, 2007).

Det vil være naturlig å forvente at en desentralisert sykehusavdeling opplever slike styringsutfordringer i den horisontale dimensjonen da det er snakk om flere sykehus som er pålagt å spesialisere og koordinere. Sykehuskonteksten problematiseres også med sine særegne styringsutfordringer, blant annet som følge av de sterke profesjonene, og noen forfattere går så langt at de kaller sykehus «unmanageble» (Glouberman og Mintzberg, 2001 gjengitt i Kastberg & Siverbo, 2016).

2.4 Styringsutfordringer i sykehus

Sykehus er kunnskapsbedrifter som stiller høye krav til de ansattes kompetanse og spesialistutdannelse, og kan best beskrives gjennom Mintzbergs profesjonelle byråkrati (Mintzberg, 1979 gjengitt i Pettersen, Magnussen, Nyland & Bjørnenak, 2008). Den operative kjernen består av ansatte med spesialkompetanse (Pettersen m.fl., 2008). Organisasjonen består av to hierarkier som eksisterer side om side, ett bestående av administrasjonen og det andre av de profesjonelle aktørene (Solstad, 2009). Administrasjonen sin oppgave er i hovedsak å allokere ressurser og styre innsatsfaktorer og aktiviteter gjennom budsjetter, samt å følge opp driften gjennom prestasjons- og målstyring (Pettersen m.fl., 2008). Felles for disse aktivitetene er at de skjer vertikalt og top-down gjennom organisasjonen. Parallelt med dette jobber de profesjonelle aktørene i produksjonslinjen med behandling av pasienter og koordineringen skjer gjennom standardisering av ferdigheter de ansatte har opparbeidet seg gjennom utdannelse og erfaring (Pettersen m.fl., 2008).



Figur 2 - Profesjonelt byråkrati (Mintzberg, 1979, s. 361). Hentet fra (Solstad, 2009, s.35)

Dermed eksisterer det to styringssystemer parallelt, ett vertikalt og ett horisontalt (Kastberg & Siverbo, 2013; Nyland m.fl., 2017; Pettersen & Solstad, 2015). I følge Pettersen m.fl. (2008) kommer styringspremissene nedenfra og opp til den strategiske ledelsen, og øvre nivå i hierarkiet får en observerende rolle som følge av at strategiske beslutninger må tas i dialog mellom ledere og den profesjonelle delen av hierarkiet.

2.4.1 utfordringer knyttet til mål

I motsetning til private selskap hvor mål settes internt i virksomheten, gis de overordnede målene i sykehus eksternt fra Helse- og omsorgsdepartementet i form av et oppdragsdokument (Nyland & Pettersen, 2018). Målene fra oppdragsdokumentet må brytes ned på enhetsnivå, noe som kompliseres av ulik virkelighetsoppfatning. Sterke profesjoner og normer skaper grobunn for mål-middel-konflikter og gjør det samtidig vanskelig å styre etter økonomisk rasjonalitet da dette gjerne står i direkte motsetning til profesjonsnormene.

For det første er de overordnede målene som gis gjennom oppdragsdokumentet veldig overordnede og uklare, og dermed vanskelige å operasjonalisere. Ulik virkelighetsoppfatning medfører ulik forståelse av målene (Solstad, 2009), og når målene brytes ned kan de ende opp med å være innbyrdes inkonsistente slik at måloppnåelse i en enhet kan motvirke mål i en annen (Pettersen & Solstad, 2014, 2015). Det er også bevist at målene i enkelte tilfeller er i direkte konflikt med lovverket (Pettersen & Solstad, 2015). Dermed kan det det være svært utfordrende å skape målkongruens.

For det andre medfører uklarhet og ulik fortolkning at det er vanskelig å angi måloppnåelse (Pettersen m.fl., 2008). Mål-middel sammenhengen er i mange tilfeller uklar da det finnes

alternative behandlingsmetodikker, og som i tillegg stiller ulike krav til ressursbruk. Dermed vil valg av virkemiddel være gjenstand for subjektiv vurdering, både medisinskfaglig, men også økonomisk, og følgelig vil det være et stort potensial for mål-middel konflikter i et sykehus (Pettersen m.fl., 2008). Det er her en av hovedutfordringene gjør seg synlig, nettopp at mål-middel på den ene siden vurderes i lys av økonomi og på den andre siden utelukkende av medisinske normer, og disse motstridende interessene er vanskelige å forene (Solstad, 2009). Videre er det også ulike og dels motstridende interesser mellom ulike grupperinger av de profesjonsutdannede (Pettersen m.fl., 2008).

Tidligere forskning (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Solstad, 2015) viser også at måloppnåelse problematiseres gjennom at tildelte midler ikke samsvarer med det faktiske ressursbehovet. I tillegg til at bevilgningene gjennom budsjettene ikke samsvarer med målsetninger, er det en rekke styringsutfordringer som knyttes til budsjettet da det i liten grad er tilpasset verdiskapningen, samt at økonomisk styringsinformasjon ikke ansees for å ha noen relevans for klinikerne i den operative kjernen.

2.4.2 Budsjetter

Budsjetter er i sykehus et sentralt diagnostisk styringssystem som følger de vertikale linjene i hierarkiet, og hvor kliniske ledere har budsjettansvar (Pettersen & Solstad, 2015).

Inntektssiden i budsjettet har en fast ramme og i tillegg en innsatsstyrt del (ISF) som knytter inntektene til DRG-poeng (Nyland & Pettersen, 2018; Pettersen m.fl., 2008). DRG eller diagnoserelaterte grupper er et system som kategoriserer diagnoser og tilhørende behandling med hensyn til ressursbruk (Nyland & Pettersen, 2018). Gjennom å knytte inntekter til DRG-poeng forsøker en å skape en kobling mellom inntekter og aktivitetsnivå, slik at klinikkene skal gis incentiv til økt aktivitet. Det viser seg at nettopp på grunn av denne koblingen til inntekter så er klinikere svært opptatt av DRG-produksjon og rapportering (Pettersen & Solstad, 2014).

Kostnadssiden i budsjettet er noe mer komplisert. Kostnadsinformasjon og klinisk styringsinformasjonen befinner seg i separate systemer, slik at det ikke er en kobling mellom kostnader og de kliniske måltallene (Pettersen & Nyland, 2006; Pettersen & Solstad, 2014; Scarparo, 2006). Dermed budsjetteres ikke kostnadene på bakgrunn av aktivitetsdata, men på bakgrunn av historiske kostnader (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Solstad, 2014; Scarparo, 2006). Måleproblemer og for aggregerte kostnadsdata medfører at kliniske ledere

ikke har oversikt over hva aktiviteter koster (Pettersen & Nyland, 2006; Pettersen & Solstad, 2014; Scarparo, 2006) og at det dermed er vanskelig å planlegge og å styre ressursbruken. Nyland og Pettersen (2004) viser til empiriske funn hvor det paradoksalt var planlagt økt aktivitet mens budsjettet var redusert.

Videre er ikke budsjettet tilpasset verdiskapningen. Når budsjettene følger de vertikale linjene i hierarkiet og ikke pasientbehandlingen som foregår horisontalt, oppstår det en rekke problemer. Ledere i klinikkene opplever å ikke ha kontroll over eget budsjett da kostnadene har opphav i andre organisatoriske enheter som de selv ikke har kontroll over (Nyland m.fl., 2017; Pettersen & Solstad, 2015). Bildet kompliseres videre ved at gjensidig avhengige avdelinger kan ha ulik budsjettpraksis, slik at noen avdelinger kan ha fast budsjett mens andre har innsatsstyrt finansiering. Nyland m.fl. (2017) fant i sin studie at når en avdeling ønsket å øke sine inntekter gjennom økt aktivitet så medførte dette budsjettsprekk i en annen avdeling, og det oppsto dermed utfordringer knyttet til samarbeid og koordinering. Dermed kan en se hvordan budsjettet kan medføre suboptimalisering, ved at budsjettrestriksjoner ett sted i prosessen kan virke hemmende for produksjonen et annet sted.

Selv om klinikkledelsen formelt sett skal holdes ansvarlig ovenfor budsjettet viser det seg at underskudd gir få konsekvenser (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Solstad, 2015). Man har heller ikke noen incentiv til å gå med overskudd, fordi en da «straffes» ved at overskuddet trekkes tilbake for å dekke øvrige underskudd (Pettersen & Solstad, 2015). Som følge av dette er det vanskelig for ledere å kjøre stram budsjettdisiplin (Pettersen & Solstad, 2015), særlig når et underskudd kan legitimeres gjennom medisinsk hensyn (Nyland & Østergren, 2008). Slik kan en se at budsjettrestriksjoner ikke er en del av de operative beslutningene og konsekvensene blir først synlig på et senere tidspunkt når det eksempelvis skal foretas investeringsbeslutninger (Nyland & Pettersen, 2004).

DRG-systemet kritiseres også. For det første kritiseres det for at DRG-vektene bygger på kostnadsinformasjon som er på et aggregert, nasjonalt nivå, og at sammenhengen mellom faktisk ressursbruk på avdelingsnivå og DRG-vektene dermed er lite robust (Nyland & Pettersen, 2018). For det andre kan DRG-systemet skape uforutsigbare svingninger og omfordeling av inntekter innad i et sykehus som følge av at DRG-vektene og prisene oppdateres (Nyland & Pettersen, 2018). Når DRG-vekter justeres opp slik at de gir mer inntekter medfører det at andre DRG-er nedjusteres fordi summen av utbetalingene holdes konstant på nasjonalt nivå, noe som kan skape store omfordelinger på lavere nivåer i

sykehuset (Nyland & Pettersen, 2018). For det tredje kritiseres DRG-systemet for å gjøre pasienter lønnsomme eller ulønnsomme, med den konsekvens at ulønnsomme pasienter gjerne henvises til andre sykehus (Pettersen & Nyland, 2006). Videre vil det for klinikere stride mot all fornuft å sette prislapper på pasienter og dette utgjør følgelig et stort dilemma (Pettersen & Solstad, 2014).

En annen utfordring knytter seg til kommunikasjon av økonomisk styringsinformasjon. Det viser seg at informasjonsflyten stopper ved det øvre ledelsesnivået i klinikkene og at økonomisk styringsinformasjon dermed ikke tilfaller den operative kjernen (Nyland m.fl., 2017; Pettersen & Nyland, 2006; Pettersen & Solstad, 2014). Det er etablert praksis at beslutninger skal tas på bakgrunn av medisin og ikke økonomi, og at økonomi dermed er et administrativt ansvar (Pettersen & Nyland, 2006). Som følge av dette vil det være naturlig å forvente avvik mellom plan og handling.

2.4.3 Institusjonelle logikker og dekobling av styringen

Institusjonelle logikker kan defineres som *«the socially constructed, historical patterns of cultural symbols and material practices, including assumptions, values, and beliefs, by which individuals and organizations provide meaning to their daily activity, organize time and space, and reproduce their lives and experiences»* (Thornton og Ocasio, 2008, gjengitt i Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012, s. 2). Dermed kan vi se at forståelsen av virkeligheten, antagelser man har om hva som er rett praksis og hvordan man skal ta avgjørelser er sosialt konstruert og befinner seg både i organisasjoners praksiser, historie og verdier, samt kognitivt hos mennesker som er deltagere i ulike sosiale systemer.

I sykehus eksisterer det to sterke institusjonelle logikker: en profesjonsbasert logikk og en økonomisk-administrativ logikk (Johansen, Olsen & Solstad, 2015). Med økonomisk-administrativ logikk som også kalles foretakslogikk (Torjesen, 2007), innebærer at man styrer etter økonomisk rasjonalitet og har fokus på økonomistyring, noe som følger av ulike reforminitiativ i helsesektoren og samfunnet forøvrig. På den andre siden har man den profesjonelle logikken (Torjesen, 2007, s. 22) som

«[...] henspeiler på å sikre organisasjonen best mulig i overensstemmelse med faglig utvikling, autonomi, anvendelse av objektiv vitenskapelig kunnskap, og best mulig pasientbehandling. Faglig ledelse blir legitimert på bakgrunn av klinisk-faglig

autoritet, og det dreier seg her om å støtte opp under den faglige utvikling og behandle den enkelte pasient uten personlig eller økonomisk vinning».

Dermed oppstår det motstående spenninger som følge av at det som fremstår rett i den profesjonelle logikken kan medføre brudd på den administrative logikken (Johansen m.fl., 2015). Institusjonelle logikker kan legge sterke føringer for hva som anses for legitim adferd (Solstad & Olsen, 2017), og da enkeltindivider er deltagere i flere sosiale systemer med hver sine logikker kan legitimiteten variere mellom de ulike arenaene og mellom situasjoner (Thornton m.fl., 2012). I sykehus er det for klinikere vanlig at den profesjonelle logikken går foran den administrative i tilfeller hvor disse kommer i konflikt med hverandre (Johansen m.fl., 2015; Pettersen & Solstad, 2014). Det er en aksept for at klinikere har autonomi i avgjørelser som direkte omhandler pasientenes helse (Johansen m.fl., 2015; Pettersen & Solstad, 2014) og dermed kan klinikere bryte budsjetter i situasjoner som gjelder pasientsikkerhet (Pettersen & Solstad, 2014), noe som kan medføre store styringsutfordringer for ledelsen.

Skillet mellom økonomi og profesjon forsterkes ytterligere ved at klinikere skjermes for økonomisk informasjon og ansvar (Pettersen & Solstad, 2014), slik at klinikere kun fokuserer på medisin og styrer etter den profesjonelle logikken, mens administrative ledere på sin side er opptatt av økonomisk rapportering og styrer etter den administrative logikken. Dette synliggjøres ved at det på øvre nivåer i hierarkiet i sykehus styres etter budsjetter og regnskapsinformasjon, mens det i den operative kjernen styres etter normer og verdier (Nyland & Pettersen, 2004). Dermed kan en si at det oppstår en dekobling mellom de formelle styringssystemene og det operative nivået (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Solstad, 2015), og tidligere forskning viser hvordan dette medfører manglende koordinering mellom klinisk styring og økonomisk-administrativ styring (Pettersen & Nyland, 2006).

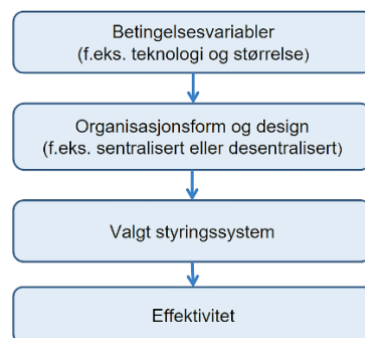
2.5 Koordineringsutfordringer og sykehus sine betingelser

Koordineringsutfordringer i sykehus oppstår som følge av at pasientbehandlingen skjer mellom ulike profesjonsområder og avdelinger som står i gjensidige avhengighetsforhold (Nyland m.fl., 2017; Pettersen m.fl., 2008). Økende spesialisering og økt seksjonering gjør koordineringen stadig vanskeligere, både i den horisontale, men også i den vertikale dimensjonen (Pettersen & Nyland, 2006). Dermed kan det se ut til at økt størrelse og strukturelle enheter skaper større utfordringer for koordinering. Blant annet grunnet krav om

dokumentasjon og kommunikasjon mellom et større antall spesialister, samt økt krav til samarbeid mellom flere avdelinger (Pettersen & Nyland, 2006). Betingelsesteori kan derfor være med på å forklare hvordan koordinering avhenger av et effektivt styringssystem som tar hensyn til sykehusets betingelser.

Betingelsesteori vektlegger hvordan styringssystemet må tilpasses organisasjonens omgivelser (Chenhall, 2003; Nyland & Pettersen, 2010), og at det ikke dermed ikke eksisterer noen universell utforming (Chenhall, 2003; Nyland & Pettersen, 2010). Et styringssystem må for å være effektivt være tilpasset konteksten organisasjonen befinner seg i (Otley, 1980), og dersom en lykkes i dette vil systemet bidra til økt effektivitet for organisasjonen som helhet (Chenhall, 2003; Nyland & Pettersen, 2010; Otley, 1980, 2016). Tidligere forskning på sammenhengen mellom betingelser og styringssystemenes utforming har i hovedsak fokusert på betingelsene teknologi, organisasjonsstruktur, omgivelser, størrelse, strategi og nasjonalkultur (Chenhall, 2003; Nyland & Pettersen, 2010; Otley, 1980). De ulike betingelsene kan kategoriseres som interne og eksterne variabler (Otley, 2016).

For å synliggjøre sammenhengen mellom betingelsesvariabler og effektiviteten til organisasjoner presenterte Otley (1980) en enkel lineær modell som viser at betingelsesvariabler påvirker valg av organisasjoners design som igjen påvirker utforming av et effektivt økonomistyringssystem. I sum skal dette bidra til at organisasjonen skal kunne prestere best mulig.



Figur 3 – Sammenheng mellom betingelser, organisasjonsdesign og styringssystem vil være avgjørende for effektivitet (Inspirert av Otley, 1980)

Helseforetak er store og komplekse organisasjoner med en intrikat organisasjonsstruktur, og dermed vil vi diskutere økonomistyring i lys av to av de indre betingelsene, nemlig størrelse og organisasjonsstruktur. Ifølge Fisher (1995) må man se betingelsene i sammenheng og ikke isolert når en studerer effektiviteten til et økonomistyringssystem.

I store organisasjoner er det store mengder informasjon som skal håndteres og det er behov for å innføre flere strukturelle enheter som får delegert beslutningsmyndighet, og mer formalisering i form av regler og rutiner, som igjen fører til økende grad av spesialisering og flere hierarkiske nivå (Chenhall, 2003). Dette er typisk for sykehus hvor økende spesialisering medfører økt organisatorisk kompleksitet (Pettersen & Nyland, 2006). Økt organisatorisk kompleksitet gjør ledelsen avhengig av systemer som evner å holde de informert, i kontrast til mindre organisasjoner hvor ledelsen personlig kan involvere seg i beslutninger og daglig drift (Simons, 1995).

Organisasjonsstruktur omhandler hvordan formelle roller er fordelt mellom organisasjonens medlemmer og grupper, for å sikre at organisasjonens oppgaver blir utført (Chenhall, 2003). Rollefordelingen påvirker i så måte arbeidsoppgavenes effektivitet, motivasjonen til individer, og hvordan informasjon overføres og påvirker styringssystemene (Chenhall, 2003). Store organisasjoner som benytter seg av kompleks teknologi og har en desentralisert struktur vil ha behov for formelle og tradisjonelle styringssystemer (Chenhall, 2003), som inkluderer diagnostiske og interaktive elementer (Nyland & Pettersen, 2010; Simons, 1995). På tross av helseforetakenes størrelse og organisatoriske kompleksitet finnes det ikke formelle horisontale styringssystemer (Pettersen & Solstad, 2015) men koordinering skjer gjennom dialog mellom ansatte i avdelingene (Nyland m.fl., 2017; Nyland & Pettersen, 2004). Dermed kan manglende tilpasning mellom styringssystem og kontekstuelle betingelser tenkes å være én medvirkende faktor til koordineringsproblemer i sykehus.

2.6 Oppsummering av det teoretiske rammeverket

Økonomistyring tar sikte på effektiv styring av ressurser og adferd, og kan være både vertikal og horisontal. Disse begrepene er viktig for å forstå styringsutfordringer i sykehus da pasientbehandlingen foregår i den horisontale dimensjonen samtidig som økonomistyringen er vertikalt orientert, noe som kan skape styringsutfordringer. Simons (1995) viser også hvordan realisering av planlagte mål må balanseres mot fremveksten av nye mål gjennom diagnostisk og interaktiv styring, og tidligere forskning viser at det i horisontale relasjoner stilles krav til interaktiv styring (Pettersen & Solstad, 2015). Det kan trekkes paralleller mellom Simons (1995) rammeverk og informasjonsrikhet (Daft & Lengel, 1986) fordi diagnostisk og interaktiv styring stiller ulike krav til informasjonsutveksling og prosessering. Dermed kan disse rammeverkene bidra til å forstå styringsutfordringer vedrørende

klinikkstrukturen fordi det er ulike forutsetninger for kommunikasjon innad i ett og mellom flere sykehus.

Tidligere forskning viser hvordan tre former for styringsutfordringer kan gjøre seg gjeldende i horisontale relasjoner, nemlig tillitsproblemer, samarbeidsproblemer og koordineringsproblemer (Caglio & Ditillo, 2008). Ortopedisk avdeling inngår i horisontale relasjoner på tvers av klinikker samt på tvers av geografiske lokasjoner, og dermed hjelper denne forskningen med å forstå styringsutfordringer som kan oppstå som følge av dette. Særtrekk ved sykehus gir opphav til styringsutfordringer særegne for denne konteksten, slik at forskning på styringsutfordringer i sykehus er avgjørende for å kunne forstå den delen av styringsutfordringene som er spesifikke for sykehuskonteksten. Avslutningsvis kan betingelsesteori kaste lys over styringsutfordringer som kan tenkes å ha opphav i at økonomistyringssystemet til ortopedisk avdeling ikke er tilpasset de tre sykehusenes ulike betingelser.

3 Metodisk tilnærming

Samfunnsvitenskapelig metode omhandler hvordan å gå fram for å studere og analysere den sosiale virkeligheten (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2011). I dette kapittelet vil vi gjøre rede for studiens metodiske tilnærming. Innledningsvis vil vi gjøre rede for vitenskapsteoretisk ståsted. Forskerens vitenskapsteoretiske ståsted påvirker videre forskningsdesign og metode, da de filosofiske overbevisningene stiller krav til hvordan forskeren må tilnærme seg et sosialt fenomen for å kunne produsere gyldig kunnskap.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Forskerens overbevisning om hva virkeligheten er, hva som er mulig å tilegne seg av kunnskap om virkeligheten, samt hvordan en skal gå fram for å tilegne seg kunnskapen vil påvirke valg av problemstilling, forskningsdesign samt forskningsmetode (Jacobsen, 2005).

Forskerens vitenskapsteoretiske overbevisning omfatter begrepene ontologi og epistemologi. Ontologi er filosofien om hva som er virkelighetens natur (Easterby-Smith, Thorpe & Jackson, 2008; Johannessen m.fl., 2011). Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning er det sentrale spørsmålet hvorvidt en tror sosiale fenomener eksisterer objektivt og uavhengig av individer, eller hvor vidt de er sosialt konstruert og eksisterer gjennom individers oppfatninger og fortolkninger (Bryman & Bell, 2015; Johannessen m.fl., 2011; Searle, 2006). Epistemologi er et sett av antagelser om hva som er mulig å tilegne seg av kunnskap om virkeligheten og hvordan en skal gå frem for å tilegne seg denne (Easterby-Smith m.fl., 2008; Jacobsen, 2005). Epistemologi følger av ontologi og det finnes mange ulike epistemologiske retninger (Bryman & Bell, 2015). To hovedretninger innenfor samfunnsforskning er positivismen og hermeneutikken (Grenness, 2001; Nyeng, 2004; Thurén, 2009) som kan ses som to ytterpunkter.

Positivismen følger av en objektiv ontologi, og har sitt utsprang i naturvitenskapen (Bryman & Bell, 2015). Innenfor en positivistisk epistemologi er en opptatt av å avdekke lovmessigheter i sosiale systemer (Jacobsen, 2005), og en foretrekker kvantitative metoder (Bryman & Bell, 2015; Creswell, 2014; Johannessen m.fl., 2011) som lar forskeren distansere seg fra fenomenet (Easterby-Smith m.fl., 2008).

Vi er inspirert av hermeneutikken, som befinner seg på motsatt side av skalaen og har sitt opphav i sosiologien (Bryman & Bell, 2015). Hermeneutikk omtales også som fortolkende

paradigme (Bryman & Bell, 2015). Hermeneutikere tror ikke at sannhet er en absolutt størrelse (Thurén, 2009), men at sosiale aktører tillegger handlinger og fenomener ulikt meningsinnhold, og at sannheten dermed er subjektiv. Sannheten må fortolkes ut fra aktørens perspektiv (Bryman & Bell, 2015; Healy & Perry, 2000; Nyeng, 2004) da den ikke lar seg observere direkte (Bryman & Bell, 2015; Grenness, 2001). Menneskelige handlinger må for å gi mening forstås i lys av en sosial kontekst, og ifølge Nyeng (2004, s. 107) er *«delene kun forståelig ut fra helheten de inngår i, og helheten blir forståelig ut fra delene»*. Dette kalles gjerne «den hermeneutiske sirkel».

Fordi hermeneutiske forskere er opptatt av å forstå meningen aktørene tillegger et fenomen benytter de seg av forskningsdesign og metoder som lar forskeren frembringe meningsinnholdet (Nyeng, 2004). For å få tak i meningen må forskeren være selve «instrumentet» og snakke med aktørene. Gjennom hermeneutisk forskning vil det alltid forekomme «dobbel hermeneutikk» (Nyeng, 2004), som vil si at kunnskapen som innhentes vil være forskerens fortolking av informantens virkelighetsforståelse.

Oppsummert kan man si at forskerens vitenskapsteoretiske ståsted vil avgjøre hvilken sannhet forskeren søker og dermed også valg av forskningsdesign og metode. Da vi er inspirert av hermeneutikk og vårt formål er å forstå det særegne har vi valgt et forskningsdesign som tillater oss å være i kontakt med enkeltindivider for å frembringe deres virkelighetsforståelse.

3.2 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er selve rammeverket for hvordan forskningsprosessen struktureres for å kunne besvare en gitt problemstilling (Bryman & Bell, 2015; Easterby-Smith m.fl., 2008). Designet gir føringer for hva en undersøger, hvordan undersøkelsen gjennomføres, samt hvordan data skal analyseres for å besvare problemstillingen (Easterby-Smith m.fl., 2008; Johannessen m.fl., 2011). Ifølge Jacobsen (2005) omhandler forskningsdesign forholdet mellom teori og empiri, formål om å beskrive eller å forklare, tidsdimensjonen, samt grad av bredde og/eller dybde.

Det går et viktig skille mellom en deduktiv eller en induktiv tilnærming til teori. Det vil si hvor vidt forskeren tar utgangspunkt i teori når empiriske studier skal gjennomføres, eller hvor vidt forskeren starter med empiri for så å generere teori (Easterby-Smith m.fl., 2008; Nyeng, 2004). Slik kan det trekkes et skille mellom å teste teori empirisk eller å lage teori fra rene observasjoner. I tillegg finnes en tredje tilnærming kalt abduksjon, som er en iterativ

prosess mellom induksjon og deduksjon (Bryman & Bell, 2015). Vi har i vår studie tatt utgangspunkt i teori, slik at vi har en deduktiv tilnærming.

Et annet skille går mellom beskrivende og forklarende design (Jacobsen, 2005). Beskrivende design vil si å beskrive hvordan et fenomen forholder seg på ett tidspunkt, eller utvikler seg over tid, og hvordan det eventuelt samvarierer med andre fenomener (Jacobsen, 2005).

Forklarende design omhandler årsakssammenhenger, også kalt kausale sammenhenger. Ordet «kausaltet» er svært omstridt innenfor samfunnsvitenskapen da det omhandler lovmessigheter (Jacobsen, 2005), som for det første er svært vanskelig å påvise innen samfunnsforskning, og for det andre ikke er forenlig med hermeneutikken som forkaster ideen om lovmessigheter innenfor menneskevitenskap (Nyeng, 2004). Mens et beskrivende design kan benyttes på ett tidspunkt, stilles det strengere krav til tidsdimensjonen ved et forklarende design (Jacobsen, 2005). Vi har i denne studien valgt et beskrivende design da vi beskriver hvilke styringsutfordringer en sykehusavdeling kan oppleve når den strekker seg over flere sykehus, og når den samtidig inngår i en tverrgående klinikk.

Tidsdimensjonen omhandler tidspunktet for datainnsamlingen. Undersøkelser som blir foretatt på ett tidspunkt kalles tverrsnittundersøkelser, og når det hentes inn data på flere tidspunkt kalles det longitudinelle studier (Bryman & Bell, 2015; Jacobsen, 2005). Vi velger i vår studie å samle inn data på ett tidspunkt.

Et grunnleggende valg vedrørende forskningsdesign er grad av bredde og dybde, noe som også har en sammenheng med generalisering (Jacobsen, 2005). Bredden knytter seg til antall enheter som undersøkes, og dybde knytter seg til datamengde, for eksempel grad av detaljrikdom eller antall variabler. Bredde og dybde kan dermed forstås som to dimensjoner hvor det ideelle er å undersøke mange enheter i dybden (Jacobsen, 2005). Grunnet praktiske begrensninger velger forskere vanligvis enten et ekstensivt design som undersøker mange enheter i bredden, eller et intensivt design som undersøker et fåtall enheter i dybden (Jacobsen, 2005). Det ekstensive designet er egnet i tilfeller hvor en ønsker å generere universell kunnskap, som er forenlig med det positivistiske paradigmet (Jacobsen, 2005). Dette fordi det undersøker såpass bredt at kunnskapen blir mindre avhengig av kontekst (Jacobsen, 2005).

Det intensive designet opererer med små utvalg og undersøker i dybden. Hensikten med dette er å frembringe en rik og helhetlig beskrivelse av fenomenet, og følgelig relevante data

(Jacobsen, 2005). Intensive design er best egnet i tilfeller hvor man er opptatt av å forstå, hvor man er opptatt av det særegne, eller dersom man søker individers fortolkninger (Jacobsen, 2005). På grunn av små utvalg fører intensive design til at kunnskapen blir kontekstavhengig. Dermed er generaliserbarhet begrenset til teoretisk generalisering gjennom utvikling av begreper (Jacobsen, 2005). Vi har valgt et intensivt design fordi vi søker forståelse og informantenes fortolkninger. Vi har valgt en såkalt strategisk utvelgelse av informanter for å forsikre oss om at informantene er i stand til å belyse problemstillingen. Vi valgte å inkludere både administrativt ansatte og klinikere fra alle tre lokasjoner, for å få fortolkninger fra flere profesjoner og hierarkiske nivå, men på grunn av frafallsproblematikk er styringsutfordringene ved ett av sykehusene kun belyst gjennom avdelingsledelsens fortolkninger.

Avslutningsvis kan vi oppsummere at denne studien har et beskrivende design og en deduktiv tilnærming til teori. Vi har valgt en intensiv studie hvor data er innhentet på ett tidspunkt. Innenfor intensive design finner vi casedesign, som er det forskningsdesignet vi har valgt å benytte oss av i denne studien.

3.2.1 Casedesign

Casedesign defineres av Yin (2014, s. 19) som «*an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon (the “case”) in depth and within its real-worlds context*». Det følger av definisjonen at casedesign er et design som studerer et fenomen i dybden, og i dets virkelige kontekst. Man omtaler selve forskningsobjektet for et «case», og er opptatt av særegenheten ved nettopp dette (Bryman & Bell, 2015; Johannessen m.fl., 2011).

Vårt case er en avdeling i et stort norsk helseforetak som strekker seg over tre lokalsykehus med stor geografisk avstand, og som inngår i en tverrgående klinikk. Vi studerer sykehusavdelingen i dybden og i lys av konteksten som er den tverrgående klinikken avdelingen inngår i. Slik kan vi få frem en grundig forståelse av styringsutfordringene avdelingen opplever, sett fra ulike lokasjoner, profesjoner og hierarkiske nivå, samt hvordan klinikkstrukturen skaper utfordringer i dette tilfellet. Casedesign er egnet til å innsikt i hvilke utfordringer man kan oppleve både for horisontal og vertikal økonomistyring i en slik kontekst, da casedesign ifølge Bryman og Bell (2015) er egnet når en skal forklare kompleksiteten og nåværende omstendigheter for caset som er i fokus.

Det kan foreligge ulike motiv for å gjennomføre en case-studie (Yin, 2014). Vårt case er det Yin (2014) kaller et deskriptivt case, da vårt formål er å øke forståelsen av et fenomen som har vært gjenstand for tidligere forskning. Ifølge Yin (2014) må forskeren ta stilling til antall case og analyseenhet. Forskeren kan velge ett eller flere case, som alle kan studeres holistisk (én analyseenhet) eller gjennom flere analyseenheter (Yin, 2014). Positivistiske forskere argumenterer for flere case for å styrke generaliserbarheten (Lee, Collier & Cullen, 2007; Yin, 2014), mens enkeltcase er på den andre siden forbundet med hermeneutisk forskning (Andersen, 2013; Easterby-Smith m.fl., 2008). Innledningsvis var formålet å studere styringsutfordringene gjennom tre analyseenheter, men på grunn av frafallsproblematikk endret vi designet til et holistisk case.

Det finnes fordeler og ulemper ved casedesign. Case tillater bruk av flere metoder og flere datakilder, og er dermed egnet til å gi rike og detaljerte data (Bryman & Bell, 2015). Casedesign er også fleksibelt ved at problemstillingen kan videreutvikles gjennom forskningsprosessen etter hvert som nye funn fremkommer (Bryman & Bell, 2015; Yin, 2014). På den andre siden rettes kritikk fra positivistisk hold mot casedesign (Yin, 2002, gjengitt i Easterby-Smith m.fl., 2008), fordi designet ikke innfrir enkelte av kravene som stilles til kvalitet innenfor det positivistiske paradigmet og naturvitenskapen. Casedesign kritiseres for å ikke imøtekomme kriteriet om ekstern validitet (Bryman & Bell, 2015; Yin, 2014), men hermeneutiske forskere tilbakeviser kritikken med et formål om forståelse av det særegne, og ikke statistisk generalisering (Bryman & Bell, 2015). På grunn av samfunnsforskningens positivistiske tradisjon har bruksområdet til casedesign vært ansett noe snevert (Lee m.fl., 2007), da gjerne som forløper eller oppfølging for kvantitative studier (Andersen, 2013; Yin, 1981). Andre kritikere er av den oppfatning at forskeren gjennom casedesign kan skape data som støtter egne antagelser (Easterby-Smith m.fl., 2008).

3.3 Metodevalg

Hvilke data man skal samle inn følger av forskningsdesignet, og man skiller overordnet mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Jacobsen, 2005; Johannessen m.fl., 2011). Ifølge Jacobsen (2005) betegnes disse også som positivistisk og hermeneutisk metode da de bygger de respektive epistemologiske retningene. Kvantitativ metode er innsamling av data i form av tall, mens kvalitativ metode er innsamling data i form av bilder, lyd og ord (Jacobsen, 2005; Johannessen m.fl., 2011).

Vi har valgt kvalitativ metode av flere grunner. For det første er vi inspirert av en hermeneutisk epistemologi. For det andre omhandler vår problemstilling hvilke styringsutfordringer en desentralisert avdeling opplever, og kvalitativ metode er særlig egnet i tilfeller hvor en ønsker nyansert informasjon, meninger og fortolkninger (Bryman & Bell, 2015; Jacobsen, 2005; Johannessen m.fl., 2011). Kvalitativ metode er åpen og fleksibel ved at man kan følge opp ny informasjon som er relevant for fenomenet, og som forskeren ikke har definert på forhånd (Jacobsen, 2005). En annen styrke er at kvalitativ metode får tak i det spesifikke ved informant og ved kontekst, og gir forskeren nærhet til fenomenet (Jacobsen, 2005). Det er derfor ifølge Jacobsen (2005) en nær sammenheng mellom det intensive designet og kvalitativ metode. Utfordringer knyttet til kvalitativ metode er at det er ressurskrevende å innhente og analysere kvalitative data, samt at detaljrikdommen også gjør analysen krevende (Jacobsen, 2005). Store mengder informasjon og høy detaljrikdom gjør det utfordrende å se alle sammenhenger. En annen innvending mot kvalitativ metode er at forskeren kan komme så nær forskningsobjektet at forskeren mister sin nøytralitet (Jacobsen, 2005). Vi har i vår studie benyttet oss av kvalitative intervjuer og dokumentstudier.

3.3.1 Kvalitative intervjuer

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, gjengitt i Johannessen m.fl., 2011) kan et kvalitativt intervju beskrives som en samtale med struktur og formål. Det er en metode som kan sikre et datamateriale med høy detaljrikdom, og er den metoden som benyttes mest innenfor kvalitativ metode (Johannessen m.fl., 2011). Når en informant svarer på intervjuers spørsmål blir svarene registrert og utgjør dermed data. Formålet med et kvalitativt intervju er å beskrive eller frembringe forståelse av et fenomen gjennom informantens beskrivelser av sin hverdag og sin fortolkning (Johannessen m.fl., 2011). Denne dataen benyttes videre av forskeren for å tolke de fenomener som beskrives (Kvale og Brinkmann, 2009, gjengitt i Johannessen m.fl., 2011). Vi har i denne studien valgt å benytte oss av kvalitative intervjuer fordi vi ønsker en detaljrik beskrivelser av de styringsutfordringer våre informanter opplever i sin arbeidshverdag, samt at dybdeintervjuer også etterspørres av tidligere forskning (Pettersen & Solstad, 2015).

Kvalitative intervju kan inneha ulike grader av struktur. På den ene siden har man det ustrukturerte intervjuet med åpne spørsmål og på den andre siden det strukturerte intervju med enten åpne eller lukkede svaralternativ (Johannessen m.fl., 2011). Det følger fordeler og ulemper med ulik grad av struktur. Struktur gjør det lettere å sammenligne data, men

begrenser samtidig fleksibiliteten (Johannessen m.fl., 2011). Imellom ytterpunktene finner man semistrukturert hvor det benyttes intervjuguide med temaer, spørsmål og oppfølgingsspørsmål for å fange opp underliggende data. Disse er utledet fra problemstillingen og man kan oppnå en balanse mellom fleksibilitet og standardisering, fordi man stiller samme spørsmål til ulike informanter samtidig som temaer informanten selv bringer på banen følges opp (Johannessen m.fl., 2011). De empiriske funnene til denne studien bygger på semistrukturerte intervjuer med forhåndsdefinerte spørsmål, men hvor disse i noen grad er stilt i ulik rekkefølge, samt at oppfølgingsspørsmål har vokst naturlig frem i intervjusettingen.

Det finnes også utfordringer forbundet med kvalitative intervjuer. Informasjonen som fremkommer gjennom intervjuet avhenger av relasjonen mellom forsker og informant (Ryen, 2002). Her er det flere faktorer som kan påvirke intervjuet. For at det skal fremkomme (relevante) data må informanten oppleve intervjuet som legitimt og ønske å medvirke (Johannessen m.fl., 2011). Forstyrrelser under intervjuet kan skape feilkilder, og attributter ved forskeren som alder, kjønn, klesdrakt, etnisitet eller oppførsel kan også påvirke informanten (Johannessen m.fl., 2011). Kvalitative intervjuer kritiseres for å frembringe tanker som ikke alltid er i samsvar med handling, samt at informanten isoleres fra sin naturlige kontekst (Ryen, 2002). Vår opplevelse er at informantene har oppfattet prosjektet som interessant og at de har ønsket å medvirke. Vi har holdt intervjuene der hvor informantene har vært mest komfortabel, noe som i 5 av 6 tilfeller har vært på selve avdelingen.

3.3.2 Dokumentstudier

Begrepet dokumentstudier forbindes med analyse av sekundærdata, som er data innhentet av andre (Bryman & Bell, 2015; Jacobsen, 2005), og som kan være produsert for andre formål enn forskning (Bryman & Bell, 2015).

Flere fordeler kan knyttes til dokumentstudier. For det første tillater dokumenter at analysen kan foregå på et senere tidspunkt (Bryman & Bell, 2015). Sekundærdata er lett tilgjengelig, og gir samtidig et innblikk i andre sine fortolkninger (Jacobsen, 2005). Dokumenter er upåvirket av undersøkelseeffekter (Bryman & Bell, 2015) fordi de ofte er utarbeidet for et annet formål, og gir uttrykk for hva folk sier og mener på tidspunktet dokumentet ble utarbeidet (Jacobsen, 2005). Dokumenter kan gi god bakgrunnsinformasjon, og kan være godt

egnet til å beskrive et case (Bryman & Bell, 2015). Ifølge Bryman og Bell (2015) er det også flere utfordringer knyttet til dokumentstudier. Analysen vil aldri bli bedre enn kildematerialet, og det er en fare for at dokumentene som analyseres ikke er representative for fenomenet, inneholder feil, eller at man ikke får tilgang til alle relevante dokumenter (Bryman & Bell, 2015). En annen utfordring er at det ikke er gitt hvordan datamaterialet skal organiseres og analyseres. Det kan for det første være utfordrende å redusere et stort datamateriale, og for det andre kan meningsinnholdet fortolkes på mange måter da ord må forstås i en større sammenheng (Bryman & Bell, 2015; Johannessen m.fl., 2011).

Vi har analysert offentlig tilgjengelige dokumenter utarbeidet av UNN, samt at vi har benyttet interne dokumenter til casebeskrivelse og som bakgrunnsinformasjon. Dette har vært informasjon som organisasjonskart, antall ansatte ved de ulike sykehusene, antall liggedøgn, samt budsjetter.

3.4 Forskningsprosessen

Forskningsprosessen startet med at vi den 18.09.2018 tok kontakt med seksjonsleder for økonomistyring ved UNN og anmodet om bistand til vår masteroppgave, som på daværende tidspunkt omhandlet bruk av budsjettet i horisontal styring. Den 03.10.18 gjennomførte vi et Skypemøte med seksjonsleder og økonomirådgiver hvor det fremkom at budsjettet ikke benyttes i horisontal styring, og problemstillingen ble dermed forkastet. Den endelige problemstillingen ble til i løpet av de neste ukene, og den 16.11.18 tok vi igjen kontakt med våre kontaktpersoner. Vi fikk oversendt organisasjonskart og ble satt i kontakt med en ny kontaktperson som satte oss i kontakt med de stedlige lederne ved sykehus 1, 2 og 3. De stedlige lederne ble så kontaktet med forespørsel om en uttømmende liste over ansatte og tilhørende ansvarsområder.

Innledningsvis ønsket vi å intervju 3 personer fra hver geografisk lokasjon, i alt 9 informanter. På grunn av ulike utfordringer med utvalgenes størrelse samt at flere ikke ønsket å delta fikk vi kun rekruttert 6.

Stedlig leder på sykehus 1 (informant 2) ble kontaktet via telefon den 05.02.19 og sa seg villig til å delta i prosjektet. Vi fikk den 07.02.19 en uttømmende liste over alle ansatte som tilhørte ortopedisk avdeling, og på grunn av at det var en seksjon bestående av tre personer var det ved dette sykehuset kun mulig å intervju med én ortoped (informant 1). Kontakt med ortopedene ble opprettet den 08.02.19.

Den 05.02.19 tok vi kontakt med leder på sykehus 2 hvor vi kom med forespørsel om deltagelse i vårt forskningsprosjekt. Vi fikk positivt svar og den 06.02.19 fikk vi en liste over klinkere og ledere ved sykehus 2. Vi kontaktet samtlige ortopeder og fikk rekruttert 2. Den 07.02.19 hadde vi til sammen rekruttert 3 informanter ved sykehus 2, og avtalte å gjennomføre to intervjuer den 28.02.19 og ett intervju den 01.03.19. Disse ble gjennomført som planlagt.

Det viste seg å være utfordrende å rekruttere informanter på sykehus 3. Den 05.02.19 tok vi kontakt med stedlige leder på sykehus 3 (informant 6). Lederen sa seg villig til å delta i prosjektet, men svarte ikke på videre henvendelser før den 28.02.19 hvor vi igjen fikk kontakt på mail og avtalte intervju den 07.03.19.

Vi var avhengige av den stedlige lederen på sykehus 3 for å få oversikt over klinkere og ledere ved dette sykehuset, da klinikkstaben ikke var villige til å dele personallister med oss. Vi fikk dermed ikke sett utvalget før den 07.03.19. Vi tok kontakt med samtlige ortopeder både per mail og per telefon i løpet av de neste to ukene, og la igjen beskjed på telefonsvarere. Kun én av ortopedene besvarte våre henvendelser og sa seg villig til å delta. Til tross for gjentatte purringer og flere avtalte tidspunkt lot aldri dette intervjuet seg gjennomføre fordi avtalen hele tiden ble forskjøvet eller avlyst. Da vi til slutt fikk avtalt intervju den 26.03.19 og informanten ikke møtte, valgte vi å gi opp.

Under følger en tabell som viser når intervjuene ble gjennomført, varigheten på intervjuene og hvilken hierarkisk posisjon den enkelte informant har i organisasjonen per 15.03.19.

Tabell 1 - Liste over informanter. Informant 2, 3 og 6 utgjør avdelingsledelsen og resterende informanter tilhører den operative kjernen

	Dato	Varighet	Møtested	Stilling	Tilhørighet
Informant 1	15.02.19	01:05:00	Sykehus 1	Ortoped	Operativ kjerne
Informant 2	26.02.19	01:15:00	Sykehus 1	Mellomleder	Avdelingsledelse
Informant 3	28.02.19	00:55:30	Sykehus 2	Leder	Avdelingsledelse
Informant 4	28.02.19	01:10:00	Sykehus 2	Ortoped	Operativ kjerne
Informant 5	01.03.19	01:30:00	Sykehus 2	Ortoped	Operativ kjerne
Informant 6	07.03.29	01:20:00	Sykehus 3	Mellomleder	Avdelingsledelse

Det ble under samtlige intervjuer gjort lydopptak som er transkribert ordrett. De transkriberte intervjuene dannet videre hovedgrunnlaget for dataanalysen.

3.5 Dataanalyse

Kvalitativ dataanalyse innebærer vanligvis å fortolke meningsinnholdet i nedskrevne materialer (dokumenter) og prosessen er den samme for analyse av primær- og sekundærdata (Johannessen m.fl., 2011). Generelt tar analyseprosessen utgangspunkt i reduksjon og kategorisering av datamaterialet før en deretter fortolker og trekker teoretiske slutninger (Bryman & Bell, 2015; Johannessen m.fl., 2011).

Vi er inspirert av det Jacobsen (2005) kaller innholdsanalyse, som innebærer at meningsinnholdet i det noen sier kan brytes ned i distinkte kategorier, og man antar vanligvis at hver kategori er et eget fenomen. Ifølge Jacobsen (2005) er det viktig at kategoriene er induktive av natur og reflekterer mønstre eller fenomener i den underliggende dataen. Første steg er å definere kategorier, og det eneste kravet som stilles til en kategori er at den gjør seg gjeldende for minst to analyseenheter (Jacobsen, 2005). En kategori kan videre bestå av underkategorier som naturlig faller inn under disse. Det kan trekkes slutninger mellom kategorier, på bakgrunn av hvordan kategorien forholder seg i en gitt kontekst, eller hvordan en kategori varierer på tvers av analyseenheter (Jacobsen, 2005). Gjennom analysen kan nye kategorier vokse fram og bli styrende for videre datainnsamling eller analyse, slik at analyse og datainnsamling kan foregå som en iterativ prosess (Bryman & Bell, 2015).

Dokumentstudier var en del av bakgrunnsinformasjonen i utarbeidelsen av intervjuguiden og følgelig startet analyseprosessen på daværende tidspunkt. Vi analyserte offentlig tilgjengelige dokumenter produsert av UNN som omhandlet klinikkstrukturen og hvordan helseforetaket blir styrt ovenfra. Dette guidet oss videre i retning av relevant teori og ble følgelig styrende for temaene i intervjuguiden.

Analysen av våre empiriske funn startet med å kode de transkriberte intervjuene ved hjelp av dataprogrammet NVivo. Innledningsvis tok vi utgangspunkt i temaer fra intervjuguiden, men kategoriene endret seg i det nye kategorier vokste frem fra datamaterialet. Til sammen utgjorde dette 12 kategorier. Ifølge Jacobsen (2005) er kategorier et effektivt virkemiddel for å kunne si at noen typer data ligner, omhandler samme tema eller at noen typer data skiller seg fra hverandre. Enkelte av styringsutfordringene gikk på tvers av flere kategorier slik at disse ble videre raffinert til 5 distinkte kategorier som vi også finner igjen i teorien. Dermed

innfrir vi kravet om at kategoriene gjør seg gjeldende på tvers av analyseenheter. NVivo har gitt oss oversikt over hvordan ulike informanter forholder seg til de ulike kategoriene, samt hvordan enkelte kategorier forholder seg til hverandre. Vi har analysert variasjon på individnivå, mellom profesjoner, mellom ulike posisjoner i hierarkiet og mellom geografisk lokasjon.

Ord kan analyseres ordrett eller fortolkende (Johannessen m.fl., 2011). Ved ordrett analyse ser forskeren teksten som et analyseobjekt i seg selv og gir mulighet for å sette ulike meninger opp mot hverandre, mens en gjennom fortolkende analyse søker å forstå hvordan informanten tolker og forstår det forskeren studerer (Johannessen m.fl., 2011). Vi har analysert våre intervjudata ordrett. På tross av at teksten er analysert ordrett forekommer det fortolkning i det vi sammenligner kategorier med hverandre og mot teori, og en av styrkene med ordrett analyse er at andre forskere kan avgjøre i hvilken grad dataene gir grunnlag for disse fortolkningene (Jacobsen, 2005). Gjennom en prosess med gjennomlesning og tilbakemeldinger fra veileder har vi fått tilbakemeldinger som har vært med på å sikre best mulig samsvar mellom fortolkninger og empiri.

3.6 Studiens kvalitet

I tidligere delkapitler har vi vist at problemstilling, forskningsdesign og metode følger av vitenskapsteoretisk ståsted, og i dette delkapittelet vil vi vise hvordan studiens kvalitet også knytter seg til denne sammenhengen. For å bedømme en studies kvalitet er det ifølge Lincoln og Guba (1985) fire grunnleggende spørsmål som må besvares, og hvert spørsmål har sitt respektive kvalitetskriterium.

3.6.1 Spørsmålet om sannhetsverdi og studiens troverdighet

Det første spørsmålet er ifølge Lincoln og Guba (1985) hvordan å forsikre leseren om at studiens funn er et produkt av informantene og konteksten som er undersøkt. Tradisjonelt er kvalitetskriteriet intern validitet benyttet til å besvare spørsmålet om undersøkelsens sannhetsverdi, men da intern validitet omhandler kausalitet og troen på én objektiv virkelighet er det ikke forenlig med hermeneutisk forskning (Lincoln & Guba, 1985). Lincoln og Guba (1985) argumenterer for at en heller bør vurdere sannhetsverdien ut fra hvor godt man har representert informantenes konstruksjoner av virkeligheten, og kaller dette kvalitetskriteriet troverdighet. Studiens troverdighet kan imøtekommes gjennom triangulering, respondentvalidering, samt å tilbringe tid i felten (Lincoln & Guba, 1985).

I følge Lincoln og Guba (1985) omhandler triangulering innhenting data fra ulike kilder, gjennom bruk av ulike metoder, samt gjennom ulike forskere. Disse teknikkene omtales også som datatriangulering, metodetriangulering og forskertriangulering. Formålet med triangulering er å fjerne unøyaktigheter og feil fra datamaterialet (Bryman & Bell, 2015; Lincoln & Guba, 1985). Vi har i vår studie innhentet data gjennom intervju med seks ulike informanter, vi har benyttet både intervjuer og dokumentstudier, samt at vi igjennom hele forskningsprosessen har vært to forskere.

Respondentvalidering er ifølge Lincoln og Guba (1985) det viktigste grepet en forsker kan gjøre for å demonstrere studiens troverdighet, fordi dette er den eneste måten forskeren kan demonstrere en tilfredsstillende rekonstruksjon av informantenes fortolkninger. Informantene bør gis mulighet til å korrigere sine uttalelser, påpeke eventuelle feilfortolkninger, og mulighet til å komme med ny informasjon slik at en dermed sikrer samsvar mellom forskerens funn og informantenes forståelse (Bryman & Bell, 2015; Lincoln & Guba, 1985). Når informanten validerer datamaterialet og analysen sikres den helhetlige troverdigheten (Bryman & Bell, 2015; Lincoln & Guba, 1985). Respondentvalidering er dog ikke uten utfordringer. Mulige ulemper med respondentvalidering er selvsensur i tilfeller hvor informanten har uttalt seg kritisk (Bryman & Bell, 2015), samt at informanten kan være uegnet til å validere analysen som følge av at teori og/eller fenomen ikke er kjent for informanten (Bryman & Bell, 2015; Jacobsen, 2005). Vi har gjennom vår studie tatt opp alle intervjuer og transkribert disse ordrett. Transkripsjon er oversendt alle informanter og de er gitt mulighet til å korrigere datamaterialet. Av seks informanter valgte én å korrigere og å komme med ny informasjon.

Videre sikres troverdighet gjennom å tilbringe tid i felten, samt gjennom grundig observasjon (Lincoln & Guba, 1985). Dermed forsikrer forskeren at flere sider kommer til syne, og gir dermed et mest mulig rettmessig bilde av fenomenet (Lincoln & Guba, 1985). Dette for å forhindre at forskningen trekker forhastede konklusjoner basert på mangelfulle observasjoner, samt at mer forståelse av fenomenet over tid vil styrke dataene (Jacobsen, 2005). Vi har gjennom gjentatte intervjuer opplevd at økt forståelse av fenomenet har gjort oss bedre i stand til å stille relevante spørsmål. Vi har også opplevd at nye synspunkt har kommet frem og at vi har fulgt opp disse i videre intervjuer.

3.6.2 Spørsmålet om anvendbarhet og funnenes overførbarhet

Det andre spørsmålet som gjør seg gjeldende er hvor vidt funn og konklusjoner fra en studie gjør seg gjeldende i andre kontekster med andre informanter, og er tradisjonelt blitt besvart gjennom kvalitetskriteriet ekstern validitet (Lincoln & Guba, 1985). Dette kriteriet bygger også på antagelser som ikke er forenlig med et fortolkende paradigme, nemlig troen på universell kunnskap (Lincoln & Guba, 1985). Forskere under et fortolkende paradigme foretrekker å snakke om studiens overførbarhet da de er under overbevisningen om at fenomener i utgangspunktet er kontekstspesifikke, men at man kan avgjøre empirisk hvor vidt det også finnes andre tilfeller hvor samme fenomen gjør seg gjeldende (Lincoln & Guba, 1985). Dette krever dog en nøye sammenligning av de ulike kontekstene og det vil være opp til en eventuell leser å bedømme studiens overførbarhet (Bryman & Bell, 2015; Lincoln & Guba, 1985). Forskeren sikrer gjennom en rik beskrivelse av tid og kontekst at leseren gis et godt grunnlag for å bedømme studiens overførbarhet (Bryman & Bell, 2015; Lincoln & Guba, 1985). Ifølge Jacobsen (2005) kan lignende funn i andre kontekster også styrke et fenomens overførbarhet ved at det da kan hevdes å være et mer generelt fenomen. Vi har i vår studie gjort grundig rede for både tidspunkt og kontekst, samt at mange av våre funn bærer preg av å være mer generelle fenomener ved at våre funn i stor grad sammenfaller med tidligere forskning.

3.6.3 Spørsmålet om konsistens og forskningens pålitelighet

Det tredje spørsmålet forskeren må stille seg er hvordan avgjøre om gjentatte undersøkelser i en lignende kontekst vil reprodusere tilnærmet like resultater (Lincoln & Guba, 1985), og er tradisjonelt besvart gjennom kriteriet reliabilitet som omhandler konsistens og stabilitet. Her foreslår Lincoln og Guba (1985) kvalitetskriteriet pålitelighet som mer passende for hermeneutisk forskning, da det innenfor dette paradigmet ikke gir mening å replisere nøyaktig det samme øyeblikket. Nettopp fordi en forventer at et fenomen vil være i stadig endring imøtekommer man pålitelighet gjennom å beskrive alle endringer i design og fenomen, samt hvordan forskeren kan antas å ha påvirket resultatene (Johannessen m.fl., 2011; Lincoln & Guba, 1985). Dermed kan en skille mellom hvilke endringer som skyldes endring i selve fenomenet og hva som skyldes eventuelle unøyaktigheter fra forskerens side (Lincoln & Guba, 1985). Forskeren kan imøtekomme dette kriteriet gjennom triangulering og en revisjonsprosess som innebærer at en annen forsker ettergår og reviderer forskningen (Lincoln

& Guba, 1985). Som tidligere nevnt har vi benyttet oss av triangulering, samt at vi har gjort rede for de endringer som er skjedd underveis.

3.6.4 Spørsmålet om forskningens nøytralitet og funnenes bekreftbarhet

Det fjerde og siste spørsmålet som gjør seg gjeldende er hvordan avgjøre hvor vidt studiens funn og konklusjon er upåvirket av forskeren (Lincoln & Guba, 1985). Spørsmål vedrørende forskerens nøytralitet og verdifrihet er tradisjonelt besvart gjennom kriteriet objektivitet, og konklusjoner under en slik definisjon antas å være objektive dersom et flertall forskere er enige i dette (Lincoln & Guba, 1985). Dette er ifølge Lincoln og Guba (1985) en positivistisk tilnærming til objektivitet, og en forsker under et fortolkende paradigme foretrekker å snakke om dataens objektivitet fremfor forskerens (Lincoln & Guba, 1985). Dermed foreslås kriteriet bekreftbarhet, og dersom dataene gir en korrekt gjengivelse av fenomenet kan dataene sies å være bekreftbare (Bryman & Bell, 2015; Lincoln & Guba, 1985). Vi har i vår studie benyttet lydopptak som er transkribert ordrett, og som kan bekreftes av informantene. Gjennom transparens vedrørende motstridende funn og alternative forklaringer som forskeren har eller ikke har fulgt opp kan bekreftbarheten styrkes ytterligere (Lincoln & Guba, 1985).

3.7 Forskningsetiske avveininger

Etiske problemstillinger reiser seg i det forskningen berører mennesker, både direkte gjennom datainnhenting, men også indirekte gjennom at kunnskapen som frembringes kan forandre måten mennesker oppfatter seg selv (Johannessen m.fl., 2011).

Ifølge Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2016, Kapittel A, paragraf 4) må forskeren «*[...] forsikre seg om at forskningen ikke bryter med lover og regler eller utgjør en risiko for mennesker, samfunn og natur [...]*». Vi har forsikret oss om at vår forskning ikke bryter med lover og regler ved at vi har sendt inn meldeskjema med prosjektbeskrivelse til NSD, og har fått bekreftet den 08.01.2019 at vår studie er i samsvar med personvernlovgivningen.

Vår forskning berører ikke natur, men vi har reflektert over hvordan vår forskning kan berøre mennesker og samfunn. Forskningsetiske retningslinjer påpeker forskerens hensyn til informantenes autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse (Johannessen m.fl., 2011; NESH, 2016). Det trekkes frem at forskeren må være aktsom i tilfeller hvor informantene bistår ved å la seg bli intervjuet, og når de kan gjenkjennes, enten direkte eller indirekte

(NESH, 2016). For å ivareta hensynet til autonomi og medbestemmelse har vi utarbeidet et informert samtykkeskjema hvor det gjøres rede for hva det innebærer å delta i vår studie, og hvor det opplyses om at deltagelse er frivillig. Dermed tar vi hensyn til ansvaret om å informere samt å innhente samtykke (NESH, 2016). Det fremkommer av skjema at deltagere fritt og ubegrunnet kan trekke sitt samtykke, samt at deres identitet vil anonymiseres så langt det lar seg gjøre. Vi tar hensyn til kravet om konfidensialitet (NESH, 2016) ved å slette lydopptak etter at intervjuer er transkribert, og ved at informantene i det videre omtales som informant 1-6.

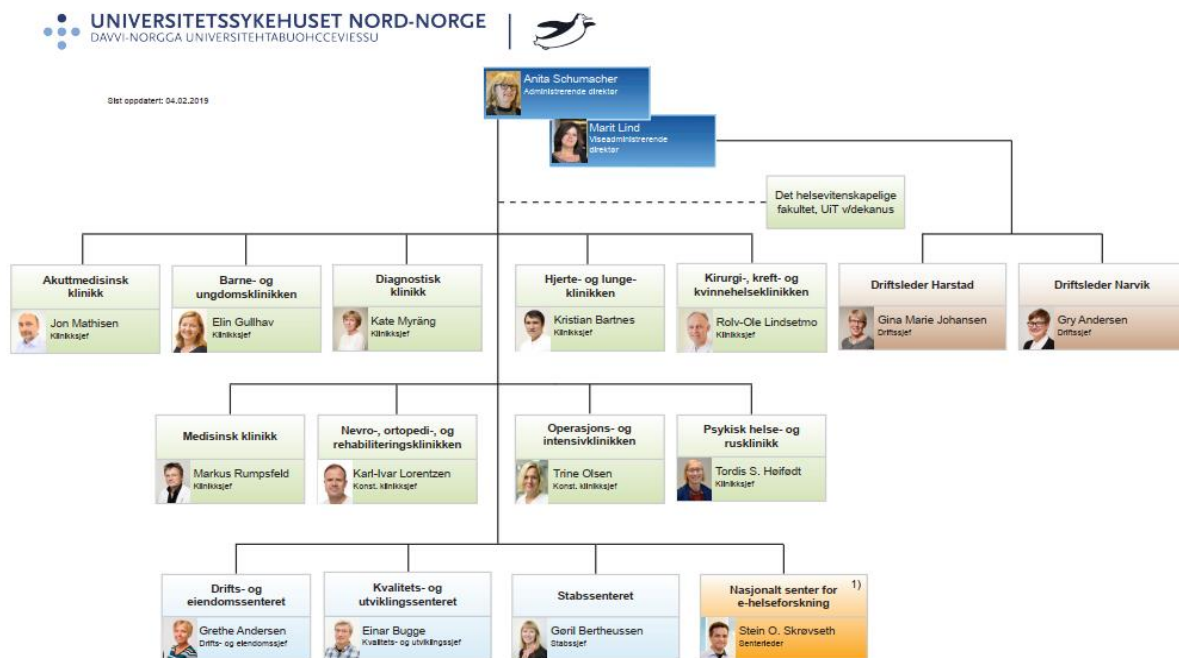
Gjennom forskningsprosessen har vi vært opptatt av å opptre aktsomt ovenfor informanter. Vi har informert dem om at vi ikke på noe tidspunkt ønsker å utsette de for risiko eller i et dårlig lys, og at det er opp til informanten selv å velge hva han eller hun vil svare på. I tillegg har vi gitt samtlige anledning til å korrigere sine utsagn i ettertid. Vår vurdering er dermed at vår studie ivaretar hensynet til menneskeverd, integritet og frihet (NESH, 2016).

De forskningsetiske retningslinjene for humaniora og samfunnsvitenskap trekker også frem redelighet i flere sammenhenger (NESH, 2016). Vi har vært opptatt av å forholde oss nøytral i forskningen og utvise redelighet i forhold til dokumentasjon og argumentasjon (NESH, 2016). Dette innebærer blant at data ikke tas ut av sammenheng og/eller rapporteres selektivt, men at vi er åpne og redelige i vår argumentasjon. Et annet punkt er redelighet ovenfor andre forskere. Vi er i denne forbindelse svært opptatt av å være redelig på kildehenvisning, slik at vi hele tiden refererer mens vi skriver.

4 Casebeskrivelse

Denne studien tar for seg en avdeling som er en del av en tverrgående klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). UNN eies av Helse Nord RHF og bygger på verdiene *respekt, kvalitet, trygghet og omsorg* som skal bidra til å underbygge visjonen: «*Det er resultatene for pasienten som teller – vi gir den beste behandlingen!*» (UNN, 2017, s. 7).

I 2008 ble sykehusene i Harstad og Narvik slått sammen med Universitetssykehuset Nord-Norge, og det ble innført en klinikkmodell. Frem til 2008 bestod UNN av en flat struktur med 56 avdelinger (UNN, 2017). Klinikkmodellen innebærer at alle medisinske disipliner, funksjoner og fagmiljø organiseres i enheter med avklart ansvarsområde. En klinikk har som formål å sikre ansvarsområde i en klar kommandolinje fra enhetsnivå til sykehusledelsen, og hvor hver avdeling har resultatansvar for sine fagområder (UNN, 2017). UNN består i dag av 9 klinikker og 4 sentra.



Figur 4 - Organisasjonskart UNN (2019)

UNN strekker seg over store geografiske avstander med sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Svalbard. Videre er det virksomhet for Psykisk helse- og rusklinikk på lokasjonene Åsgård, Silsand, Sjøvegan, Storslett, Storsteinnes, Håvik og Harstad. Samt to distriktsmedisinske senter på Finnsnes og Storslett.

Det er i alt 5 hierarkiske nivå under styret i den formelle hierarkiske organiseringen av helseforetaket. Enhetsnivå vil variere ut fra hva som er hensiktsmessig for den enkelte seksjon i form av videre spesialisering og behov (UNN, 2017).



Figur 5 - Hierarkisk oppbygning (UNN, 2017)

Dette innebærer at det teller 5 ledernivå i linjen: Direktøren, klinikksjef, avdelingsleder, seksjonssjef og eventuelt enhetsleder. Alle enhetene på laveste nivå skal ha lokal stedlig ledelse der de ansatte skal vite hvem deres nærmeste leder er (UNN, 2017).

Vi studerer ortopedisk avdeling som inngår i den tverrgående NOR-klinikken og befinner seg på lokasjonene Tromsø, Harstad og Narvik. Klinikksjef og avdelingsleder for NOR-klinikken er lokalisert i Tromsø. Ortopedisk avdeling sin hovedoppgave er å utrede og behandle pasienter innen ortopedi og håndkirurgi, samt å ivareta utdanningsansvar for leger under utdanning innen ortopedisk- og håndkirurgiske fagfelt. I tillegg er pasientopplæring, undervisning, forskning og deltakelse i regionale, nasjonale og internasjonale nettverk en del av virksomheten (UNN, u. å.).

Avdelingen er delt opp i underliggende seksjoner. I Tromsø ligger seksjonene Medisinsk kontortjeneste, Dag/døgn og seksjon for leger. Under Dag/døgn ligger enhetene Døgnbehandling (sengepost) med 25 senger og Ortopedi/håndkirurgisk poliklinikk som tar imot pasienter med behov for vurdering/behandling av ortoped, håndkirurg eller plastikkirurg (UNN, u. å.). Harstad består av én seksjon med den underliggende enheten ortopedisk sengepost. I tillegg til dette drifter seksjonen poliklinikk, som formelt eies av Kirurgi-, Kreft-, og Kvinnehelseklinikken (K3K). Narvik består fra mars 2019 av den nyopprettede seksjonen ortopedisk/kirurgisk sengepost hvor det på intervju tidspunktet var tre ansatte, men den endelige organiseringen er på skrivende tidspunkt ikke satt. Det er også pågående samtaler om hvor vidt Narvik sykehus som helhet skal bli en egen avdeling.

For å synliggjøre størrelsesforskjellen mellom de ulike lokasjonene vises det til antall ansatte, budsjett og antall behandlede pasienter for hver lokasjon. De faste årsverkene innbefatter leger, administrative ansatte og ledere.

Tabell 2 - Sammenligning av nøkkeltall for de tre lokasjonene. (* i Tromsø er det 10 overleger og 12 leger i spesialisering)

Lokasjon	Antall fast ansatte (ant. ortopeder)	Budsjett 2018	Antall behandlede pasienter 2018
Tromsø	125 (22*)	Kr 94 300 000	14 449
Harstad	9 (6)	Kr 19 700 000	7302
Narvik	3 (2)	Kr 3 300 000	4623

Innad i NOR-klinikken er det klare vertikale kommandolinjer fra klinikkledelsen ned til den operative kjernen på de ulike lokasjonene. Den overordnede møtearenaen er klinikklederteamet hvor klinikkledelsen møtes. Her deltar klinikkleder, de ulike avdelingslederne og klinikkrådgivere. Neste nivå er avdelingslederteamet som består av avdelingsleder og de ulike seksjonslederne. Det er i dette teamet lederne blant våre informanter befinner seg. På de ulike lokasjonene foregår planlegging og koordinering av daglige aktiviteter og evaluering av gårdsdagen på morgenmøter med seksjonsleder og klinikerne. På denne måten skal informasjon flyte mellom de hierarkiske nivåene og sikre koordinering av aktiviteter i klinikk, avdeling og seksjon på den enkelte lokasjon.

5 Presentasjon av empiri

I dette kapittelet presenteres de empiriske funnene fra vår studie.

5.1 Styringsutfordringer knyttet til budsjettet som styringsverktøy

Det fremkommer at budsjettet er det sentrale styringsverktøyet i ortopedisk avdeling. Informant 2 forteller: «*Det [budsjettet] er jo helt klart vårt styringsverktøy. Vi kan ikke planlegge så mye uten å ha det i bakhodet tenker jeg*». Budsjettet tilfaller administrative ledere og bygger på historiske tall, ventelister og befolkningens behov. Dette fremkommer gjennom sitat av informant 3: «*[...] historiske plantall. Og så tar man utgangspunkt i ventelister. Blitt flinkere og flinkere til det. Og så tar man utgangspunkt i befolkningen sitt behov, og prøver å se på det*». Budsjettet tilhører NOR-klinikken og utarbeides i klinikkledelsen. Våre funn viser at flere styringsutfordringer kan knyttes til budsjettet.

5.1.1 Manglende innflytelse og minusbudsjetter

5 av 6 informanter opplever å ikke ha noen reell innflytelse på utarbeidelse av budsjettet. Informantene med administrativt ansvar gir uttrykk for at budsjettet er noe de får presentert og dermed må forholde seg til. Som informant 3 svarer på spørsmål om en involveres i utarbeidelsen: «*Det har vi ikke noe med. Vi får et budsjett presentert og det er det vi skal forholde oss til*».

Klinikerne har ikke budsjettansvar, men skal ifølge lovverket involveres gjennom fagforeningene. Ifølge en av våre informanter skjer dette i så knapp tid før budsjettvedtaket skal fattes at medlemmene ikke klarer å mobilisere tidsnok. Informant 5 forteller at involveringen fremstår som en skinnprosess:

Jeg føler jo at dem i stor grad kjører drøftingen som nærmest en skinnprosess, og at ting egentlig er avgjort og at de har de møtene fordi at det står i lovverket at man må ha dem, og så blir det på en måte referatført at vi har innvendinger og at vi mener at de kuttene er lite fornuftig og kommer tilbake og biter oss i ræva. Men man blir jo ikke hørt.

Ortopedisk avdeling ser ut til å preges av gjentakende underskudd i de første månedene av året gjennom en årrekke. Informant 3 kan fortelle at økonomistyringen dermed handler om brannslukking: «*Det er utrolig vanskelig å komme å si hva man bruker budsjettet til nå når man er sånn på skeiva at man har 9 millioner i underskudd. Da sier det seg selv at det bare*

handler om brannslukking, at det ikke skal bli verre». Dette bekreftes også av informant 6, som kan fortelle at budsjettet de får servert ikke samsvarer med det faktiske ressursbehovet, og at handlingsrommet dermed er meget begrenset: «Nei, du får jo tredd et budsjett over hodet som ikke er brukenes i utgangspunktet, fordi det er negativt. Det er minus i utgangspunktet, så du er på hælene hele tida».

I NOR-klinikken er det en 50/50 fordeling mellom fast finansieringsramme og innsatsstyrt finansiering (ISF). Ifølge våre informanter er det en rekke styringsutfordringer som kan knyttes til dette.

5.1.2 Styringsutfordringer som følge av DRG og ISF

Vi var interesserte i å vite hvilke konsekvenser DRG-poeng og innsatsstyrt finansiering har for økonomistyringen innad i ortopedisk avdeling. Vi stilte derfor spørsmål om hvilke konsekvenser dette systemet har for planlegging av aktiviteter, og i hvilken grad informantene opplever at DRG-poeng viser et rettmessig bilde av ressursbruken.

Alle informanter gir uttrykk for at det er en kobling mellom DRG-systemet og aktivitetene i avdelingen. Hvorvidt informantene opplever at DRG-poeng påvirker prioriteringer innad i ortopedisk avdeling er det dog uenighet om. To av informantene opplever ikke at DRG-poeng har noen innvirkning på aktivitetsnivå eller prioriteringer. Dette kommer til uttrykk ved at informant 2 uttaler følgende: «Nei, egentlig ikke. Vi er jo ganske sånn satt i forhold til hva vi skal gjøre». Informant 6 er dog av motsatt oppfatning og mener at DRG-poeng fører til prioritering av lønnsomme pasienter på bekostning av mindre lønnsomme: «[...] utfordringen er vel litt det at man prioriterer de som man tjener masse penger på, og så blir de andre.. stiller lengre bak i køen».

Selv om informantene er delte i synet på om DRG-poeng påvirker faktiske prioriteringer gir mange allikevel inntrykk av at DRG-poeng til en viss grad retter fokuset mot aktiviteter som er lønnsomme for avdelingen, og bidrar dermed til et ønske om å prioritere disse. Informant 4 sier: «Ja, absolutt.. Protesekirurgien er det som skal gjøre inntjening til ortopedisk avdeling. Det er det som gir penger i kassen. Det er vi alle klar over». Informant 5 legger til at utover DRG-poeng så er også medisinsk behov og utdanningsbehov viktige drivere for prioritering av aktiviteter:

Det [DRG-poeng] gjør jo at vi prøver å prioritere inn protesekirurgi, men det er jo også av hensyn til utdanningen da. Så det er jo også opp mot oppdraget opp mot

befolkningen, så er jo det ganske stor del av operasjonsvolumet vårt, det er jo protesekirurgi.

På grunn av knappe operasjonsressurser, ventelister og behov for øyeblikkelig hjelp har man et begrenset handlingsrom til å prioritere lønnsomme DRG-koder. Informant 4 forteller: «Vi skulle gjerne operert mange flere, fordi vi vet at det er lekkasje, men det har med den kapasiteten vi har tildelt». Informant 6 forteller at ventelister må prioriteres: «Samtidig så ser vi at vi er nødt til å prioritere ventelistene våre». Videre legger informant 4 til at øyeblikkelig hjelp også medfører begrensninger: «Faren er jo når det kommer øyeblikkelig hjelp, brudd som kommer inn, for å få det gjort så må man kanskje stryke de planlagte operasjonene og gjøre det i stedet». Informant 4 forteller at øyeblikkelig hjelp medfører inntektstap grunnet strykning (avlysning av planlagt operasjon), og det er derfor ønskelig å flytte elektiv kirurgi til en ekstern lokasjon for å beskytte denne mot strykning:

[...] jobbet hardt for å få elektive enhet, planlagt operasjonskapasitet utenfor sykehuset her. Og jobbet med flere lokasjoner her i byen for å få et dagsykehus, der man opererte protese pasienter veldig beskyttet fra.. Kirurgen dro dit og opererte der på dagtid. Da kunne man beskytte virksomheten mye mer for å unngå at pasientene blir strøket. Men det som skjer nå er at sårne pasienter blir strøket til fordel for akutt kirurgi og så er det direkte inntektstap.

Selv om det er et ønske om å prioritere lønnsomme inngrep er samtlige av informantene klar på at DRG-poeng ikke er styrende i enkeltsaker, men at prioriteringer i hvert tilfelle bygger på faglig skjønn. Dette kom til uttrykk da informant 5 sa: «Det vil jo være helt uetisk å prioritere utfra DRG-satser [...] det er alltid medisinsk prioritering som ligger til grunn».

Videre var vi interesserte i å vite om informantene opplever at DRG-poeng gir et rettmessig bilde av ressursbehovet, og i neste instans medfører at budsjettet bygger på realistiske forutsetninger. Alle informantene gav uttrykk for at de ikke opplever at DRG-satsen står i forhold til den reelle ressursbruken. Informant 4 uttaler: «Vi føler jo ikke det, det står jo ikke i samsvar. Det jeg føler med ISF er at det er veldig vanskelig å få systemet til å samstemmes med virkeligheten. Hele tiden må vi jukse litt med tall». Informant 5 opplever at økt bruk av en DRG-kode kun medfører at satsen nedjusteres påfølgende år, og at satsene dermed er misvisende:

Det er et nullsystem sånn at det kan være lønnsomt ett år å operere, kan plutselig neste år ikke være like lønnsomt. Og ting som er veldig dyrt og krevende kan det være

dårlig sats på, og operasjoner som er rimelige å gjennomføre kan det være veldig høy sats på. Vi føler nok at det systemet ikke helt står i stil med innsatsen, det står ikke alltid i sammenheng med hvor mye energi en legger inn i de.

En annen utfordring som informantene trekker frem er nødvendigheten av å kode tilleggsdiagnoser for å øke sin inntjening. Klinikere gir uttrykk for å ha begrenset interesse for dette, og forteller at klinikken har egne rådgivere som har det overordna ansvaret for kodingen. Det kan for klinikere føles som om kodene ikke alltid samsvarer med de medisinske forholdene, og har betenkeligheter med denne praksisen. Informant 5 sier:

De [DRG-konsulentene] sender noen beskjeder innimellom om at «oi, vi har sett på den epikrisen her, her burde du ha kodet sånn og sånn i stedet, da får vi mer penger inn». [...] men det er som jeg sier, vi må kode ut fra hva som er medisinske forhold. Jeg vet der er sykehus som har kodet utfra hva som gir god betaling.

Videre fremhever våre informanter at man ikke har noen incentiver til å gå i budsjettbalanse.

5.1.3 Manglende incentiver til budsjettbalanse

Det fremkommer at stadige budsjettunderskudd medfører krav om utarbeidelse av innsparingstiltak, men tiltakene ser tilsynelatende ikke ut til å få fotfeste i avdelingen. Flere informanter trekker frem at det ikke finnes noen incentiver til å gå i balanse. Informant 3 sier i forbindelse med tiltakene: «Vi lager tiltak, leverer tiltak, men det skjer ikke noe mer». Tiltakene innebærer innkjøpsstopp, kursstopp og reisestopp, samt at det kan kuttes på bemanningen. Informant 4 forteller:

Det som ofte gjøres er at en får reduksjon i reising og kurs, det virker som at det er ett av de vanligste tiltakene, at man ikke får handlet inn noe utstyr utover det som er nødvendig til daglig pleie og operasjon. Og så går det jo å kutte lønnskostnader som betyr å si opp stillinger.

Informanten 3 forteller videre at budsjettoverskridelser ikke gir noen konsekvenser: «ja hva skjer når jeg ikke følger budsjettet? Nei, det skjer ingenting» og legger samtidig til: «[...] en annen plass så hadde du ikke fått lov til å sitte sånn mer hvis du hadde 9 millioner i underskudd 3 år på råd». Informant 3 har aldri opplevd å gå i pluss, og er av den oppfatning at eventuelle overskudd vil gå til å dekke andre avdelingens underskudd: «Det hadde gått for å dekke underskuddet på de andre avdelingene i klinikken». Dette synet deles også av klinikerne, og informant 4 forteller: «Vi får ikke noe igjen for å gå i pluss. Man føler i hvert

fall ikke det og dermed har man ikke noe godt incentiv for å gå i pluss heller [...] klarer vi å operere så mye at vi får overskudd, så går det til å dekke underskudd på nevrologen og biologiske legemidler og revma». Informanten forteller videre at det som følge av dette heller ikke er noe incentiv til å medvirke til innsparinger fordi det ikke gagnar avdelingen: «Uansett hvor mye man sparer, så ser man ikke noe til de pengene. [...] Det nytter ikke for meg å spare på plaster her, det har jo ikke noe konsekvens. De sparte pengene ser du jo ikke. Det gir jo ikke noe til avdelingen».

Når pasientbehandlingen foregår på tvers av klinikker opplever man styringsutfordringer fordi budsjettene følger de vertikale linjene.

5.1.4 Budsjetter som ikke er tilpasset avhengighet mellom klinikker

Samtlige av informantene forteller at de er avhengige av ressurser tilhørende andre klinikker, og at det dermed er utfordrende når budsjettet ikke tar tilstrekkelig hensyn til dette. Informant 5 forteller om dårlig integrering mellom klinikkens budsjetter og at dette medfører uheldige konsekvenser for utdanning og den overordnede økonomien for hele sykehuset når en av klinikkene må gjøre innsparinger:

[...] Jeg syntes det [budsjettet] begrenser oss veldig og jeg syntes på en måte for liten grad klarer å se på konsekvensene på tvers av klinikker. For eksempel når operasjonsklinikken må spare så himla inn, så gir det kjempekonsekvenser for oss [...] Det går utover pasientene våre og det går utover utdanningen og det går utover økonomien til sykehuset vårt.

I tillegg til manglende integrasjon opplever man at kliniske grenser kompliserer kostnadsbildet og oversikten. Hvor vidt kostnader har opphav i egen eller andre avdelinger er uoversiktlig og kan forklares med en kompleks organisasjonsstruktur hvor pasienter undersøkes på én lokasjon, for deretter å opereres på en annen. Informant 4 forteller at:

Det er jo kjempevanskelig å vite det med kostnader, hvordan det der fungerer. Det er jo ingen av oss som.. veldig få av oss som forstår det fordi pasienten sees på her, noen sendes til Narvik og opereres der og noen sendes til Aleris og opereres privat på en avtale som Helse Nord har.

5.1.5 Oppsummering av styringsutfordringer knyttet til budsjettet

Budsjettet er det sentrale styringsverktøyet i ortopedisk avdeling og skaper flere styringsutfordringer. For det første har ikke avdelingen innvirkning på budsjetteringen, men må forholde seg til et budsjett de får servert, og våre informanter opplever at dette ikke står i samsvar med ressursbehovet. Som følge av underskudd må beslutninger som ansettelse og innkjøp løftes opp på klinikknivå. For det andre opplever våre informanter at DRG-poengene ikke står i samsvar med den reelle ressursbruken og at inntekten dermed blir feil. For det tredje oppstår styringsutfordringer fordi verken ledelse eller klinikere har incentiver til å medvirke til innsparing eller mer effektiv bruk av ressurser. Den femte og mest fremtredende styringsutfordringen knytter seg til at budsjettet ikke tar hensyn til avhengighet av andre klinikker. Det er ingen kobling mellom budsjettet til ortopedisk avdeling og anestesioverasjons- og intensivklinikken (ANOPIN) som leverer operasjonskapasiteten, og dermed vil økt inntekt som følge av DRG-produksjon innad i ortopedisk medføre kostnadsøkninger i ANOPIN. Konsekvensen av dette er at ortopedisk avdeling påføres kapasitetsbegrensninger som følge av at budsjettet til ANOPIN sprekker.

5.2 Styringsutfordringer som tilskrives klinikkstrukturen

Flere styringsutfordringer tilskrives klinikkstrukturen, som ble innført for å skape bedre oversikt og styring for ledelsen. Før strukturen ble implementert bestod UNN av om lag 50 avdelinger med tilhørende ledere som rapporterte direkte til sykehusledelsen. Informant 5 forteller: *«[...] jeg tror at de har valgt denne klinikkmodellen fordi at det for en direktør er vanskelig å skulle forholde seg til 50 avdelinger, eller hvor mange avdelinger det nå er.. det blir nok veldig uoversiktlig da. Og dermed har man behov for å ha noen imellom»*. Etter denne omorganiseringen er tidligere autonome avdelinger slått sammen til felles klinikker, som nå deler ledelse og ressurser. Informantene beskriver fordeler og ulemper ved dette. Informant 4 trekker fram at avdelingen nå har tilgang til kompetanse på andre lokasjoner: *«Mulighetene er jo at vi.. at du har nyttig kompetanse også andre plasser i helseforetak i nord»*. Informant 3 opplever at klinikkstrukturen gjør det lettere å være leder når vanskelige beslutninger skal tas, fordi beslutningene blir mer slagkraftige når de fattes på klinikknivå. Dette fordi de er tatt i et større fora, og fordi lederen opplever å få støtte fra ledelsen høyere opp. Det forutsetter dog et godt samarbeid innad i klinikkledelsen, noe informantene opplever er tilfellet på nåværende tidspunkt:

Jeg synes at når man sitter som [i en lederstilling], så er klinikkstrukturen veldig grei å ha, hvis man greier å få til et godt samarbeid [...] i hvert fall når det har vært økonomisk vanskelig, så er det ofte at man i klinikkledelsen kan bli enige om at nå kjører vi på denne måten. Så har man liksom støtte i ryggen, for det er ikke enkelt å gå ut og si at nå må vi legge en legestilling ledig, eller nå får dere ikke reise på kurs [...] felles beslutninger som blir forankret der, som gjør det enklere for oss som ledere.

Etter at de tre sykehusene fusjonerte ble klinikkstrukturen tverrgående, noe som innebærer at avdelinger ledes over distanse. Våre informanter kaller dette «fjernledelse», og beskriver det som en kilde til en rekke styringsutfordringer.

5.2.1 Fjernledelse

Som en konsekvens av at klinikkmodellen er innført, så medførte det store avstander mellom ledelsen sentralt på sykehus 2 og de mindre lokasjonene. Ledelsen opplever fjernledelse som utfordrende, da de ikke kommer tett nok på de lokale utfordringene. Det er mye som skal koordineres og følges opp, og øverste leder føler det er vanskelig å følge lokalsykehusene tett nok og få en forståelse av de lokale utfordringene de står ovenfor. Informant 3 uttaler:

Man får ikke den daglige kontakten og det er ikke så lett å få til et godt samarbeid og felles forståelse. Felles kultur og hvordan man skal gjøre ting. Det er jo da fjernledelsen innad i avdelingen. [...] Du klarer ikke å være så tett på. Selv om man har jevnlig møter så opplever i alle fall jeg, og jeg skjønner godt dem lederne som også er der, det at man klarer ikke å bli helt tett på drifta i Harstad og Narvik. Klarer kanskje ikke helt å forstå de lokale utfordringene dem står ovenfor.

Det trekkes fram at kommunikasjonen er en av hovedutfordringene med å være fordelt på tre geografiske lokasjoner. Alle informanter opplever det som utfordrende å ikke kunne møte hverandre for å diskutere utfordringer. Skype benyttes for å snakke sammen, men informant 3 opplever ikke dette som fullgodt alternativ. Informant 3 sier: «Man får ikke sittet ansikt til ansikt å prate om ting. Skype er bra, men det er ikke bra nok». Dette synet deles også av klinikerne, som legger til at det er krevende å ha faglige diskusjoner over telefon og Skype. Informant 4 sier: «Du får en sånn telefondialog og møter ikke hverandre ansikt til ansikt. Kan ikke ha de faglige diskusjonene i et møte. Du sitter på hver sin plass». Informant 4 legger videre til at en styringsmodell med fjernledelse fordrer god kommunikasjon, og at den antageligvis ikke er egnet i tilfeller med så store avstander som i Nord-Norge:

Jeg tror en slik styringsmodell er laget der det er kortere avstander mellom sykehusene. Jeg tror den ikke er egnet for de avstandene vi har her nord [...] Jeg vet vi har Skype i dag, kan sitte i sånt Skype-møte. Men for å kunne ha et samarbeid, så tror jeg du må ha den øye til øye kommunikasjonen. Du må kunne møtes og kjenne hverandre og føle at man jobber i lag. Ikke sitte å styre et sykehus over telefonen når det er mange timer unna. Det tror jeg er utfordringen med den styringsmodellen.

På sykehus 1 opplever informantene at ledelsen er fraværende, og at det er utfordrende når ledelsen sitter langt unna. Informant 1 sier:

At man ikke bare kan gå forbi sjefens kontor og banke på og si «vet du hva», så kan man diskutere det og få det ut av verden med en gang. Så blir det jo mye større skritt opp for å ringe sjefen da. Så det syntes jeg er en stor utfordring.

Informant 6 opplever manglende autonomi som hovedutfordringen med fjernledelse: «*Det er økonomien, budsjettet og økonomien. At vi ikke kan styre budsjettet selv. Kunne ha fått mitt budsjett, som var et riktig budsjett. At jeg ikke må drive og spørre om lov til alt jeg skal gjøre*». Informant 2 opplever at fjernledelsen er dårlig implementert, og tilskriver dette blant annet til at det ikke er utformet noen retningslinjer på hvordan fjernledelse skal foregå: «*UNN har jo ingen plan for hvordan de skal lede på distanse. Det ligger ingen direktiver, ingen føringer for en kliniksjeff hvordan han skal klare å håndtere det*». Videre beskriver informanten at det er utfordrende når alle støttefunksjoner er sentralisert og man kun har navn å forholde seg til: «*Alle våre støttefunksjoner.. på et lite lokalsykehus, dem er jo ikke her. Vi har bare navn å forholde oss til [...] Alt av støttefunksjoner går på telefoner og Skype. Det er jo utfordringen, virkelig*».

Avslutningsvis forteller informant 4 at det føles som om det i realiteten er snakk om tre selvgående avdelinger som en sentral ledelse forsøker å styre: «*Egentlig så er det 3 avdelinger og så sitter det en avdelingsledelse her og skal prøve å styre over to avdelinger som egentlig er selvgående i mitt hode i hvert fall*». Våre funn viser at det mellom disse tre oppstår samarbeids- og koordineringsproblemer, som i enkelte tilfeller medfører konflikter.

5.2.2 Samarbeidet og samarbeidsutfordringer mellom sykehusene

Som følge av foretaksreformen skulle sykehusene spesialisere og koordinere, noe som innebærer et behov for samarbeid på tvers av sykehus. Informantene forteller om en

funksjonsfordeling som medfører at sykehusene jobber nokså avgrenset, om liten grad av kommunikasjon, samt om varierende grad av samarbeid og samarbeidsklima innad i avdelingen. Samarbeidet ser ut til å variere mellom ulike fagområder og mellom enkeltpersoner. To av ortopedene beskriver at samarbeidet fungerer bra på enkelte områder, men at det også er utfordringer. Informant 4 sier: «*Det er sånn både og.. det er begge deler. På enkelte områder fungerer det godt*». Informant 1 beskriver dog samarbeidet som mindre godt, og legger mye av skylden på manglende kommunikasjon:

Samarbeid med de andre er mindre godt [...] kommunikasjon med de andre er lav. Den finnes og den er også OK, men den kunne vært mye bedre. Fordi det er flinke folk der også, men når man ikke kommuniserer.. det blir liksom.. Kommunikasjon er jo starten på godt samarbeid og ser man ikke hverandre, så blir en jo bare å peke fingeren på hverandre.

Når ortopedene først møtes og snakker med hverandre opplever de at dialogen stort sett er god. Informant 1 forteller blant annet om godt samarbeid med en ortoped som er tilreisende fra et annet sykehus. Informanten gir uttrykk for at en i langt større grad kunne benyttet seg av intern kompetanse heller enn å leie inn vikarer:

Vi hadde en overlege som kom hit sist år, som jeg opererte masse med [...] Vi ble godt kjent med hverandre og om man lærer hverandre å kjenne, så er de fleste mennesker veldig trivelig og man får et bedre samarbeid [...] Så jeg synes egentlig at det er rart at vi skal betale dyre vikarer fra Sverige [...] når vi har egnede leger i Tromsø eller kanskje til og med i Harstad som kunne komme her [...] fylle et problem samtidig som vi hadde blitt bedre kjent med hverandre. Det syntes jeg egentlig er helt rart at det ikke er sånn. Fordi det er kjempedyrt å ha disse vikarene.

Det skorter ifølge informant 1 også på samarbeidet når det gjelder utdanning av ortopeder. Spesielt trekker informanten frem en episode hvor en ortoped dro ut av helseforetaket når han skulle lære seg en ny type inngrep. Informant 1 mener denne hendelsen er svært beskrivende for hvor dårlig samarbeidet kan være på enkelte områder: «*Og nå var det en kirurg i Harstad som skulle lære seg en ny teknikk som de er veldig dyktig på i Tromsø, men han valgte å dra til Bodø.. Det sier vel det hele, synes jeg*».

Andre informanter har et helt annet syn på samarbeidet. De beskriver samarbeidet innad i avdelingen som godt, men at det er noe mer utfordrende å samarbeide på tvers av organisatoriske grenser. Informant 6 uttaler:

Innad så er vel kanskje samarbeidet bedre enn det er imellom klinikkene og andre avdelinger [...] vi har klart å se på hvor er vi mest effektiv, og hvem er god på hva. Jeg kan jo ikke sette hvem som helst til å operere en kneprotese, det må du ha en ortoped som er god på. Da har vi klart å fordele oss imellom, sånn at jeg synes det samarbeidet har vært veldig bra. [...] vi har brukt budsjettet til akkurat det.

Informantene forteller om et svært godt samarbeidsklima i lederteamet, men at det eksisterer samarbeidsutfordringer blant klinikerne på tvers av de ulike lokasjonene. Informant 3 utleder: «Jeg opplever at det er bra, og at man i alle fall i den gruppa klarer å skjønne at det er et vi. Utfordringen er vel mange flere ansatte». Videre forteller informant 6 at samarbeidet oppover i klinikken også er blitt mye bedre med ny klinikkledelse: «Jeg synes at det er blitt bedre med årene, og spesielt med bytte av ledere». Informant 6 opplever også at gnisningene mellom klinikerne på de tre ulike sykehusene er blitt mindre med tiden, og forteller om et samarbeidsklima i bedring:

Jeg opplever at det er bra. Det er selvfølgelig gnisninger mellom legene ennå. At noen sitter ennå og tenker at her er Harstad, ingen skal røre oss. Vi er bedre enn dem, eller Narvik, eller Tromsø, ikke sant? Og sånn sitter Tromsølegene og Narvik, ikke sant? Men det blir færre, det blir lengre imellom dem. Noen slutter, noen har skjönt at det er kanskje ikke sånn, at vi må samarbeide for å få det til. For vi er avhengige av hverandre.

Informant 6 trekker også frem personkonflikter som en kilde til manglende samarbeid mellom ortopedene: «[...] de er noen som samarbeider veldig bra, og noen samarbeider ikke i det hele tatt. [...] noen mener vel at, noen leger f.eks. i Tromsø mener de i Harstad gjør en udugelig jobb, og det samme er det andre veien, sånn er det». Informant 4 beskriver også personkonflikter mellom ortopedene: «Så kan det bli personstridigheter imellom de som har høy kompetanse på enkelte ting. Det har jo vært blant annet på skulderkirurgien, det er litt sånn tja for alle. Det er ikke bra forhold akkurat der med skulderkirurgien».

Informant 4 forteller videre at spesialister ved sykehus 2 har hatt en negativ holdning til henvendelser fra de andre sykehusene. Informanten beskriver at det tidvis har vært en negativ

tone over telefonen når de andre sykehusene har henvendt seg, og at dette har medført at klinikere ved de andre sykehusene har vegret seg for å ta kontakt. Dermed er pasienter blitt henvist til andre helseforetak. Informanten forteller at de er blitt bevisst på dette, og at de nå prøver å ha en mye mer konstruktiv og åpen dialog:

Tidligere oppdaget vi gjerne at de tok kontakt med Trondheim og sendte pasienter direkte dit uten å ta kontakt hit. Men jeg tror samarbeidet er blitt bedre. Det har vel med at de føler at de får et svar, at de blir tatt på alvor. Ikke at de bare får et svar om at det kan dere gjøre selv. Det har vel kanskje vært en tendens tidligere. Kanskje mer åpen for at det som er komplisert skal hit, og at vi må møte de med en slags faglig respekt om at ting kan være vanskelig. Da tar de heller enn å få en dårlig tilbakemelding, så tar de gjerne kontakt sørover og får pasienten dit. Skal vi være regionssykehus, da skal vi ta de vanskelige tingene hit.

Videre fant vi også motstridende interesser mellom klinikker og mellom sykehus, og i mange tilfeller bunner det ut i konflikter.

5.2.3 Motstridende interesser og konflikter

Som følge av at de tre sykehusene inngår i en tverrgående klinikkstruktur oppstår det motstridende interesser ved fordelingen av ressurser. I ortopedisk avdeling er det gjort en funksjonsfordeling for å unngå overlappende kompetanser, slik at det blir stridigheter vedrørende hvilket sykehus som skal ivareta hvilke funksjoner. For universitetssykehuset innebærer funksjonsfordelingen at kompetanseområder flyttes ut til de mindre sykehusene, noe som oppleves som et tap av kritisk kompetanse. Flere av informantene opplever det som en trussel at fagmiljøet bygges ned, fordi at dersom noen velger å slutte er det vanskelig å bygge kompetansen opp igjen. Informant 4 sier:

Nei, fordelingen av ressurser og hvor ting skal gjøres, går jo mer på kompetanse. Men det går jo også på et overordnet nivå på økonomistyring, fordi at det er et av sparetiltakene å fordele pasienter der ressursene er, altså der kompetansen er. Det er jo for å spare penger og unngå å ha kompetansen på flere plasser. Så tanken bak å slå sammen de tre sykehusene Harstad, Narvik og Tromsø er jo å bruke den kompetansen som er på de ulike lokasjonene [...] vi har jo argumentert imot, fordi vi mister den kompetansen her.

Informant 4 legger til at sykehus 2 mister sin kompetanse fordi de mindre sykehusene skal kunne øke sine inntekter: «[...] man har lokalisert den til de mindre sykehusene for å i det hele tatt kunne få opp inntektene». Informant 5 forteller videre at det skaper motsetninger mellom de tre sykehusene når noen får økt sin kapasitet på bekostning av andre: «Det blir på en måte tre avdelinger [...] litt spisse albuer i forhold til at det øker kapasitet i Harstad og Narvik, og vi på en måte blir bygget ned».

Bemanning er en knapp ressurs og skaper både interessemotsetninger og konflikter. Som følge av funksjonsfordelingen opplever sykehus 2 å miste operasjonskapasitet og stillinger til de to andre sykehusene. De opplever at dette går på bekostning av utdanningen fordi dette medfører at de ikke får utført tilstrekkelig mange utdanningsinngrep. Informant 5 forteller:

[...] nå er det jo mye aktivitet som er flyttet over til Harstad og Narvik at de får ansatte en til overlege, mens vi må si opp folk, eller ikke si opp, men folk som går av med pensjon blir ikke erstattet hos oss. Da tenker jeg det har gått for langt egentlig, da burde man heller snu den prosessen litt og ta noe aktivitet tilbake til oss. For vi trenger jo å ha de stillingene av hensyn til utdanningen [...] Vi har mistet veldig, veldig mye, spesielt operasjonskapasitet og det her.

Informant 5 kan forteller videre om uenighet vedrørende hvilken type inngrep som bør beholdes på sykehus 2, og at det nå frarådes å utdanne spesialister ved dette sykehuset som følge av manglende utdanningsinngrep:

Jeg syntes det er mer fornuftig å flytte de inngrep som ikke er sånne utdanningsinngrep da. Men ikke sant, det er mange meninger [...] Vi er i en ganske deep shit situasjon nå med at spesialistkomiteen i ortopedi anbefaler at vi ikke skal utdanne spesialister her, fordi forholdene er så dårlig. Det opereres altfor lite. Og samtidig så er vi jo universitetssykehuset og vi får jo alt av de vanskelige tingene så vi må jo ha et vaktsystem der vi er på huset hele tiden.

Det er også motstridende interesser knyttet til økonomi og fag. Informantene våre forteller at de ulike partene i samarbeidet er motivert av egeninteresse, og at det handler om å gjøre det som er best for seg. Informant 4 sier følgende:

Det er kanskje fagspesifikt. At overlegene, ortopedene seg imellom [...]. De konfliktene er kanskje økonomisk motivert. Man ønsker å karre til seg sine ressurser, man ønsker

ikke å dele på pasientene, man ønsker ikke å se tilbudet som overordna, men hva jeg skal holde på med, og hva som er viktig for meg. Det er kanskje veldig egosentrerte posisjoner innenfor de som driver med produksjon. [...] Det er masse egeninteresse.

Motstridende interesser knytter seg også til hvem som skal utføre de mest lønnsomme og spennende inngrepene. Informant 6 forteller at det blir litt kamp imellom lokalsykehusene, og at de tre dermed forsøker å skyve oppgaver seg imellom:

Litt sånn kamp imellom hvem som.. kanskje litt økonomi også egentlig. Igjen, protesene, er kanskje det vi tjener mest på. Så er det ikke alle inngrepene som er like artige å gjøre, så de vil jo ingen ha. Så de skyver vi jo til Harstad, eller Narvik eller Tromsø, alt etter som hvem som skyver. Så ligger det i hvilken type ortopeder har vi. Altså, alle har jo sine spesialiteter.

Dersom en pasient utredes på én lokasjon for deretter å opereres på en annen oppstår det også interessemotsetninger fordi det er det sykehuset som opererer som får inntekten. Dermed oppleves det som en utfordring å måtte utrede pasienter som skal opereres ved andre sykehus fordi man ikke får inntekten. Informant 4 sier:

Og de pasienter som er søkt inn til skulderoperasjon her i Tromsø, blir pasientene sendt ned til Narvik og så blir operasjonen gjort der. Så den kirurgen som har vurdert pasienten og søkt han inn, gjør bare den utredningsjobben og så blir selve inntekten på et annet sykehus. Nå er vi jo samme foretak da. Og kompetansen forsvinner når vi gjør det sånn. [...] det føles som noen arbeid som gjøres for noen andre.

Informantene våre forteller at det mest sannsynlig var tiltenkt et potensial for synergieffekter når det ble besluttet å slå sammen de tre sykehusene, men at disse ikke realiseres. Informant 5 forteller at det kunne ha vært et faglig utbytte av å inngå i en tverrgående klinikk, men at det er liten interesse blant klinikerne for å ambulere mellom sykehusene:

[...] det burde tilrettelegge for et faglig samarbeid. Men den fordelene syntes jeg ikke er utnyttet godt nok. Også har man nok tenkt at en på en måte skulle la arbeidskraften flytte imellom og tenkt at doktorene i større grad enn hva vi er villig til å skulle reise mellom de 3 sykehusene for å behandle da.

Fordi sykehus 1 mangler ortopeder og ikke får opprettet faste stillinger må de leie inn utenlandske vikarer for å dekke behovet, siden det er liten interesse for å ambulere innad i

foretaket: «Kanskje det var en av dem som går rotasjon som kunne kommet hit å operere og jobbet, i stedet for å leie inn en vikar til 50 000 i uken».

Også mellom de andre avdelingene innad i NOR-klinikken opplever man motstridende interesser. Informantene våre opplever kamp om ressurser mellom de ulike fagene innad i klinikken, og er av den overbevisning at prestisjefag blir prioritert på bekostning av andre. Informant 5 sier:

Det er utfordringer i den forbindelse med at vi kjemper litt om de samme ressursene. Så det er litt surmuling om hvem som får mest. Så det er vel et inntrykk blant veldig mange at de prestisjefagene får mer enn fag som ikke har sånn prestisje.

Klinikkene er også delte i synet på hvem som skal ha ansvar for enkelte pasientgrupper, og det oppstår derfor utfordringer knyttet til dette. Informant 5 forteller:

Også blir det på en måte at en driver å slåss klinikkene imellom om hvem som skal ha de og de pasientene, så er det ingen som vil ha de, så er det noen som brenner inne med de til slutt og så koster det masse penger og det er lang, lang tid på sengeposten og tar opp sengeplass og operasjonskapasitet og i det hele tatt.

Slik ser vi at klinikkstrukturen både skaper styringsutfordringer grunnet motstridende interesser på tvers av geografisk lokasjon, men også på tvers av organisatoriske grenser innad i ett og samme sykehus.

5.2.4 Styringsutfordringer på tvers av klinikker

En av de største styringsutfordringene til ortopedisk avdeling er avhengigheten av andre klinikker, deriblant Anestesi- Operasjons- og Intensivklinikken (ANOPIN). Utfordringen er at ortopedisk avdeling ikke har kontroll over alle nødvendige operasjonsressurser. De er dermed prisgitt ANOPIN for å kunne planlegge og utføre egne aktiviteter. Informant 2 forteller:

[...] utfordringen vår er at det hjelper ikke bare at jeg sier at nå skal operatørene operere 3 [pasienter om dagen], og det går greit, for vi eier ikke operasjonsressursene selv [...] Sengeposten tåler det, operatørene klarer det, og så sier OPIN at det går ikke.

Samtlige av informantene forteller om grei vertikal informasjonsflyt innad i NOR-klinikken, men at det er liten grad av horisontal informasjonsflyt mellom klinikkene. Informant 1 sier:

«Det er vel det at det er en rimelig kommunikasjon rett opp, men til sidene er det veldig lite da». Informantene beskriver videre de organisatoriske grensene som vanntette skott, og at dette hemmer arbeidsflyten. Tidligere kunne klinikerne løse utfordringer på stedet, men dette er ikke tilfellet under dagens klinikkstruktur. Informant 5 sier:

[...] det er nærmest ikke noe arbeidsflyt [...] Jeg har jo jobbet her siden 2007 og før klinikkorganiseringen og før det, så var det enkelte pasienter vi drev liksom, ja skal dere eller vi operere, skal den hit eller dit? Men vi klart nå alltid å løse det, men etter den klinikkorganiseringen så er det nærmest blitt vanntette skott.

Informant 6 beskriver også grensene mellom klinikkene som vanntette skott, og at det er særlig uhensiktsmessig med slike kliniske skiller på et lite sykehus:

Jeg tenker at det her med at vi er i ulike klinikker i det lille sykehuset som vi er, skaper store utfordringer [...] Det er ikke et problem å samarbeide oppover i egen klinikk, oppover eller nedover, fordi vi er gjerne enig om hva vi skal gjøre. Men vi er så avhengige av mange andre klinikker for å få dette til, at det er ei utfordring.

Disse utfordringene kunne ifølge informant 6 i stor grad ha vært unngått dersom alle kirurgiske enheter hadde vært organisert i én felles klinikk med ett budsjett:

Hvis alle kirurgiske enheter eller enheter som er avhengige av hverandre, for kirurgiske pasienter, hadde vært én klinikk med et felles budsjett. [...] da tenker jeg at da hadde vi ikke hatt den utfordringen med at anestesi og operasjon sa «nei, men vi har ikke budsjett til mer, så vi kan ikke gjøre mer.

Slik kan vi se vi at klinikkgrensene skaper styringsutfordringer i den horisontale dimensjonen mellom klinikker, og videre ser vi at toppstyrte klinikker også skaper utfordringer for avdelingen.

5.2.5 Manglende myndighet

Styringsutfordringer oppstår også når ledere ikke har noen reell myndighet da svært mange beslutninger tas høyere opp i hierarkiet. På spørsmål om det blir bestemt for mye over en i hierarkiet, svarer informant 3: «Mye blir styrt oven ifra [...] vi får ikke ta veldig mange beslutninger i forhold til økonomi selv, fordi vi er der vi er. Så hver minste.. nesten ei sak som må til klinikkssjef. Alle tilsetninger må gå til klinikkssjef». Informant 4 beskriver videre at saker

må løftes flere nivåer før en endelig beslutning kan tas: «*En har jo ikke så mye styringsmakt [...] fordi du har flere over deg som du må gå gjennom for å få gjennomslag for ting da*».

Flere av informantene gir i tillegg uttrykk for at dette er en tidkrevende prosess.

Saker som involverer flere lokasjoner behandles i lederteammøtene, slik at de andre lokasjonene også involveres, men det er opp til klinikkssjef å ta en endelig beslutning.

Informant 3 uttaler: «*Så dem er jo med på, alt som har med de økonomiske beslutningene blir jo tatt der. Men nå er det jo der at alt må godkjennes av klinikkssjef da, men de er jo med på søknadene og alt*».

Informant 6 forteller om gode erfaringer med å påvirke disse

beslutningene: «*jeg blir alltid spurt, får alltid mene noe, og blir ofte hørt*». Dette bildet deles

ikke av alle. Enkelte av klinikerne gir uttrykk for å ikke bli hørt i sine innspill. Informant 5

sier: «*Jeg syntes de i for liten grad hører på oss fra gulvet i forhold til hvordan en skal løse ting*». En av sakene hvor klinikerne ikke opplever å bli hørt gjelder det daglige antallet

pasienter som kan behandles på en operasjonsstue. Klinikerne opplever at disse beslutningene

tas på bakgrunn av sviktende forutsetninger, og informant 4 sier: «*Vi føler det er en*

mangelfull faglig kompetanse ofte. Beslutningene gjøres ut ifra tall og at det ikke korrelerer med virkeligheten».

Å ikke kunne ta avgjørelser på stedet er en utfordring som informantene er enige om.

Informant 3 forteller at «*[...] av og til så tenker man jo at hvorfor skal ting besluttet så langt fra der hvor det skjer? Der hvor drifta er, og hvor alt foregår*». På spørsmål om det hadde

vært enklere dersom hvert sykehus var selvstendige avdelinger er informantene nokså delt.

Informant 3 opplever at økonomistyringen kunne ha vært enklere, men at det faglige

samarbeidet ville blitt enda mer utfordrende:

Ja, på en måte så hadde det vært lettere. Men samtidig er jeg også redd for at man får silotenkning i forhold til at ortopedi er et fag som er på tre lokalisasjoner, og hva skjer om vi isolerer oss helt? Da er jeg på det faglige. På det økonomiske tror jeg det kunne ha vært helt greit, men faglig tror jeg det ville gitt oss en utfordring. Fordi da blir det enda mer vi og oss, og hvor blir det av pasienten oppi det her?

Dette synet deles også av informant 6 som sier: «*Jeg ser absolutt fordelene med å være én,*

[...] samtidig ser jeg jo det med å ha et eget budsjett og kunne styre selv». Informant 2 ser på

sin side ikke fordelene ved å inngå i en tverrgående klinikk, og har mer tro på å være

autonome sykehus. Informanten forteller om uoversiktlig økonomi, ineffektiv drift og

manglende kontroll:

Jeg har ikke troen på stordrifta. Jeg tror vi er utrolig ineffektiv, og at det er et enormt pengesluk i utstyr [...] Det er så uoversiktlig økonomisk bilde. [...] hvem har kontroll på alt av utstyr? Hvem betaler hva? Hvordan blir vi fakturert? Det er så uoversiktlig, så der tenker jeg at hadde vi hatt en annen struktur og en mye mindre smådrift.. hadde du hatt et helt annet oversiktsbilde på økonomi. Er min oppfatning selvfølgelig.

Informantene forteller at klinikkstrukturen innførte flere hierarkiske nivå, og at man opplever lavere styringsmakt og økt kompleksitet som følge av dette. Informant 4 forteller:

Nå er det flere mellomledere, du har en avdelingsleder på hver avdeling, så har du en klinikkleder for klinikken som er 3-4 avdelinger i lag. Og så har du videre trinn oppover der. Det er jo for det systemet blir større og større. Mens tidligere var det jo en avdelingslege for hver avdeling så hadde du direktør over der. Nå er det kommet mange leder imellom som vanskeliggjør det.

Flere av informantene mener derfor at man heller burde beholdt organiseringen slik det var tidligere.

5.2.6 Oppsummering

Oppsummert viser våre funn at flere styringsutfordringer kan knyttes til klinikkstrukturen. Fjernledelse oppleves utfordrende både for avdelingsledelsen og de som blir ledet fordi man ikke får den daglige kommunikasjonen og nærhet til hverandre. Informantene er delte i synet på samarbeidet mellom lokasjonene. Samarbeidet oppleves bra i lederteamet, men utfordrende mellom klinikerne. Det er manglende dialog og personkonflikter mellom enkelte av ortopedene. Det oppstår også samarbeidsutfordringer og motstridende interesser som følge av at avdelingen må fordele oppgaver og ressurser mellom tre geografiske lokasjoner, slik at en omfordeling alltid går på bekostning av noen. Hovedutfordringen ser ut til å være skillet mellom klinikker, da særlig ANOPIN som eier operasjonsressursene. Informantene opplever også å ha innskrenket myndighet som følge av klinikkstrukturen, samt at innføring av denne organiseringen har medført økt kompleksitet og lange beslutningsveier. Slik ser vi også en sammenheng mellom klinikkstrukturen og koordinering, både i den vertikale og i den horisontale dimensjonen.

5.3 Koordinering på tvers

Som følge av den tverrgående klinikkstrukturen forekommer det koordinering på tvers av klinikker på hvert av de tre sykehusene, samt mellom sykehusene. Koordineringen mellom klinikkene er hovedsakelig knyttet til driftsplanlegging og styring av pasientforløpet, mens koordineringen på tvers av lokasjonene er på et mer overordnet nivå. Dette fordi at funksjonsfordelingen medfører at man jobber nokså avgrenset. Informant 4 forteller at «*Alle planlegger sine aktiviteter uavhengig av hverandre. Det er mer på et overordnet nivå den. Hva som skal gjøres hvor, den funksjonsfordelingen*».

Om koordineringen lokalt forteller informant 3 at dette omhandler «*[...] personell, operasjonskapasitet, poliklinikkene, sengeposten. I det hele tatt alt som har med driften å gjøre*» og dette utfylles av informant 6:

Det er at jeg hele tiden har folk på jobb. Hele tiden leger nok, sykepleiere nok. Det gjør jeg jo da via hun enhetslederen. Jeg må sørge for at vi holder oss innenfor fristene som pasientene har.. ingen fristbrudd. Vi må sørge for at logistikken går imot poliklinikk og operasjon, altså da dagkirurgi og heldøgn. Det er jo logistikk der. Det er en sånn ventelistefaktor imellom fra du blir henvist fra fastlege, til poliklinikk, til du skal ha krav på en operasjon til du er ferdig behandlet.

Når aktivitetene skal planlegges på den enkelte lokasjon kreves det koordinering mellom klinikker, og en tar utgangspunkt i plantall og kapasitet som er tildelt fra ANOPIN. I tillegg til den elektive driften må det tas hensyn til øyeblikkelig hjelp som skaper utfordringer i planleggingsprosessen. Informant 3 forteller at «*For først har du plantallene. Så får du utgitt operasjonskapasitet. Og så har du øyeblikkelig hjelp som hos oss er 68%. Det sier jo lite grann i forhold til utfordringene med planlegging. Og så er det da å planlegge drift ut ifra det*».

Når det gjelder koordinering på tvers av lokasjonene så koordineres det vedrørende økonomi og pasientflyt. På spørsmål om hva en lokasjon må koordinere med de andre lokasjonene så svarer informant 3: «*Det går på økonomien. Vi har litt sånne regler i forhold til at f.eks. utgifter som skal påløpe skal godkjennes her i fra, reiser, kurs og de tingene skal godkjennes her i fra. Og så koordinerer vi jo pasientene oppi alt det her*».

Selve koordinering skjer gjennom møter, gjennom journalsystemet, over Skype eller telefon. Dette er avhengig av hva som skal koordineres og hastegrad. Informant 2 forteller at: *«Planlegging av den elektive operative driften gjøres i møter, der dags- eller månedsprogram settes. Pasientene kalles inn og det foregår gjerne med den enkelte kirurg og med sekretærene»*. Informant 1 utdyper: *«Det foregår på telefonen, eller gjennom meldingssystem vi har i journalsystemet. Så om det er litt mer alvorlig så ringer jeg»*.

Når pasienter skal flyttes fra en lokasjon til en annen, så blir koordineringen gjort direkte mellom klinikerne. Det er da ønskelig at overlegene snakker direkte med hverandre. På spørsmål om hvordan dette samkjøres, svarer informant 2:

Det går jo mellom overlege og overlege, ringer ofte. I hvert fall så ønsker vår ortoped det. Men mange ganger kommer man gjerne til en LIS2 eller LIS3 i [annen lokasjon], og ikke overlege. Men det er et ønske om at det er overlege-overlege når det er på det nivået.

Informant 4 gir uttrykk for at koordineringsarbeidet med å få satt opp pasienter og få operasjonstid til pasientene er den mest krevende koordineringsarbeidet. Denne jobben styres i stor grad av sekretærene, men det er også behov for et team som bidrar i selve operasjonen. På spørsmål om hvordan dette arbeidet foregår, forteller informant 4:

Jeg bruker jo avdelingsleder mye og så er det jeg selv som finner dager som passer å omrokere på planer. Få tid til å gjøre det, det er jo det det skorter på. Vi er jo ofte avhengig av flere enn deg selv når det gjelder å operere pasienter, så må vi jo ha et team.

Når det gjelder planlegging på lang sikt, så gjøres dette med en tidshorisont på 6 måneder og 1 år. Informant 5 forteller om hvordan dette foregår:

Ja, det planlegges på halvår og års basis. De melder jo inn høsten, på slutten sånn i sammen med budsjettprosessen, så melder de inn at vi har behov for å operere så og så mange og da trenger vi så og så mange operasjonsstuekapasiteter og så får man en brøkdel av det.

Ved å planlegge operasjonskapasitet på lang sikt, medfører dette forutsigbarhet for kirurgene når de skal få oversikt over hvor de skal være og hva de skal gjøre de neste ukene. Når

operasjonskapasiteten er klarlagt setter sekretærene opp pasienter en til to måneder frem i tid.

Informant 5 utleder:

Min plan går flere måneder fremover, så jeg kan gå inn på planen å se 5-6 uker frem i tid og se når jeg har operasjonsdager og når jeg har poliklinikkdager [...] Vi vet hvem som er tilstede på jobb, og vi vet hvem som skal være på operasjonsstuen og vi vet hvem som skal være på poliklinikk og vi vet hvem som skal være på de forskjellige postene.

Selv om koordineringen mellom lokasjonene er mer overordnet oppstår det også her styringsutfordringer.

5.3.1 Koordineringsutfordringer mellom lokasjonene

Som følge av funksjonsfordelingen har ortopedisk avdeling formalisert hvilke typer inngrep som skal utføres på de ulike sykehusene, men det kan oppstå tvilstilfeller hvor det er uklart hvor pasienten skal behandles, som igjen kan medføre at koordineringen bli kompleks og konfliktfylt. Informant 4 svarer på spørsmål om hvordan funksjonsfordelingen påvirker koordineringen:

Og den [funksjonsfordelingen] er jo papirfestet. Men det er flytende overganger, det er det som gjør det konfliktfullt. Det er ikke sånn svarthvit at det skal gjøres i Narvik og at hofterevisjoner gjøres i Tromsø og fot gjøres i Harstad. Man er nødt til å ha kompetansen på flere plasser enn bare hos en kirurg på en lokasjon. Og det er det som er vanskelig når en skal koordinere, hvor man skal sende pasientene. Du kan ikke sende alle føtter til Harstad, vi må gjøre noen ting her. Må vi gjøre det enkle eller det vanskelige i Harstad, så hva er det vanskelige da? Den differensieringen der er vanskelig.

Informant 6 opplever mangelfull koordinering mellom de tre sykehusene. Informanten forteller at det er systemer på plass, men at disse ikke er gode nok. Ortopedisk avdeling har derfor igangsatt et prosjekt for å få pasientforløpet bedre koordinert: «Ja, det finnes, men de er ikke gode nok. Vi driver og jobber med et prosjekt nå hvor vi skal se på akkurat det med pasientforløp, for å få det bedre koordinert.»

Informant 2 forteller videre at de tre sykehusene arbeider hver for seg med ulike prosedyrer, og at det burde være felles standarder for medisinsk utstyr og prosedyrer når man inngår i en tverrgående klinikk:

Jeg ser jo for meg at vi har felles prosedyrer, felles for NOR. Alt av ortopedi som er standardisert, og det er jo mye som er det. Alt fra bandasjemateriale, til prosedyrer, mobilisering og sånn. Det som går an å ha felles synes jeg det er viktig å ha.

Informant 6 forteller at sykehusene for eksempel benytter ulike proteser i protesekirurgien, og at det har vært et ønske om standardisering. utfordringen har vært at man ikke klarer å enes om hvilke proteser man skal gå for:

Jeg syntes jo man har drevet og operert med helt utdatert utstyr altfor lenge, fordi at man ikke har klart å lande hvilken protese man skal over på. Det har vært et ønske om at vi skal ha en og samme protese i Narvik, Harstad og Tromsø også.

En annen utfordring knyttet til koordinering ser ut til å være manglende møtepunkt mellom de tre lokasjonene, og at det dermed forekommer lav flyt av informasjon på tvers.

5.3.2 Manglende møtearenaer og erfaringer som ikke blir delt

Det finnes ingen faste felles møtepunkt for klinkerne på tvers av lokasjonene. I løpet av de to siste årene har det vært arrangert fagdager/miljødager hvor de ansatte i hele ortopedisk avdeling møttes. På disse dagene har temaer som budsjetter og arbeidsfordeling blitt diskutert, i tillegg til at det har vært en arena for de ansatte for å bygge relasjoner seg imellom. Formålet med disse dagene er å styrke samholdet innad i hele avdelingen, og man har som målsetning å gjennomføre to slike samlinger per år. Informant 3 forteller at:

Sist hadde vi felles i mai i fjor, og det er også noe som er økonomisk utfordrende å få til. Og der kom det jo opp på fagdagene at for å styrke samholdet i avdelingen, og styrke forståelsen av hverandre, så bør man ha de her jevnlig. Men det er ganske mange personer som er involvert, og det koster ganske mye, og man må kanskje ta ned drifta. Men vi har som målsetning 2 fagdager per år.

Når det gjelder overføring av gode løsninger og kunnskapsdeling er informantene uenig om dette eksisterer, avhengig av deres posisjon i hierarkiet. Informant 3 utaler at det eksisterer fagdager som er ment for dette formålet, men erkjenner at det ikke er noen arena som er

veletablert: *«Vi har fagmøter, altså både med leger og sykepleiere. Felles. Det er jo det vi ønsker å bruke de fagdagerne til. For å overføre gode løsninger. Ellers er det ikke veletablert».* Mellomledere og kirurger er imidlertid av en oppfatning om at noen formell plattform for erfaringsdeling er ikke-eksisterende, og flere av kirurgene beskriver fagdagerne som miljødager. Som informant 5 uttaler: *«Det er mulig at det finnes på trinnet over, men tror ikke det er sånn at om Harstad finner ut at det er mye mer effektivt å gjøre det sånn eller man kan slutte å gjøre det, så tror jeg ikke er noen automatikk at vi får vite det altså».*

Flere av kirurgene mener at en felles læringsarena er noe som bør prioriteres. Det ytres et ønske om samlinger og hospitering til de ulike sykehusene. Informant 1 uttaler: *«Det tror jeg faktisk hadde vært et meget godt forbedringspotensial om man hadde hatt mye mer samlinger og man hadde besøkt hverandre og operert i lag».* Hospitering forekommer, dog i liten grad, og er ikke formalisert. Informant 4 forteller: *«[...] vi skulle gjerne hatt litt utveksling, at vi lærte av hverandre selvfølgelig».*

Informant 1 sier at om en skal hospitere på de andre lokasjonene, så er dette noe en må ta ansvar for selv og er enig i at det det burde være mer formalisering med tanke på utveksling. Informanten etterlyser også en felles erfaringsdelingsplattform:

Det har vi ikke, det har vært på eget initiativ der vi selv har ringt da. Så det hadde vært riktig bra om vi hadde hatt det. Det tror jeg faktisk hadde vært et meget godt forbedringspotensial om man hadde hatt mye mer samlinger og man hadde besøkt hverandre og operert i lag. Kanskje har en vanskelige pasienter som skal sendes til Harstad, så kanskje man kunne dra dit da og operert i lag med dem og sånn. Men det har vi ikke noe av.

Klinikkorganiseringen trekkes frem som en utfordring med tanke på erfaringsoverføring mellom klinikkene fordi slik informasjon ikke sprer seg på tvers. Informant 5 forteller at det burde vært en måte å overføre gode løsninger internt i avdelingen og mellom avdelinger og klinikker:

[...] tenker jo ikke bare innad i ortopedisk avdeling, men det er jo sånn som burde gå på tvers av hele sykehuset. Det er jo litt sånn jf. den saken i Bergen med den her kreftmedisinen som ble satt feil, der de hadde rutiner på en annen avdeling, og så var det ikke spredt seg. Og det føler jeg denne klinikkorganiseringen har laget mye mer vanntette skott mellom avdelingene.

5.3.3 Oppsummering

Våre funn viser at ortopedisk avdeling opplever koordineringsutfordringer både mellom klinikkgrenser og mellom sykehusene. Koordineringen på tvers av klinikker er mest utfordrende fordi avdelingen ikke kan planlegge eller styre sine egne aktiviteter uten å ta hensyn til andre klinikker. Koordineringsutfordringer på tvers av lokasjonene knyttes til uklarhet i funksjonsfordelingen og ulik praksis. Det eksisterer tilnærmet ingen møtearenaer mellom klinikerne på de ulike lokasjonene, og det fremkommer at det heller ikke eksisterer mekanismer for erfaringsoverføring. Koordineringsutfordringene blir store når klinikkene har ulike målsetninger, og våre funn viser videre hvordan en rekke styringsutfordringer knytter seg til mål og målstyringen.

5.4 Styringsutfordringer knyttet til mål

Målene i helseforetaket UNN er på det overordna nivået en kombinasjon av målsetninger fra Helse- og omsorgsdepartementet og egne satsninger, og disse skal i teorien brytes ned til individnivå gjennom et målhierarki. Vi var interessert i hvilken grad målene kommuniseres ned til avdelingen vi studerer, og spurte derfor innledningsvis om våre informanter kjente til avdelingens mål og i hvilken grad de arbeidet mot oppnåelse av disse.

Det fremkom at ingen av våre informanter kunne gjengi målene som er satt for avdelingen, men flere nevnte UNN sine overordna mål/verdier. Informant 6 uttaler følgende: «*Nja. det største målet er jo å gi den beste behandlingen for pasienten, men sånn økonomisk så er det jo å drifte smartest og få budsjettet i balanse. Og samtidig gå i overskudd egentlig. Det er jo det som er målet.*». Informant 2 som også er mellomleder sier følgende: «*Ja, altså det har vi jo gått igjennom, men om jeg klarer å huske noe av det.. det tør jeg ikke å referere. Men det er jo god pasientpleie, godt pasienttilbud, og så har vi jo våre fire begreper som vi jobber ut ifra. Omsorg, respekt, trygghet og..*». Klinikerne har heller ingen kjennskap til målene. Informant 4 sier: «*Jeg kan ikke si hva som er målene til ortopedisk avdeling*». Informant 5 legger til: «*Nei, det eneste er at vi får sånne innsparingskrav, det får jeg med meg*». Det ser ut til at fokuset til avdelingen er på operativ drift og kliniske måltall, og informant 3 forteller at man i avdelingen måles på:

Liggetid måles vi på, bruk av pasienthotell, egentlig alt vi gjør [...]. Strykningene er en av de tingene som vi telles på, epikrisetid, fristbrudd, alle de her tingene som dere

har sett av parametere. De har vi jo nede på avdelingsnivå og har tavlemøter og måler.

Vi finner dog måling av kliniske nøkkeltall mot forhåndsdefinerte standarder, og at man arbeider for å redusere gapet mellom disse. Disse driftsrelaterte måltallene er godt kjent innad i avdelingen. Informant 2 uttaler:

Fristbrudd har vi hatt kjempefokus på og klart å jobbe ned, og nå er det liksom dette med strykninger som vi jobber intensivt med for å klare å redusere. Så, det er jo artig når du ser at det blir bra og man får jo positive tilbakemeldinger, og folk blir engasjert også.

Informant 2 forteller at progresjonen er synlig i ledelsesinformasjonssystemet: «*Det ligger nå i LIS, så da kan alle se hvorfor går du opp nå*». Videre fortalte informanten at feedbacken kommer i fra klinikkjefen ved avvik, og ikke som en del av informasjonssystemet LIS:

Ikke fra systemet, men klinikkjefen får beskjed om at.. eller får forespørsel. Hvor han får det fra vet jeg ikke, men hvorfor går liggetida opp nå [...] Hvorfor bruker vi ikke pasienthotellet like mye i år som i fjor?

Vi var også interesserte i om det foregår måling også i den horisontale dimensjonen. På spørsmål om det er utarbeidet mål som knytter seg til samarbeid eller koordinering mellom de tre sykehusene, svarer informant 6 «*Nei, ikke annet enn at vi ser hvor vi ligger an, og hvem som gjør hva*».

Flere informanter kan fortelle at det i forbindelse med måltallene er innført tavlemøter i lederteamet. Informant 2 forteller: «*Det er jo avdelingslederteamet som har tavlemøter. Og det er for å på en måte kunne ha de samme parameterne og samme måltallene som ligger i klinikken*». Det kan se ut til at dette ikke har spredd seg i nedover i hierarkiet da informant 5 ikke har kjennskap til dette: «*Ja, det har kommet opp en tavle, men jeg har tydeligvis vært borte den onsdagen det blir informert om det. Så der står det noe med epikrisetid og noe sånt da. Så noe er det, men det har jeg ikke helt fått med meg*».

Lederne opplever å bli styrt ovenfra på de kliniske måltallene, og at målene som er satt kan være vanskelig å innfri. Informantene stiller seg ulikt i synet på realismen til disse. Informant 3 opplever målene som oppnåelige, men utfordrende å nå:

De er vanskelige å nå. Nå er jo fokuset på strykninger. Og vi blir ofte styrt på de tallene ovenfra, sant. Nå er det veldig fokus på strykninger, også i direktøren si ledergruppa.. Det er vanskelig å nå epikrisetid, det er vanskelig å redusere strykninger. Det er vanskelig å holde seg innafor og unngå fristbrudd.

Informant 1 har et annet syn på realismen i målene og opplever de som overambisiøse. Dette begrunner informanten med at sykehuset har følt seg nedleggingstruet, og at fokuset har vært å legitimere sin videre eksistens.

Jeg tror det har vært en tendens at vi har satt ganske høye mål for at sykehusene ville vise at de var livsnødvendige, og da har det vært en tendens til å overdrive målene litt. Og så kan man faktisk ikke prestere det, så kommer man i underskudd med et visst antall proteser. For man har følt at det har vært viktig å si at vi kunne produsere så og så mye, for dere kan ikke legge oss ned, se hvor mye vi gjør.. Vi skal bare gjøre mye, for da er det helt umulig å legge oss ned.

Informant 4 forteller at det ikke har noen praktiske konsekvenser om målene ikke innfris, og opplever dermed ikke å bli styrt av disse. Informanten legger dog til at kirurgene er blant de ivrigste til å få ting gjort: «*Nei, det er jo ingen sånne konsekvenser av ting som ikke blir gjort. Jeg tror det kanskje er kirurgene som ønsker mest å få ting gjort*».

Informantene våre kan fortelle om en rekke utfordringer som knytter seg til målene de styrer etter, hovedsakelig at disse kan komme i konflikt med hverandre.

5.4.1 Målkonflikt og mål-middelkonflikt

Målkonflikter kan oppstå som følge av de ulike målene legger beslag på de samme ressursene, slik at dersom en setter ressurser inn for å nå ett mål, så medfører det en nedprioritering av andre mål. Informant 3 sier:

Vi har jo ingen som på en måte ikke gjør noe. Så ofte så kan du oppleve, det er ikke sikkert det er sann, men det oppleves som at hvis det er veldig fokus på en ting, så er det noe annet du ikke rekker å ha så mye fokus på. Det er mange ting.

Dette kommer til syne ved at klinikerne har flere arbeidsoppgaver og begrenset tid til rådighet. Epikrisetider er ett av målene avdelingen måles på. Klinikerne beskriver at målet om

å få ned epikrisetiden kan komme i konflikt med det å drive pasientbehandling. Informant 5 forteller:

Det er klart at noen ganger så har du masse vakter og så er det ikke bestandig at en rekker å gjøre klar en epikrise eller å godkjenne akkurat den dagen eller.. så da kan det gå en dag ekstra eller to til hva det burde ha vært.

Det fremkommer at det også finnes målkonflikter som har opphav i at ulike profesjoner oppfatter viktigheten av målene svært ulikt. Informant 3 uttaler: «Hvis du går og spør legene hva som er viktigst, så kommer de til å synes det er noe helt annet enn det jeg synes. Det kommer til å synes at alle de tallene er bare tull, mange kommer til å si det. Så det er vel, ja, uenighet tenker jeg».

Det fremkommer at det er uenighet mellom ledelsen og klinikerne om hvilke mål man bør prioritere. Særlig er det konflikt mellom hensynet til kirurgiske inngrep som er en obligatorisk del av utdanningen, og hensynet til funksjonsfordeling. Informant 5 forteller:

Der er det nok en del uenighet mellom oss på gulvet og [klinikk sjef]. Fordi vi mener at vi må prioritere det som er utdanningsinngrep i Tromsø også. Og gjøre noe med de funksjonsfordelingene som ikke fungerer.

Det kan også være tilfeller hvor mål vedrørende pasientbehandling står i motsetning til økonomiske mål. Samtlige av våre informanter er enige i at pasientbehandling kommer først. Informant 1 sier for eksempel: «Velger man mellom økonomi eller behandling, så velger jeg behandling da».

Informant 6 kan fortelle om et begrenset handlingsrom som følge av at ressursene ikke står i forhold til målet som er satt, og at spenninger oppstår som følge av dette: «Det å levere kvalitet står ikke alltid i forhold til antallet du skal levere. For det er jo gjerne et påtrykk hele veien, om at du må levere mer, og innenfor de ressursene som vi har så går det utover kvaliteten». Det eneste handlingsrommet en leder har er følgelig mer effektiv bruk av ressurser.

5.4.2 Oppsummering

Våre funn viser at ingen av informantene har kjennskap til avdelingens mål, og at fokuset i all hovedsak er på drift. De administrative lederne måles og rapporterer på driftsrelaterte måltall

som er godt kjent innad i avdelingen, men disse er ikke styrende for klinikernes adferd. Informantene er delte i synet på realismen til disse målsetningene, og en rekke styringsutfordringer kan knyttes til disse. For det første kan målene være i konflikt med hverandre fordi de legger beslag på de samme ressursene. For det andre kan det være uenighet mellom ulike grupperinger om hvilke mål som er viktigst og bør prioriteres. For det tredje opplever man ikke at ressursene står i samsvar med målene, og at de derfor er vanskelige å innfri.

Som følge av at mål ikke kommuniseres nedover i hierarkiet så kan det tyde på at økonomistyringssystemet er dekoblet.

5.5 Dekobling og institusjonelle logikker

Administrative ledere jobber med planlegging og administrative oppgaver, og rapporterer hovedsakelig på driftstall og økonomi. Informant 6 forteller i forbindelse med hva som rapporteres: «*Driftstall hovedsakelig. Hvor ligger vi an i forhold til planlagt aktivitet? Og hva vi har klart å gjennomføre. Hovedsakelig så handler det om økonomi*». Klinikerne sitt ansvar er avgrenset til det medisinske, og på spørsmål om hva man som kliniker rapporterer svarer informant 1: «*[...] det er jo rent medisinske spørsmål*». Informanten legger til at man som kliniker utelukkende måles på kliniske måltall: «*Det eneste vi måles på er hvor mye vi gjør. Også om pasienten får infeksjon*». Den kliniske rapporteringen foregår i et eget datasystem som er adskilt fra det økonomiske. Informant 1 forteller:

Det er jo datasystemene og så blir det rapportert inn hver gang jeg har gjort en leddprotese, da blir det rapportert inn i et kne eller hofteregister [...], men systemet gir deg bare informasjon om du har gjort noe som ikke blir bra.

Kommunikasjonen av budsjettet og økonomisk styringsinformasjon ser ut til å stoppe hos de administrative lederne fordi legene hverken har budsjetter eller informeres om økonomi på detaljnivå. De administrative lederne ser det nemlig som ikke hensiktsmessig å fortelle klinikerne om økonomi på detaljnivå. Informant 2 forteller: «*man kan ikke snakke økonomi der på detaljnivå, for det blir uvesentlig for dem [klinikere]*». Den økonomiske informasjonen som tilfaller klinikerne er derfor begrenset og på et overordnet nivå, gjerne i form av en forklaring av innsparingstiltak. Informant 3 som er leder forteller at «*Dem [klinikere] er informert, men dem er kanskje ikke så mye med i prosesser*». Informant 3

opplever at klinikerne ikke har økonomisk forståelse og at dette kan skyldes at de ikke blir involvert i beslutninger: «Og kanskje det er derfor man ikke får forståelse».

Klinikerne gir heller ikke uttrykk for å interessere seg for budsjetter og økonomi, og informant 5 sier:

Jeg tenker at det med budsjetter, det er noe som de som ledere er betalt for å fikse. Og så skal de legge til rette for at jeg får gjort min jobb mest mulig effektivt. Det er sånn jeg mener det burde være, i stedet for å sitte å diskutere ting i hjel.

Det fremkommer også at det i liten grad eksisterer noen dialog mellom ansatte som jobber med økonomi og klinikere. Informant 1 forteller at økonomi og medisin er to så vidt forskjellige verdener og at det er vanskelig å forestille seg hva man skulle snakke sammen om. Informant 1 forteller at som lege er man svært lite interessert i økonomi og administrasjon, og at man ønsker å bruke mest mulig tid på pasienter.

Jeg vet faktisk ikke hva vi skulle snakke om egentlig. Det høres kanskje dumt ut, men jeg har litt vanskelig å se hva vi skulle snakke om [...]. Jeg vil helst bruke så lite tid på møter og på administrative ting, så vil jeg heller operere og treffe pasienter. Men jeg er egentlig utrolig lite interessert i møter og administrasjon. Fordi det er så mye av det og det virker som det gir så lite. Det er helt forferdelig.

Gjennom intervjuene fremkommer det klare indikasjoner på ulike institusjonelle logikker hos informantene. I rent medisinske spørsmål kan samtlige informanter bekrefte at det styres etter en medisinskfaglig rasjonalitet, og ikke økonomi. Informant 1 forteller at «Jeg sitter jo ikke og tenker økonomi når jeg finner ut om noen skal operere et kne eller en hofte eller ikke. Det er jo rene medisinske ting som ligger til grunn for». En økonomisk-administrativ logikk kommer til syne når informant 2 beskriver UNN som en bedrift:

At man tenker helhetlig, tenker UNN som en stor bedrift med tilbud til pasientene. At man klarer å ha verdier og mål som har betydning for alle ansatte som skal jobbe der. At de får lov til å ikke minst utforme arbeidshverdagen sin og de målene selv.

Videre er klinikerne delte i sitt syn på økonomi. Informant 1 fortalte innledningsvis ikke å ha noe forhold til økonomi: «Jeg har ikke noe forhold til det», men gav også uttrykk for å ha en bevisst holdning til økonomisk bruk av ressurser: «Jeg har det jo liggende bak i hodet at jeg

ikke bare kaster pengene bort». Informant 5 gir på sin side uttrykk for å være svært bevisst på økonomiske konsekvenser av kliniske beslutninger:

Som leger har vi en portvokterfunksjon. Så jeg prøver å være nøktern i hvilken operasjonstype jeg gjør, hvilken type utstyr som er dokumentert. Det som er rimeligst tilgjengelig [...]. Prøver å ikke bruke unødvendig dyre bandasjer for eksempel hvis ikke det det er nødvendig. Er det nødvendig med en dyr skinne? Kan man komme i mål med en enkel gips i stedet?

Videre opplever også informant 5 at man ved sykehus 2 stiller krav til grundig dokumentasjon, også på lønnsomhet, før de velger å ta i bruk medisinske nyvinninger. Informanten er av den oppfatning at enkelte innenfor det ortopediske fagfeltet tar i bruk nyvinninger så fort de er på markedet:

Og der tror jeg ortopedien som har vært et fagfelt der det har vært litt «bonanza-tilstander» og det har vært litt sånn hver gang det kommer noe nytt ut på markedet, så har det liksom vært hoppet på det. [...] Så der sykehus andre plasser har hoppet på nye typer plater for å reparere bruddskader eller nye typer proteser, så har vi hold igjen litt og ventet til dokumentasjonen er der før vi, også dokumentasjon til lønnsomhet før vi innfører det.

Informant 1 opplever at klinikere har liten interesse for administrasjon, og at man som lege brenner for faget og pasientene sine. Helst ønsker man å tilbringe all tid med pasienten, og man opplever det derfor er frustrerende når mye tid går til administrative oppgaver:

Jeg deltar ikke på så mye møter, jeg er ikke så interessert i det. Så det er derfor jeg tror det er så lite leger som er ledere. De føler at tiden forsvinner bort, det er nok derfor det er så mange sykepleiere som er ledere. [...] det som gir deg en tilfredsstillende arbeidshverdag, det å treffe pasienter, sykepleiere og være en del av et team, det er det som er trivelig. Men de andre tingene er egentlig bare deprimerende, du blir lei deg.

En av de administrative lederne forteller oss at leger og sykepleiere er av ulik oppfatning av hva en lederstilling innebærer. Lederen forteller at ortopedene helst ønsker seg ledere som er leger, men at disse i for liten grad vektlegger det administrative ansvaret en lederstilling innebærer. Informant 3 er av den overbevisningen om at en lederstilling er en 100%-stilling i

seg selv, men opplever at legene mener man kan kombinere en lederstilling med det å i all hovedsak være praktiserende kliniker. Informant 6 sier:

De [legene] ser nok at dem er avhengige av at noen administrerer og leder. Det er de. Så sann sett fungerer det, men dem er ikke så veldig fornøyd med å ha sykepleierleder. De skulle helst ha hatt en legeleder. Men de ser heller ikke at en som er leder må være 100% tilstede, og kan ikke være 10% leder og 90% kliniker.

Det stilles krav til at sykepleierledere må ha en medisinskfaglig rådgiver som er lege, fordi man ikke har nødvendig kompetanse til å ta alle typer avgjørelser. Informant 6 kunne fortelle oss at et slikt samarbeid ikke alltid er like enkelt fordi man har svært ulikt syn på dette med administrasjon:

[...] innad hos oss så handler det egentlig om å få en medisinskfaglig rådgiver som skjønner at vi er nødt til å ta imot informasjon, vi er nødt til å bringe ut informasjon, og vi er nødt til å levere tall og innenfor de systemene vi har. Så jeg tror det handler om en som skjønner det.

Informant 6 opplever dermed at samarbeidet med medisinskfaglig rådgiver er personavhengig, og at nøkkelen er å finne en lege som ser viktigheten av administrasjon.

5.5.1 Oppsummering

Våre funn viser at styringssystemet er dekket ved at det på det administrative nivået styres etter budsjetter og økonomisk informasjon, og at det i den operative kjernen styres utelukkende etter klinisk informasjon. Klinikerne spares for detaljer vedrørende økonomi og involveres ikke i disse prosessene. Vi finner sterke indikasjoner på en medisinsk profesjonslogikk hos klinikerne, men samtidig finner vi også innslag av en økonomisk-administrativ logikk da de er bevisst på å ta økonomisk fornuftige beslutninger. Samtlige av klinikerne gir uttrykk for at den profesjonelle logikken alltid kommer foran den økonomisk-administrative.

5.6 Oppsummering av nøkkelfunn

Våre nøkkelfunn grupperer seg i følgende kategorier:

- **Budsjettet**

Budsjettet er i underskudd allerede ved årets begynnelse og medfører krav om innsparinger, noe som begrenser ledelsens handlingsrom. Lederne i ortopedisk avdeling involveres ikke i utarbeidelsen av budsjettet og opplever ikke at budsjettet står i samsvar med det reelle ressursbehovet. Som følge av at budsjettet ikke er tilpasset avhengighet til andre klinikker påføres ortopedisk avdeling kapasitetsbegrensninger grunnet budsjettrestriksjoner i andre avdelinger.

- **Klinikkstrukturen**

Hovedutfordringen med en tverrgående klinikkstruktur ser ut til å være mangelfull kommunikasjon. Som følge av store avstander og følgelig manglende møtearenaer blir det utfordrende å skape et godt samarbeid, og ledelsen opplever heller ikke å være tett nok på lokale utfordringer. Det oppstår motstridende interesser som følge av at lokasjonene kjemper om knappe ressurser. Klinikkstrukturen skaper også store utfordringer for samarbeidet på tvers av klinikker fordi gjensidig avhengige avdelinger ikke gis incentiv til samarbeid.

- **Koordineringsutfordringer**

Det eksisterer koordineringsutfordringer på tvers av klinikker og lokasjoner, og det mest krevende koordineringsarbeidet ser ut til å være mellom ortopedisk avdeling og ANOPIN. Mellom lokasjoner knytter koordineringsutfordringer seg til glidende overganger i funksjonsfordelingen, samt at de ulike lokasjonene opererer med ulike proteser og prosedyrer. Det finnes heller ingen plattformer for erfaringsdeling, verken på tvers av lokasjoner eller klinikker.

- **Styringsutfordringer knyttet til mål**

Vi finner klare indikasjoner på vertikal styring, og tilnærmet ingen horisontal styring. Flere av informantene opplever at målene som er satt for avdelingen er urealistiske, og det kan synes som om at mål kan stå i konflikt med hverandre gjennom at de gjør beslag på de samme ressursene. Det er også uenigheter knyttet til hvilke mål som bør

prioriteres mellom ulike grupperinger. Vi finner også at ressursene ikke samsvarer med målene, noe som medfører at målene er problematiske å innfri.

- **Dekobling av styringen**

Vi finner at avdelingsledelsen i hovedsak rapporterer på økonomi og at økonomisk informasjon ikke tilfaller den operative kjernen. Klinikere på det operative nivået rapporterer utelukkende klinisk informasjon, og deres feedback er også begrenset til det kliniske. Dermed er det en dekopling mellom den formelle styringen og det operative nivået. Vi finner klare indikasjoner på at en profesjonslogikk og en økonomisk-administrativ logikk lever side om side i avdelingen, og at den kliniske profesjonslogikken går foran den økonomisk-administrative i beslutninger som vedrører pasientbehandling. Vi finner dog spor av en økonomisk-administrativ logikk hos klinikere da de venter kostnader opp mot ellers like behandlingsalternativer.

6 Diskusjon

6.1 Styringsutfordringer knyttet til budsjettet

I tilfeller hvor økonomistyringen følger de vertikale linjene i hierarkiet betegnes det ifølge Vosselman (2002) som vertikal økonomistyring. Ideelt sett skal det styres etter forhåndsdefinerte mål som oversettes til budsjetter, og ledere av ansvarsenheter holdes ansvarlige innfrielsen av disse (Otley, 1994; Vosselman, 2002). Dermed kan det trekkes paralleller mellom vertikal økonomistyring og diagnostisk styring, som innebærer at ledelsen løpende korrigerer ansattes adferd mot realisering av planlagte mål gjennom måling og feedback (Simons, 1995). Våre funn viser at styringen av ortopedisk avdeling er vertikal ved at det forekommer klare kommandolinjer fra klinikksjef til enhetsledernivå og at budsjettet følger de vertikale linjene. Overordnet tilhører budsjettet NOR-klinikken, og dette brytes ned i delbudsjetter til seksjonsnivå. Lederne holdes formelt ansvarlige for budsjettmål og er pålagt å levere innsparingstiltak i situasjoner av underskudd, noe som indikerer en klar diagnostisk bruk av budsjettet (Simons, 1995). Dermed ser man at budsjettet er et vertikalt diagnostisk styringsverktøy.

Budsjettet skal ifølge rasjonell og normativ økonomistyring være avledet fra organisasjonens mål (Otley, 1994; Anthony og Young, 2008, gjengitt i Pettersen & Solstad, 2015; Vosselman, 2002), og være en tallmessig fremstilling av disse. Budsjettet skal dermed reflektere ressursbehovet for å kunne innfri målene. Våre funn viser dog at budsjettet til ortopedisk avdeling år etter år er preget av underskudd, og at det ikke reflekterer det reelle ressursbehovet. Våre informanter har tilsynelatende ingen innvirkning på utarbeidelsen av budsjettet og avdelingsledelsen forteller om en prosess hvor man får tildelt et ferdig budsjett som er negativt allerede fra start, og dermed påfølgende krav om å produsere innsparingstiltak for å redusere avviket. Dermed har avdelingsledelsen et svært begrenset handlingsrom og det foregår tilsynelatende ingen evaluering som får innvirkning på neste års budsjett. Alle våre funn indikerer at dette har vært en gjentagende styringsutfordring over flere år.

Innsatsstyrt finansiering skal gi incentiv til økt aktivitet (Pettersen & Solstad, 2014) ved at inntekten kobles sammen med den enkelte aktivitet gjennom DRG-poeng. Dette samsvarer i høyeste grad med våre funn som viser at avdelingen gis incentiv til å utføre elektiv protesekirurgi ved at dette er svært innbringende for avdelingen. Dette incentivet motvirkes dog av kapasitetsbegrensninger som følge av knappe operasjonsressurser, ventelister som må

prioriteres, samt behovet for øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp skaper den største utfordringen hva angår elektiv protesekirurgi, fordi et akutt tilfelle medfører at planlagt operasjon må strykes, som i neste instans medfører direkte inntektstap. Dette skaper uforutsigbarhet i forhold til inntekter, og man har derfor et ønske om å beskytte den elektive protesekirurgien ved å ha operasjonsressurser på eksterne lokasjoner hvor det ikke er krav om å levere øyeblikkelig hjelp.

En av innvendingene mot DRG-systemet og ISF er at justering av satsene kan gi store utslag på finansieringen av enkelte aktiviteter (Nyland & Pettersen, 2018). Dette synet deles i høyeste grad av våre informanter som opplever DRG-systemet som svært uforutsigbart. Klinikerne opplever at i enkelte perioder kan noen DRG-koder bli «populære» fordi de i denne perioden gir høyere inntjening, og at de dermed får henvendelser fra DRG-konsulenter om å kode mer av disse kodene for å sikre høyere inntjening. Det fremkommer at dette skaper uforutsigbarhet knyttet til inntektene fordi satsene nedjusteres i tilfeller hvor bruken av koden går opp, slik at påfølgende år kan samme koden være mindre lønnsom. Klinikerne utviser stor skepsis til denne praksisen, og mener man heller må kode etter faktiske forhold. Tidligere forskning viser også at DRG-systemet kritiseres for å gjøre pasienter lønnsomme og ulønnsomme, og at det legger opp til at lønnsomme tilfeller prioriteres på bekostning av mindre lønnsomme (Pettersen & Nyland, 2006). Hva angår koblingen mellom DRG-poeng og prioriteringsrekkefølgen av pasienter er dog funnene våre sprikende. Enkelte informanter gir uttrykk for at handlingsrommet er begrenset og at man derfor ikke har mulighet til å prioritere mellom pasienter, mens andre igjen er under overbevisningen om at lønnsomme tilfeller går foran. En styringsutfordring de fleste imidlertid ser ut til å være enige om er at DRG-poengene ikke reflekter den reelle kostnaden ved å utføre en aktivitet. Informantene opplever at inngrep som er lite ressurskrevende i noen tilfeller kan gi høy kompensasjon, mens krevende inngrep i noen tilfeller gir liten uttelling. Dermed vil den innsatsstyrte finansieringen skape et gap mellom tildelte ressurser og det faktiske ressursbehovet. Tidligere forskning viser hvordan DRG-satser er lite robuste til å predikere ressursbruk på avdelingsnivå fordi de bygger på aggregerte gjennomsnittlige kostnader på nasjonalt nivå (Nyland & Pettersen, 2018), noe som klart reflekteres i informantenes oppfatninger om at satsene ikke samsvarer med virkeligheten.

Budsjettet følger i likhet med tidligere forskning (Nyland m.fl., 2017; Pettersen & Solstad, 2015) de hierarkiske linjene og tar i liten grad hensyn til at pasientbehandlingen er en klinikkovergripende prosess. Tidligere forskning (Pettersen og Solstad, 2015) viser at effektiv

styring av pasientforløpet fordrer horisontal økonomistyring, som er styring mellom enheter på samme hierarkiske nivå (Pettersen & Solstad, 2015; Van der Meer-Kooistra & Vosselman, 2000; Vosselman, 2002), men på tross av dette finner vi få indikasjoner på horisontal styring. Vi finner at den vertikale økonomistyringen skaper styringsutfordringer i den horisontale dimensjonen ved at operasjoner som skaper inntekter i ortopedisk avdeling utelukkende er en utgiftspost i andre avdelinger. Vi finner heller ingen tegn på at avdelingene fordeler inntekter seg imellom. Dermed ser man i likhet med tidligere forskning (Nyland m.fl., 2017) at den vertikal økonomistyring kan være hemmende for den horisontale.

Konsekvensen ved budsjettoverskridelse har også vært gjenstand for tidligere forskning. Empiriske funn viser at det tilsynelatende ikke gir noen konsekvenser for klinikkledelsen i et sykehus ved budsjettoverskridelse (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Solstad, 2015). Våre funn viser at dette tilsynelatende er tilfellet også på lavere hierarkiske nivå, da vår studie undersøker ned til seksjonsnivå som er det laveste hierarkiske nivået hvor ledere har budsjettansvar. Eneste konsekvens ved budsjettunderskudd er at ledere må utarbeide tiltak, som de for øvrig opplever er uten virkning, og at dette ikke medfører videre konsekvens. For avdelingen som helhet ser vi dog at innkjøpsstopp og ansettelsesstopp er en konsekvens av at budsjettet ikke er i balanse, og at avdelingsledelsen opplever innskrenket myndighet og handlingsrom. Eksempelvis må alle ansettelser besluttes på klinikknivå.

Som følge av at budsjettunderskudd ikke gir noen reelle konsekvenser, viser tidligere forskning at det er vanskelig for ledere å legitimere innsparingstiltak (Pettersen & Solstad, 2015). Våre funn er i overensstemmelse med dette, og viser at det heller ikke eksisterer noen incentiver for å gå med overskudd. Oppfatningen innad i ortopedisk avdeling er at eventuelle overskudd vil gå til å dekke underskudd i andre avdelinger tilhørende NOR-klinikken fordi de går med underskudd, og fordi budsjettet formelt sett tilhører klinikken. Ingen av våre informanter har dog opplevd å gå i overskudd, og forteller at eventuelle innsparinger kun medfører reduksjon av budsjettunderskuddet, og følgelig ikke frigjør noen midler. Dermed opplever man ingen incentiver til å medvirke i innsparingsprosesser fordi avdelingen uansett ikke får mer midler. Dette utgjør følgelig en stor styringsutfordring for en avdeling som forsøker å gjøre innsparinger, og kan muligens være en av årsakene til at ledelsen ikke opplever effekt av innsparingstiltakene.

Videre viser tidligere forskning at den økonomiske informasjonen stopper hos ledelsen og ikke tilfaller den operative kjernen (Nyland m.fl., 2017; Pettersen & Nyland, 2006; Pettersen

& Solstad, 2014). Våre funn bekrefter dette da klinikerne vi intervjuet ikke er i befatning med hverken budsjett eller kostnadsinformasjon, og den økonomiske informasjonen som tilfaller den operative kjernen er at det skal iverksettes innsparingstiltak. Lovverket stiller krav til at tillitsvalgte skal involveres i budsjettutarbeidelsen, men dette skjer så seint i prosessen at de ikke har tid til å sette seg inn i materialet og mobilisere før budsjettet er vedtatt. Klinikerne opplever dermed involveringen som en skinnprosess, fordi feedbacken fra gulvet ikke blir hensyntatt. Dette er i tråd med det (Vosselman, 2002) kaller en top-down tilnærming til økonomistyring som er rent diagnostisk og uten noen grad av interaktivitet.

6.2 Klinikstrukturen

Ortopedisk avdeling styres på overordnet nivå i avdelingslederteamet hvor avdelingsleder og seksjonslederne fra Harstad og Narvik deltar. På tross av at ledelsen her styrer på tvers av lokasjoner fremstår også denne styringen som vertikal, fordi den følger de formelle rapporteringslinjene og involverer flere hierarkiske nivå (Vosselman, 2002). Det er nemlig slik at avdelingslederen har hierarkisk myndighet over seksjonslederne i Harstad og Narvik, og i tillegg til dette må mange beslutninger løftes opp enda et nivå til klinikksjefen. Vi finner også at informasjonsflyten på tvers av klinikker oppleves fraværende, slik at de organisatoriske skillene omtales som vanntette skott. Dermed bærer heller ikke styringen på tvers av klinikker preg av å være horisontalt orientert. Unntaket er felles planleggingsmøter på tvers av klinikker, som faller inn under Vosselman (2002) sin definisjon av horisontal styring ved at det i dette tilfellet styres mellom enheter på samme nivå.

En styringsutfordring som oppstår når ortopedisk avdeling er tverrgående med store geografiske avstander, er at avstanden legger begrensninger på kommunikasjonen som følge av at man ikke har anledning til å møtes hyppig nok. Daft og Lengel (1986) viser hvordan spesialiserte strukturelle enheter som inngår i horisontale relasjoner opplever ulik virkelighetsforståelse, og at det dermed er behov for rike kommunikasjonskanaler for å skape en felles virkelighetsforståelse og helhetlig styring. Det er enighet blant våre informanter at kommunikasjonen mellom sykehusene er lav, og at dette er en medvirkende faktor til at samarbeidet på tvers oppleves alt i fra bra til svært dårlig. Det kan se ut til at opplevelse av samarbeidet innad i ortopedisk avdeling kan ha en sammenheng med hvordan partene kommuniserer.

Avdelingslederteamet hvor de administrative lederne møtes er å anse som et gruppemøte i Daft og Lengel (1986) rammeverk. Dette er det organisatoriske virkemiddelet som ifølge Daft og Lengel (1986) er best egnet til å skape enighet og felles virkelighetsforståelse på tvers av organisatoriske enheter. Dette støttes langt på vei av våre intervjudata, hvor det fremgår at informantene som sitter i avdelingsledelsen opplever samarbeidet som svært konstruktivt og opplever å spille på lag. Det fremgår også at denne styringen tidvis bærer preg av å være interaktiv (Simons, 1995) ved at det fremkommer at budsjettet som er det formelle styringsverktøyet benyttes i møter for å avgjøre hvem som er mest effektiv til å utføre ulike funksjoner. Det er rimelig å anta at en slik prosess innebærer reduksjon av både tvetydighet og usikkerhet. Usikkerheten kan tenkes å knytte seg til kostnadsinformasjon som jo finnes i budsjettet, og tvetydigheten til subjektive vurderinger som kompetanse og lokale behov. Våre data gir holdepunkt for at lederteamet finner fram til en felles forståelse på mange områder, men samtidig at man opplever utfordring på å få forståelsen av de lokale utfordringene. Man opplever heller ikke å lykkes i å skape en helhetlig forståelse og kultur blant avdelingens øvrige deltagere, noe som også gjenspeiles i klinikernes opplevelser.

Klinikerne er ikke medlemmer av lederteamet, og møtes dermed ikke ansikt til ansikt annet enn gjennom årlige fagdager. Informasjonsutvekslingen mellom klinikerne er dermed mindre rik, slik at man kan forvente ulik virkelighetsoppfatning blant klinikere på de ulike lokasjonene (Daft & Lengel, 1986). Våre funn viser at klinikerne opplever fagdagene som utilstrekkelige til å danne en felles virkelighetsforståelse fordi de ikke møtes ofte nok, og at legegruppen dermed blir fragmentert fordi de ikke blir kjent med hverandre. Klinikerne opplever at samarbeidet på tvers varierer i stor grad, at samarbeidet på flere områder er dårlig, og at manglende kommunikasjon er hovedårsaken til det dårlige samarbeidet. Vi finner at graden av kommunikasjon og samarbeid mellom klinikerne er personavhengig, hvor noen møtes gjennom ambulering, mens andre utelukkende kommuniserer via telefon, e-post, gjennom mellommenn (Lege i spesialisering), eller ikke kommuniserer i det hele tatt. I tilfeller hvor klinikere møtes gjennom ambulering opplever de et godt samarbeid og at man blir kjent med hverandre, og denne dialogen blir i enkelte tilfeller opprettholdt i ettertid. Dermed kan det se ut til at et godt samarbeid mellom klinikere på tvers av sykehus fordrer rik informasjon, gjerne at man møtes ansikt til ansikt (Daft & Lengel, 1986). Vi finner også ett tilfelle hvor personlig dialog mellom to overleger over telefon også resulterte i et godt samarbeid om et enkelttilfelle. Disse observasjonene er i så måte i tråd med Daft og Lengel (1986) som viser at avdelinger som er spesialiserte og ikke inngår sekvensielt i produksjonen

vil oppleve høy grad av tvetydighet og lav grad av usikkerhet, som følge av at de ikke forekommer særlig dialog. I slike tilfeller vil det oppstå behov for rike informasjonskilder, og organisatoriske virkemidler som personlig kontakt og gruppemøter dersom de skal kunne løse felles utfordringer (Daft & Lengel, 1986). Ledelsen i ortopedisk avdeling opplever dog store utfordringer med å samle fagmiljøet i gruppemøter da det krever neddimensjonering av produksjonen, og er hovedårsaken til at det blir med årlige fagdager. Som følge av dette og store avstander blir Skype den nest beste løsningen, som brukes i noen grad, men klinikerne opplever ikke disse møtene som tilstrekkelig til å knytte bånd. Dermed ser det ut til at de store avstandene er hemmende for samarbeid på tvers, med mindre man har anledning til å møtes ansikt til ansikt.

Klinikkstrukturen gir også opphav til samarbeids- og tillitsproblemer som beskrevet av Caglio og Ditillo (2008), ved at det oppstår kamp om knappe ressurser. Når allokeringen av ressurser bærer preg av å være et nullsumspill vil partene i en horisontal relasjon oppleve motstridende interesser, og følgelig ønske å opptre i egeninteresse (Caglio & Ditillo, 2008). Det er ikke utformet incentiver som skal sikre sammenfallende interesser mellom de tre sykehusene, og vi finner klare indikasjoner på at partene opptre i egeninteresse og forsøker å tilegne seg mest mulig ressurser på bekostning av de andre partene. Lederteamet gir uttrykk for å ha felles interesser, men opplever i likhet med de øvrige informantene at dette ikke er gjengs oppfatning innad i avdelingen. Vi finner også klare indikasjoner på tillitsproblemer (Caglio & Ditillo, 2008). Sykehus 1 har på grunn av liten størrelse og lavt pasientgrunnlag vært nedleggingsstruet, og har dermed hatt behov for å verne om sin videre eksistens. For å opprettholde driften ved dette sykehuset er det tildelt enkelte funksjoner som tidligere ble utført ved de andre sykehusene, og som følge av dette opplever sykehus 2 å miste kompetanse og kritiske inngrep. Slike situasjoner medfører at alle parter søker å verne om egne interesser, og som følge av dette oppstår det konflikter. Særlig opplever klinikerne ved sykehus 2 at dette har vært en stor utfordring for samarbeidet.

De samme utfordringene gjør seg også gjeldende på tvers av klinikkgrenser. Det forekommer tydelig samarbeidsproblemer (Caglio & Ditillo, 2008) som følge av at kirurgiske klinikker er avhengige av ANOPIN for operasjonsressurser, som ikke har incentiv til å tilby økt operasjonskapasitet fordi dette medfører kostnadsøkninger. De kirurgiske klinikkene ønsker på den andre siden økt kapasitet fordi det for dem medfører økte inntekter. Dermed skaper manglende incentiver kapasitetsbegrensninger. Tilsvarende funn er også gjort av Nyland m.fl. (2017), som også fant at uformelle styringsmekanismer løste styringsutfordringene ved at

klinikkene delte inntekten. Vi finner ikke spor av slike styringsmekanismer, og konsekvensen er at ortopedisk avdeling opplever å gå med ledig kapasitet.

Det siste nøkkelfunnet viser at styringsutfordringer oppstår som følge av sentralisert myndighet og lange beslutningsveier. Beslutninger tas for langt unna der hvor utfordringer oppstår, og avdelingsledelsen opplever nærmest å være umyndiggjort. Det kan vises til at alle ansettelse må tas av klinikkledelsen, og at ledelsen som fatter beslutningene har liten innsikt i de faktiske forholdene i den operative kjernen. Dette kan også ses i lys av Daft og Lengel (1986) da det er rimelig å anta at det mellom flere hierarkiske nivå vil oppstå ulik virkelighetsforståelse, og at det kan være utfordrende for klinikkledelsen å holde seg personlig informert i utfordringer på gulvet. Betingelsesteori samt rammeverket «Levers of Control» (Simons, 1995) viser hvordan ledelsen i store hierarkiske organisasjoner er avhengige av å ha interaktive systemer for å holde seg personlig informert, men vi finner ikke tegn til interaktiv styring mellom klinikkledelsen og klinikerne på gulvet. Vi finner dog nok et eksempel på at den vertikale styringen skaper styringsutfordringer i den horisontale dimensjonen ved at man tidligere kunne løse utfordringer på stedet, men etter klinikkstrukturen ble innført oppleves klinikkgrensene som vanntette skott som hemmer arbeidsflyten på tvers.

6.3 Koordineringsutfordringer mellom sykehus og klinikker

I sykehus oppstår koordineringsutfordringer når pasientbehandlingen skjer på tvers av organisatoriske enheter mens styringen foregår langs de vertikale linjene (Nyland m.fl., 2017; Pettersen m.fl., 2008). Vi finner at koordineringen er mest utfordrende på tvers av klinikker fordi det i all hovedsak er her aktiviteten foregår, og fordi funksjonsfordelingen fordeler arbeidet på en slik måte at man blir mindre avhengige av å koordinere mellom sykehusene i det daglige. Da koordineringen mellom sykehusene foregår langt sjeldnere og på et mer overordna nivå skaper det ikke på langt nær samme grad av styringsutfordringer som man opplever på tvers av klinikker.

Alle kirurgiske klinikker inngår i et avhengighetsforhold fordi operasjonsressursene må koordineres mellom disse. Koordineringsproblemer oppstår i tilfeller hvor man må omrokere på planer, fordi en operasjon krever stue, team og ortopeder som alle har ulike timeplaner og tilhører ulike klinikker. Dette er det i stor grad opp til enhetsledere og sekretærer å

koordinere, og man ser at det kan være utfordrende å opprettholde forutsigbarheten i de langsiktige planene.

På tvers av sykehusene knytter koordineringsutfordringene seg til funksjonsfordelingen og til ulik praksis. Pasienter kan «falle mellom stoler» fordi det i enkelte tilfeller er vanskelig å vurdere det medisinske tilfellet mot de formelle kategoriene, og det kan skape uenighet og konflikter om hvilket sykehus som skal utføre behandlingen. Håndtering av koordineringsutfordringer på tvers av organisasjoner avhenger av at partene enes om hvordan arbeidet skal fordeles, samt at de integrerer sine grensesnitt med hverandre (Caglio & Ditillo, 2008; Kraus & Lind, 2007). Dette kan gjøres gjennom felles standarder som regulerer kvalitet og adferd, men bør også suppleres med løpende møtevirksomhet (Caglio & Ditillo, 2008; Kraus & Lind, 2007). Våre funn viser at koordineringsutfordringene til ortopedisk avdeling kan knyttes både til uklar arbeidsdeling, samt til manglende integrasjon. Uklarhet i arbeidsdelingen oppstår som følge av at sykehusene på enkelte områder må ha overlappende kompetanser, og det kan være vanskelig å avgjøre når et tilfelle er komplisert nok til at det skal henvises til sykehuset som ivaretar spesialistfunksjonen. Dermed kan det oppstå konflikter knyttet til koordineringen. Avdelingsledelsen erkjenner at pasientforløpet er for dårlig koordinert og forteller om en pågående prosess for å utbedre dette.

Kraus og Lind (2007) viser hvordan organisasjoner gjennom felles prosedyrer og standarder kan integrere sine grensesnitt med hverandre og dermed løse koordineringsproblemer. Vi finner at slik integrasjon er fraværende da sykehusene benytter ulike prosedyrer og standarder på flere områder. Et eksempel på dette er at det benyttes ulike proteser i protesekirurgien, samt at operasjonsutstyr, bandasjer og øvrig materiell heller ikke er standardisert på tvers av sykehusene. Heller ikke på innkjøpssiden er sykehusene integrert, og man opplever at det er dårlig oversikt over hvilke innkjøpsavtaler som eksisterer. Ortopedisk avdeling opplever dermed ikke å realisere potensielle stordriftsfordeler ved å være tverrgående.

Klinikerne opplever heller ikke noe faglig utbytte av å inngå i en tverrgående avdeling. Dette skyldes i hovedsak mangelen på erfaringsutveksling fordi det ingen finnes noen felles møteplattform. Ved at klinikerne kun samles én gang årlig på fagdager opprettholdes ulik praksis på de ulike stedene, og erfaringer har ikke anledning til å spre seg på tvers av sykehusene. Det utveksles heller ikke erfaringer på tvers av klinikkene, fordi strukturen hemmer kommunikasjonen slik at det får utvikle seg ulike rutiner innad i hver klinikk.

Dermed kan det oppstå situasjoner hvor rutiner tilhørende en avdeling kunne ha forhindret problemer i en annen.

Avslutningsvis kan det trekkes paralleller mellom betingelsene størrelse og struktur, og koordinering. Det vises til at store organisasjoner må håndtere store mengder informasjon, og at det dermed er nødvendig med økt formalisering og koordinering mellom økende antall strukturelle enheter med delegerte ansvarsområder (Chenhall, 2003). Det vil i store organisasjoner derfor være behov for formelle styringssystemer (Chenhall, 2003), både diagnostiske og interaktive (Nyland & Pettersen, 2010; Simons, 1995). Det er en vesentlig størrelsesforskjell mellom de tre sykehusene som danner ortopedisk avdeling, og de er i tillegg ulikt organisert. Ortopedisk avdeling består ved sykehus 1 av én seksjon hvor alle ansatte er samlokalisert slik at man her kan kommunisere direkte. Her oppnår informantene fleksibilitet og opplever å kunne løse det meste på stedet, og opplever følgelig den formelle strukturen som hemmende. Denne opplevelsen deles også av sykehus 3. På dette sykehuset driver ortopedisk avdeling poliklinikken sammen med K3K-klinikken, og man opplever at klinikkstruktur er hemmende for koordinering i et så lite sykehus. Her opplever man at koordinering ville vært enklere dersom alle kirurgiske fag var organisert i én enhet. På sykehus 2 er det flere seksjoner og vesentlig flere ansatte, slik at det i dette sykehuset oppstår behov for å koordinere mellom flere enheter. Dermed ser vi hvordan de tre sykehusene opplever ulike betingelser for styringen, og at det dermed er utfordrende å designe et styringssystem som er effektivt for dem alle.

6.4 Styringsutfordringer knyttet til mål

Styringsutfordringer oppstår når målene settes eksternt for organisasjonen, og når det er manglende kongruens mellom mål og ressurser (Pettersen & Solstad, 2015). De overordna målene settes av Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) gjennom oppdragsdokumentet til det regionale helseforetaket (Helse Nord), som videre styrer sykehuset (UNN) gjennom foretaksmøter og styringsdokumenter (Nyland & Pettersen, 2018; Pettersen & Solstad, 2015). Tidligere forskning viser at målene kan ende opp med å være innbyrdes inkonsistente når de brytes ned på enhetsnivå, slik at realisering av målene i en enhet motvirker målene i en annen (Pettersen & Solstad, 2014, 2015). Vi finner ingen klare indikasjoner på dette da våre informanter ikke har inngående kjennskap til de overordna målene. Det kan følgelig se ut til at dette er noe som blir synlig først på høyere hierarkiske nivå. Derimot finner vi at mål kommer

i konflikt med hverandre som følge av ressursknapphet, fordi prioriteringer medfører at ressurser allokeres fra ett mål til et annet.

Pettersen og Solstad (2015) viser at realisering av mål er utfordrende som følge av et høyt antall mål i styringsdokumentet, samt at tildelte midler ikke står i samsvar med det faktiske ressursbehovet. Vi finner at våre informanter er delte i synet på realismen til måltallene innad i ortopedisk avdeling, og at det ser ut til å være et skille mellom ulike profesjoner.

Administrative ledere opplever at måltallene er realiserbare, mens synet er blandet blant klinikerne. Enkelte klinikere setter sine egne produksjonsmål og opplever følgelig målene som oppnåelige, men gir uttrykk for at det gjerne har vært overambisiøse mål for å unngå å bli offer for nedskjæringer. Andre klinikere er av den oppfatning at måltallene ikke korrelerer med virkeligheten, fordi de ikke tar hensyn til kapasitetsbegrensninger innenfor kirurgien. Videre finner vi at ressursene ikke alltid samsvarer med målene som er satt, ved at det holdes stillinger ledig samtidig som det stilles krav til økt produksjon. Den gjengse oppfatning blant våre informanter er følgelig at kvantitet går på bekostning av kvaliteten i pasientbehandlingen.

Tidligere empirisk forskning viser at det kan forekomme ulike og til dels motstridene interesser mellom grupperinger av profesjonsutdannede (Pettersen m.fl., 2008). Blant legene ses pasientbehandling som et mål overordnet alle andre, og dermed blir andre mål som epikrisetider og budsjettbalanse salderingsposter. Ulike interesser kommer også til syne som følge av at ledere med sykepleierbakgrunn må ha en medisinskfaglig rådgiver, og sykepleiere synes å være langt mer opptatt av administrasjon og måltall enn hva legene er. Slik ser vi at posisjon i hierarkiet og ulik profesjon kan medføre ulik forståelse og prioritering av mål, noe som er nært forbundet med dekobling og institusjonelle logikker.

6.5 Dekobling og institusjonelle logikker

Styringsimpulsene kommer i profesjonelle organisasjoner nedenfra (Pettersen m.fl., 2008), og adferden styres uformelt av de profesjonsutdannedes fagkunnskaper (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Carlsson-Wall m.fl., 2011) fordi ledelsen ikke innehar den nødvendige fagkompetansen og/eller kan forhåndsdefinere riktig løsning (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008). Dermed oppstår gjerne en dekobling mellom den formelle økonomistyringen og det operative nivået, og ledelsens ansvar begrenser seg til ressursallokering og overvåking av prestasjoner (Solstad, 2009). I sykehus ser man at

styringen er dekket gjennom at klinikerne har autonomi i saker som omhandler pasientbehandlingen (Johansen m.fl., 2015; Pettersen & Solstad, 2014), og at deres adferd styres av en profesjonslogikk (Torjesen, 2007) som innebærer at det er faglig dokumentasjon og normer som er styrende. Dette er i overensstemmelse med våre funn hvor det fremkommer at det er medisinske vurderinger og ikke økonomi som ligger til grunn for valg av behandling, og at vurderingen gjøres av den enkelte ortoped. Vi finner at klinikernes rapportering er begrenset til rent medisinske spørsmål og at deres feedback er begrenset til utfallet av behandlingen. De administrative lederne rapporteres hovedsakelig på økonomi og driftsrelaterte måltall, og involverer ikke klinikerne i den økonomiske informasjonsflyten, noe som sammenfaller med den økonomisk-administrative logikken (Torjesen, 2007). Ortopedene opplever økonomi som noe negativt som begrenser deres arbeid, og at økonomi utelukkende burde være administrasjonens ansvar.

Styringsutfordringer vil følgelig oppstå dersom legene som faktisk driver kostnadene ikke har økonomi som en del av sitt beslutningsgrunnlag. En kan dermed forvente kostnader som lever fullstendig dekket fra budsjettet og den formelle økonomistyringen, noe det til dels også gjør som følge av at klinikerne ikke får noen økonomisk informasjon. Dette er i tråd med tidligere forskning som fant at klinikerne skjermes for denne type informasjon (Pettersen & Solstad, 2014). Klinikerne viser på den andre siden at de også er under påvirkning av en økonomisk-administrativ logikk, ved at de forsøker å benytte rimeligere behandlingsalternativer dersom dette er mulig. Dermed kan det se ut til at økonomi allikevel er en del av kliniske beslutninger, men i likhet med tidligere forskning (Johansen m.fl., 2015; Pettersen & Solstad, 2014) kommer profesjonslogikken foran.

7 Konklusjon

Denne casestudien tar for seg en avdeling som inngår i en tverrgående klinikk og er lokalisert på tre ulike geografiske lokasjoner. Gjennom intervjuer med klinikere og ledere som befinner seg på de ulike lokasjonene søker studien å besvare følgende problemstilling:

Hvilke styringsutfordringer opplever en desentralisert sykehusavdeling som inngår i en klinikkmodell?

Aktiviteten i ortopedisk avdeling foregår på tvers av sykehus og klinikker, og økonomistyringen er i all hovedsak vertikal. Avdelingen opplever en rekke styringsutfordringer, hvor de mest fremtredende oppstår i den horisontale dimensjonen.

Store avstander mellom sykehusene begrenser kommunikasjonen ved at man ikke møtes ansikt til ansikt i det daglige. Mangelfull kommunikasjon skaper utfordringer for samarbeidet mellom sykehusene som følge av at klinikerne ikke blir kjent med hverandre, samtidig som mangelfull kommunikasjon også hindrer avdelingsledelsen i å holde seg godt nok orientert i lokale utfordringer. Dermed blir det i realiteten tre avdelinger med liten grad av samarbeid på tvers, og som i tillegg opplever motstridende interesser grunnet kamp om knappe ressurser. Våre funn viser at partene motiveres av egeninteresse og ikke gis tilstrekkelig incentiv til å opptre som en samlet avdeling, og det kan synes som om samarbeids- og tillitsproblemer ikke er håndtert i tilstrekkelig grad.

Det oppstår store utfordringer i prosessdimensjonen som følge av at økonomistyringen er vertikal. Pasientforløpet skjer på tvers av gjensidig avhengige klinikker og det oppstår motstridende interesser fordi budsjettet ikke tar hensyn til dette. Dermed hindres ortopedisk avdeling i å styre egen aktivitet fordi de påføres kapasitetsbegrensninger av andre klinikker. Klinikstrukturen er også hemmende for kommunikasjon på tvers av klinikker og sykehus som følge av at rapporteringslinjene er vertikale. Dermed hindres klinikere i å løse utfordringer mellom klinikker på stedet, og det forekommer heller ingen læring på tvers.

Styringsutfordringer i den vertikale dimensjonen knytter seg i hovedsak til urealistiske budsjetter og manglende autonomi. Fordi budsjettet utarbeides top-down og ikke reflekterer det reelle ressursbehovet, preges ortopedisk avdeling av gjentagende underskudd. Dette medfører at avdelingsledelsens myndighet innskrenkes og man opplever heller ingen reell

mulighet til å komme i balanse. Inntektsøkning begrenses av kapasitetsbegrensninger, samtidig som inntekten ikke alltid står i samsvar med ressursforbruket. Det er få eller ingen incentiver til å medvirke i innsparinger, og som følge av at styringssystemet er dekket drives kostnadene av klinikere som vektlegger pasientbehandling framfor budsjettbalanse. Da budsjettet tilsynelatende heller ikke evalueres fortsetter økonomistyringen i en sirkel hvor målrealisering bygger på sviktende forutsetninger, slik at økonomistyringen ikke følger en rasjonell tilnærming. Ifølge Anthony (2012) innebærer dette at økonomistyringssystemet behøver redesign. Avslutningsvis ser vi hvordan manglende autonomi skaper styringsutfordringer i de to mindre sykehusene. Manglende kontroll over egne budsjetter, samt at beslutninger må tas langt unna, oppleves som et hinder for effektiv drift.

Denne studien gir flere bidrag til den horisontale styringslitteraturen. Til vår kjennskap har tidligere forskning ikke studert horisontal styring innad i én sykehusavdeling som strekker seg over tre geografiske lokasjoner. Studien er en intensiv studie hvor det er benyttet kvalitative intervjuer, noe som er etterspurt av tidligere forskning (Pettersen og Solstad, 2015). Vårt fokus er på styringsutfordringer fremfor styringssystemer, noe som også etterspørres (Caglio og Ditillo, 2008). Vi studerer i tillegg styringsutfordringer sett fra tre ståsteder, hvor tidligere forskning i hovedsak har studert i fra ett ståsted (Caglio og Ditillo, 2008). Vi finner tilnærmet ingen horisontal styring, og vi finner at som følge av manglende samarbeid og ulik praksis har avdelingen ikke lyktes i å realisere stordriftsfordeler som følge av at den inngår i en tverrgående klinikk. Kraus og Lindholm (2010) etterspør en diskusjon av horisontal styring i lys av særegenheter ved offentlig sektor, blant annet innslaget av sterke profesjoner. Vi finner i denne studien at klinikere i tillegg til en profesjonslogikk også er under påvirkning av en økonomisk-administrativ logikk i valg av behandlingsmetodikk. Våre funn viser at klinikere har kostnader som en del av sitt beslutningsgrunnlag når de står ovenfor behandlingsalternativer som gjør tilnærmet samme nytte, og at valg av behandling dermed både er gjenstand for medisinske og økonomiske vurderinger. Vi bidrar til litteraturen som viser at det er et spenningsforhold mellom de to logikkene og at profesjonslogikken går foran den økonomisk-administrative (Johansen m.fl., 2015; Pettersen & Solstad, 2014) ved at vi finner en antydning til at logikkene begynner å sameksistere.

Studien viser at økonomistyringssystemet slik det er utformet i dag faktisk skaper styringsutfordringer. Studien viser på hvilke områder styringssystemet er mangelfullt og hvilke styringsutfordringer dette medfører for ortopedisk avdeling. Dermed er en praktisk

implikasjon av denne studien at kunnskapen som frambringes kan være en bidragsyter i videreutvikling av styringssystemet i ortopedisk avdeling.

7.1 Forslag til videre forskning

Vår studie har undersøkt hvilke styringsutfordringer en sykehusavdeling står ovenfor når den strekker seg over tre lokasjoner. Vår studie er avgrenset til én sykehusavdeling, og vi vet ikke i hvilken grad disse styringsutfordringene gjør seg gjeldende i andre avdelinger som også strekker seg over flere lokasjoner. Videre forskning kan utvide denne forståelsen gjennom å studere andre sykehusavdelinger innad i UNN eller i andre helseforetak med lignende organisering.

Intensjonen med fusjonen var fra myndighetenes side å danne stordrift og hente ut de fordelene dette i teorien skal kunne frembringe. Våre funn indikerer at ortopedisk avdeling ikke har lyktes i å realisere slike fordeler. Videre forskning kan undersøke i hvilken grad andre avdelinger eller klinikker som strekker seg over flere lokasjoner har lyktes i å realisere stordriftsfordeler.

Denne studien finner klare indikasjoner på at klinikere påvirkes av en økonomisk-administrativ logikk i valg av behandlingsmetodikk. Vi vet ikke hvor vidt dette gjør seg gjeldende i andre kontekster, og videre forskning kan undersøke dette.

Referanseliste

- Abernethy, M. A. & Stoelwinder, J. U. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting, organizations and society*, 20(1), s. 1-17.
- Andersen, S. S. (2013). *Forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and Control Systems: Framework for Analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Bryman, A. & Bell, E. (2015). *Business research methods* (4. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Caglio, A. & Ditillo, A. (2008). A review and discussion of management control in inter-firm relationships: Achievements and future directions. *Accounting, Organizations and Society*, 33(7-8), s. 865-898.
- Carlsson-Wall, M., Kraus, K. & Lind, J. (2011). The interdependencies of intra-and inter-organisational controls and work practices—The case of domestic care of the elderly. *Management Accounting Research*, 22(4), s. 313-329.
- Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, organizations and society*, 28(2-3), s.127-168.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). London: SAGE Publications Ltd.
- Cäker, M. & Siverbo, S. (2011). Management control in public sector joint ventures. *Management Accounting Research*, 22(4), s. 330-348.
- Daft, R. L. & Lengel, R. H. (1986). Organizational information requirements, media richness and structural design. *Management Science*, 32(5), s. 554-571.
- Dekker, H. C. (2004). Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements. *Accounting, Organizations and Society*, 29(1), s. 27-49.
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R. & Jackson, P. R. (2008). *Management Research* (3. utg.). London: SAGE Publications Ltd.
- Fallan, L. & Pettersen, I. J. (2016). *Bedriftsøkonomiske atferdsteorier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fisher, J. (1995). Contingency-based research on management control systems: categorization by level of complexity. *Journal of accounting literature*, 14, s. 24-53.
- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Hansen, O. (2006). Utviklingen av modeller i lærebøker innen management accounting de siste 20 årene. *Magma*, 9(3), s. 91-107.
- Healy, M. & Perry, C. (2000). Comprehensive criteria to judge validity and reliability of qualitative research within the realism paradigm. *Qualitative market research: An international journal*, 3(3), s. 118-126.
- Hopwood, A. G. (1996). Looking across rather than up and down: on the need to explore the lateral processing of information. *Accounting, Organizations and Society*, 21(6), s. 589-590.
- Håkansson, H., Kraus, K. & Lind, J. (2010). Accounting in Networks as a New Research Field. I H. Håkansson, K. Kraus & J. Lind (Red.), *Accounting in Networks* (s. 1-13). Madison Avenue, New York: Routledge.
- Ingebrigtsen, T. (2018, 29. september). Uten tillit til Tromsø-leder, *Harstad Tidende*, s. 4-5.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Johansen, S. T., Olsen, T. H. & Solstad, E. (2015). An insider view of the hybrid organisation: How managers respond to challenges of efficiency, legitimacy and meaning. *Journal of Management & Organization*, 21(6), s. 725-740.
- Kastberg, G. & Siverbo, S. (2013). The design and use of management accounting systems in process oriented health care—an explorative study. *Financial Accountability & Management*, 29(3), s. 246-270.

- Kastberg, G. & Siverbo, S. (2016). The role of management accounting and control in making professional organizations horizontal. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 29(3), s. 428-451.
- Kominis, G. & Dudau, A. I. (2012). Time for interactive control systems in the public sector? The case of the Every Child Matters policy change in England. *Management Accounting Research*, 23(2), s. 142-155.
- Kraus, K. & Lind, J. (2007). Management control in inter-organisational relationships. I T. Hopper, D. Northcott & R. Scapens (Red.), *Issues in management accounting* (3 utg., s. 269-296). Harlow: Pearson Education Limited.
- Kraus, K. & Lindholm, C. (2010). Accounting in Inter-Organisational Relationships within the Public Sector. I H. Håkansson, K. Kraus & J. Lind (Red.), *Accounting in Networks* (s. 113-145). Madison Avenue, New York: Routledge.
- Lee, B., Collier, P. M. & Cullen, J. (2007). Reflections on the use of case studies in the accounting, management and organizational disciplines. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 2(3), s. 169-178.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: SAGE.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions. *Management accounting research*, 19(4), s. 287-300.
- NESH. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet 21. mai fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Nyland, K., Morland, C. & Burns, J. (2017). The interplay of managerial and non-managerial controls, institutional work, and the coordination of laterally dependent hospital activities. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 14(4), s. 467-495.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2004). The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non -) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management*, 20(1), s. 77-102.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten-likhet eller mangfold. *Magma*, 13(4), s. 55-61.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og Helse: fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nyland, K. & Østergren, K. (2008). *Økonomisk styring i helseforetak: avdelingslederens holdning til økonomiansvar* (8249105672).
- Otley, D. (1980). The contingency Theory of Management Accounting: Achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4), s. 413-428.
- Otley, D. (1994). Management control in contemporary organizations: towards a wider framework. *Management accounting research*, 5(3-4), s. 289-299.
- Otley, D. (2016). The contingency theory of management accounting and control: 1980–2014. *Management accounting research*, 31, s. 45-62.
- Otley, D., Broadbent, J. & Berry, A. (1995). Research in management control: an overview of its development. *British Journal of management*, 6, s. 31-44.
- Pedersen, T. H. (2013). Sykehusreformen og intern organisering: Gjennombruddet for sykehusovergripende divisjoner. I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen: Veier videre*. Trondheim: Akademika forlag.
- Pettersen, I. J. (2018). Å gjete kongens harer? *Praktisk økonomi & finans*, 34(01), s. 4-18.
- Pettersen, I. J. & Bjørnenak, T. (2003). *Helse i hver krone? - om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse. Perspektiver på styring* (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Pettersen, I. J. & Nyland, K. (2006). Management and control of public hospitals—the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case - study. *The International journal of health planning and management*, 21(2), s. 133-149.

- Pettersen, I. J. & Solstad, E. (2014). Managerialism and profession - based logic: the use of accounting information in changing hospitals. *Financial Accountability & Management*, 30(4), s. 363-382.
- Pettersen, I. J. & Solstad, E. (2015). Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals. *Journal of health organization and management*, 29(2), s. 185-199.
- Pettersen, I. J. & Solstad, E. (under publisering). Hospital mergers and the de-coupling of change.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scarpato, S. (2006). The integration of clinical and costing information: a comparative study between Scotland and Sweden. *Financial Accountability & Management*, 22(2), s. 133-155.
- Searle, J. R. (2006). Social ontology: Some basic principles. *Anthropological theory*, 6(1), s. 12-29.
- Simons, R. (1994). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Press.
- Simons, R. (1995). Control in an age of empowerment. *Harvard Business Review*, 73(2), s. 78-89.
- Solstad, E. (2009). Fusjoner i offentlig sektor. *Magma*, 12(7), s. 27-35.
- Solstad, E. & Olsen, T. H. (2017). Den kyndige økonomisk/administrative fagutøverens helhetsforståelse. *Praktisk økonomi & finans*, 33(1), s. 97-112.
- Thornton, P., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torjesen, D. O. (2007). *Foretak, management og medikrati*. (Doktoravhandling), Universitetet i Bergen.
- UNN. (2017). *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse*.
- UNN. (u. å.). Ortopedisk avdeling. Hentet 21. mai fra <https://unn.no/avdelinger/nevro-ortopedi-og-rehabiliteringsklinikken/ortopedisk-avdeling#les-mer-om-ortopedisk-avdeling>
- UNN. (u. å.). Ortopedisk poliklinikk, Tromsø. Hentet 21. mai fra <https://unn.no/avdelinger/nevro-ortopedi-og-rehabiliteringsklinikken/ortopedisk-avdeling/ortopedisk-poliklinikk-tromso>
- Van der Meer-Kooistra, J. & Scapens, R. W. (2008). The governance of lateral relations between and within organisations. *Management Accounting Research*, 19(4), s. 365-384.
- Van der Meer-Kooistra, J. & Vosselman, E. G. (2000). Management control of interfirm transactional relationships: the case of industrial renovation and maintenance. *Accounting, organizations and society*, 25(1), s. 51-77.
- Vosselman, E. G. J. (2002). Towards horizontal archetypes of management control: a transaction cost economics perspective. *Management Accounting Research*, 13(1), s. 131-148.
- Yin, R. K. (1981). The case study as a serious research strategy. *Knowledge*, 3(1), s. 97-114.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5. utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Young, D. W. (2012). *Management control in nonprofit organizations* (9. utg.). Cambridge, Massachusetts: The Crimson Press.

Vedlegg

Vedlegg A - Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke styringsutfordringer opplever desentraliserte sykehusavdelinger?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *synliggjøre hvilke styringsutfordringer man opplever når en sykehusavdeling er spredt over flere geografiske lokasjoner*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave innen økonomi og administrasjon ved UiT. Vi søker å belyse hvilke styringsutfordringer man opplever når en avdeling i et sykehus er spredt på flere lokasjoner og inngår i en tverrgående klinikk. Vi ønsker å studere ortopedisk avdeling da den strekker seg over flere lokalsykehus og hvor det dermed må koordineres på tvers. Vi ønsker å undersøke utfordringer knyttet til dette – både administrative og i selve produksjonen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Handelshøgskolen ved UiT Harstad v/ prosjektansvarlig Elsa Solstad

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju personer som har helsefaglig og/eller økonomisk ansvar innad i ortopedisk avdeling, og som kan fortelle oss om hva det innebærer å være del av en avdeling og en klinikk som strekker seg over flere sykehus. Vi ønsker å belyse dette både fra et administrativt ståsted, men også fra fagpersoner uten administrativt ansvar.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i dette prosjektet vil du bli intervjuet om hvilke styringsutfordringer du opplever i jobben din. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuene som vil bli lagret på en sikker måte, og disse slettes så fort data er transkribert. I denne prosessen vil du bli anonymisert. Du vil få tilsendt kopi av det transkriberte intervjuet og gis anledning til å komme med korrigeringer i ettertid.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- *Det er kun vi som intervjuere som vil ha tilgang til lydopptakene*
- *Du vil bli anonymisert og gis en tallkode som kun vi kjenner identiteten til*
- *Lydopptakene vil inntil de slettes lagres kryptert på datamaskin*

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2019. Lydopptak slettes fortløpende og transkripsjoner vil slettes innen utgangen av denne dato.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Handelshøgskolen UiT Harstad ved Elsa Solstad, e-post: elsa.solstad@uit.no
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, e-post: personvernombud@uit.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

André Olsen og Ruben Hammer
Studenter

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- *Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.*
- *Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).*
- *Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.*

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål.
Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- *at opplysninger om meg publiseres med den mulighet at jeg kan gjenkjennes indirekte*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.06.18

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg B - Intervjuguide

«Hvilke styringsutfordringer opplever desentraliserte sykehusavdelinger som følge av klinikkmodellen?»

Innledningsspørsmål

- Hva er din stillingstittel?
- Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
- Hvor lenge har du vært ansatt i sykehuset?
- Hva er dine arbeidsoppgaver?
- Hvilket forhold har du til økonomi i din arbeidshverdag?
- Har du personalansvar?
 - For hvor mange?
- Hvem rapporterer du til?
 - Hva rapporterer du?
 - Økonomi? Helse?
 - Hvor ofte?
- Kan du beskrive organiseringen i din avdeling?
 - Hvem har økonomisk og administrativt ansvar?

KOM MED PRESISERING HER AV BEGREPET LOKASJONER!

Vertikal økonomistyring

- Hvilket ansvar har du i forhold til budsjettet?
- Hva bruker du budsjettet til?
- Er du delaktig i utarbeidelsen av budsjettet?
 - På hvilken måte?
 - Hvordan foregår prosessen?
 - Har du innflytelse på den endelige rammen?
 - Hvis ja: hvordan? Hvis nei: hvorfor ikke?
- På hvilken måte påvirker budsjettet samarbeid med andre enheter innad i ortopedisk avdeling?
 - Har du noen eksempler?
- Opplever dere at budsjettrestriksjoner fungerer som et hinder for samarbeid mellom Tromsø, Narvik og Harstad?
 - På hvilken måte skaper dette utfordringer for samarbeidet?
 - Gir budsjettet incentiv til samarbeid?

- Finnes det andre incentiver til samarbeid?
- Syns du at budsjettet er et godt styringsverktøy?
 - Hvorfor / hvorfor ikke?

Horisontal økonomistyring

- Hva er nødvendig av koordinering i jobben din? Gi eksempler.
 - Mellom enheter i ortopedisk som er på samme sykehus
- Hvordan foregår denne koordineringen lokalt?
- Hvordan foregår koordineringen mellom lokalsykehusene?
 - Har dere systemer eller rutiner som skal lette koordineringen?
 - Hvem bruker de eventuelt?
 - Hvordan brukes de?
- Opplever du at dette er en god måte å koordinere på?
 - Hvorfor / hvorfor ikke?
 - Hva kunne vært gjort annerledes?
- Har dere noen formelle møtearenaer innad i ortopedisk?
 - Hvilke?
 - Hvem deltar?
 - Hva diskuteres?
 - Fungerer disse på en god måte?
 - Hva kunne vært gjort annerledes?
- Har dere noen uformelle møtearenaer?
 - Hvilken type møtearenaer er dette?
 - Hvem deltar?
 - Hva diskuteres?
 - Fungerer disse på en god måte?
 - Hva kunne vært gjort annerledes?

Vi leser opp til informantene: vi vil opplyse om at når vi bruker begrepet «lokasjoner» sikter vi til den delen av ortopedisk som befinner seg på de andre lokalsykehusene, og at vi studerer Harstad, Narvik og Tromsø.

- Må du ta hensyn til de to andre lokasjonene når du planlegger dine aktiviteter?
 - Involverer du dem?
 - Hvordan involveres de?
 - Opplever dere interessekonflikter?
- Involveres de to andre lokasjonene i økonomiske beslutninger i ortopedisk?
 - Hvilke beslutninger?
 - Hvem involveres?
 - Hvordan involveres de?

- Opplever dere interessekonflikter?
- Grad av tillit mellom partene?
 - Hvorfor /hvorfor ikke?
- Hvor godt opplever du at samarbeidet er mellom de tre lokasjonene i ortopedisk?
 - Hva samarbeider dere om?
 - Hvem samarbeider?
 - Opptrer dere som én avdeling?
- Hvilke utfordringer er mest fremtredende ved å være én avdeling som strekker seg over tre geografiske lokasjoner?
 - Hvilke muligheter gir det ved å være del av en slik avdeling?
 - Hva kunne vært gjort annerledes?

Diagnostisk og interaktiv styring

Hvordan systemene brukes

- Hvilken styringsinformasjon får du i jobben din?
 - Måltall, budsjettall
 - Hvem får du styringsinformasjon fra?
 - Får du styringsinformasjon fra de to andre lokalsykehusene?
- Foregår det måling i avdelingen din?
 - Hva måles?
 - Måles dere på samarbeidsmål ovenfor de to andre lokalsykehusene?
 - Får du tilbakemelding på det som måles?
 - Hva gjør du med disse tilbakemeldingene?
 - Holdes du ansvarlig?
- Involveres du i økonomiske diskusjoner?
 - Hvem involverer deg?
 - Spesielle saker?
- Diskuteres økonomisk styringsinformasjon i møter?
 - I hvilke møter?
 - Hvem deltar?
 - Hvor opptatt er de ansatte i ortopedisk avdeling av det som diskuteres i disse møtene?
- Overfører dere erfaringer om gode løsninger mellom lokasjonene innad i ortopedisk avdeling? (både økonomisk og medisinske)
 - På hvilken måte?

Klinikkstrukturen

Vertikale utfordringer

- Opplever du at klinikkstrukturen skaper utfordringer i jobben din?
 - På hvilken måte?
 - Hva kunne vært gjort annerledes?
- Hvordan opplever du at klinikkstrukturen påvirker samhandling mellom enhetene i ortopedisk?
- Hvordan opplever du at klinikkstrukturen påvirker samhandling mellom deres tre lokasjoner?
- Mener du at du blir mye styrt av nivåer over deg i hierarkiet?
 - På hvilken måte påvirker dette din arbeidshverdag?

Horisontale styringsutfordringer

- Hvilke utfordringer opplever du at din lokasjon oppnår ved å være del av en tverrgående klinikk?
- Hadde det vært lettere å styre avdelingen om hver lokasjon var en selvstendig enhet?
 - Hvorfor / Hvorfor ikke?

Styringsutfordringer i sykehus

- Kjenner du de økonomiske konsekvensene av dine beslutninger?
 - Har du eksempler?
- Føler du at økonomisk informasjon har noen nytteverdi?
 - Hvorfor / hvorfor ikke?
 - Hva bruker du økonomisk informasjonen til?
 - Hvem får du økonomisk informasjon fra?

Skjæringen mellom vertikal og horisontal styring og dekobling

- Hvordan planlegger dere aktivitetene i avdelingen?
 - Planlegger dere det sammen (klinikere og administrasjon)?
 - Hvorfor /hvorfor ikke?
- Hvordan tar dere hensyn til økonomi i kliniske avgjørelser?
 - Hva er viktigst når dere fatter beslutninger (helse eller økonomi)?
 - Hvorfor?
- Hvordan opplever du at administrasjonen og klinikerne i avdelingen samarbeider?
 - Hva er bra?

- Hva kunne vært gjort annerledes?

Utfordringer knyttet til mål

- Kjenner du til målene for enheten din?
 - Hvordan påvirker målene arbeidshverdagen din?
- Opplever du utfordringer knyttet til målene?
 - Realisme?
 - Er de forståelige?
 - Står mål i konflikt med hverandre?
 - Uenighet om hvordan å nå de?

Budsjetter

- Opplever du at DRG-poeng påvirker prioritering av hvilke aktiviteter dere utfører i ortopedisk avdeling?
 - Opplever dere utfordringer knyttet til dette?
 - Blir noen tilfeller prioritert fordi de er mest lønnsomme?
 - Gir DRG-poeng rimelig kompensasjon for ressursbruken ved behandlingen?
- Hvilken informasjon baserer budsjettet aktivitetsnivå seg på?
 - Kunne man eventuelt tatt hensyn til annen informasjon?
 - Hvorfor / hvorfor ikke?
 - Er det samsvar mellom budsjett og aktivitetsnivå?
- Hva skjer om dere overskrider budsjettet?
 - Er dette noe du har opplevd?
 - Kan du gi eksempler?
- Hva skjer om dere ikke bruker opp budsjettet?
 - Er dette noe du har opplevd?
 - Kan du gi eksempler?
- Påvirkes deres kostnader av andre klinikker/avdelinger/enheter sin aktivitet?
 - Hvordan?
- Hvordan er budsjettene tilpasset lokale behov?
 - Hvordan påvirker dette driften?
 - Skaper dette utfordringer for samarbeidet i ortopedisk?

Hvis du skal oppsummere: Hvilke styringsutfordringer opplever desentraliserte sykehus-avdelinger som følge av klinikkmodellen?

Er det noe du føler vi ikke har snakket om som kan være viktig for vår studie?