



Styringsystemer under kriser

En casestudie av et helseforetak under covid-19-pandemien

David Le og Sondre Sandvoll

Veileder: Iver Bragelien

Masterutredning i økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

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

Sammendrag

Covid-19-pandemien medførte store omveltninger i samfunnet. I løpet av våren 2020 ble Norge nedstengt som følge av et høyt smittetrykk. Sykehusene gikk i beredskapsmodus, men fryktet likevel overfylte intensivavdelinger og livstruende mangel på utstyr, sengeplasser og personell. For å håndtere situasjonen var helseforetakene avhengige av å tilrettelegge for både fleksibilitet og kontroll. Effektiv krisehåndtering krevde aktiv bruk av styringssystemer.

Formålet med utredningen er å belyse hvordan et offentlig helseforetak bruker styringssystemer for å håndtere en krise. For å besvare problemstillingen har vi utarbeidet to forskningsspørsmål. Det første undersøker hvordan et offentlig helseforetak bruker styringssystemene for å tilrettelegge for fleksibilitet og kontroll. Det andre forskningsspørsmålet tar sikte på å undersøke hvordan styringssystemene samvirker for effektiv styring.

Fenomenet undersøkes ved å ta i bruk det teoretiske rammeverket Levers of Control, som kategoriserer styring i fire sentrale styringssystemer: *diagnostiske styringssystemer*, *interaktive styringssystemer*, *verdisystemer* og *grensesystemer*. Utredningen har et utforskende forskningsdesign med en kvalitativ forskningsmetode. Data er innhentet ved å gjennomføre 12 semistrukturerte intervjuer med ledere og kontrollere i ett enkelt helseforetak, samt relevante driftsrapporter som har blitt tilsendt.

Studien viser at helseforetaket tilrettela for fleksibilitet ved å endre bruken av diagnostiske styringssystemer, interaktive styringssystemer og grensesystemer. Verdisystemer ble ikke benyttet aktivt, men hadde likevel en positiv innvirkning på fleksibiliteten under krisen. For å øke kontrollen ser vi at helseforetaket benyttet seg av diagnostiske styringssystemer og grensesystemer. Videre viser studien at det eksisterer et samspill mellom styringssystemene, men hvordan samspillet utspiller seg er avhengig av situasjon og kontekst.

Med denne studien bidrar vi til litteraturen om bruk av styringssystemer i kriser, herunder hvordan offentlige helseforetak bruker styringssystemer for å tilrettelegge for fleksibilitet og kontroll og hvordan styringssystemene samvirker – noe som vil kunne være verdifull informasjon for praktikerne.

Forord

Denne utredningen er skrevet som en avsluttende del av vår masterstudie med hovedprofil i *Økonomisk styring* ved Norges Handelshøyskole.

Vi vil starte med å rette en stor takk til våre informanter ved helseforetaket. Vi setter pris på at dere satte av tid til å gjennomføre intervjuer med oss, selv om covid-19-pandemien fortsatt var pågående.

Arbeidet med oppgaven har vært omfattende i en krevende tid, der semesteret har vært preget av strenge smittevernrestriksjoner og nedstenging av samfunnet. Likevel vil vi se tilbake på arbeidet som en veldig interessant og lærerik prosess. Vi vil videre takke hverandre for et godt vennskap med både faglige og utenom-faglige diskusjoner gjennom semesteret, og alle andre som har bidratt med støttende ord og konstruktive tilbakemeldinger.

Til slutt ønsker vi å rette en stor takk til veileder, Iver Bragelien, for raske og nyttige innspill. Du har bidratt positivt til utredningens kvalitet og fremdrift, og har i tillegg vært en god lagspiller gjennom høsten.

Bergen, 20. desember 2020

Innholdsfortegnelse

FIGURLISTE	7
TABELLISTE	7
1. INTRODUKSJON	8
1.1 BAKGRUNN OG MOTIVASJON	8
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	10
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR	10
2. TEORETISK GRUNNLAG	11
2.1 FRA ENKLE TIL HELHETLIGE STYRINGSSYSTEMER	11
2.2 STYRING I HELSESEKTOREN.....	13
2.2.1 Sentrale styringsverktøy i helsesektoren	16
2.3 KRISER OG STYRING	20
2.4 LEVERS OF CONTROL	25
2.4.1 Verdisystemer – kommunisere kjerneverdier	25
2.4.2 Grensesystemer – minimere risiko	26
2.4.3 Diagnostiske styringssystemer – måling av kritiske prestasjonsvariabler	27
2.4.4 Interaktive styringssystemer – håndtere strategiske usikkerheter	29
2.4.5 Samspillet mellom styringssystemene.....	30
2.5 OPPSUMMERING AV TEORETISK GRUNNLAG	32
3. METODE	33
3.1 VITENSKAPSTEORETISK UTGANGSPUNKT	33
3.1.1 Abduktiv tilnærming	34
3.2 FORSKNINGSDESIGN	35
3.2.1 Kvalitativt enkeltcase-studie	36
3.3 DATAINNSAMLING	37
3.3.1 Primærdata – semistrukturerte intervjuer.....	37
3.3.2 Sekundærdata.....	39
3.4 DATAANALYSE.....	40
3.4.1 Transkribering.....	40
3.4.2 Tematisk analyse	40

3.5	FORSKNINGSKVALITET.....	41
3.5.1	<i>Pålitelighet.....</i>	41
3.5.2	<i>Gyldighet.....</i>	42
3.5.3	<i>Overførbarhet</i>	43
3.6	ETISKE VURDERINGER.....	43
3.7	OPPSUMMERING AV STUDIENS METODE	44
4.	KONTEKST.....	46
4.1	NORSK OFFENTLIG HELSEVESEN	46
4.2	COVID-19-PANDEMIEN.....	47
5.	EMPIRISKE FUNN	49
5.1	DIAGNOSTISKE STYRINGSSYSTEMER	49
5.1.1	<i>Diagnostiske styringssystemer før krisen.....</i>	49
5.1.2	<i>Diagnostiske styringssystemer under krisen</i>	56
5.1.3	<i>Oppsummering av diagnostiske styringssystemer.....</i>	62
5.2	INTERAKTIVE STYRINGSSYSTEMER	62
5.2.1	<i>Interaktive styringssystemer før krisen</i>	63
5.2.2	<i>Interaktive styringssystemer under krisen.....</i>	66
5.2.3	<i>Oppsummering av interaktive styringssystemer.....</i>	70
5.3	VERDISYSTEMER.....	70
5.3.1	<i>Verdisystemer før krisen</i>	71
5.3.2	<i>Verdisystemer under krisen.....</i>	72
5.3.3	<i>Oppsummering av verdisystemer</i>	73
5.4	GRENSESYSTEMER	74
5.4.1	<i>Grensesystemer før krisen.....</i>	74
5.4.2	<i>Grensesystemer under krisen</i>	75
5.4.3	<i>Oppsummering av grensesystemer.....</i>	78
5.5	OPPSUMMERING AV FUNN	79
6.	DISKUSJON	80
6.1	DIAGNOSTISKE STYRINGSSYSTEMER	80
6.1.1	<i>Redusert bruk av budsjett.....</i>	80
6.1.2	<i>Økt bruk av ikke-finansiell informasjon</i>	83

6.1.3	<i>Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll</i>	85
6.2	INTERAKTIVE STYRINGSSYSTEMER.....	86
6.2.1	<i>Økt vertikal og horisontal kommunikasjon</i>	86
6.2.2	<i>Økt bruk av digitale kommunikasjonsverktøy</i>	88
6.2.3	<i>Redusert interaktiv bruk av diagnostisk styringsinformasjon</i>	89
6.2.4	<i>Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll</i>	90
6.3	VERDISYSTEMER	91
6.3.1	<i>Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll</i>	93
6.4	GRENSESYSTEMER	94
6.4.1	<i>Økt bruk av regler, standarder og prosedyrer</i>	94
6.4.2	<i>Sentralisering og delegering langs ulike dimensjoner</i>	96
6.4.3	<i>Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll</i>	98
6.5	OPPSUMMERING AV TILRETTELEGGING FOR FLEKSIBILITET OG KONTROLL	99
6.6	SAMSPILLET MELLOM STYRINGSSYSTEMENE.....	100
6.6.1	<i>Behov for regler, prosedyrer og standarder: Samspill mellom interaktive og grensesystemer</i> <i>101</i>	
6.6.2	<i>Behov for ansatte: Samspill mellom interaktive, diagnostiske, verdisystemer og grensesystemer</i> <i>102</i>	
6.7	OPPSUMMERING AV SAMSPILLET MELLOM STYRINGSSYSTEMENE	104
6.8	OPPSUMMERING AV DISKUSJON.....	104
7.	AVSLUTNING.....	105
7.1	BESVARELSE AV PROBLEMSTILLING	105
7.1.1	<i>Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll under krisen</i>	105
7.1.2	<i>Samspillet mellom styringssystemene</i>	107
7.2	TEORETISKE OG PRAKTISKE IMPLIKASJONER	107
7.3	BEGRENSNINGER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	108
	LITTERATURLISTE	109
	APPENDIKS	118
	APPENDIKS A: INTERVJUGUIDE	118
	APPENDIKS B: SAMTYKKEERKLÆRING	121
	APPENDIKS C: GODKJENNING FRA NSD	125

Figurliste

FIGUR 1: DEN IDEELLE STYRINGSSIRKELEN (NYLAND & PETTERSEN, 2018).....	15
FIGUR 2: DE FIRE STYRINGSPERSPEKTIVENE I BALANSERT MÅLSTYRING (KAPLAN & NORTON, 1996).....	19
FIGUR 3: ILLUSTRASJON AV LEVERS OF CONTROL (SIMONS, 1995B).....	30
FIGUR 4: FORSKNINGSLØKEN - ULIKE NIVÅ FOR VALG AV FORSKNINGSMETODE (SAUNDERS ET AL. 2019)	33
FIGUR 5: ILLUSTRASJON AV ORGANISASJONSSTRUKTUREN TIL NORSK HELSESEKTOR (NYLAND & PETTERSEN, 2018).....	46
FIGUR 6: ILLUSTRASJON AV BUDSJETTETS ROLLE SOM STYRINGSVERKTØY	50
FIGUR 7: EKSEMPEL PÅ MÅLKORT I HELSEFORETAKET	55
FIGUR 8: ILLUSTRASJON AV TILRETTELEGGELSE FOR FLEKSIBILITET OG KONTROLL - DIAGNOSTISKE STYRINGSSYSTEMER	86
FIGUR 9: ILLUSTRASJON AV TILRETTELEGGELSE FOR FLEKSIBILITET OG KONTROLL - INTERAKTIVE STYRINGSSYSTEMER	90
FIGUR 10: ILLUSTRASJON AV TILRETTELEGGELSE FOR FLEKSIBILITET OG KONTROLL – VERDISYSTEMER.....	93
FIGUR 11: ILLUSTRASJON AV TILRETTELEGGELSE FOR FLEKSIBILITET OG KONTROLL – GRENSESYSTEMER	99
FIGUR 12: ILLUSTRASJON AV TILRETTELEGGELSE FOR FLEKSIBILITET OG KONTROLL – OPPSUMMERING.....	100
FIGUR 13: ILLUSTRASJON AV SAMSPILL MELLOM STYRINGSSYSTEMENE – INNFØRING AV NYE REGLER OG RETNINGSLINJER.....	101
FIGUR 14: ILLUSTRASJON AV SAMSPILL MELLOM STYRINGSSYSTEMENE - BEHOV FOR ANSATTE	103

Tabelliste

TABELL 1: BUDSJETTETS FORMÅL (BERGSTRAND, 2009)	17
TABELL 2: STUDIENS INTERVJUOBJEKTER	38
TABELL 3: INNSAMLEDE RAPPORTER FRA HELSEFORETAKET.....	39
TABELL 4: OVERSIKT OVER STUDIENS METODISKE VALG	45
TABELL 5: OVERSIKT OVER NORMAL MØTEVIRKSOMHET I HELSEFORETAKET	63
TABELL 6: OPPSUMMERING AV SENTRALE FUNN	79

1. Introduksjon

I dette innledende kapittelet vil vi starte med å beskrive avhandlingens bakgrunn og motivasjon. Deretter presenterer vi oppgavens problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensning. Avslutningsvis vil vi gjøre rede for strukturen videre.

1.1 Bakgrunn og motivasjon

Vi skjønnte raskt alvorlighetsgraden av krisen, og forstod at dette kom til å være langvarig. Vi hadde verken tilstrekkelig med folk, plass eller utstyr, så her måtte det handles hurtig. Vi etablerte et nytt akuttmottak og en ny kohortavdeling, for å kunne eskalere fort opp. Vi flyttet kreftavdelingen for å unngå smittefare. Vi ansatte både leger og sykepleiere, og investerte stort i nytt utstyr - alt dette for å kunne håndtere krisen på en god måte. (Intervjuobjekt 3)

I løpet av våren 2020 ble verden rammet av covid-19-pandemien, og Norge fikk sitt første påviste smittetilfelle den 26. februar 2020 (Folkehelseinstituttet, 2020). 12. mars hadde Norge verdens fjerde høyeste smitteandel per innbygger (NTB, 2020). Bare dager senere la Folkehelseinstituttet fram scenarier som antydte at over 150 000 nordmenn kunne bli smittet innen påske. Smittespredningen var ute av kontroll, og regjeringen så seg nødt til å innføre de strengeste tiltakene siden 2. verdenskrig. Rundt om i helseforetakene ble det erklært unntakstilstand, og de forberedte seg på rød beredskap. Kriseledelse ble etablert og en full mobilisering av ressurser og drift ble gjennomført. De fryktet fulle intensivavdelinger og livstruende mangel på både personell og utstyr.

For å håndtere slike utfordringer, hvor omgivelsene er usikre, er det et ekstra stort behov for både *fleksibilitet* og *kontroll* (Simons, 1995b). Fleksibilitet er nødvendig for å kunne omstille og tilpasse seg i omgivelser preget av kontinuerlige endringer, mens kontroll er viktig for å sikre stabilitet, forutsigbarhet og effektivitet (Henri, 2006b). For å tilrettelegge for disse motstridende verdiene må virksomheter benytte seg aktivt av styringssystemer (Henri, 2006b; Simons, 1995a, 1995b). Forskning viser at styringssystemer i offentlig sektor er kjent for å tilrettelegge for forutsigbarhet fremfor fleksibilitet (Di Francesco & Alford, 2017). Det er derfor interessant å se nærmere på hvordan offentlig sektor, herunder helseforetak, bruker styringssystemene for å håndtere en slik krisesituasjon.

Tradisjonelt har enkle styringsverktøy blitt benyttet for å styre ansattes atferd i ønsket retning, for at organisasjonen skal nå satte mål. Dette bærer preg av sterk kontroll, men legger ikke til rette for innovasjon og tilpasningsdyktighet (Chapman, 2005). Følgelig har styringsperspektivet endret seg fra enkle styringsverktøy til mer helhetlige former for styring, hvor tradisjonell økonomistyring kombineres med andre styringsverktøy, som tilrettelegger for motivasjon, veiledning og læring. I et slikt helhetlig perspektiv sees styring på som systemer, bestående av flere styringsmekanismer. Dette gir organisasjoner bedre forutsetninger for å håndtere usikre omgivelser, som bidrar til mer effektiv virksomhetsstyring (Malmi & Brown, 2008; Simons, 1995b).

I litteraturen om kriser pekes det på behovet for organisatorisk læring og innovasjon for å kunne tilpasse seg raske endringer i omgivelsene (Chenhall, 2003; Czarniawska-Joerges, 1988; Henri, 2006a; Kloot, 1997). For å få til dette hevder Wallander (1999) at virksomheter må redusere bruken av tradisjonelle styringsverktøy og vektlegge kortsiktig finansiell informasjon i mindre grad. Goretzki og Kraus (2020) anbefaler en balansert bruk av ulike styringssystemer, hvor særlig diagnostiske- og interaktive styringssystemer bør benyttes for å sikre både stabilitet og tilpasningsdyktighet. Ifølge D'Aveni og MacMillan (1990) kan avgjørelsen om hvilken styringsinformasjon ledere benytter seg av være kritisk for virksomhetens muligheter for å overleve. I deres empiriske studie finner de at virksomheter som fokuserer mer på ekstern informasjon har større muligheter for å overkomme kriser, enn virksomheter som fokuserer på intern informasjon. Imidlertid er det ikke mye litteratur om bruk av styringssystemer under en krisesituasjon og særlig i offentlige organisasjoner er dette mangelvare (Bourmistrov & Kaarbøe, 2017; Hopwood, 2009; Janke et al., 2014).

Videre har tidligere empiriske studier om styringssystemer hovedsakelig studert hvordan ett og ett styringsverktøy har fungert under en krise. Få har studert fenomenet ut fra et mer helhetlig perspektiv hvor en ser på samspillet mellom styringssystemene. Dette er viktig fordi styringssystemene er gjensidig avhengig av hverandre (Chenhall, 2003; Kruis et al., 2016; Mundy, 2010; Widener, 2007). I studiene til Henri (2006a), Kruis et al. (2016) og Mundy (2010) blir det ytret et behov for flere studier som studerer samspillet mellom styringssystemene. Denne masteravhandlingen svarer på dette behovet og vil studere hvordan styringssystemer blir benyttet under en krise, og hvordan styringssystemene virker i et samspill.

1.2 Problemstilling og avgrensning

I lys av den ovennevnte introduksjonen har vi utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan bruker et offentlig helseforetak styringssystemer for å håndtere en krise?

For å besvare den overordnede problemstillingen vil vi svare på følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvordan brukes styringssystemene for å tilrettelegge for fleksibilitet og kontroll?*
2. *Hvordan fungerer styringssystemene i et samspill?*

Denne avhandlingen vil ta utgangspunkt i Simons (1995b) sitt rammeverk for virksomhetsstyring, Levers of Control. Dette rammeverket er valgt siden det er anerkjent og har en holistisk tilnærming til hvordan virksomheter benytter seg av styringssystemer. Levers of Control tar utgangspunkt i fire styringssystemer, hvor en balansert bruk av disse vil bidra til å håndtere de sentrale organisatoriske spenningene: fleksibilitet og kontroll. I denne oppgaven vil vi tolke fleksibilitet som helseforetakets evne til å gjøre hurtige endringer, omstillinger og tilpasninger, mens kontroll vil være deres evne til å sikre stabilitet og forutsigbarhet.

Studien vil svare på behovet for utvidet forskning og vil bidra til litteraturen på tre ulike måter: (1) bruk av styringssystemer i en krisesituasjon, (2) bruk av styringssystemer i offentlig helsesektor og (3) hvordan styringssystemene fungerer i et samspill. Vi har avgrenset oss til å studere ett enkelt helseforetak og har gjennomført 12 semistrukturerte intervjuer med kontrollere og ledere på ulike nivåer i helseforetaket.

1.3 Oppgavens struktur

I *kapittel 2* introduserer vi det teoretiske grunnlaget for oppgaven. I *kapittel 3* vil vi gå gjennom det metodiske rammeverket som oppgaven baserer seg på. I *kapittel 4* vil oppgavens kontekst presenteres, før relevante funn gjennomgås i *kapittel 5*, hvor strukturen baserer seg på det teoretiske rammeverket som ble introdusert i kapittel 2. Videre vil vi i *kapittel 6*, i lys av utredningens problemstilling, diskutere funnene opp mot eksisterende teori og empiri. Til slutt vil vi, i *kapittel 7*, bruke funnene til å besvare utredningens forskningsspørsmål og problemstilling, før vi gjør rede for oppgavens implikasjoner, begrensninger og forslag til fremtidig forskning.

2. Teoretisk grunnlag

I dette kapitlet vil vi gjennomgå oppgavens teoretiske rammeverk. Litteraturgjennomgangen tar for seg relevant teori som er nødvendig for å forstå og diskutere avhandlingens problemstilling. I *delkapittel 2.1* vil vi presentere den historiske utviklingen av helhetlige styringssystemer. I *delkapittel 2.2* går vi gjennom styring i helsesektoren og sentrale styringsverktøy som blir benyttet. Videre vil vi i *delkapittel 2.3* gjennomgå litteraturen om kriser og styring. Til slutt vil vi i *delkapittel 2.4* gjøre rede for oppgavens rammeverk, Levers of Control.

2.1 Fra enkle til helhetlige styringssystemer

En litteraturgjennomgang viser at begrepet virksomhetsstyring har blitt definert på mange måter. Definisjonen til Anthony (1965) er likevel den som oftest trekkes fram i litteraturen som den klassiske forståelsen av tradisjonell virksomhetsstyring. Anthony (1965, s. 17) definerer det som: «*the process which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives*». Av denne definisjonen er styring ulike aktiviteter der ressursbruken styres for å nå satte målsettinger. Aktivitetene innebærer å samle inn, klassifisere, prosessere, analysere og rapportere informasjon til ledere, som så kan ta beslutninger som gagnar virksomheten (Kaplan & Atkinson, 1998).

Denne tilnærmingen går under det normative perspektivet på styring. Med det menes at styring bygger på formålsrasjonalitet og en profittmaksimerende tankegang (Pettersen, 2013). I et normativt perspektiv på styring er hovedformålet å bidra til beslutninger, kontroll og maksimering av målsettinger i organisasjonen (Bjørnenak et al., 2008; Nyland & Østergren, 2008). Fra et slikt perspektiv skal formelle styringsverktøy, teknikker og systemer hjelpe ledelsen med å sikre at de ansatte arbeider for å nå virksomhetens overordnede mål (Pettersen, 2009).

Det normative perspektivet på styring har blitt kritisert for å være for snevert (Bjørnenak & Hoff, 2010; Nyland & Pettersen, 2018). Kritikken peker på at det normative perspektivet er en ideell og formålsrasjonell styringstankegang som kun illustrerer et forenklet bilde av virkeligheten, og at det følgelig ikke klarer å håndtere virksomheters faktiske utfordringer (Pettersen, 2013). En slik tilnærming fokuserer kun på interne ressurser, og man tar ikke høyde

for at det kan være ytre og andre faktorer som påvirker styringen i et bredere perspektiv, som blant annet målkonflikter, politikk, maktspill og kommunikasjonsbarrierer (Chenhall, 2003; Pettersen, 2013).

Bakgrunnen for at en normativ tilnærming til virksomhetsstyring har vært utbredt, er at man på 1950- og 1960-tallet i hovedsak studerte produksjonsbedrifter (Chapman, 2005). Her var arbeidsprosessene standardiserte og ensformige. For å oppnå høy effektivitet var det i denne perioden et stort fokus på detaljstyring, med aktiv bruk av tradisjonelle styringsverktøy som fokuserte på finansiell informasjon (Simons, 1995a). Styringsverktøy som budsjetter, avviksanalyser og kalkyler ble ansett som effektive styringsverktøy for strategiimplementering og oppfølging av avvik, hvor hensikten i tillegg til økt effektivitet var å oppnå organisatorisk kontroll og koordinasjon (Chapman, 2005). I praksis ble disse benyttet som en tilbakemeldingssløyfe ved at prosesser ble målt, sammenlignet med satte standarder og eventuelt korrigert (Merchant & Van der Stede, 2007).

Utover 1980-tallet ble markedene mer dynamiske som følge av økt konkurranse og en rask teknologiutvikling (Pettersen, 2013). For å overleve i de nye omstendighetene var det essensielt å kunne innovere og være fleksibel for å tilpasse seg til den høye innovasjonstakten. Den tradisjonelle virksomhetsstyringen som fokuserte på kontroll, fokuserte for lite på innovasjon og læring (Chapman, 2005). Dette resulterte i en bred og vedvarende kritikk av tradisjonell virksomhetsstyring, siden den ikke klarte å identifisere og behandle nye prioriteringer i omgivelser preget av kompleksitet og tvetydighet.

Med bakgrunn i kritikken av det normative perspektivet og utviklingen i markedet viser litteraturen at virksomheters perspektiv og behov for styring har endret seg. Empirien viser at det har skjedd en omstilling fra en ideell og formålsrasjonell styringstenkning til en forståelse av at styring ikke skjer isolert fra faktorer i og utenfor organisasjonen (Nyland & Pettersen, 2018). Moderne litteratur studerer virksomhetsstyring ut fra mer helhetlige tilnærminger, hvor prestasjonsmåling for eksempel ses i sammenheng med belønningssystem og bedriftskultur. Blant annet har flere forskere introdusert ulike definisjoner og rammeverk for helhetlig styring (Malmi & Brown, 2008; Simons, 1995b). Ifølge Malmi og Brown (2008) må virksomhetsstyring ses som en samling av ulike styringsmekanismer. De beskriver styring som en samling av systemer, regler, praksiser, verdier og andre underliggende aktiviteter som ledere utfører for å nå mål. Når disse aktivitetene utgjør en helhet, og ikke er enkeltstående styringsverktøy, kalles disse for styringssystemer.

Simons (1995b, s. 5) definerer styringssystemer som: «*the formal, information-based routines and procedures managers use to maintain or alter patterns in organizational activities*». Av dette beskrives styringssystemer som informasjonsbaserte rutiner og prosedyrer som benyttes av ledere for å påvirke atferd i organisasjonen. Der den tradisjonelle forståelsen av styring overvurderte de formelle styringssystemene, som prestasjonsmål og de formelle autoritetslinjene, fokuserer Simons også på uformelle styringspraksiser (Nyland & Pettersen, 2018). Dette er fordi uformelle praksiser, som sosiale mønstre og uformelle samtaler, ofte binder aktivitetene sammen og påvirker styringen. Virksomhetsstyring bør dermed ses i et helhetlig perspektiv i form av styringspakker, hvor disse består av mange ulike systemer som må fungere i et samspill for å oppnå optimal effekt.

Videre mente Simons (1995b) at eksisterende teori på samspillet mellom strategi og virksomhetsstyring var mangelfull. For det første påpeker Simons at tidligere definisjoner av styring, som blant annet Anthony (1965) sin, ikke inkluderer strategi. Følgelig vil analyser av virksomhetsstyring med slike tilnærminger gi et ukorrekt bilde av virkeligheten. For det andre poengterer Simons at den moderne forskningen ikke har demonstrert hvordan virksomheter bør implementere strategi i en helhetlig styringspakke for å håndtere spenningen mellom fleksibilitet og kontroll. Det å stimulere til nytenkning, læring og innovasjon, i tillegg til å sikre implementering av planer og arbeid mot forhåndsbestemte mål, er ifølge Simons (1995b) nøkkelen til en effektiv virksomhetsstyring. Som beskrevet tidligere vil behovet for fleksibilitet og innovasjon være spesielt viktig for moderne virksomheter i komplekse eller ustabile miljøer.

Basert på dette utarbeidet Simons (1995b) et helhetlig rammeverk for virksomhetsstyring, kalt Levers of Control. Rammeverket tar for seg at styring påvirkes av indre og ytre betingelser, og at det er fire organisatoriske forhold som må styres. Det er kjerneverdier, strategiske usikkerheter, kritiske prestasjonsvariabler og risiko. Dette rammeverket vil ligge til grunn for å besvare oppgavens problemstilling og vil bli studert nærmere i delkapittel 2.4.

2.2 Styring i helsesektoren

Helsesektoren i Norge er hovedsakelig drevet av offentlig myndigheter. Dette påvirker følgelig helsesektorens målsetting og hvordan styringssystemet er utformet og blir benyttet. Tradisjonelt anses budsjettet som det viktigste styringsverktøyet i offentlig sektor (Nyland & Pettersen, 2018). Her betegnes virksomheter ofte for å være budsjettkoblede fremfor

markedskoblede (Aastvedt, 2010). Årsaken er at offentlige organisasjoners ressurstilgang baseres på offentlige budsjettvedtak, som hovedsakelig finansieres gjennom skatter og avgifter. Denne tildelingen av rammefinansiering gjør at offentlige helseforetak har som mål å skape mest mulig velferd per krone, fremfor det tradisjonelle synet om å maksimere overskuddet. Disse faktorene gjør at budsjettbruken sies å ha en legitimerende funksjon, hvor formålet er å bevise en fornuftig bruk av de tildelte ressursene (Nyland & Pettersen, 2018).

Imidlertid har også perspektivet på styring i helsesektoren endret seg gjennom historien (Nyland & Pettersen, 2018). Dette har bakgrunn i den internasjonale reformbølgen, New Public Management, som oppstod som følge av en bred kritikk mot en ineffektiv offentlig sektor. I tråd med dette ble helseforetaksreformen innført i 2002, som medførte store endringer i eierstruktur og hvordan styringen av helseforetakene skulle foregå.

Målet med proposisjonen er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenestene og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som setter inn i sektoren og dermed sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen. (Ot.prp.nr 66, 2000-2001)

Gjennom helseforetaksreformen tok staten over som eier, og sykehusene ble organisert i regionale (RHF) og lokale foretak (HF). Dette innebar at staten fikk det overordnede ansvaret, samt styring av strategiske forhold (Nyland & Pettersen, 2018). Derimot ble helseforetakene selvstendige juridiske enheter med egne styringsorganer og fikk ansvar for egen økonomi. Det sies at staten inntok en bestillerrolle, mens helseforetakene fikk roller som utførere. Med dette menes at staten skal bestille og kjøpe de tjenestene som behøves på vegne av befolkningen, mens utførerne får et sørge-for-ansvar om å tilby tjenestene. I tillegg kan både staten og befolkningen velge fritt om de vil kjøpe helsetjenester av private eller offentlige tilbydere. På denne måten ble det innført en markedstenkning som skulle stimulere til konkurransesituasjoner, for å høste de samme fordelene som en finner i det private markedet. Resultatene av dette skulle vises i en spesialisthelsetjeneste som leverte offentlige tjenester av høyere kvalitet, men som samtidig var mer produktive og kostnadseffektive.

Videre medførte helseforetaksreformen i 2002 at tradisjonelle budsjettmodeller basert på forvaltningsorganisering ble erstattet av oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet (Nyland & Pettersen, 2018). Her formulerer staten klare styringskrav, styringsmål og andre parametere tilknyttet de regionale helseforetakenes bevilgning. Mål- og

styringskravene i oppdragsdokumentene er økonomiske krav, men også aktivitets-, resultat-, kvalitet- eller effektkrav (Nyland & Pettersen, 2018). Videre blir de lokale helseforetakene styrt av de regionale helseforetakene gjennom lokale oppdragsdokumenter, hvor krav og tildeling av ressurser settes for de ulike fagområdene.

Selve styringsprosessen i et helseforetak bygger på den ideelle styringssirkelen til Anthony og Young (1999). Den består av fire prosesser: planer og budsjett, handling - aktivitet, rapportering og oppfølging, og visjoner, planer og strategi (Nyland & Pettersen, 2018). Gjennom disse fire prosessene vil lederne få hjelp til å gjennomføre virksomhetens overordnede strategi.



Figur 1: Den ideelle styringssirkelen (Nyland & Pettersen, 2018)

Proessen starter med en planleggingsprosess som tar utgangspunkt i oppdragsdokumentet (Nyland & Pettersen, 2018). Strategier og planer utarbeides for å vise hvilke tiltak som må gjennomføres for at målene i oppdragsdokumentet skal nås, og oversettes videre til vedtak i form av budsjett. Normalt inneholder budsjettet både økonomiske og ikke-økonomiske størrelser.

Neste fase er den avgjørende prosessen, hvor planer gjøres om til aktiviteter (Nyland & Pettersen, 2018). Aktivitetene registreres i regnskapet og i prestasjonsmål, som inkluderer både finansielle og ikke-finansielle nøkkeltall. Videre evalueres resultatet og avvik følges opp. Dette gjennomføres ofte både månedlig og kvartalsvis. Til slutt avsluttes styringssirkelen ved at nye visjoner, strategier og planer utarbeides, basert på erfaringer og evalueringer som har

blitt gjort under forrige styringssirkel. En god gjennomføring av styringssirkelen krever god virksomhetsstyring, ettersom ledelse og koordinering av de menneskelige og teknologiske ressursene er avgjørende for at helseforetaket når satte mål.

Den ideelle styringssirkelen har en normativ tilnærming som viser en ideell situasjon. Imidlertid viser forskning at det kan oppstå brudd mellom alle de fire prosessene (Nyland & Pettersen, 2018). Dersom de overordnede målsettingene ikke kobles til budsjetter og planer, dekobles strategien og budsjettet. Dermed er ikke strategien lenger koblet til økonomiske konsekvenser, og påvirkes ikke av budsjettvedtak. Som nevnt tidligere viser forskning at regnskap i helseforetak også blir utarbeidet for kontroll og historisk dokumentasjon, for å legitimere bruken overfor sine eiere. Dermed er det vanlig at regnskapsinformasjon i mindre grad benyttes som grunnlag for fremtidige beslutninger og som læringsverktøy. Dette viser at alle elementene i styringssirkelen kan dekobles, og at man derfor trenger aktiv virksomhetsstyring for å hindre dette.

2.2.1 Sentrale styringsverktøy i helsesektoren

I dette delkapittelet vil vi gå gjennom tre sentrale styringsverktøy som benyttes i helsesektoren. Det er budsjett, finansielle og ikke-finansielle nøkkeltall og balansert målstyring. Vi har begrenset oss til disse tre, ettersom funnene som gjennomgås i *delkapittel 5.1* om diagnostiske styringssystemer i hovedsak omhandler disse.

Budsjett

Budsjettet er definert som et av hovedelementene i økonomistyringen for de fleste virksomheter (Anthony & Govindarajan, 2009). Dette verktøyet viser forventningene virksomheter har til bestemte variabler som kostnader, inntekter, resultater eller likviditet som de har mål om å oppnå. I tillegg viser budsjettet de økonomiske konsekvensene som medfølger bestemte aktiviteter for en spesifisert tidsperiode (Horngren et al., 2012). Ifølge Bergstrand (2009) har budsjettet en rekke formål, som er oppsummert i tabellen under.

Tabell 1: Budsjettets formål (Bergstrand, 2009)

Budsjettets formål	
1.	Ressursallokering
2.	Målstyring
3.	Prognoser
4.	Planlegging
5.	Koordinering
6.	Kommunikasjon
7.	Ansvarsfordeling og delegering
8.	Motivering av medarbeidere
9.	Oppfølging
10.	Grunnlag for belønninger

Teorien peker på at budsjettbruken påvirkes av konteksten og omgivelsene virksomheten opererer i, slik at utformingen av budsjetteringssystemet og graden av effektivitet varierer mellom virksomheter (Merchant & Van der Stede, 2007). Organisatoriske forhold, som graden av stabilitet og forutsigbarhet i organisasjonens miljø, påvirker rollen til budsjettet som et planleggings- og kontrollverktøy. Stabile omgivelser gjør det mulig å utarbeide budsjettet for fremtidig bruk, mens mer usikre omgivelser krever hurtige endringer og beslutninger. Dette kan gjøre planleggingsdelen mer krevende (Otley, 2006).

Det finnes en rekke motstridende funn og synspunkter om nytten ved budsjettbruk, spesielt i moderne omgivelser som preges av usikkerhet, teknologiske endringer, konkurranse og endrede konsumentatferd. Kritikken dreier seg i hovedsak om at budsjettet leder til en kamp om ressurser, er tidkrevende, ressurskrevende, for detaljstyrende og bidrar lite til innovasjon og endringsprosesser (Bjørnenak, 2019; Hope & Fraser, 2003; Jensen, 2003). Som et svar på denne kritikken er tilnærmingen «Beyond Budgeting» utarbeidet. Denne tilnærmingen foreslår at budsjettet erstattes med mer fleksible styringsverktøy, eksempelvis prognoser og scenarier (Bogsnes, 2016; Hope & Fraser, 2003). Til tross for kritikken viser studier at tradisjonelle budsjetter fortsatt benyttes av de fleste bedrifter (Feidje & Stura, 2015; Libby & Lindsay, 2010).

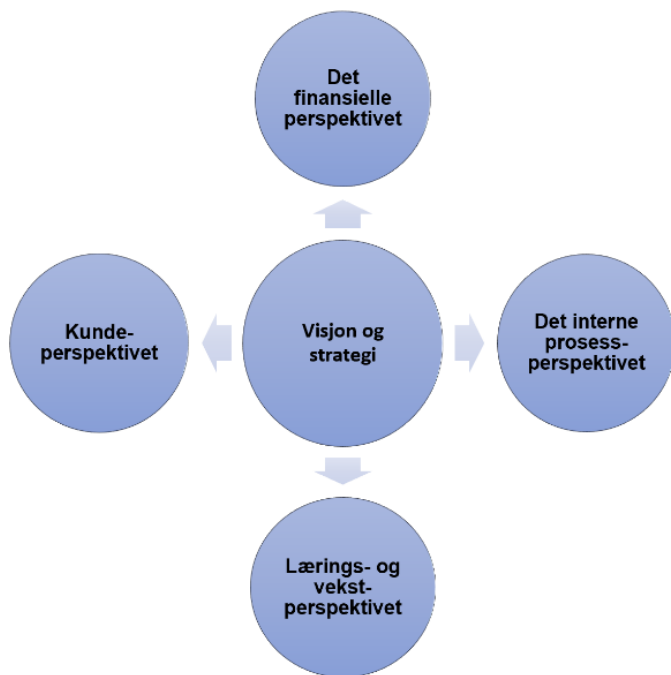
Finansielle og ikke-finansielle nøkkeltall

Finansielle måltall er ulike nøkkeltall som belyser en virksomhets finansielle status. Gjennom avviksanalyser vil avvik i planlagte og virkelige finansielle måltall føre til at lederes fokus rettes mot disse områdene. Tiltak ved avvik og oppfølging av måltallene gir ledere muligheten til å avdekke faresignaler og skaffe et overblikk over virksomhetens finansielle utvikling. Videre benyttes den løpende rapporteringen av finansielle måltall også i den strategiske planleggingen for neste periode, slik at måltallene som brukes må støtte opp under virksomhetens overordnede målsetting (Nyland & Pettersen, 2018).

På lik linje som budsjett har også finansielle måltall blitt utsatt for mye kritikk. Kaplan og Norton (1996) argumenterer for at finansielle måltall ikke sier noe om hvor verdiene skapes, og at prestasjonsmålinger må inkludere ikke-finansielle måltall, som er faktorene som faktisk påvirker fremtidige konkurransefortrinn. Disse er måleparametere som måler immaterielle eiendeler som service, kundetilfredshet, kunnskap, fleksibilitet og innovasjon. Hopwood (1972) tilføyer at ikke-finansielle måltall er essensielle i et sykehus, da et ensidig fokus på kostnader og inntekter vil neglisjere aspekter som pasientenes opplevelse og tilfredshet av den utførte behandlingen.

Balansert målstyring

Formålet til balansert målstyring er å etablere et styringsverktøy der målbare variabler er tilpasset virksomhetens strategi. For at en strategi skal fungere optimalt bør den ta hensyn til en organisasjons indre prosesser, samt konkurransekraftene organisasjonen opererer i. Dermed er det avgjørende at en virksomhet evner å identifisere disse avgjørende suksessfaktorene, og at faktorene gjenspeiler organisasjonens strategi og visjon (Kaplan & Norton, 1996). I balansert målstyring håndteres dette ved at det etableres fire perspektiver som man etablerer måleparametere og måltall mot. Disse er: det *finansielle perspektivet*, det *interne prosessperspektivet*, *lærings- og vekstperspektivet* og *kundeperspektivet*.



Figur 2: De fire styringsperspektivene i balansert målstyring (Kaplan & Norton, 1996)

Det finansielle perspektivet sier noe om hva som er viktig for aksjonærene/eiere, eksempelvis tradisjonelle nøkkeltall, vekststrategier og risikovurderinger. Det interne prosessperspektivet skal fortelle hvilke interne prosesser som er viktige for å tilfredsstille både aksjonærer/eiere og kunder. Lærings- og vekstperspektivet viser endringer og forbedringer som må til for at organisasjonen skal nå satte målsettinger. Til slutt sier kundeperspektivet noe om hvordan man skal tilfredsstille kundene. Det er avgjørende at det under hvert perspektiv utarbeides måltall, som er i tråd med strategien og det man ønsker å måle. På denne måten skal balansert målstyring balansere både mellom kort og lang sikt, og mellom finansielle og ikke-finansielle nøkkeltall, ved å fokusere på hva organisasjonen ønsker å oppnå og hvordan de ønsker å oppnå dette.

Videre er en avgjørende faktor for hvor godt dette styringsverktøyet fungerer, hvorvidt organisasjonen evner å etablere kausale sammenhenger mellom de målbare variablene og de fire perspektivene. Sammenhengen mellom de utvalgte variablene i hvert perspektiv kan illustreres gjennom et strategikart. Kaplan og Norton (1996) illustrerer dette ved å vise at måltall for organisatorisk læring og vekst er drivere for målingene av interne prosesser. Disse måltallene er igjen drivere for kundeperspektivet, som til slutt vises igjen i det finansielle perspektivet. Dette kartet skal da illustrere en lenke av årsakssammenhenger mellom de ulike

måltallene, og følgelig vil man se hvordan fokus på ikke-finansielle måltall til slutt påvirker de finansielle måltallene.

2.3 Kriser og styring

En krise kan beskrives som en situasjon utover det normale (Boin et al., 2005). Det referer til ekstremisituasjoner med lav sannsynlighet for å oppstå, men som kan påføre samfunnet store konsekvenser, i alt fra samfunnsmessig liv og helse til organisatoriske endringer (Nesheim, 2016). Den er uventet, preget av alvorlig trussel og skaper stor usikkerhet, siden løsningen for å overkomme situasjonen er uklar (Pearson & Clair, 1998).

Kriser kan kategoriseres i tre ulike typer: *idiosynkratisk*, *økonomisk* og *endemisk*. Idiosynkratiske kriser er ekstremisituasjoner som er unikt for et enkelt selskap (Becker et al., 2016), økonomiske kriser er typiske for en bransje, mens endemiske kriser er gjeldende for flere nasjoner (Collins et al., 1997). En fellesnevner for alle typer kriser er at det medfører økt tidspress og usikkerhet med tanke på beste respons (Billings et al., 1980). Tidspress oppstår som følge av behovet for å handle raskt. Usikkerhet rundt beste respons oppstår som følge av at årsak-virkningssammenhenger er vanskelig å identifisere. Disse elementene gjør det ekstra krevende å sikre og behandle informasjon, samt å ta effektive beslutninger (Billings et al., 1980; Hadley et al., 2011).

I litteraturen er det i liten grad utforsket hvordan styringssystemer blir benyttet under kriser (Bourmistrov & Kaarbøe, 2017; Hopwood, 2009; Janke et al., 2014). Ifølge Czarniawska-Joerges (1988) er det en tendens at organisasjoner responderer til en krise ved å gjennomføre en strammere bedriftskontroll, der bruken av tradisjonelle styringsverktøy som budsjetter øker. Tilsvarende funn finner også studien til Collins et al. (1997), Bourmistrov og Kaarbøe (2017) og Kraus og Lind (2010). Ifølge Chenhall (2003) gjøres dette fordi tradisjonelle styringsverktøy kan bidra til å opprettholde organisatorisk stabilitet. I studien til Bourmistrov & Kaarbøe (2017) finner de at toppledelsen innfører en strengere budsjettkontroll, etter press fra investorer og styret om å forbedre de kortsiktige økonomiske resultatene. Dette er i tråd med funnene til Kraus og Lind (2010), som hevder at økt press fra kapitalmarkedet fører til at ledelsen setter søkelys på kortsiktig finansiell informasjon og reduserer bruken av ikke-finansiell informasjon.

Becker et al. (2016) studerte hvordan bruken av budsjettet endres som følge av en krise. Det ble undersøkt hvorvidt budsjettets ulike funksjoner, herunder *planlegging*-, *ressursallokering*- og *målevalueringsfunksjonen*, påvirkes av en krisekontekst. For det første viser studien at usikre omgivelser fører til en mer krevende beslutningsprosess og økt fokus på planlegging. I kriser prioriteres planlegging for å redusere usikkerheten ved beslutningstaking, men også for å sikre at planlagte aktiviteter har en optimal og effektiv ressursutnyttelse.

For det andre viser studien at budsjettbruken under en krise i større grad knyttes til ressursallokering enn i normale tilstander (Becker et al., 2016). Disse funnene forklares av at krisetider ofte fører til en redusert etterspørsel etter en organisasjons produkt eller tjeneste. Økt bruk av budsjett som et ressursallokeringsverktøy forklares dermed av ønsket om kostnadsbesparelser, gjennom en mer effektiv ressursutnyttelse.

Når det gjelder budsjettets virkemiddel for måletablering og målstyring, viser studien at dette blir mindre aktuelt (Becker et al., 2016). Krisekonteksten gjør at eksisterende målsettinger blir utdaterte. Kontroll av budsjettavvik gjøres mot måltall som ikke lenger er relevante, slik at det mister noe av sin relevans i beslutningstakingen. En usikker og mindre predikerbar fremtid gjør det også vanskeligere å fastsette nye målsettinger. I tillegg kan det oppstå konflikter mellom toppledelsen og ansatte på lavere nivåer dersom nye målsettinger ikke oppfattes som realistiske (Goretzki & Kraus, 2020). Dette gjelder spesielt i situasjoner hvor ledelsen fokuserer for mye på kortsiktig finansiell informasjon.

Videre hevder Becker et al. (2016) at dersom budsjettet vektlegges i for stor grad under krisesituasjoner, kan det skape utfordringer ved at organisasjoner ikke er tilstrekkelig fleksible. Ved et overdrevent fokus på tradisjonelle styringsverktøy og kortsiktig finansiell informasjon evner ikke organisasjoner å identifisere sjokk i omgivelsene (Wallander, 1999). Følgelig klarer de ikke å justere strategiske mål basert på tilegnet kunnskap om skiftende miljøer. I tråd med dette viser studien til D'Aveni og MacMillan (1990) at hvilken styringsinformasjon ledere vektlegger under en krise er vesentlig for organisasjoners muligheter for å overleve. I deres studie undersøkte de 57 virksomheter som overlevde og 57 som gikk konkurs under en krise. Resultatene indikerer at organisasjoner som overlever kriser fokuserer mer på ekstern informasjon fra omgivelsene, mens organisasjoner som går konkurs fokuserer mer på intern informasjon.

Litteraturen om kriser viser med andre ord at det som oftest gjøres i praksis under en krise er det motsatte av hva organisasjoner bør gjøre. Ifølge Becker et al. (2016) bør organisasjoner gjennomføre kontinuerlig planlegging gjennom re-budsjettering eller rullerende prognoser, for å fange opp endringer i omgivelsene. Bogsnes (2016) hevder imidlertid at virksomheter bør avskaffe budsjettet, ettersom de kun skaper en illusjon av kontroll og blir fort utdaterte. I stedet hevder Bogsnes at virksomheter bør benytte seg av mer dynamiske styringsverktøy, som gjør dem mer tilpasningsdyktige. Blant annet påpeker Singh (2010) at balansert målstyring (Kaplan & Norton, 1996) som inkluderer både finansielle og ikke-finansielle måleindikatorer, kan bidra til tilpasningsdyktighet i usikre omgivelser. Gjennom de fire styringsperspektivene i balansert målstyring rettes søkelyset mot årsak-virkningsforhold og virksomhetens langsiktige målsettinger. Ved å inkludere ikke-finansiell informasjon vil et overdrevent fokus på kortsiktig finansiell informasjon, som kan være skadelig på lang sikt, unngås. Bruken av slik ikke-finansiell informasjon vil ifølge Bourmistrov og Kaarbøe (2017) bidra til at virksomheter setter mer fokus på deres langsiktige visjon, som bidrar til strategisk fornyelse og tilpasningsdyktighet.

Litteraturen om kriser viser også at toppleders naturlige respons til en krise er å sentralisere beslutningsmyndigheten (Bakonyi, 2018; D'aveni, 1989; Staw et al., 1981), selv om desentralisering er mer fordelaktig på lang sikt (Bakonyi, 2018). Ifølge Bakonyi (2018) er det tre hovedårsaker til at virksomheter ønsker å sentralisere under en krise: (1) toppledelsen hevder at sentralisering vil bidra til økt effektivitet, (2) sentralisering vil bidra til mer effektiv kommunikasjon og (3) toppledelsen mangler tillit til ansatte på lavere nivå. Ifølge Staw et al. (1981) er økt sentralisering av beslutningsmyndighet et resultat av at toppledelsen ønsker større muligheter for overvåking og kontroll, mens ansatte på lavere nivå ønsker å gi fra seg myndighet. På den ene siden ønsker ledelsen beslutningsmyndighet for å forbedre deres evne til å gjøre raske beslutninger. På den annen side ønsker ansatte å gi fra seg myndighet for å unngå ansvar eller skyld dersom gale beslutninger tas.

Sentralisering av beslutningsmyndighet kan imidlertid føre til lavere fleksibilitet og omstillingsevne (Alonso et al., 2008; Bakonyi, 2018). Ifølge Bakonyi (2018) vil delegering av beslutningsmyndighet under en krise føre til bedre tilpasningsdyktighet og ansvarsdeling. Funnene i studien til Alonso et al. (2008) peker også i samme retning, der de finner at desentraliserte virksomheter har større fleksibilitet og evne til å respondere hurtig på endringer, enn sentraliserte virksomheter. Dette er fordi mellomledere har større lokal informasjon enn toppledelsen, slik at delegert beslutningsmyndighet vil føre til hurtigere

avgjørelser. I studien til Martinez-Leon og Martinez-Garcia (2011) finner de at desentraliserte styringsstrukturer er viktige for at ansatte skal oppleve autonomi og myndighet, som bidrar til organisatorisk læring og fleksibilitet. Desto mer usikre omgivelsene er, desto høyere er behovet for fleksibilitet og desentraliserte styringssystemer (Kaarbøe et al., 2013). Imidlertid er det ikke fordelaktig å delegere beslutningsmyndigheten dersom agentkostnadene blir for høye (Jensen & Meckling, 1976). I slike tilfeller kan delegering lede til ressursløsning, der beslutninger som tas nede i virksomheten ikke er optimal for virksomheten som helhet.

I krisesituasjoner er det viktig å ha gode informasjonssystemer som bidrar til organisatorisk læring. Det defineres som prosessen for utvikling av ny innsikt og kunnskap for å tilpasse virksomheter til endrede omgivelser (Fiol & Lyles, 1985; Kloot, 1997). Organisatorisk læring bidrar dermed til organisatorisk fleksibilitet, som igjen gjør organisasjoner mer tilpassningsdyktige (Kloot, 1997). I studien til Abernethy og Brownell (1999) finner de en positiv korrelasjon mellom organisatorisk læring og hvor aktivt sykehus kommuniserer output generert av tradisjonelle styringsverktøy. I tråd med dette hevder Janke et al. (2014) at desto mer alvorlig oppfattelsen av en krise er, desto mer vil slik informasjon bli kommunisert i virksomheter.

Videre fører økt kommunikasjon under en krise til at de ansatte får utviklet en felles forståelse overfor utfordringer og tiltak, som er kritisk for å oppnå organisatorisk læring (Kloot, 1997). Ifølge Simons (1995a) er det viktig å benytte seg av interaktive styringssystemer som sørger for kontinuerlig dialog og læring i hele virksomheten (interaktive styringssystemer er formelle informasjonssystemer som tilrettelegger for personlig kommunikasjon mellom ledere og ansatte, som for eksempel møtevirksomhet. Dette vil bli nærmere forklart i delkapittel 2.4.4). I lys av Simons (1995a) sin teori hevder Goretzki og Kraus (2020) at bruken av interaktive styringssystemer er avgjørende for en effektiv krisehåndtering. Ifølge dem er interaktive styringssystemer avgjørende for å identifisere potensielle kriser, men også for hvordan en krise påvirker organisasjonens strategiske målsettinger. Dette er på grunn av at interaktive styringssystemer bidrar til dialog og læring mellom ansatte på ulike nivåer slik at strategiske usikkerheter kan identifiseres (Goretzki & Kraus, 2020; Simons, 1995a). Dette gir en desentralisert styring ved en nedenfra og opp-tilnærming som skaper en mer dynamisk styring.

Selv om tidligere studier viser at behovet for fleksibilitet øker i dynamiske omgivelser, øker også behovet for kontroll (Simons, 1995a, 1995b). Økt kontroll er viktig for å forhindre at ansatte tar unødvendig risiko, i omgivelser der for stor risikotaking kan påføre virksomheten

betydelige skader. Ifølge Nesheim (2016) er regler og prosedyrer virksomheters svar på stabile oppgaver i stabile omgivelser. De sikrer forutsigbarhet og stabilitet. Likevel hevder Nesheim at slike virkemidler også kan brukes for å sikre kontroll under kriser, der det er nye, truende og uoversiktlige omgivelser. Regler og prosedyrer vil bidra til felles situasjonsforståelse og redusere beslutnings- og samhandlingskostnader. I studien til Iredahl og Wiklund (2016), der de studerte det svenske utlendingsdirektoratet under flyktningkrisen, fant de at regler og prosedyrer ble viktigere under krisen for å unngå å gjøre feil som var irreversible. Særlig var det viktig at regler og prosedyrer sørget for at alle flyktninger ble behandlet likt i forhold til loven. Tilsvarende funn fant også Raaen og Rognerud (2016) som studerte et skipsteknologiselskap i krise. Krisekonteksten gjorde at konsekvensene av å gjøre feil kunne bli betydelig større enn i normale omstendigheter. Følgelig implementerte toppledelsen nye regler og retningslinjer for å sørge for at ansatte handlet i tråd med deres ønsker. På den måten sikret de kontroll, uten at ledelsen måtte detaljstyre de ansatte.

Oppsummert påpeker flere forskere at det er lite litteratur om styringssystemer i en krisekontekst. Av eksisterende litteratur tyder det på at kriser typisk fører til at toppledelsen øker bruken av tradisjonelle styringsverktøy og sentraliserer beslutningsmyndigheten. Særlig gjelder dette en innstramning av budsjettkontroll, der budsjettets ressursallokerings- og planleggingsfunksjon øker. Økt press fra kapitalmarkedet fører til at virksomheter vektlegger kortsiktig finansiell informasjon i større grad, mens de reduserer bruken av ikke-finansiell informasjon. Imidlertid viser tidligere studier at en slik endring i styringssystemet vil redusere omstillings- og tilpasningsevnen. For å tilrettelegge for fleksibilitet peker flere studier på at virksomheter bør benytte seg av formelle informasjonssystemer og delegering av beslutningsmyndighet. Et godt informasjonssystem bidrar til økt kommunikasjon mellom ansatte, som bidrar til en felles forståelse for utfordringen som må håndteres og til organisatorisk læring. Delegering av myndighet bidrar til at ansatte opplever større autonomi og innflytelse, som gjør virksomheter i stand til å ta hurtigere avgjørelser. Videre tyder litteraturen og tidligere empiriske studier også på at behovet for kontroll øker under kriser. I kriser der omgivelsene er ukjente og uoversiktlige, må virksomheter øke kontrollen for å forhindre at ansatte tar for stor risiko. Konsekvensene av å gjøre feil under kriser kan være av en annen størrelsesorden enn under normale forhold. Følgelig øker virksomheter ofte bruken av regler og prosedyrer, for å sikre at ansatte handler i tråd med virksomhetens ønsker.

2.4 Levers of Control

Levers of Control er et helhetlig rammeverk for strategi- og virksomhetsstyring (Simons, 1995b). Rammeverket tar utgangspunkt i fire styringssystemer, hvor hvert system har ulikt formål og hvor bruken medfører ulike implikasjoner. Disse er *verdisystemer*, *grensesystemer*, *diagnostiske styringssystemer* og *interaktive styringssystemer*. Ifølge Simons (1995b) vil en balansert bruk av de fire styringssystemene tilrettelegge for at virksomheter kan håndtere spenningen mellom fleksibilitet og kontroll.

I *delkapittel 2.4.1-2.4.4* vil vi gjennomgå rammeverket i nærmere detalj ved å studere hvert enkelt styringssystem. Til slutt vil vi i *delkapittel 2.4.5* forklarer hvordan bruken av styringssystemene må foregå i et samspill.

2.4.1 Verdisystemer – kommunisere kjerneverdier

Ifølge Simons (1995b) er alle virksomheter skapt med et formål som ofte er inkorporert gjennom vedtekter eller verdidokumenter. I en virksomhets formative periode kommuniseres formålet hyppig på tvers i virksomheten ved interaksjon, som bidrar til at formålet forblir klart og kommunisert videre internt og eksternt. I faser hvor virksomheter vokser og modnes, øker også avstanden mellom ansatte. Blant annet er virksomheter i nyere tid mer komplekse enn tidligere. For eksempel har global konkurranse og tilstedeværelse ført til nye strategiske allianser, og en rask teknologisk utvikling har ført til desentraliserte virksomheter for å håndtere hyppige omstillinger. Med den økte kompleksiteten øker også utfordringen for virksomheter i å kommunisere et enhetlig og klart formål, samtidig som viktigheten av denne økes.

For å sikre at virksomheter klarer å kommunisere ut deres formål og følgelig opprettholde organisatorisk stabilitet er det ifølge Simons (1995b) viktig å benytte seg av verdisystemer. Simons (1995b, s. 34) definerer verdisystemer som: «*explicit set of organizational definitions that senior managers communicate formally and reinforce systematically to provide basic values, purpose, and direction for the organization*».

Gjennom verdisystemer prøver virksomheter for det første å formidle deres *kjerneverdier*: hvordan virksomheten skal skape verdi og hva de forventer av ansatte med tanke på ytelse og holdninger. Eksempler på verdisystemer og hvordan disse kommuniseres er blant annet gjennom virksomheters visjon, misjon og målsettinger. Videre fungerer verdisystemer som en

kilde til inspirasjon og veiledning i søken etter nye muligheter og løsninger i tråd med deres overordnede forretningsstrategi. I tilfeller hvor det oppstår et problem ved implementering av strategi, vil verdisystemer hjelpe ansatte å bestemme hvilke problemer som skal løses, og hvilke løsninger de skal søke etter. Altså vil verdisystemer veilede i beslutningsprosesser, og følgelig være en forutsetning for desentralisering av beslutningsmyndighet. Ifølge Simons (1995b) er verdisystemer enda viktigere i tilfeller hvor det er fravær av problemer. I disse situasjonene vil verdisystemer bidra til nytenking og innovasjon på hvordan verdiskaping skal foregå.

Videre er det naturlig å tenke at et slikt inspirasjonsverktøy medfører risiko, ettersom innovasjon og søken etter nye løsninger kan føre til unødvendig ressursbruk eller til for stor risikotaking som kan være skadelig for virksomheten. For å begrense risikoen som forekommer ved organisatorisk søken motivert av verdisystemer, er det i Levers of Control innført grensesystemer.

2.4.2 Grensesystemer – minimere risiko

Simons (1995b, s. 178) definerer grensesystemer som: «*formally stated rules, limits, and proscriptions tied to defined sanctions and credible threat of punishment*». Det er altså regler, grenser og påbud som skal forhindre at organisasjonens deltakere handler utenfor et gitt definert handlingsrom. Grensesystemer skal minimere *risiko* for uønskede handlinger. I tilfeller hvor dette skjer blir straff og sanksjoner benyttet. Imidlertid må grensesystemer ikke sees på som detaljstyring, som forteller underordnede om hva de burde gjøre, siden dette vil hindre individuelle initiativ og kreativitetsprosess (Simons, 1995a). Derimot baseres grensesystemer på ledelsesprinsippet «*the power of negative thinking*» (Christenson, 1972), hvor grenser forteller organisasjonens deltakere om hva de ikke skal gjøre, slik at innovasjon fremdeles fremmes innenfor de gitte grensene (Simons, 1995a).

Grensesystemer deles inn i to hovedtyper: *grenser for forretningskikk* og *strategiske grenser* (Simons, 1995b). Grenser for forretningskikk er det grunnleggende grensesystemet som innfører koder for forretningsatferd. Det påvirkes av tre kilder: (1) samfunnets lover, (2) organisasjonens verdisystem og (3) normer i industri og fagforeninger. Brudd på grenser for forretningskikk er handlinger som vil skade organisasjonen ved å utsette den for tap av juridisk ansvar, omdømme eller eiendeler. Strategiske grenser fokuserer derimot på mulighetssøkende atferd for å støtte opp eksplisitte organisasjonsstrategier. Disse inngår i

strategiske satsinger hvor formålet er å begrense søkeaktiviteter og ineffektiv bruk av ressurser, ved å definere hvilke søk som ikke er akseptert og ikke skal forfølges. Gjennom disse to hovedtypene opplever organisasjonens deltakere autonomi og myndighet innenfor det avgrensede handlingsrommet, samt at de får en forståelse for hvor og hva de bør benytte sin kreativitet til. Med andre ord er også grensesystemer i likhet med verdisystemer en forutsetning for desentralisering av beslutningsmyndighet, som muliggjør at organisasjoner kan oppnå maksimal kreativitet og fleksibilitet.

Ifølge Simons (1995b) er det viktig å forstå at grensesystemer og verdisystemer må fungere i et samspill. Disse to systemene skaper en dynamisk spenning mellom forpliktelse og straff, og danner sammen et handlingsrom for ansatte. Verdisystemer gir veiledning, inspirasjon og moment til innovasjon, mens grensesystemer definerer rammer for hva som er akseptabel handling.

2.4.3 Diagnostiske styringssystemer – måling av kritiske prestasjonsvariabler

Diagnostiske styringssystemer beskrives av Simons (1995b, s. 59) som ryggraden i tradisjonell virksomhetsstyring, og defineres som: «*formal information systems that managers use to monitor organizational outcomes and correct deviations from preset standards of performance*». Disse systemene har som formål å sikre strategiimplementering og stabil måloppnåelse ved å sammenligne ansattes prestasjoner og resultater opp mot forhåndsatte standarder.

Det er tre egenskaper som kjennetegner diagnostiske styringssystemer: (1) muligheten til å måle output for en prosess, (2) eksistensen av fastsatte standarder som benyttes som sammenligningsgrunnlag og (3) muligheten til å korrigere avvik fra fastsatte standarder (Simons, 1995b). Diagnostiske styringssystemer omfatter dermed både finansielle og ikke-finansielle styringsverktøy, som blant annet budsjetter, balansert målstyring og prestasjonsmålingssystemer.

Diagnostiske styringssystemer er viktig for strategiimplementeringen ved at de måler output for en prosess for å overvåke hvorvidt den tiltenkte forretningsstrategien blir etterlevd. Ifølge Simons (1995b) er det derfor essensielt at diagnostiske styringssystemer er utformet med en sterk kobling til de tiltenkte strategiene, samt at de måler korrekte outputvariabler som representerer kritiske ytelsesdimensjoner for en gitt strategi, såkalte kritiske

prestasjonsvariabler. Kritiske prestasjonsvariabler defineres som: «*those factors that must be achieved or implemented successfully for the intended strategy of the business to succeed*» (Simons, 1995b, s. 63). For å identifisere disse er det først og fremst viktig å analysere virksomhetens tiltenkte strategi, og hvilke spesifikke mål som er assosiert med den aktuelle strategien. En slik analyse vil avdekke at kritiske prestasjonsvariabler varierer på tvers av strategier, at de kan være både finansielle og ikke-finansielle, samt at de varierer ut ifra hvilket organisasjonsnivå en befinner seg i. Gjennom en slik analyseprosess kan virksomheter utvikle diagnostiske systemer som måler graden av oppnåelse av kritiske prestasjonsvariabler, og dermed graden av strategiimplementering.

Et viktig argument for bruk av diagnostiske styringssystemer er at det tilrettelegger for måloppnåelse, overvåking og kontrollering av ansattes prestasjoner, uten at ledere må involvere seg i stor grad (Simons, 1995a). Gjennom diagnostiske styringssystemer kan ledere måle måloppnåelse gjennom målinger av kritiske prestasjonsvariabler, fremfor å overvåke selve arbeidsprosessen, som både er tids- og ressursineffektivt. Simons (1995b) kaller dette for «*management-by-exception*», hvor en høy return on management (ROM), et mål på organisatorisk produktivitet i forhold til hvor mye tid ledelsen har investert, er ideelt.

Videre innebærer management-by-exception gjennom diagnostiske systemer at ansatte føler autonomi. Grunnen er at diagnostiske systemer kun måler ansattes output, slik at ansatte blir holdt ansvarlige for deres leveranser, men står fritt til å velge ønsket fremgangsmåte. For å legge til rette for maksimal autonomi er det viktig at ledere gjennomfører tre tiltak. For det første må ledere personlig sette og forhandle konkrete og tilpassede mål, samt utarbeide og koble insentivsystemer til måloppnåelsen. For det andre må de sørge for å motta månedlige og kvartalsvise oppdateringer for å forhindre uønskede overraskelser i fremtiden. For det tredje må ledere følge opp vesentlige avvik i kritiske prestasjonsvariabler. Basert på disse tiltakene ser vi igjen at diagnostiske styringssystemer i stor grad fritar ledere fra å benytte mye tid på deres underordnede, men at det er først ved vesentlige avvik at de må bruke tid på ansatte.

Det er ifølge Simons (1995b) to aksepterte sannheter i litteraturen om styringssystemer. Den første er at målinger er essensielt for virksomhetsstyring. Den andre er at deltakere som blir målt retter fokuset betydelig mer mot arbeidsoppgaver og mål som måles, enn arbeidsoppgaver som ikke måles. På denne måten kan ledelsen benytte seg av diagnostiske styringssystemer til å rette fokuset til ansatte mot vesentlige aktiviteter som oppfyller kritiske prestasjonsvariabler.

Diagnostiske styringssystemer tilrettelegger altså for kontroll og forutsigbarhet gjennom veiledning mot predikerte mål, uten at ledere trenger å vie mye oppmerksomhet. Imidlertid bidrar diagnostiske styringssystemer til å begrense innovasjon og mulighetssøkende atferd. For å stimulere til dette må organisasjoner benytte seg av det siste systemet i rammeverket, interaktive styringssystemer.

2.4.4 Interaktive styringssystemer – håndtere strategiske usikkerheter

Interaktive styringssystemer defineres som: *«formal information systems managers use to involve themselves regularly and personally in the decision activities of subordinates»* (Simons, 1995b, s. 95). Altså er det formelle systemer som tilrettelegger for regelmessig og personlig kommunikasjon mellom ledere og ansatte på lavere nivå, som for eksempel møtevirksomhet og medarbeidersamtaler. Bakgrunnen for interaktive styringssystemer er den samme som for verdisystemer. Med økt kompleksitet, desentralisering og avstand mellom ansatte i ulike nivåer oppstår det behov for formelle systemer for kunnskapsdeling på tvers av organisasjonen (Simons, 1995a). Interaktive styringssystemer skaper et kommunikasjonsnettverk internt i organisasjonen, som sørger for en kontinuerlig dialog mellom ansatte og oppmuntring til fremveksten av nye ideer.

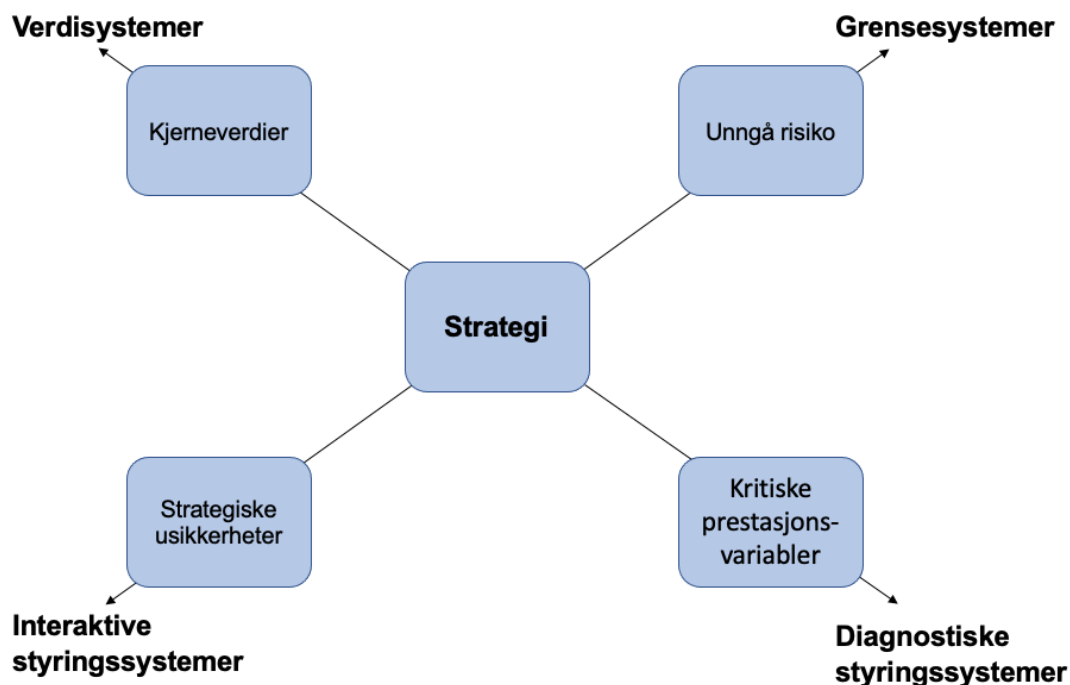
For at organisasjoner skal gripe muligheter, innovere og respondere på eksterne sjokk er det ifølge Simons (1995b) ikke tilstrekkelig å identifisere og levere på kritiske prestasjonsvariabler, de må også gjøre antakelser om strategiske usikkerheter. Simons (1995b, s. 94) definerer strategiske usikkerheter som: *«uncertainties and contingencies that could threaten or invalidate the current strategy of the business»*. Interaktive styringssystemer retter fokuset mot og holder organisasjonen oppdatert om strategiske usikkerheter, slik at potensielle risikofaktorer kan bli oppdaget. Dette bidrar til diskusjon og læring, og til et indre press om å stimulere til nye initiativ og strategier for å overkomme disse truslene.

Ifølge Simons (1995a) har alle interaktive styringssystemer fire karakteristiske kjennetegn: (1) informasjon som er generert gjennom systemet er tilbakevendende og adressert av toppledelsen, (2) interaktive styringssystemer krever hyppig og regelmessig fokus fra operasjonelle ledere på alle nivåer i organisasjonen, (3) informasjon som er generert av systemet er tolket og diskutert i møter ansikt til ansikt mellom ledere, underordnede og

kolleger og (4) det interaktive styringssystemet er en katalysator for kontinuerlig utfordring og debatt om underliggende informasjon, antakelser og handlingsplaner.

Interaktive styringssystemer er dermed ikke et unikt type styringssystem, men en fellesbetegnelse for styringssystemer som blir brukt interaktivt av ledere (Simons, 1995b). For eksempel er det vanlig at organisasjoner benytter et fåtall diagnostiske styringssystemer interaktivt. Hvilke de bør benytte er avhengig av hvilke vesentlige strategiske usikkerheter organisasjonen opplever, basert på deres valgte forretningsstrategi. Simons påpeker at det er fem forutsetninger som ligger til grunn for at et styringssystem skal kunne bli brukt interaktivt. For det første kreves det at nye prognoser for fremtiden blir utarbeidet når det kommer ny tilgjengelig informasjon fra systemet. For det andre må informasjonen som kommuniseres være enkel å forstå, siden det skal være forståelig for mange aktører. For det tredje må det interaktive styringssystemet bli benyttet av ledere på flere nivåer i organisasjonen, og ikke bare toppledelsen. Videre må ny informasjon føre til at nye handlingsplaner blir utarbeidet. Til slutt må informasjonen som genereres være koblet opp mot organisasjonens strategiske usikkerheter.

2.4.5 Samspillet mellom styringssystemene



Figur 3: Illustrasjon av Levers of Control (Simons, 1995b)

Styrken til Levers of Control ligger i hvordan de fire styringssystemene utfyller hverandre i et balansert samspill (Simons, 1995a). Ifølge Simons skaper styringssystemene motvirkende krefter i det som beskrives som positive og negative krefter. Verdisystemer og interaktive styringssystemer utgjør positive krefter, hvor formålet er å motivere, belønne, veilede og promotere læring (Tessier & Otley, 2012). Grensesystemer og diagnostiske styringssystemer utgjør negative krefter med dets formål om å kontrollere og begrense atferd. På én side bidrar rammeverket til fleksibilitet, mens det på den annen side bidrar til kontroll. Selv om de positive og negative kreftene er motvirkende, må de sameksistere i et balansert samspill for å skape dynamiske spenninger, som sikrer både fleksibilitet og kontroll (Simons, 1995b). Begrepet dynamiske spenninger kan anses som to kontrasterende fenomener i et dynamisk forhold, som involverer både konkurranse og komplementaritet (English, 2001). Ifølge Simons (1995b) vil dynamiske spenninger sikre fleksibilitet og kontroll gjennom håndtering av fire sentrale og underliggende organisatoriske spenninger. Disse er spenningen mellom: (1) frihet og begrensninger, (2) bemyndigelse og ansvarliggjøring, (3) ovenfra og ned-styring og nedenfra og opp-kreativitet og (4) eksperimentering og effektivitet.

I senere tid har flere studier blitt gjennomført for å undersøke hvorvidt teorien til Simons (1995b) stemmer. Studien til Henri (2006a) indikerer at en aktiv bruk av både diagnostiske og interaktive styringssystemer resulterer i en dynamisk spenning som er positivt korrelert med prestasjon. Den dynamiske spenningen fører ifølge Henri til økt fleksibilitet og innovasjon, og samsvarer med litteraturen til Simons (1995b). Imidlertid viser ikke studien hvordan styringssystemene påvirker hverandre. For å undersøke dette gjennomførte Widener (2007) en empirisk studie basert på en undersøkelse av 122 økonomidirektører. Studien til Widener viser at styringssystemene i Levers of Control både er komplementære og gjensidig avhengige av hverandre. Ifølge Widener vil en aktiv bruk av interaktive styringssystemer ha en positiv effekt på både grensesystemer og diagnostiske styringssystemer, som igjen stimulerer til organisatorisk læring og økt prestasjon. I motsatt retning skaper grensesystemer og diagnostiske styringssystemer strukturen som er nødvendig for en effektiv bruk av interaktive styringssystemer. Videre viser studien at verdisystemer har en positiv effekt på alle de tre andre styringssystemene. Basert på disse studiene tyder det på at styringssystemene i Levers of Control må eksistere i et samspill for å skape dynamisk spenning, for å oppnå en effektiv virksomhetsstyring.

Simons (1995b) har imidlertid fått kritikk for å benytte seg av tvetydige begrep (Henri, 2006a; Kruis et al., 2016; Mundy, 2010; Tessier & Otley, 2012). Tessier og Otley (2012) påpeker at

bruken av positive og negative krefter er misledende, og at man heller bør benytte seg av begrepene begrensende og muliggjørende krefter. Mundy (2010) bruker i sin forskning uttrykkene kontrollerende og muliggjørende. Videre har Simons (1995b) også blitt kritisert for å skrive «*balanserende bruk av styringssystemer*», ettersom begrepet balanserende er tvetydig og vanskelig å forstå. I studien til Kruis et al. (2016) påpeker de at balanse er noe som oppnås når de fire styringssystemene blir benyttet og er internt konsistente, men hvor systemene ikke trenger å bli benyttet like mye. Ifølge dem kan en balansert bruk av styringssystemene oppnås gjennom flere ulike kombinasjoner av systemene, og er avhengig av konteksten og strategiske utfordringer virksomheter står overfor. Følgelig hevder Kruis et al. (2016) at en balansert bruk av styringssystemene varierer fra virksomhet til virksomhet og kan oppnås på ulike måter. Tidligere studier peker på at mer forskning må til for å få en bedre forståelse for samspillet mellom styringssystemene (Henri, 2006a; Kruis et al., 2016; Mundy, 2010).

2.5 Oppsummering av teoretisk grunnlag

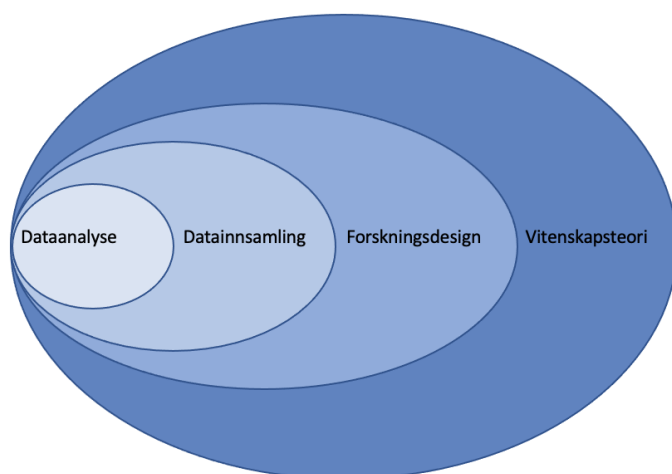
I dette kapittelet har vi dannet det teoretiske grunnlaget for denne masteravhandlingen. Innledningsvis belyste vi hvordan synet på virksomhetsstyring har utviklet seg gjennom historien. Vi har forklart hvordan virksomhetsstyring har gått fra å omhandle tradisjonelle styringsverktøy, til mer komplekse og helhetlige styringspakker, bestående av mange ulike styringsmekanismer. Videre gikk vi gjennom hvordan styringen i norsk offentlig helsesektor fungerer, og hvilke sentrale styringsverktøy som blir benyttet. Deretter gjorde vi rede for teori og tidligere studier på kriser og styring. Avslutningsvis presenterte vi Levers of Control, som utgjør oppgavens teoretiske rammeverk.

I litteraturen om kriser og styring pekes det på behovet for flere forskningsstudier. Det har blitt gjennomført få studier som undersøker hvordan styringssystemer blir benyttet i en krisekontekst. I tillegg er det ytret et behov for flere studier som studerer hvordan styringssystemene fungerer i et samspill. Disse behovene underbygger denne avhandlingens relevans, der avhandlingen vil bidra til å tette gapet i forskningen.

3. Metode

I dette kapitlet presenterer vi studiens metodiske rammeverk, kvalitet og etiske vurderinger. Dette gir nyttig informasjon til lesere om hvordan problemstillingen besvares, hvordan resultatene ble funnet og hvilke faktorer som kan påvirke studiens kvalitet.

Det metodiske rammeverket tar utgangspunkt i «løken» utarbeidet av Saunders et al. (2019). Den består av fire lag, hvor hvert lag illustrerer ulike valg en forsker må ta. Vi begynner med å gjennomgå *vitenskapsteoretisk* utgangspunkt, deretter *forskningsdesign*, *datainnsamling* og *dataanalyse*. Til slutt tar vi for oss studiens forskningskvalitet og presenterer våre etiske vurderinger.



Figur 4: Forskningsløken - ulike nivå for valg av forskningsmetode (Saunders et al. 2019)

3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Formålet med forskning er å generere gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten. Studiens metode beskriver hvordan empiri om virkeligheten skal samles inn på en god og hensiktsmessig måte. Utfordringen er imidlertid at det strides om hva virkelighet egentlig er, og ved gjennomføring av en forskningsoppgave må en derfor gjøre en rekke antakelser (Burrell & Morgan, 2017; Jacobsen, 2015). Dette er antakelser knyttet til ens egen virkelighetsoppfatning (ontologi), forståelsen av menneskelig kunnskap (epistemologi) og hvordan ens egne verdier påvirker forskningen (aksiologi) (Saunders et al., 2019). Disse antakelsene påvirker den filosofiske tilnærmingen til oppgaven, som igjen påvirker forskernes

formulering og oppfatning av studiens forskningsspørsmål, metodene som benyttes og hvordan funnene tolkes (Crotty, 1998). Følgelig vil vi i dette delkapittelet begrunne antakelser og tilnærminger som legges til grunn for oppgaven videre.

Med bakgrunn i ens virkelighetsoppfatning eksisterer det i hovedsak to motstridende filosofiske tilnærminger: *positivisme* og *hermeneutikk* (Saunders et al., 2019). I positivisme antar en at det eksisterer en objektiv sannhet, hvor man ofte leter etter kausale sammenhenger. Dette er en tilnærming man til en viss grad blir tillært gjennom et masterstudium i økonomi og administrasjon, hvor økonomiske modeller benyttes til å forklare ulike fenomener. I hermeneutikk tar man i større grad utgangspunkt i fortolkning, hvor man antar at verden er kompleks og at individer oppfatter ulike fenomener ulikt (Saunders et al., 2019). Her er man kritisk til etablering av universelle lover, og formålet er å etablere rikere forståelse av den sosiale verden og kontekster. Dermed vil man med en hermeneutisk tilnærming anta at ulike personer i en organisasjon har ulike erfaringer, og at man ved å fokusere på dette får en mer helhetlig tilnærming til fenomenet (Saunders et al., 2019).

Bruken av styringssystemer er et komplekst fenomen, slik at det kan være krevende å definere en objektiv sannhet for hvilke systemer som bør benyttes i ulike virksomheter og kontekster. Vår tilnærming til problemstillingen er at erfaringene og meningene tilknyttet bruken av styringssystemene, er ulike for hvert enkelt individ i organisasjonen. Vi antar at det ikke eksisterer en objektiv sannhet for dette fenomenet, og dermed blir det avgjørende for oss å etablere en rik og dyp forståelse. Dermed vil en hermeneutisk tilnærming gjøre oss i bedre stand til å svare på utredningens problemstilling, og vil utgjøre utgangspunktet for det metodiske rammeverket videre.

3.1.1 Abduktiv tilnærming

Formålet med forskningen er avgjørende for valg av forskningsdesign, og kan for eksempel være å teste, eller å videreutvikle teori. Basert på oppgavens formål finnes det tre vitenskapelige tilnærminger: Deduktiv, induktiv og abduktiv. Ved en *deduktiv* tilnærming ønsker man å opprette hypoteser basert på eksisterende teori og videre teste dem i den ekte verden. Ved en *induktiv* tilnærming ønsker man å samle inn data for å utforske et fenomen nærmere og generere teorier basert på funnene. En *abduktiv* tilnærming er en kombinasjon av de nevnte tilnærmingene. Normalt vil en positivistisk tilnærming være passende sammen med

en deduktiv tilnærming, og en hermeneutisk tilnærming være passende med induktiv tilnærming (Dubois & Gadde, 2002; Saunders et al., 2019).

Vi har i vår oppgave valgt å benytte oss av en abduktiv tilnærming. Denne tilnærmingen gjør det lettere å bygge videre på eksisterende teori, fremfor å opprette nye teorier. I tillegg er det en fordel at man kan utnytte kvaliteter fra de to andre tilnærmingene, ved å innhente og analysere data samtidig som man utvikler teorier (Dubois & Gadde, 2002). Dermed kan vi øke forståelsen for fenomenet samtidig som vi genererer ny teori. Simons (1995b) sitt rammeverk, Levers of Control, er omfattende gjennomgått i eksisterende litteratur, men det er få studier som har sett på bruken av rammeverket i en krisekontekst. Følgelig virker det hensiktsmessig å teste eksisterende litteratur opp mot våre funn, samtidig som vi bruker funnene til å videreutvikle litteraturen.

3.2 Forskningsdesign

Studiens forskningsdesign kan betegnes som en overordnet plan for hvordan problemstillingen skal undersøkes og besvares (Saunders et al., 2019). Ifølge Edmondson & McManus (2007) bør utformingen av studiens metode basere seg på omfanget av relevant litteratur. De mener at eksisterende teori kan deles inn i tre forskjellige kategorier basert på omfanget av eksisterende teori: «begynnende», «mellomliggende» og «moden». Bruk og utforming av styringssystemer generelt og i helsesektoren kan trolig plasseres i den «modne»-kategorien, ettersom det er rikelig med eksisterende teori. Forskning på bruk av styringssystemer i krisesituasjoner blir derimot etterlyst av flere forskere. Følgelig blir det naturlig å plassere slik forskning i den «begynnende»-kategorien. Dette taler for at oppgaven bør ha en åpen problemstilling, hvor formålet er å innsamle rik og detaljert data for å finne mønstre og utvikle teoretiske forslag.

Videre kan forskning anses som *utforskende*, *deskriptiv* eller *forklarende* (Saunders et al., 2019). I sammenheng med at studiens relevante teori kan plasseres i «begynnende»-kategorien, virker det klart at utforskende forskningsdesign er mest passende. Dette er et forskningsdesign som er gunstig i studier hvor formålet er å etablere forståelse og innsikt. I tillegg gjør designet det mulig å være fleksibel og tilpasningsdyktig underveis, slik at man kan tilpasse designet avhengig av hvilke innsikter som innsamles (Saunders et al., 2019). I stedet for å teste hypoteser om årsakssammenhenger, vil vår studie være en forundersøkelse for å kunne generere nye teorier, innsikt og bidra til forståelse for hvilke aspekter ved

styringssystemene helseforetak bør vektlegge ved en fremtidig krise. Et utforskende forskningsdesign er også i tråd med vår hermeneutiske tilnærming, og er etter vårt syn det mest passende forskningsdesignet for studien.

3.2.1 Kvalitativt enkeltcase-studie

For å besvare problemstillingen på best mulig måte og ta hensyn til valgte tilnærminger, er valg av forskningsstrategi avgjørende. Det er vanlig å skille mellom en kvalitativ og kvantitativ tilnærming. En kvalitativ tilnærming tilsier at man ønsker å sammenligne data som i motsetning til kvantitativ data er vanskelig å tallfeste. Fokuset her er å innsamle mer dyptgående data fra få observasjoner (Johannessen et al., 2011). Dette gir begrensede muligheter for statistisk analyse, men gir flere muligheter for tolkning av innhold. Basert på vår åpne problemstilling og ulike tilnærminger som tidligere er gjennomgått, anser vi kvalitativ metode som den mest egnede for oppgaven.

Innsamling av kvalitativ data kan utføres på en rekke måter, men vi mener at case-studie er den optimale måten å gjøre det på. Denne typer studier genererer dyptgående og verdifull innsikt av casen som studeres, og er passende når forståelse av sammenheng mellom fenomenet og konteksten er avgjørende (Yin, 2018). I tillegg er denne type studier vanlig i utforskende studier, hvor man ønsker å utvikle ny forståelse. Ulempene er imidlertid at det er vanskelig å overføre funn fra en case til en annen, og det er krevende å etablere kausale sammenhenger (Jacobsen, 2015). Basert på vår filosofiske tilnærming og valg av forskningsdesign, virker det klart at studiens problemstilling besvares best ved innsamling av rik og variert data. I tillegg er fenomenet som skal undersøkes komplekst, hvor krisekonteksten antas å ha innvirkning på bruken av styringssystemer.

Innenfor casestudier skilles det mellom enkeltcase og flercase (Yin, 2018). En enkeltcase-studie benyttes i tilfeller hvor man ønsker å studere en case som avviker fra det normale, siden denne type studie legger opp til mer dybde og forståelse. På den måten kan man tilegne seg innsikt i fenomener som få eller ingen andre har studert tidligere. Imidlertid mister man fordelene som medfølger bruk av flercase, siden man ved flercase i større grad kan generalisere funnene, ettersom man kryss-analyserer funn fra hver enkelt case (Jacobsen, 2015; Saunders et al., 2019). Siden litteraturen relatert til vår case befinner seg i «begynnende»-kategorien, der fenomenet er komplekst og konteksten er en avgjørende faktor, mener vi at problemstillingen belyses best ved bruk av enkeltcase. På denne måten får vi dypere innsikt

og oppnår en bedre forståelse mellom fenomen og kontekst. I lys av drøftingen ovenfor vil oppgavens forskningsdesign bestå av en kvalitativ enkeltcase-studie.

3.3 Datainnsamling

For å besvare studiens problemstilling må relevante data innsamles. Disse kan deles inn i primær- og sekundærdata. Primærdata er data som innsamles spesifikt for det aktuelle forskningsprosjektet. Sekundærdata er data som opprinnelig ble innsamlet av andre enn studiens forskere, og som kan benyttes som supplerende informasjon (Saunders et al., 2019). Primærdata vil i denne oppgaven innsamles ved hjelp av semistrukturerte intervjuer, mens aktuelle rapporter vil utgjøre studiens sekundærdata. En slik kombinasjon av ulike datatyper kalles triangulering, hvor formålet er å øke sannsynligheten for at: «*dataene forteller hva du tror de forteller deg*» (Saunders et al., 2019, s. 218).

3.3.1 Primærdata – semistrukturerte intervjuer

Som nevnt har vi valgt å innhente primærdata gjennom semistrukturerte intervju med aktuelle intervjuobjekter i caseorganisasjonen. Et semistrukturert intervju er en mellomting av dybdeintervju og strukturert intervju, hvor man på forhånd ikke ønsker å opprette standardiserte intervjuguider. Dybdeintervju forløper uten at det er etablert spørsmål på forhånd, men hvor tema eller problemstillingen for intervjuet er kjent (Saunders et al., 2019). I et strukturert intervju er det et sett klare svaralternativer til spørsmålene. Ved semistrukturerte intervjuer kreves det at man før intervjuet etablerer en overordnet oversikt over tema og spørsmål man ønsker svar på. I tillegg kan intervjuobjektet være med på å forme intervjuet underveis, som gjør at ulike aspekter ved fenomenet som man ikke har tenkt på kan bli belyst. Dette kan gi en dypere innsikt og forståelse, som er viktig for å kunne besvare en problemstilling der det kan eksistere både flere og komplekse forklaringer.

I løpet av høsten 2020 gjennomførte vi totalt 12 semistrukturerte intervjuer med aktuelle intervjuobjekter ansatt i helseforetaket. For å få tillatelse til å benytte dette helseforetaket som caseorganisasjon måtte vi først sende inn intervjuguide, samt samtykkeskjema med informasjon om studiet og godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Etter at dette var innsendt fikk vi godkjenning fra helseforetaket, som videre gav oss en kontaktperson ved helseforetaket, som hadde ansvar for å skaffe relevante intervjuobjekter til studien. Vi ønsket å velge ut intervjuobjektene basert på karakteristikken lederansvar og fagområde.

Dette kalles en strategisk utvelgelse og er vanlig i casestudier (Saunders et al., 2019). Basert på nevnte karakteristikk sendte kontaktpersonen vår i caseobjektet ut intervjuforespørsel til aktuelle kandidater, i hovedsak ledere på ulike nivåer og kontrollere, med anmodning om å delta i forskningen vår. Tabell 2 illustrerer en oversikt over gjennomførte intervju.

Tabell 2: Studiens intervjuobjekter

Intervju	Varighet	Tittel
1.	75 min	Controller
2.	42 min	Prosjektleder
3.	51 min	Avdelingsleder
4.	58 min	Økonomirådgiver
5.	63 min	Seksjonsleder
6.	74 min	Økonomirådgiver
7.	34 min	Controller
8.	44 min	Seksjonsleder
9.	62 min	Controller
10.	52 min	Økonomidirektør
11.	38 min	Klinikkdirektør
12.	54 min	Controller
Total	10,8 timer	

Før gjennomføringen av intervjuene utarbeidet vi en felles intervjuguide, se Appendiks A. Intervjuguiden ble utarbeidet med bakgrunn i Simons sitt rammeverk Levers of Control. Intervjuspørsmålene var noe ulike, ettersom intervjuobjektene hadde forskjellig kompetanse, avhengig av fagområde. For kontrollere, som jobber mer direkte mot økonomi, var de fleste spørsmålene relatert til tradisjonelle styringsverktøy. For ledere benyttet vi hele intervjuguiden. For å unngå å lede intervjuene i bestemte retninger benyttet vi oss av åpne spørsmål, før vi gikk i dybden ved å stille oppfølgingsspørsmål. Rekkefølgen på spørsmålene og utvalgte oppfølgingsspørsmål under intervjuene varierte etter hva som passet best. Denne strategien gjorde det lettere å komme i dybden på intervjuobjektet sine meninger og erfaringer, samt å styre intervjuet i retning av temaer som intervjuobjektet hadde kunnskap om.

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt, siden det fortsatt var strenge smittevernregler og besøksrestriksjoner i helseforetaket som følge av covid-19-pandemien. Vi var begge til stede under intervjuene, hvor en av oss ledet intervjuene og den andre tok notater. Vi la opp til at

begge kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis, for å unngå at noe ble glemt. Intervjuene startet med at vi presenterte oss selv og formålet med oppgaven, samt bekreftelse på anonymitet og hvordan vi skulle behandle innsamlet data. Alle intervjuobjektene aksepterte på forhånd at det ble gjort lydopptak av intervjuene. For å unngå at objektet skulle bli påvirket av eksterne faktorer som potensielt kunne redusere datakvaliteten, oppfordret vi deltakerne til å oppholde seg i et rom med få forstyrrelser fra andre personer (Saunders et al., 2019).

3.3.2 Sekundærdata

I tillegg til data fra intervjuene, benyttet vi oss også av sekundærdata i form av ulike rapporter tilsendt fra helseforetaket. Disse rapportene kan betegnes som sekundærdata da de er utarbeidet av andre enn oss selv, og med annet formål enn å besvare vår problemstilling (Saunders et al., 2019). Vi har benyttet informasjon fra disse rapportene hvor det har vært hensiktsmessig. Rapportene har gitt oss økt forståelse av hvordan styringssystemene ble påvirket av krisen. I tillegg har rapportene gjort det mulig å kontrollere utsagnene fra intervjuene. En oversikt over de ulike rapportene er vist i Tabell 3.

Tabell 3: Innsamlede rapporter fra helseforetaket

	Rapporter
1.	Driftsrapport
2.	Målkort
3.	Konsultasjonsrapport
4.	Fremdriftsplan
5.	HR-rapport
6.	Regnskapsrapport
7.	Kvalitetsrapport
8.	Økonomirapport
9.	Prognoser
10.	Smittevernsrapport

3.4 Dataanalyse

I vår oppgave er den primære datakilden kvalitativ data (Grønmo, 1997). Kvalitativ data kjennetegnes av relativt åpen informasjonsinnsamling, der dataen blir strukturert først etter den er samlet inn. For å sikre en god analyse av kvalitativ data er det avgjørende at den først transkriberes, før den deretter summeres, kodes, og kategoriseres (Saunders et al., 2019). Videre i dette delkapittelet vil vi redegjøre for hvordan vi har gjennomført denne analysen.

3.4.1 Transkribering

Vi gjorde som nevnt lydopptak av alle intervjuene. Dette for å lagre all informasjon fra intervjuobjektene, slik at transkriberingsarbeidet i etterkant ble både enklere og av bedre kvalitet. For en bedre transkriberingsprosess benyttet vi oss av verktøyprogrammet «InqScribe». Ved å bruke dette programmet var det enklere å justere tempo og spole tilbake et gitt intervall, samtidig som vi noterte. Til sammen utgjorde transkriberingen 104 A4-sider. Vi transkriberte intervjuene innen to dager etter fullført intervju for å sikre at vi fikk med alle detaljer og observasjoner.

3.4.2 Tematisk analyse

Innsamlet kvalitativ data består ofte av store mengder og komplekse data, som kan gjøre systematisk tolkning utfordrende (Grønmo, 1997). For å gjøre analysearbeidet lettere har vi benyttet oss av tematisk analyse. Dette er en type analyse som passer vår abduktive tilnærming godt da den egner seg for både fleksibel og systematisk databehandling. Formålet med analysen er å søke etter ulike temaer eller mønstre i datasettet ved å kode dataen basert på utredningens problemstilling (Saunders et al., 2019). I vår masterutredning består datasettet av transkriptene fra intervjuene samt tilsendte dokumenter.

Først gikk vi gjennom den transkriberte datamengden og data fra rapportene, med formål om å kartlegge overordnede temaer. Temaene ble valgt ut med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket Levers of Control. Dette gjorde vi hver for oss for å sikre at alle nyanser og detaljer ble oppfattet, samt at vi kunne diskutere ulike synspunkter. Videre inndelte vi data i hver kategori inn i forskjellige underkategorier. Eksempelvis hadde vi et overordnet tema kalt diagnostiske styringsverktøy, hvor budsjett, målekort, prognoser og benchmarking var adskilte kategorier under dette.

3.5 Forskningskvalitet

En sentral utfordring med forskning er at ingen studier gir helt objektive og riktige svar. Følgelig er det avgjørende å vurdere forskningens kvalitet. I denne delen vil vi reflektere over ulike forhold som kan ha påvirket kvaliteten til studien vår. For vår utforskende casestudie er dimensjonene pålitelighet, gyldighet og overførbarhet avgjørende (Saunders et al., 2019), og vi vil derfor strukturere diskusjonen etter disse.

3.5.1 Pålitelighet

Ved pålitelighet menes det hvorvidt studiens data kan stoles på. I vår kvalitative og hermeneutiske studie foregår datainnsamlingen gjennom semistrukturerte intervjuer, der konteksten spiller en vesentlig faktor. I tillegg er dataen subjektiv og tolkningsbasert. Disse faktorene gjør studien mer krevende å gjenskape, og påvirker utredningens pålitelighet negativt.

Vi har derfor gjort en rekke grep som ifølge Drageset og Ellingsen (2011) øker påliteligheten til studien. Blant annet har vi avgitt en detaljert beskrivelse av både konteksten og fremgangsmåten for forskningsprosessen. En svakhet ved semistrukturerte intervjuer er at de kan bli ustrukturerte, som reduserer påliteligheten siden situasjonen vanskeligere kan gjenskapes. Derfor utarbeidet vi en grundig intervjuguide som ville legge føringer på intervjuene og sørge for at de til en viss grad ble standardiserte. Dette kan bidra til økt pålitelighet (Boeije, 2010).

Videre er en annen utfordring for påliteligheten i kvalitative studier at intervjudata kan påvirkes av ulike «bias» og feil. Eksempler på dette er *forskerbias*, *respondentbias*, *forskerfeil* og *respondentfeil* (Saunders et al., 2019). Forskerbias vil si at man som intervjuer påvirker intervjuobjektet gjennom egen atferd eksempelvis med tonefall eller spørsmålsformulering (Jacobsen, 2015). For å unngå dette var vi begge til stede under intervjuene, intervjuguiden ble nøye utarbeidet og vi opptrådte mest mulig upartisk. I tillegg diskuterte vi intervjuene i etterkant for å sikre lik oppfatning, og transkriberingsarbeidet ble likt fordelt mellom oss.

Respondentbias vil si at det kan være forskjell på hva et intervjuobjekt sier og hva personen faktisk mener eller har gjort. For å unngå feilaktige svar ble svarenes konfidensialitet og anonymitet understreket, samt at vi oppfordret objektene til å oppholde seg i nøytrale

omgivelser for å unngå at de følte seg overhørt. Helseforetaket sitt krav om innsendelse av intervjuguide før intervjuprosessen kan ha hatt en negativ effekt, ved at intervjuobjektene på forhånd lagde seg en formening om hvilke opplysninger vi var ute etter. Også bruken av lydopptak kan ha påvirket objektenes svar.

Forskerfeil omhandler faktorer som kan påvirke forskernes tolkning av svar (Saunders et al., 2019). Tiltak mot dette var grundige forberedelser ved nøyaktig utarbeidelse av intervjuguide, samt tilbud av sitatsjekk for svar som ble benyttet i oppgaven for å sikre at vi hadde tolket objektets utsagn riktig.

Respondentfeil vil si ulike faktorer som kan påvirke atferden til intervjuobjektet under intervjuprosessen. Eksempelvis kan dette være upassende tidspunkt som før lunsj, rett før helg eller ferie. For å unngå dette lot vi intervjuobjektene velge intervjutidspunkt fra en rekke alternativer som vi sendte dem.

3.5.2 Gyldighet

En studies gyldighet omhandler hvorvidt den innsamlede dataen er egnet til å belyse oppgavens problemstilling (Saunders et al., 2019). Siden definisjonen av gyldighet er mindre presis og mer kompleks enn pålitelighets-begrepet, er denne vurderingen mer krevende (Grønmo, 1997). Perfekt gyldighet er vanskelig å oppnå i kvalitative studier, men vi har gjort en rekke tiltak for å styrke oppgavens gyldighet.

For å sikre at intervjuobjektene svar sammenfaller med hva de virkelig mente ble lydfilene fra intervjuene ordrett transkribert. De sitatene som vi har anvendt i oppgaven er sendt til aktuelle personer for godkjenning. Dermed er alle sitatene som er benyttet i oppgaven godkjent av de ulike intervjuobjektene, og en slik aksept er viktig for å sikre gyldigheten til studien. I tillegg har vi som tidligere nevnt benyttet oss av triangulering i form av dokumentstudier. Data innsamlet fra intervju som stemmer overens med data fra andre dokumenter, øker sannsynligheten for at dataene illustrerer virkeligheten til intervjuobjektene (Saunders et al., 2019). Videre har vi benyttet veiledningstimer til å diskutere ideer og funn sammen med veileder, professor Iver Bragelien ved Norges Handelshøyskole. Dette er også tiltak som er med på å styrke oppgavens gyldighet (Saunders et al., 2019).

3.5.3 Overførbarhet

Overførbarheten eller studiens eksterne validitet, sier noe om hvorvidt studiens funn kan være gjeldende i andre kontekster, situasjoner eller utvalg (Grønmo, 1997). I kvantitative studier er det ønskelig å vurdere generaliserbarheten til funnene, mens det i kvalitative studier er mest aktuelt med teoretisk generalisering. Årsaken til dette er at et begrenset antall intervjuobjekter, er en trussel mot den eksterne validiteten (Saunders et al., 2019). Følgelig er det ofte krevende å generalisere funn fra kvalitativ forskning til en større populasjon. Ved at man gjennom forskning oppnår ny konseptuell eller teoretisk forståelse, vil en kvalitativ studie være overførbar dersom de teoretiske innsiktene som genereres kan benyttes utenfor studiet.

Det er ikke gitt at funnene vi utarbeider gjennom denne utredningen er gjeldende for organisasjoner utenfor det aktuelle helseforetaket. Likevel vil vår forskning kunne gi bidrag til hvordan bruken av styringssystemer påvirkes av en krisesituasjon i helsesektoren. Dermed vil studiens overførbarhet si noe om mulighetene for å etablere et teoretisk rammeverk. Dette rammeverket kan videre testes og benyttes i tilsvarende case og kontekster. Følgelig kan denne utredningen bygge et teoretisk rammeverk som kan anvendes for å få en bedre forståelse av hvordan styringssystemer i andre helseforetak, samt offentlig sektor og andre sektorer med sterke profesjoner, påvirkes av kriser.

Samlet sett er en kvalitativ studie ofte mer krevende å gjenskape enn kvantitative studier, spesielt når konteksten er avgjørende. Dette har påvirket studiens reliabilitet negativt, men det er gjennomført en rekke tiltak for å styrke denne. Vi har gitt en detaljert beskrivelse av kontekst og fremgangsmåte, og utarbeidet en intervjuguide for å sikre en viss standardisering av intervjuene. I tillegg har vi utarbeidet tiltak for å unngå at tradisjonelle «bias» og feil påvirker oppgavens innsamlede data. For å styrke gyldigheten har vi transkribert lydfilene fra intervjuene ordrett, sendt benyttede sitat til godkjenning og benyttet oss av flere datakilder. I lys av dette anser vi forskningens kvalitet som tilfredsstillende, med forbehold om at det kvalitative enkeltcase-designet medfører visse svakheter.

3.6 Ethiske vurderinger

Det oppstår alltid ulike etiske dilemmaer i arbeidet med en masterutredning, og en plan for hvordan man skal håndtere disse er en viktig del av forskningsdesignet (Saunders et al., 2019). Med bakgrunn i generell forskningsetikk i Norge er det i hovedsak tre grunnleggende krav

som må følges: *informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt* (Jacobsen, 2015). For å overholde kravene som gjelder informert samtykke har det vært frivillig for intervjuobjekter å delta i vår studie. Gjennom kontaktpersonen vår i helseforetaket ble det sendt ut informasjon om studien, hvor de som ønsket å bli med skulle ta kontakt med oss. I tillegg stod intervjuobjektene helt fritt til å trekke seg fra studien. Før gjennomføring av intervjuet ba vi deltakerne om å signere et samtykkeskjema. Se Appendiks B. I dette skjemaet informerte vi om følgende:

- Studiens formål
- Ansvarlig aktør for forskningsprosjektet
- Hvorfor den aktuelle personen ble kontaktet
- Hva det innebar å delta i studien
- Deltakelse var frivillig, og man hadde mulighet til å trekke seg om ønskelig
- Hvordan vi skulle oppbevare og benytte objektets opplysninger
- Hva vi ville gjøre med opplysningene etter studiens slutt og intervjuobjektets rettigheter

For å sikre krav på privatliv har vi sikret at all data er konfidensiell, i tillegg til at sitater som ble gjengitt ble formulert på en slik måte at vedkommende ikke kan identifiseres. I tillegg har prosjektet fått godkjenning av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). For å overholde kravet om å bli korrekt gjengitt, har vi som nevnt fått godkjent bruken av sitater hos aktuelle intervjuobjekter. Sitater som tas ut av sammenheng kan få en annen mening når de plasseres i en annen kontekst, følgelig er det viktig med objektenes godkjenning før bruk (Jacobsen, 2015). De eneste endringene som har blitt gjort med sitatene er å fjerne unødvendige småord, for å gjøre sitatene mer konsise og forståelige.

3.7 Oppsummering av studiens metode

I dette kapitlet har vi gjennomgått oppgavens metodiske rammeverk, med utgangspunkt i «forskningsløken» utarbeidet av Saunders et al. (2019). Vi har også gjennomgått studiens kvalitet og etiske vurderinger. Studien tar utgangspunkt i en hermeneutisk-tilnærming og en abduktiv logikk, og benytter dette som grunnlag for det metodiske rammeverket. Videre har vi valgt å benytte oss av et kvalitativt forskningsdesign, der data er innsamlet ved hjelp av en enkeltcase-studie.

Caseobjektet vi har valgt å benytte oss av er et lokalt helseforetak i den norske helsesektoren. For å samle inn data er det gjennomført 12 semistrukturerte intervjuer av ledere og kontrollere på ulike nivåer i helseforetaket. Valget av intervjuobjekter var basert på en strategisk utvelgelse, hvor kontaktpersonen i helseforetaket sendte ut intervjuforespørsel til aktuelle kandidater basert på gitte karakteristikker. Hvert intervju hadde en varighet på ca. 60 minutter og ble gjennomført digitalt på grunn av strenge smittevernrestriksjoner. I tillegg til data fra intervjuene benyttet vi oss av tilsendte rapporter fra helseforetaket som sekundærdata, med formål om å sikre en triangulering av funnene.

For å analysere innsamlet data ble intervjuene i etterkant transkribert og analysert ved hjelp av en tematisk analyse. Her ble dataen strukturert etter tema basert på det teoretiske rammeverket Levers of Control, og videre kodet i ulike kategorier. I forskning er det krevende å sikre helt objektive og riktige svar, men vi har gjort en rekke tiltak for å sikre studiens kvalitet. Angående oppgavens pålitelighet har vi gjennom dette kapittelet avgitt en detaljert beskrivelse av fremgangsmåtene våre og grundig utarbeidet en intervjuguide for å sikre at intervjuene til en viss grad ble standardiserte. I tillegg har vi etablert ulike tiltak for å unngå at innsamlet data påvirkes av «bias» og feil. For å sikre gyldighet har vi blant annet transkribert intervjuene ordrett, sendt benyttede sitat til godkjenning hos intervjuobjektene og benyttet flere datakilder. Oppgavens forskningsdesign gjør at overførbarhet er en utfordring, men vi mener likevel at oppgaven kan bidra til å danne et teoretisk grunnlag som kan benyttes i videre forskning. Til slutt i kapittelet viste vi at etiske dilemmaer er håndtert ved å ta utgangspunkt i de tre grunnleggende kravene i norsk forskningsetikk: *informert samtykke*, *krav på privatliv* og *krav på å bli korrekt gjengitt*. Tabellen under oppsummerer studiens metodiske valg.

Tabell 4: Oversikt over studiens metodiske valg

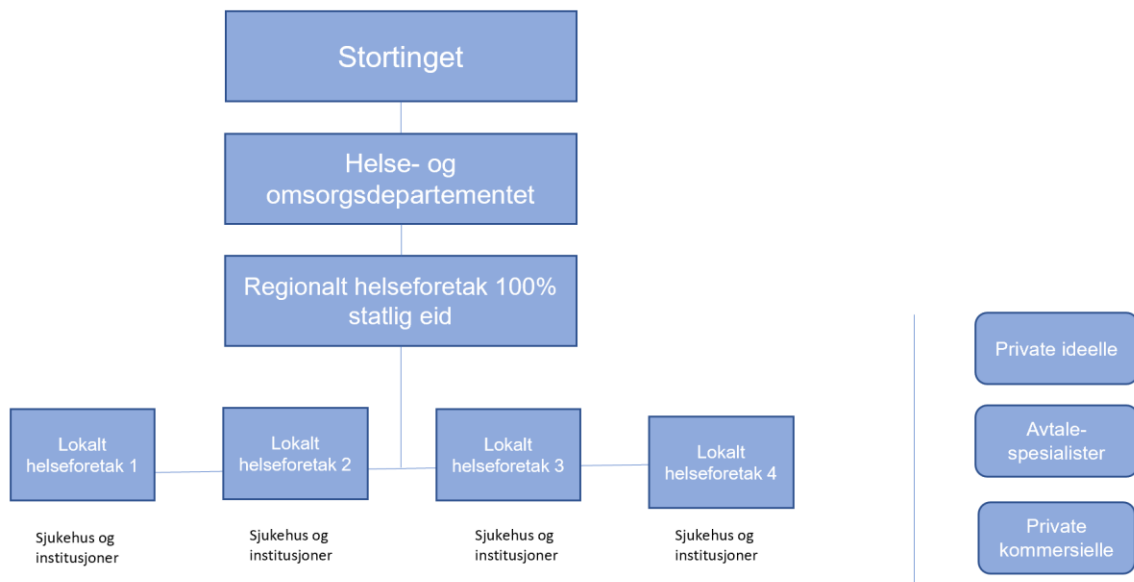
Konsept	Metodevalg
Forskningsdesign	Utforskende
Forskningstilnærming	Abduktiv
Metode	Kvalitativ Enkeltcase-studie
Datainnsamling	Semi-strukturerte intervju (12 stk.) Tilsendte rapporter
Utvalgsstrategi	Strategisk utvelgelse
Dataanalyse	Tematisk analyse

4. Kontekst

I denne delen vil vi presentere relevant kontekst. I delkapittel 4.1 vil vi gjennomgå norsk offentlig helsevesen, og hvordan finansieringssystemet fungerer. I delkapittel 4.2 vil vi presentere covid-19-pandemien, og hvordan denne utartet seg.

4.1 Norsk offentlig helsevesen

I Norge er helsevesenet organisert slik at Stortinget bevilger og legger føringer for hvordan de statlige budsjetttrammene blir (Nyland & Pettersen, 2018). Gjennom lover og forskrifter blir ulike politiske og økonomiske rammer vedtatt og formalisert, hvor formålet er å sikre høy kvalitet på helsetjeneste som tilbys med lav geografisk ulikhet. Videre er Helse- og omsorgsdepartementet ansvarlige for gjennomføringen av vedtakene, hvor de legger føringer og følger opp driften til de regionale helseforetakene. De lokale foretakene blir igjen eid av de regionale helseforetakene, hvor driften kontrolleres og følges opp basert på føringer ovenfra. Figur 5 illustrerer denne organiseringen, hvor vårt caseobjekt er et lokalt helseforetak under ett av de fire regionale helseforetakene. På grunn av ønsker om konfidensialitet og anonymitet hos foretaket, vil ikke nærmere detaljer oppgis.



Figur 5: Illustrasjon av organisasjonsstrukturen til norsk helsesektor (Nyland & Pettersen, 2018)

De regionale helseforetakene finansieres gjennom statsbudsjettet, og tall fra Statsbudsjettet viser at den totale bevilgningen for 2020 var omtrent 168 milliarder (Kulturdepartementet, 2019). Disse midlene fordeles fra staten til de ulike regionale helseforetakene, som fordeler videre til sine lokale helseforetak (Nyland & Pettersen, 2018). Finansieringssystemet er todelt og baseres på: basisbevilgning og aktivitetsbevilgning. Finansieringen som tar utgangspunkt i aktivitet kalles for innsatsstyrt finansiering (ISF) og baserer seg på stykkpriser. Dette vil si at man beregner en gitt takst per sykehusopphold basert på hvilken diagnoserelatert gruppe (DRG) pasienten tilhører (Magnussen, 2019). Videre er rammebudsjetteringen slik at helseforetakenes bevilgning er bestemt på forhånd, og finansieringen blir følgelig ikke påvirket av aktivitet. Formålet er å sikre kostnadskontroll, hvor det er utfører som overtar risikoen da ekstra aktivitet ikke gir mer i finansiering (Nyland & Pettersen, 2018).

4.2 Covid-19-pandemien

I 2020 ble verden rammet av covid-19-pandemien. Det startet som et lokalt utbrudd med en sterk økning i antall personer med alvorlige luftveissymptomer i Wuhan i Kina i desember 2019 (Folkehelseinstituttet, 2020). Årsaken ble identifisert til å være et nytt koronavirus, senere kalt SARS-CoV-2. Viruset spredte seg raskt og ble starten på en lokal epidemi i Kina, før det spredte seg på tvers av landegrensene. Verdens helseorganisasjon erklærte krisetilstand i januar 2020, og klassifiserte utbruddet som en pandemi i løpet av mars (Klein, 2020). I Norge ble det første smittetilfellet registrert den 26. februar 2020. I de påfølgende ukene steg antall smittede kraftig, og Norge ble landet i verden som hadde fjerde høyeste andel smittede per innbyggere (NTB, 2020). Den store veksten i antall smittede i denne perioden antas å være et resultat av nordmenn som hadde fått covid-19 under vinterferie i Østerrike og Italia (Folkehelseinstituttet, 2020).

Den høye andelen av smittede i Norge under våren 2020 resulterte i at regjeringen innførte de strengeste tiltakene landet har hatt i fredstid (Kalajdzic & Solberg, 2020). De omfattende tiltakene medførte blant annet at barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner ble stengt. Alle kultur- og idrettsarrangementer ble avlyst, treningssentre ble stengt og virksomheter som ikke kunne overholde én meters avstand mellom ansatte og/eller besøkende måtte holdes stengt. I helseforetakene forberedte de seg på en kraftig økning av innleggelser av pasienter med covid-19. I et brev til de fire helseregionene i mars, informerte Helsedirektoratet om at

helseforetakene måtte iverksette sine beredskapsplaner og øke kapasiteten på intensivbehandlingen:

Helseforetakene anmodes om å iverksette tiltak for å sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet. Det vises til pågående utbrudd av koronavirus og forventet økning av innleggelse av pasienter med covid-19 i helseforetakene. Ut fra hva som er kjent i andre land bes helseforetakene om å forberede seg på en situasjon der antallet pasienter i helseforetakene kan øke betydelig. Helseforetakene må også være forberedt på å kunne håndtere mange pasienter som har behov for intensivbehandling. Det bes derfor om at helseforetakene iverksetter sine beredskapsplaner slik at nødvendig kapasitet kan frigjøres for å behandle pasienter som etter en helhetlig vurdering er de som vil kunne tilbys helsehjelp i en mulig situasjon med begrenset kapasitet i helseforetakene. (Røstad Torgersen, 2020)

Dette medførte at helseforetakene måtte utsette planlagte operasjoner og undersøkelser, samt kartlegge og iverksette tiltak for gjeldende pasienter. Prioritering av hvilke pasienter som mottok helsehjelp fulgte prinsippene som Stortinget vedtok. I tillegg økte etterspørselen etter arbeidskraft, hvor helseforetakene etterspurte både leger, sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og relevante studenter. Undervisnings- og opplæringstiltak ble igangsatt for å gjøre helsepersonell i stand til å håndtere arbeidsoppgaver utenfor deres kjernekompetanse. For å overkomme utfordringene som fulgte ble helseforetakene nødt til å ta raske avgjørelser, slik at omstillingsevnen og styringssystemets fleksibilitet ble satt på prøve.

5. Empiriske funn

I dette kapitlet vil vi presentere sentrale funn fra de semistrukturerte intervjuene, som danner grunnlaget for diskusjonen i kapittel 6. Kapitlet er strukturert etter Levers of Control. Vi starter med å studere *diagnostiske styringssystemer* i delkapittel 5.1, deretter *interaktive styringssystemer* i delkapittel 5.2, *verdisystemer* i delkapittel 5.3 og til slutt *grensesystemer* i delkapittel 5.4. I hvert delkapittel vil vi studere bruken av de ulike styringssystemene før og under krisen, for å tydeliggjøre endringer. I innledningen til hvert delkapittel vil vi presentere de sentrale funnene.

5.1 Diagnostiske styringssystemer

I dette delkapitlet vil vi presentere funn fra helseforetakets bruk av diagnostiske styringssystemer. Vi vil først presentere funn før krisen og deretter under krisen. Hovedfunnene er: (1) redusert bruk av budsjett og (2) økt bruk av ikke-finansiell informasjon.

5.1.1 Diagnostiske styringssystemer før krisen

Empirien viser at bruk av budsjett og ikke-finansiell informasjon er de viktigste diagnostiske styringsverktøyene før krisen. Disse vil utdypes videre i de neste underkapitlene.

Bruk av budsjett før krisen

Som nevnt i konteksten, finansieres norsk offentlig helsesektor av rammebudsjettering og stykkprisfinansiering. Prosessen for fordeling av budsjetttrammen starter på toppen med statsbudsjettet. Derfra fordeles midler til de ulike regionale helseforetakene, som fordeler videre til de lokale helseforetakene. I det lokale helseforetaket, som er analysert i studien, fordeler administrerende direktør de økonomiske midlene til de ulike klinikkene, før klinikkene igjen fordeler videre på avdelingene. Som følge av rammebudsjetteringen anses budsjettet som helseforetakets viktigste styringsverktøy, og benyttes aktivt i driften. Dette illustreres i Figur 6 som viser intervjuobjektene standpunkt til påstanden om at budsjettet er helseforetakets viktigste styringsverktøy.

Påstand: Anser du budsjettet som det viktigste styringsverktøyet? ● Enig ● Delvis enig ● Uenig												
Intervjuobjekt:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Figur 6: Illustrasjon av budsjettets rolle som styringsverktøy

Ifølge intervjuobjekt 2 og 4 er budsjettets viktigste funksjoner å planlegge ressursbruken og å fungere som målsettinger for enhetene. Intervjuobjekt 4 sier: «Jeg vil si at budsjettet er veldig viktig for planlegging av ressursbruk. For eksempel ønsker vi å videreutdanne flest mulig ansatte i enheten, men ser i budsjettet at dette ikke går. Da må vi justere oss deretter». Intervjuobjekt 2 hevder: «Det er absolutt et mål å holde seg innenfor budsjett. Jeg føler meg pliktig til å holde meg innenfor det som er satt, og diskuterer måloppnåelse mot budsjett jevnlig med min leder».

Videre viser intervjuene at budsjettet i stor grad baseres på historiske tall. Det er få endringer fra år til år, men det legges til rette for å diskutere faktorer som kan påvirke neste års budsjett. Dersom det ikke er mulig å identifisere faktorer som vil påvirke inntektsiden eller kostnadssiden i særlig grad, vil budsjettet bli noenlunde tilsvarende året før. Intervjuobjekt 12 påpeker at budsjetter på mange måter er «statiske». Dette underbygges av intervjuobjekt 1 som sier:

Ved utarbeidelse av budsjettet baserer vi oss i stor grad på fjorårets historikk. For å si noe som jeg vil si betegner sykehusdrift så er det «same procedure as last year».
(Intervjuobjekt 1)

Prosessen med å utarbeide budsjettet tar utgangspunkt i to prognoser, én som blir utarbeidet på våren og én på høsten. Tidlig på våren utarbeides det en prognose, kalt P1, hvor de vurderer dagens økonomiske situasjon for enheten og hvordan det ser ut for året videre. Denne prosessen gjennomføres på ny i september, kalt P2. Denne prognosen går mer detaljert til verks, ved at man gjennomfører en grundig gjennomgang av driften til enheter i løpet av året, og diskuterer på nytt faktorer og ønsker som kan påvirke neste års drift. Selve budsjettprosessen på høsten starter dermed ikke med blanke ark, men baserer seg på de to foregående prognosene som brukes til å kartlegge nødvendige justeringer på fjorårets budsjett.

Eksempler på faktorer som kan oppdages i prognosene, og følgelig har innvirkning på budsjettet for neste år, kan være endringer i bemanning, innkjøp eller investeringer.

Når vi kommer til mars-april, så lager vi den første grundige prognosen for inneværende år. [...]. Vi prøver å lage en prognose i april som sier noe om hvordan vi tror vi lander i år. Prognoseutarbeidelsen er jo egentlig den mest konkrete starten på budsjettprosessene, fordi da sier vi noe om hvordan året i år blir, og det bruker man som utgangspunkt for neste år. Så jeg vil egentlig kalle det en rullerende prosess. Det er ikke slik at vi starter med blanke ark når vi lager budsjett, det blir på en måte en utgave pluss minus fra prognose P2 på høsten. (Intervjuobjekt 7)

Intervjuobjektene forteller at seksjonsledere har et helhetlig lederansvar. Det betyr at hver enkelt seksjonsleder har ansvar for den daglige driften til sin enhet, og må rapportere økonomiske nøkkeltall, personaldata og aktivitetsrelaterte tall «bottom-up» langs kommunikasjonslinjen. Seksjonsledere rapporterer til avdelingsledere, som videre rapporterer til sine kontrollere. Herfra blir informasjonen rapportert til klinikkdirektøren, som kontrollerer og diskuterer informasjonen sammen med økonomidirektøren og administrerende direktør. Avvik mot budsjett følges tett opp ved at avdelingsleder og seksjonsleder sammen med deres controller forklarer hva avvikene skyldes. I tiden før covid-19-pandemien ble rapporteringen gjennomført månedlig.

Her har seksjonsleder såkalt helhetlig lederansvar, som betyr at de er ansvarlig for drift og kvaliteten til deres enhet. De har ansvar for personalet og ansvar for økonomien. Så avdelingsleder og seksjonsleder har ansvar for rapporteringen i sin enhet. Også summerer vi alle seksjonene til avdelingene, og avdelingene til klinikk, også oppfølger økonomidirektøren klinikkene sammen med administrerende direktør og avvikene der fortløpende. En gang i måneden ser vi hvordan vi ligger an i forhold til budsjett. (Intervjuobjekt 12)

Ved budsjettavvik blir det diskutert hvorvidt dette er en trend eller om det skyldes engangstilfeller. Ledere må som nevnt forklare hva avvikene skyldes, og informere om de tror det vil vedvare fremover. Hvis avvikene skyldes engangshendelser som kan forklares av legitime årsaker, er ledelsen i større grad villige til å la det passere. Dersom avvikene tyder på ineffektiv eller feil ressursbruk, vil ulike tiltak diskuteres. I slike tilfeller må lederne utarbeide ulike økonomiske tiltak med utgangspunkt i det planlagte budsjettet, slik at det endelige

driftsresultatet for året er i samsvar med det som er budsjettet. Intervjuobjekt 7 sier at tiltakene kan være:

[...] reduksjon i antall ansatte, det kan være at de må jobbe enda bedre med innkjøpsavtaler og varekost. Eller at vi må øke produksjon slik at vi får økte inntekter, men da må vi også ta med marginalkostnader for det. (Intervjuobjekt 7)

En utfordring med budsjettavvik i helseforetaket er at kostnadene i hovedsak består av lønnsposter, og at avvikene ofte skyldes høyere lønnskostnader enn forventet. Dette skaper utfordringer ved etablering av tiltak, siden reduksjon i bemanningen er lite ønskelig.

Den vanskelige biten er det å finne tiltak. Hvis en enhet ser at de sprekker to millioner på lønn, hva gjør de? Det blir ofte et spørsmål tilbake fra enhetene fordi de ikke vet, men da må man se på bemanning: er det noen vakter det kan være færre folk på? Vi må presse organisasjonen litt hele tiden. [...]. Vi er dårlige på å komme med nye tiltak, for mellomlederne er midt mellom barken og veden, ikke sant. For på den ene siden har de sine overordnede og oss som ser på tallene, mens på den andre siden har de jo alle som jobber der og arbeidsoppgavene som fortsatt skal løses. (Intervjuobjekt 6)

I andre tilfeller har avdelinger høyere variable kostnader enn budsjettet, slik at oppmerksomheten rettes mot hvordan disse kan reduseres. Som nevnt over arbeides det eksempelvis med bedre innkjøpsavtaler eller at pasienter skal bruke generiske legemidler som har tilsvarende virkning, men lavere pris. Riktignok kommer pasientkvaliteten først, og kan i enkelte tilfeller forklare overforbruket.

Et eksempel er at innkjøpskostnader for medikamenter kan påføre et negativt budsjettavvik i en enhet. Vi vet at dette skyldes bruk av nye medikamenter for en ny kreftbehandling som er godkjent, og at det er dette som gir oss den merkostnaden. Her sprekker budsjettet ganske mye, slik at vi følgelig må forklare årsakene. Er det mulig så ønsker vi å være på jakt etter tiltak, men i mange tilfeller er dette krevende. Jeg føler at vi i mange tilfeller er flinke til å registrere og diskutere avvik, men det er få muligheter til å etablere tiltak. Vi kan ikke slutte å behandle kreftpasienter på grunn av at enheten har et negativt budsjettavvik på medikament. Det går ikke an i praksis. (Intervjuobjekt 4)

Videre informerer intervjuobjektene at bruk og oppfølging av budsjett har endret seg positivt de siste årene. Helseforetaksreformen, som ble innført i 2002, har hatt en positiv effekt på driften av helseforetaket. Reformen har resultert i at lederne bruker budsjettet mer aktivt i sin daglige styring. Dette ved at mellomledere i større grad enn tidligere må stå til ansvar for enheten sitt resultat, noe intervjuobjekt 1 påpeker:

Etter at vi kom inn i en foretaksstruktur [...] ble det budsjettdisiplin i mye større grad. Nå får vi i større grad svi dersom vi ikke holder budsjettene. Dette ved at vi må arrangere møte med leder for å diskutere avvikene, og at det ikke er mer penger å hente, så da blir det tomt et eller annet sted. (Intervjuobjekt 1)

Utsagnene tyder på at helsereformen har skapt en kultur i caseobjektet som fremmer god budsjettdisiplin og aktiv bruk av budsjett i styringen. Intervjuobjekt 1 hevder at budsjettet legger føringer på beslutningene som tas, noe som underbygges av flere intervjuobjekter:

Budsjettet legger absolutt føringer på beslutninger for min del. Det gjør det i aller høyeste grad. Jeg er jo pliktig til å forholde meg til budsjettet. (Intervjuobjekt 9)

Budsjettet er veldig viktig, og er absolutt med på å påvirke beslutningsprosesser. På mine to klinikker er det veldig fokus på budsjett og å holde seg innenfor det. (Intervjuobjekt 6)

Jeg har jo opplevd at folk kommer inn på kontoret mitt, der to avdelinger krangler om en faktura på 7000 kr, fordi den ikke er deres. De er så opptatt av å holde budsjettet sitt. 7000 kr er jo ikke mye i et budsjett på 3 milliarder, men det er ekstremt godt signal på kulturen her. (Intervjuobjekt 10)

Imidlertid hevder intervjuobjekt 8 at budsjettdisiplinen avhenger av hvor realistisk budsjettet er. Det blir sagt at enkelte avdelinger får for mye penger mens andre får for lite, og at dette påvirker i hvilken grad de forholder seg til budsjettet.

Jeg føler det er budsjettdisiplin til en viss grad. [...]. Det er jo ikke alle som har budsjett som stemmer med driften sin på en måte. Men jeg tror at de som har budsjett innenfor rekkevidde, gjerne føler et ansvar for å holde seg innenfor budsjett. Men så er det noen som gjerne har for lite penger over tid, og de føler kanskje at budsjettet ikke er innenfor rekkevidde, da bryr de seg ikke så mye. (Intervjuobjekt 8)

Overordnet tyder innsamlet data på at intervjuobjektene er fornøyde med måten budsjettet er utarbeidet og brukes på. Opplysningene peker i retning av at selv om budsjettet legger føringer på beslutninger som tas i helseforetaket, bidrar verktøyet positivt i den daglige driften. Dette understrekes av flere intervjuobjekter:

Jeg mener at vi har stor nytte av budsjett, og det er poeng å bruke mye tid på å utarbeide budsjett. For budsjettet blir fulgt godt opp. (Intervjuobjekt 1)

Jeg synes budsjettprosessen fungerer kjempebra. Et viktig mål for meg er å frigjøre tid hos ledere som har lederansvar, budsjettansvar og personalansvar, uten å frigjøre de fra ansvaret for det budsjettet de har. Jeg opplever at alle ledere er fornøyde, de bruker lite tid på det, men har forståelse og er veldig lojale til budsjettet. Vi har et nært samarbeid og går gjennom budsjettet i fellesskap, og hvis det er behov for ekstra midler så tar de kontakt. (Intervjuobjekt 4)

Oppsummert tyder intervjuene på at budsjettet er det viktigste styringsverktøyet i helseforetaket, der planlegging, ressursallokering og målstyring er sentrale funksjoner. For å utarbeide budsjettet utformes og diskuteres prognoser på fremtidig drift. Formålet er å identifisere faktorer som kan påvirke driften fremover. Videre oppfattes budsjettdisiplinen som sterk, der ledere er opptatt av å holde seg innenfor gitte rammer. Eventuelle avvik følges jevnlig opp, og godkjennes dersom de kan forklares av legitime årsaker. I tilfeller der avvikene kan tyde på ineffektiv drift, utarbeides tiltak. Derimot oppfattes denne prosessen som krevende, siden kostnadene enten er faste eller skyldes innkjøp av nødvendige varer, eksempelvis medikamenter.

Bruk av ikke-finansiell informasjon før krisen

Helseforetaket benytter også målkort, en form for balansert målstyring, i sin daglige drift. Formålet til målkort er å gi helseforetakets ledere mål og opplysninger om viktige ikke-finansielle nøkkelindikatorer, som blant annet sykefravær og behandlingskvalitet. De ikke-finansielle målene er utarbeidet etter krav etablert lenger oppe i virksomheten, i tillegg til mål mellomledere selv har utarbeidet for enheten.

I tillegg til økonomiske målinger har jeg måltall, som HR-tall, hvor det fokuseres på antall ansatte, stillingsstørrelse, sykemelding og den biten der. Jeg har også måltall tilknyttet de tiltakene som jeg har i handlingsplanen, men dette varierer litt etter hvordan handlingsplanen er bygget opp. (Intervjuobjekt 5)

De har målkort som de limer inn i rapporten sin, som rapporteres opp i systemet. I målkortet er det både finansielle og ikke-finansielle tall, der det typisk står sykefravær, bemanningsutvikling og behandlingsindikatorer, som ventetid og fristbrudd. (Intervjuobjekt 6)

Intervjuobjekt 1, 3, 7 og 9 hevder også at målkortene er viktige. Intervjuene viser at lederne bruker disse målkortene aktivt i styringen av sine enheter, og er opptatt av å formidle måltall og grad av måloppnåelse til sine ansatte. Lederne har over tid fått økt fokus på at det som skal gjøres, også må kunne måles. Dette for å sikre at prosessen har gått etter planen eller at man har oppnådd ønskelige resultat.

Vi er veldig opptatt av at når vi gjør noe så skal man kunne måle det og vise det på en slik måte at dette her har en effekt. At prosessen går som den skal eller at vi oppnår det resultatet som vi ønsker. Og skal vi kunne vise det på må man ofte måle på noe. Jeg bruker det aktivt i min måte å drive et arbeid på, enten det er pandemi eller daglig arbeid. (Intervjuobjekt 5)

Figur 7 viser hvordan et målkort ser ut i caseobjektet. Det viser ikke-finansielle måltall som blant annet vurderingstid, andel møtt og andel opphold.

Aktivitetsrapport	Denne periode	Måltal	Avvik denne periode	Hittil i år	Måltall hittil i år	Avvik hittil i år	Samme periode i fjor
			Avvik			Endring	
Avdelingsopphold Døgn. Tal opphald	1 546	1 416	✓ 9 %	12 832	13 724	✗ -6 %	1 416
Avdelingsopphold Døgn. Sum DRG-poeng	1 484	1 380	✓ 8 %	12 431	13 435	✗ -7 %	1 380
Avdelingsopphald Dag. Tal opphald	1 381	1 183	✓ 17 %	10 590	10 761	✗ -2 %	1 183
Avdelingsopphald Dag. Sum DRG-poeng	312	261	✓ 20 %	2 188	2 248	✗ -3 %	261
Gjennomsnittlig ventetid for ventande v/ periodeslutt (ventelistepasientar)	64	49	✗ 31 %				49
Ventande ved slutten av perioden (ventelistepasientar)	6 002	5 164					5 164
Gjennomsnittlig vurderingstid	3,3	3	✗ 10 %	3,0	3	0 %	3,4
Andel ikkje møtt	1,2 %	2,1 %	✓ -42 %	1,2 %	2,1 %	✓ -41 %	1,7 %
Andel replanlagt av sjukehuset	2,0 %	3,4 %	✓ -43 %	1,7 %	3,4 %	✓ -51 %	2,1 %
Andel tentative timar passert (brutte lovnader)	9,4 %	0 %	✗	= 3528 konsultasjonar			IA
Andel tentative timar neste 6 måneder	18,4 %	0 %	✗	= 10567 konsultasjonar			IA

Figur 7: Eksempel på målkort i helseforetaket

I løpet av de siste årene har det blitt forsøkt å tilpasse målkortene til de ulike enhetene. Dette gjøres for å sikre at styringsinformasjonen blir så relevant som mulig, slik at ledere får bedre grunnlag for å ta beslutninger. Imidlertid er det fremdeles et forbedringspotensial, ettersom flere intervjuobjekter hevder at målkortene fortsatt er for standardiserte.

Måltallene er litt mer venstrehåndsarbeid. Vi har «våte drømmer» om at målkortet tilpasses de ulike enhetene, slik at informasjonen i større grad er relevant for deg som

leder. Alle har HR-data og økonomi-data, men når det kommer til aktivitetsdata, er ikke renholdsavdelingen interessert i å telle hvor mange innleggende pasienter de har hatt. De vil heller bli målt på hvor rent det er på operasjonsstuene. Og her har vi et forbedringspotensial. (Intervjuobjekt 1)

Jeg opplever at målkortet er veldig standard. [...]. Eksempelvis vil en enhet som driver sengepost ha målinger tilknyttet sin drift, som diagnosekoder og prosedyrekoder. For det er dette som har betydning for deres økonomi og drift. Min seksjon driver derimot med kvalitetsarbeid, utviklingsarbeid og internt kontrollarbeid, og har ikke behov for samme type informasjon. [...]. Da må vi kanskje lage våre egne målinger for å følge med på det vi gjør. (Intervjuobjekt 5)

I tillegg forteller intervjuobjektene at det også benyttes en enkel form for benchmarking i styringen. Enheter blir sammenlignet for å kartlegge drivere bak eventuelle forskjeller. Dette gjøres for å sikre en mer effektiv drift, da sunn konkurranse mellom ulike enheter skal påvirke enhetene til å drive mer effektivt.

Hvis seksjon A har tre ansatte per seng, mens en annen seksjon har en og en halv ansatt per seng, sier jeg ifra og lur på hvorfor det er sånn. [...]. Jeg utfordrer folk når jeg ser sånne ting. Det er dermed ikke sagt at det ene er bedre enn det andre. For det kan jo være gode grunner. Men av og til er det litt mystisk at tilnærmet like enheter har litt ulik aktivitet i forhold til bemanning. Så vi driver litt med benchmarking gjennom slik sammenstilling. (Intervjuobjekt 4)

Oppsummert viser intervjuene at det også benyttes ikke-finansiell informasjon til å styre ansattes atferd. Intervjuobjektene trekker fram målkort, der ikke-finansielle mål som ulike HR-tall og behandlingsindikatorer er oppført. Siden målkortet ikke er tilpasset hver enheters unike behov, hevdes det at styringseffektene blir redusert. I tillegg påpeker ett intervjuobjekt at det benyttes en enkel form for benchmarking mellom enheter, der formålet er å skape sunn konkurranse for å få en mer effektiv drift.

5.1.2 Diagnostiske styringssystemer under krisen

Under krisen viser empirien at økonomifokuset ble satt til side, der helseforetaket: (1) reduserte bruken av budsjett og (2) fokuserte mer på ikke-finansiell informasjon. Disse funnene vil forklares nærmere.

Bruk av budsjett under krisen

I mars og april 2020, da smittetallene i Norge økte betraktelig, ble det en stor endring i hvordan økonomi ble hensyntatt. Samtlige intervjuobjekter poengterer at økonomi ikke var viktig i denne perioden, men at det først og fremst handlet om liv og helse. Det viktigste var å få en oversikt og skaffe kapasitet på utstyr og personell. Helseforetaket skulle yte helsetjenester som krevdes for å håndtere pandemien: «*koste hva det koste vil*».

Covid-19 har laget en unntakstilstand. I vår ble egentlig mye av økonomistyringen satt til side. For det var slik at en kuttet ut nesten all elektiv aktivitet i mars og april. [...]. Her etablerte man en kohort for å ta imot akuttpasienter som ikke var avklart for koronasmitte, og da måtte en hente mye personell fra andre poster for å bemanne den. Så man mistet litt sporingen på hvor folk var i selve økonomisystemet. [...]. Også var det egentlig ikke veldig mye interesse for hvordan det gikk med økonomien. I disse tidene fikk man inn bilder fra Italia og fryktet det absolutt verste. Lederne hadde egentlig ikke tid til å tenke på økonomi. (Intervjuobjekt 9)

Som sitatet til intervjuobjekt 9 indikerer, ble det gjennomført en omorganisering internt i helseforetaket. Blant annet ble mange av de planlagte behandlingene utsatt, ekstra personell ble satt i arbeid, det ble etablert et nytt akuttmottak og kohortavdeling og kreftavdelingen ble relokalisert for å unngå smittefare. I tillegg ble det investert i nytt medisinsk-teknisk-, smitteverns- og engangsutstyr. Dette medførte at kostnadene økte betraktelig, mens inntektsgrunnlaget forsvant. Intervjuobjekt 11 hevder at økonomifokuset ble satt i annen rekke: «*Vi har aldri spart en krone på å forholde oss til koronaen. Det er mange ting som vi bare har sagt at dette er vi nødt til å gjøre*». Intervjuobjekt 3 oppsummerer økonomifokuset under den første måneden slik:

I starten av krisen var det utstyret som var fokuset, og da gikk vi inn uavhengig av hva vi hadde på budsjett. Jeg husker at jeg [beredskapsleder], fagdirektør og leder av smittevern satt i et møte. Det ble sagt: «Det utstyret bare kjøper du. Det er bare å få tak i. Bestill. Bestill. Bestill». [...]. Det var aldri diskusjon om budsjett, fordi det er slik i sånne situasjoner at det er ingen som spør om budsjettet ditt. Da er det uendelige sluk i statskassen. Om vi går i underskudd så det suser, så betyr det ingenting. Fordi det er ingen politiker som våger å gi kritikk for at vi har brukt for mye penger på å håndtere en pandemi. Når det brenner bruker vi alt av ressurser, det er ingen som diskuterer det. Det å ikke gjøre noe, det er det du får kjeft for. (Intervjuobjekt 3)

Som følge av økte driftskostnader og reduserte inntekter, økte driftsunderskuddet under krisen. Budsjettene i helseforetaket er rigide og justeres ikke i løpet av året, hvilket medførte at samtlige enheter fikk negative budsjettavvik. Videre ble det etablert ordninger der merkostnader som følge av covid-19-pandemien fikk egen prosjektkode, slik at helseforetaket kunne skille ut denne effekten. Intervjuobjektene forteller at merkostnader og tapte inntekter ble legitimert med pandemien, som resulterte i at budsjettunderskudd i hovedsak ble akseptert. Dette førte til at avvikene ble i mindre grad diskutert og utarbeidet tiltak for, som tilsier at budsjettet la færre restriksjoner på beslutningene til seksjonslederne.

Det med å forklare budsjettavvik med korona ble etablert med en gang. Her var en kjapt på og så at det vil bli utfordringer med både arbeidstid og andre ting. Folk måtte jobbe til andre tider, og noen jobbet veldig mye og så videre. Det var nødvendig å få på plass dekning for å kunne iverksette nødvendige tiltak, slik at man i ettertid kunne forklare hvorfor resultatet for 2020 ikke var lik budsjettet som ble utarbeidet i 2019. Det ble jo en trygghet. Det var veldig greit å vite at man slapp å forholde seg til budsjettet fra dag til dag. Jeg kunne på en måte legge det til side, og tenke at dette kan jeg ordne opp i etterpå. (Intervjuobjekt 2)

Til vanlig har vi en streng budsjettdisiplin, der vi må forklare avvik. Det måtte vi også nå, bare at man nå har en god forklaring på avviket. Det var ikke slik at budsjettet styrte meg ved at jeg sier: «Nei, dette kan vi ikke gjøre fordi det genererer ekstra arbeid eller ekstra kostnader fordi det krever nye investeringer». I situasjonen med pandemien så har vi bare måtte gjort det. (Intervjuobjekt 5)

Når vi sitter i driftsmøtene og gjennomgår rapportene diskuterer vi hvorfor vi har de røde tallene. Og da sier jeg: «det er på grunn av korona», og så er det greit. Vi går videre og lager ikke noe mer styr rundt det. Det er forventet at det skal være røde tall. Det skjer ikke mer enn at vi noterer oss det og sier at sånn er det. (Intervjuobjekt 8)

Prosjektkoden ble innført for å legitimere ekstra ressursbruk, siden helseforetaket fikk signaler om at eventuelle ekstrautgifter ville bli dekket av staten. I tillegg ville prosjektkoden også øke relevansen til budsjettet, ved at alle direkte kostnader ved covid-19 ble adskilt fra kostnader generert av vanlig drift. Budsjettet og driftsregnskapet kunne dermed bli mer sammenlignbare.

Vi har passet på at rene kostnader som er direkte korona-relatert er merket med egen prosjektkode. [...]. Vi har egentlig merket alle lønnskostnader og varekostnader

tilknyttet korona, slik at vi har oversikt over de direkte kostnadene. Det er selvsagt en feilmargin på ting som ikke er registrert, men vi har i hvert fall en viss oversikt.

(Intervjuobjekt 7)

Imidlertid gikk det ifølge flere intervjuobjekter tid før praksisen om å registrere covid-19-kostnader med egen prosjektkode ble innført. Dermed fikk enheter negative budsjettavvik i starten. Dette førte til at forutsetningene i budsjettet om en normal drift ikke var gjeldende, og som intervjuobjekt 10 beskrev: «*Det er viktig at forutsetningene i budsjettet er riktig, hvis ikke er det krevende å styre mot det*». Følgelig mistet budsjettet noe av sin relevans med tanke på målstyring mot normal drift.

Budsjettet ble egentlig sett litt bort fra i starten av korona-krisen ja. Vi måtte gjøre det vi måtte gjøre, også kom det en plan i ettertid. Det var jo ikke med en gang heller dette her med at vi skulle kode [koronakostnader]. (Intervjuobjekt 8)

Videre forteller informantene at covid-19-pandemien påvirket prognosene som normalt brukes for å utarbeide neste års budsjett. Som nevnt tidligere tar denne prosessen utgangspunkt i to prognoser, P1 og P2, hvor driften vurderes og faktorer som kan påvirke neste års drift kartlegges. P1 var under den verste perioden i vår 2020 og den tradisjonelle prosessen ble dermed utsatt. Ledelsen hadde lite kunnskap om omfanget og varigheten til pandemien, slik at det var krevende å predikere fremtidig drift.

Det store spørsmålet var: «når og hvor langt opp klarer vi å få normaldrift etter hvert?». [...]. Vi visste heller ikke hvor mye ekstrainntekter vi skulle få fra staten. Det var ikke rom for å sette i gang den tid- og ressurskrevende prognoseprosessen i den situasjonen, der alt var så usikkert. (Intervjuobjekt 10)

Oppsummert viser intervjuene at krisen resulterte i redusert bruk av budsjett, der verktøyet i mindre grad påvirket ansattes beslutninger. Fokus på etablering av tiltak gikk ned, og eventuelle avvik ble forklart med krisen. Budsjettets formål med tanke på målstyring ble også redusert, siden målsettingene var tilpasset tradisjonell drift og ble utdaterte. Informantene forteller at krisen førte til overtidsarbeid for ansatte og investeringer i nytt utstyr. Sammenlignet med tradisjonell drift ble disse i mindre grad koblet opp mot budsjett. Dermed ble også budsjettet som et verktøy for å allokere ressurser og planlegge aktiviteter mindre relevant. Imidlertid viser studien at helseforetaket innførte en egen prosjektkode for reduserte

inntekter og økte kostnader tilknyttet covid-19-pandemien. Formålet var å øke budsjettets relevans og for å legitimere ekstra ressursbruk.

Bruk av ikke-finansiell informasjon under krisen

Intervjuene viser at ledere og kontrollere ble oppmerksomme på manglende relevans i målkortet da krisen inntraff. Som nevnt tidligere er dette tradisjonelt et styringsverktøy som brukes jevnlig til å styre ansatte mot ulike driftsmål, samt å ha kontroll på sykefravær og lignende. Intervjuobjekter hevder at det ikke var etablert relevante målinger for aktivitet i tråd med covid-19-pandemien, og at målsettingene i kortene kun var tilpasset tradisjonell drift. Dette gjorde flere av disse utdaterte, og samlet mistet målkortet noe av sin relevans i styring av enhetene. Dermed manglet enhetsledere nyttig styringsinformasjon om hvorvidt de håndterte krisen på en tilfredsstillende måte.

Jeg var overrasket over hvor lite forberedt vi var. At vi måtte begynne det hele med å legge til rette for nye målinger i de forskjellige programvarene, slik at det gikk an å registrere relevante tall for den nye situasjonen. [...]. At det ikke bare lå der slik at vi bare kunne trykke start. (Intervjuobjekt 1)

Som følge av denne mangelen startet helseforetaket tidlig med å gjennomgå hva de hadde i målkortene og hvilke indikatorer de trengte for å ha et velfungerende verktøy i denne krisesituasjonen. Meddelte rapporter viser at en rekke nye målinger og måltall ble etablert. Blant annet gjaldt dette smitteverns-, engangs- og medisinsk-teknisk utstyr. Ut ifra en nyetablert rapport om smittevernmateriell ser vi at målinger av utstyr som «åndedrettsmaske», «smittefrakker», «beskyttelsesdresser», «beskyttelsesbriller», «visir engangs» og «munnsbind med visir» ble etablert. Samlet beholdning, ukentlig forbruk og ukentlig uttak i prosent av beholdning for hvert enkelt utstyr ble registrert. Slike rapporter med ikke-finansiell informasjon bidro til at helseforetaket fikk en god oversikt over lagerbeholdningen. Dette var viktig for å unngå en eventuell mangelsituasjon.

Da meldingene om krisen begynte å komme allerede i januar, startet vi arbeidet med å se på hva vi manglet for å håndtere den krisesituasjonen som kunne komme. Da så vi særlig på dette her med medisinsk-teknisk utstyr, smittevernutstyr, engangsutstyr osv. Vi jobbet med å lage målinger og å utarbeide rapporter, slik at vi til enhver tid hadde oversikt over smittevernutstyret i helseforetaket. Vi registrerte alt som kom inn og hadde ukentlige rapporter på hva slags smittevernutstyr som gikk ut fra lager til de

ulike avdelingene. Da hadde vi kontroll på både forbruket og hvilke avdelinger som tok ut utstyr. (Intervjuobjekt 5)

Under krisen ble det etablert full bemanning, slik at behovet for arbeidskraft økte. Imidlertid oppstod det også økt fravær på grunn av ansatte som måtte i karantene. Bemanningsmangelen førte til seksjonsledere måtte benytte seg av ansatte på tvers av enheter. Dette førte til at en hyppig oppdatert oversikt over hvilke ansatte som var tilgjengelige eller ikke var avgjørende i driftsplanleggingen.

Det var selvfølgelig viktig med den type [ikke-finansiell] informasjon. For eksempel var det et stort behov for ressurser på de ulike avdelingene, spesielt siden flere ansatte måtte i karantene. Derfor ble det avgjørende for oss seksjonsledere å kunne ha en oversikt over sykefravær, i både egne og andres avdeling, slik at vi kunne overføre ressurser. (Intervjuobjekt 8)

I tillegg ble det også utarbeidet tall på antall video- og telefonkonsultasjoner. De strenge smittevernreglene førte til at tradisjonell drift måtte legges om, og resulterte i en drastisk økning av slike konsultasjoner. Én rapport viser at antall digitale konsultasjoner økte med flere tusen fra februar til mars 2020. Videre ble det også utarbeidet rapporter som inkluderte data om utviklingen i antall smittede og antall innleggelser. Slik kunne de ulike enhetene kartlegge kapasitet for både bemanning og sengeplasser mer effektivt.

Et annet eksempel er registrering av covid-19-tester, og hvor mange pasienter som var innlagt på den spesifikke avdelingen for korona-pasienter. Der fikk vi daglige rapporteringer, slik at vi hele tiden kunne følge med på beleggsprosent, hvor mange som lå der og hvor mange som ble flyttet ut. I tillegg hadde vi en oversikt over pasienter som måtte flyttes til andre avdelinger som følge av omorganiseringen i sykehuset. (Intervjuobjekt 5)

Det var viktig for meg å vite hvor mange smittede det var og antall innlagte, siden dette i stor grad påvirket hvor mange ansatte vi hadde behov for. Vi merket også at digitale konsultasjoner var mer effektivt, både for oss og pasienten, som også påvirket hvor mange ansatte vi trengte på ulike poster. (Intervjuobjekt 2)

Samlet peker utsagnene fra informantene i retning av økt viktighet og bruk av ikke-finansielle informasjon under krisen. Det oppgis at informasjonen i målkortet og ulike rapporter ikke var

tilpasset en slik krisesituasjon, men at disse ble raskt oppdatert. Av dette ser vi at informasjon om blant annet smittevernustyr, ansatte i hjemmekarantene, antall digitale konsultasjoner, sengekapasitet, pasienter i isolasjon ble viktig for helseforetaket for å håndtere krisen.

5.1.3 Oppsummering av diagnostiske styringssystemer

Som nevnt innledningsvis er de sentrale funnene fra denne delen: (1) redusert bruk av budsjett og (2) Økt bruk av ikke-finansiell informasjon.

Empirien viser at budsjettet tradisjonelt legger føringer på beslutningene til ansatte, og at det eksisterer en streng budsjett disiplin i helseforetaket. Eventuelle avvik mot budsjett blir fulgt opp, og dersom de bakenforliggende årsakene ikke kan legitimeres blir tiltak utarbeidet. Ressursallokering, aktivitetsplanlegging og målstyring blir ansett som de viktigste funksjonene til verktøyet.

Under krisen viser empirien at helseforetaket fikk et redusert økonomifokus, der det viktigste var å tilby tilfredsstillende helsetjenester til trengende. Målsettingene i budsjettet var tilpasset normal drift og ble dermed utdatert da krisen inntraff. Følgelig ble bruken av budsjettet redusert, der beslutninger ikke lenger ble gjort i tråd med gitte rammer. Etter hvert ble det innført en egen prosjektkode for kostnader i forbindelse med covid-19-pandemien. Formålet var å registrere og legitimere ressursbruken, samt å gjøre budsjettet mer relevant. Likevel følte flere intervjuobjekter at budsjettet forble lite relevant, siden krisen endret forutsetningene for normal drift.

Videre viser empirien at bruken av ikke-finansiell informasjon økte under krisen. Ved vanlig drift styrte ansatte etter både finansiell og ikke-finansiell informasjon gitt i målkortet. I starten av krisen viste det seg at målkortene ikke var tilpasset de nye omstendighetene. Imidlertid responderte helseforetaket raskt og utarbeidet nye rapporter og mål som var tilpasset covid-19-pandemien. Funnene tyder på at den ikke-finansielle informasjonen ble viktigere for styringen, da dette i større grad påvirket tiltak og beslutninger som ble utført.

5.2 Interaktive styringssystemer

I dette delkapittelet vil vi presentere funn fra helseforetakets bruk av interaktive styringssystemer. Vi vil først presentere funn før krisen og deretter under krisen.

Hovedfunnene er: (1) økt vertikal og horisontal kommunikasjon, (2) økt bruk av digitale kommunikasjonsverktøy og (3) redusert interaktiv bruk diagnostisk styringsinformasjon.

5.2.1 Interaktive styringssystemer før krisen

Ved tradisjonell drift gjennomfører helseforetaket hyppige møter for å kommunisere drift og økonomi på alle nivå. I Tabell 5 har vi kartlagt hvilke typer møter som normalt finner sted, og hvor hyppig disse møtene gjennomføres.

Tabell 5: Oversikt over normal møtevirksomhet i helseforetaket

Deltakere	Hyppighet
Foretaksledelsen	Ukentlig
Controllere og økonomidirektør	Ukentlig
Avdelingsledere	Annenhver uke
Seksjonsmøter	Annenhver uke
Klinikkråd	Månedlig
Controller, enhetsleder og klinikkdirektør	Månedlig
Tillitsvalgte og representanter fra verneombudet	Ti ganger i året

Intervjuobjektene 2, 8, 9 og 11 forteller at en stor del av møtevirksomheten ved tradisjonell drift omhandler diskusjoner om ikke-finansiell informasjon. Som Tabell 5 viser blir seksjonsmøter gjennomført hver uke. I disse møtene blir temaer som behandlingskvalitet, ventetid og sykefravær diskutert. I tillegg blir momenter som har vært utfordrende, og eventuelle problemstillinger som kan oppstå fremover diskutert mellom ansatte. Et viktig formål med disse møtene er å la ansatte på lavere nivå komme med innspill, slik at lederne får med seg hvordan arbeidsforholdene er på «gulvet». Intervjuobjekt 2 forteller: «Disse møtene er viktige for å kartlegge hvordan driften fungerer. Som sagt er økonomi viktig, men det aller viktigste er hvordan vi behandler pasientene våre». Intervjuobjekt 8 tilføyer:

Dette er også et møte hvor ansatte kan komme med innspill til agenda, og diskutere det de synes er viktig. I tillegg er HMS et fast punkt på agendaen, fordi vi er svært opptatt av at de ansatte skal ha det bra på jobb. (Intervjuobjekt 8)

Ifølge intervjuobjektene brukes møtene også til opplæring, der formålet er å gjennomføre internundervisning i samsvar med målene for fagutvikling i enheters handlingsplan. Dette kan eksempelvis være opplæring i håndtering av traumesituasjoner, omfattende skadebehandling eller innføring i bruk av diverse utstyr. Intervjuobjekt 5 sier: *«I en hektisk arbeidshverdag blir det sjeldent satt av mye tid til opplæring av ansatte. Derfor prøver vi å prioritere tid til dette under seksjonsmøtene».*

Som en utvidelse av disse seksjonsmøtene blir det arrangert avdelingsmøter hver 14. dag i helseforetaket. Her møtes alle seksjonene under en avdeling, hvor de trekker fram saker og momenter som diskuteres i de ulike seksjonsmøtene. Formålet med dette er å oppdatere avdelingsledere på driftsstatus lenger nede i organisasjonen og diskutere eventuelle korrigeringer som må gjøres. I tillegg er det fokus på læring på tvers av avdelinger, for å sikre en mer effektiv og vellykket drift. Intervjuobjekter hevder at ressursbruk er et tema som går mye igjen i disse møtene.

Vi [seksjonsledere og avdelingsledere] har møte hver 14. dag. Her diskuterer vi mye samarbeid på tvers av seksjonene, og prøver å hjelpe hverandre med å løse utfordringer hver enkelt leder har i sin seksjon. Det er også nødvendig for avdelingsleder å bli oppdatert på ting som skjer lenger nede i organisasjonen. Typisk er ressursbruk mye diskutert, siden dette er en gjentakende utfordring for oss.
(Intervjuobjekt 9)

Videre forteller intervjuobjekt 1, 2, 8 og 12 at det også gjennomføres møtevirksomhet for å kommunisere diagnostisk informasjon. Som tidligere nevnt har enhetsledere, i tillegg til ansvar for personal og drift, også ansvar for økonomien til enheten. I lys av dette gjennomføres det månedlige møter mellom enhetsledere, kontrollere og klinikkdirektører der enhetens økonomiske resultater følges opp. Her viser enhetsledere tall fra driftsresultatet sitt og sammenligner det mot budsjett. Eventuelle årsaker til avvik blir belyst og tiltak blir diskutert dersom de finner det hensiktsmessig.

Hver måned har vi møte med klinikkdirektør, og der går vi gjennom driftsrapporten vår og må forsvare tallene våre ved å fortelle hvorfor de er slik som de er. Dersom de mener at enkelte ting kan gjøres bedre, diskuterer vi tiltak som kan iverksettes.
(Intervjuobjekt 8)

Hver måned så arrangerer jeg møter hvor vi tar for oss enhetens resultater. Vi går kanskje ikke helt ned på kontoplan, men tar det litt mer overordnet. [...] Her diskuterer vi også muligheter og utfordringer fremover. (Intervjuobjekt 12)

I tillegg forteller intervjuobjekt 10 at møter mellom kontrollere og økonomidirektør ble gjennomført hver uke. Her blir driften gjennomgått, der de ser hvordan enhetene ligger an i forhold til budsjettet. Dette er også arenaer de forsøker å skaffe seg et helhetlig bilde av den økonomiske situasjonen for foretaket.

Jeg har møte med controllerne hver mandag. Her går vi gjennom drift og ser på hvordan ting har gått. Budsjettavvik blir selvfølgelig diskutert, men også saker som budsjettprosessen, investeringer og rapporteringsverktøy. I tillegg ønsker vi å lære av hverandre, og derfor diskuterer vi ulike saker og ting. Jeg føler at dette møtet er viktig for å beholde et oversiktsbilde for hele organisasjonen, slik at folk ikke bare fokuserer på seg og sitt. (Intervjuobjekt 10)

Videre viser empirien at det også opprettes rom for diskusjon under prosessen med å utarbeide budsjettet. Hver høst møtes seksjonsledere, avdelingsledere og kontrollere for å diskutere hvordan fordelingen bør være og hvilke strategiske mål som bør hensyntas. Momentene fra diskusjonen tas med opp videre til toppledelsen, der det diskuteres videre.

Vi er akkurat ferdig med disse budsjettforhandlingene nå, og da møtes alle lederne sammen med en controller. [...] Her diskuterer vi hvilke prioriteringer som må gjøres, også kommer controlleren med økonomiske innspill. Det er han som har god peiling på økonomi, men er likevel avhengig av oss for å få med hva vi har behov for og hva vi trenger. Så jeg føler egentlig det er et godt samspill. (Intervjuobjekt 8)

Intervjuobjekt 10 er fornøyd med hvordan kommunikasjonen rundt denne prosessen fungerer, og føyer til at kommunikasjonen foregår gjennom flere nivåer i organisasjonen. Det er toppledelsen som foretar den endelige avgjørelsen, men er avhengig av innspill fra lavere nivåer i foretaket.

Budsjettet setter rammene for klinikkene før det blir fordelt nedover. Hver seksjon og avdeling diskuterer angående sine tiltak og ønsker, også diskuterer vi det igjen på toppen [i helseforetaket] med et mer helhetlig syn. Derfor kan man si at kommunikasjonen går fra toppen og ned, også opp igjen. Vi ønsker så klart innspill fra

lederne lenger nede, for det er i hovedsak disse en dårlig fordeling går utover.
(Intervjuobjekt 10)

Oppsummert ser vi at møtevirksomheten foregår jevnlig i helseforetaket, der både finansiell og ikke-finansiell informasjon diskuteres. Vi ser at kommunikasjonen hovedsakelig foregår langs kommunikasjonslinjen, ved at informasjon kommuniseres mellom ledere vertikalt i helseforetaket. Funnene peker i retning av at ledere på ulike nivåer møtes og diskuterer driften seg imellom. De har også egne seksjonsmøter hvor ansatte får bidra med innspill.

5.2.2 Interaktive styringssystemer under krisen

Intervjuene tyder på at interaksjonen på tvers av helseforetaket økte betraktelig i mars og april 2020. På seksjonsnivå ble det innført daglige møter mellom alle seksjonsledere. Her oppdaterte lederne om situasjonen i de ulike seksjonene. Nye rutiner, endrede smittevernregler og diverse problemstillinger ble diskutert og avklart, og videre kommunisert til seksjonene for å holde ansatte oppdaterte. Det økende ressursbehovet, blant annet for å bemanne det nye akuttmottaket og kohort-avdelingen, førte til at seksjonsledermøtene i stor grad handlet om ressursfordeling. Ansatte som leger og sykepleiere ble gjennom disse møtene beordret til å jobbe på tvers av avdelinger, noe som ikke hører til den vanlige driften.

Man hadde faste møter hver dag, der alle seksjonsledere hadde dialog på hvordan det gikk og om man trengte noen ressurser. Det ble opprettet et sånt bemanningssenter i forhold til dette, slik at man kunne fordele ressursene der det var behov for det.
(Intervjuobjekt 8)

Om plasseringen av ansatte medførte en hyppigere møtevirksomhet for å fremme kompetanseutvikling av personell. Ansatte måtte først og fremst få opplæring i å håndtere andre arbeidsoppgaver som ble gjort i andre avdelinger. Videre fikk alle avdelinger besøk av hygiene-sykepleieren for å bli kurset på smitteopplæring, for eksempel for å kunne tjenestegjøre intensiv- og respiratorpasienter.

I tillegg var det mye trening med tanke på å håndtere disse [koronasmittede] pasientene og smitteopplæring. Altså, vi kan smitteopplæring sånn generelt, men det var ekstra skjerpene under disse omstendighetene. [...]. Alle hadde sånne oppgaver som skulle utsjekkes, og læres opp på dette her. Det var jo personer som ikke jobbet med disse type pasienter til vanlig. Derfor måtte de få opplæring i påkledning,

håndtering av smittevernutstyr og hvordan man skulle forholde seg til dette.
(Intervjuobjekt 2)

En slik prosess krevde en hyppigere dialog mellom ledere og ansatte på lavere nivå enn tidligere. Intervjuobjekt 5 forteller: «*Under korona hadde vi møter om smittevernsituasjonen hele tiden, 24/7*». Intervjuobjekt 3 tilføyer at den hyppige kommunikasjonen har vært viktig for at endringer med tanke på omplassering av avdelinger og bemanning skulle foregå smidig: «*Det er klart at når vi gjør om en avdeling til noe annet og flytter på folk og sånt, så er det viktig å ha med seg de ansatte i de prosessene. Den tette dialogen har absolutt vært nødvendig*».

Videre påpeker samtlige intervjuobjekter at det ble en lavere terskel for ansatte å komme med innspill og kommunisere både horisontalt og vertikalt i helseforetaket. Dette understrekes av intervjuobjekt 8: «*Ansatte ble mer involvert inn og har gjerne fått bidratt mer med innspill, slik at vi raskere klarer å løse problemer i praksis*». Dette ble gjennomført på ulike måter: «*Enten kom innspill direkte fra de tillitsvalgte, ledere eller rett fra ansatte selv, gjerne med en telefon*». Intervjuobjekt 11 tilføyer: «*Vanligvis er det sånn at ønsker og behov blir samlet opp fra de ulike avdelingene med prioriteringer. Også kommer de opp på neste nivå som diskuterer og prioriterer. [...]. Mens nå ble beslutningene tatt raskere, med kortere linjer*». I tillegg ble det også etablert egne enhetsmøter mellom beredskapsledelsen, tillitsvalgte og vernetjeneste:

For å inkludere alle ansatte etablerte vi også egne enhetsmøter. Dette var helt spesifikke og egne møter med tillitsvalgte og vernetjeneste. Disse møtene var hyppige sekvenser fordi det var viktig å informere og snakke om endringene som skjedde da det stod på som mest. (Intervjuobjekt 5)

Samtidig uttrykte flere intervjuobjekter at den store mengden av informasjon som florerte rundt i samfunnet skapte usikkerhet og tvil blant ansatte. Dette medførte et stort trykk på ledere som fikk mange ulike arbeidsoppgaver å håndtere samtidig. Behovet for klare informasjonskanaler fra helseforetaket ble nødvendig.

Folk var veldig usikre og redde, og visste ikke hvordan det skulle gå. Det var mye behov for informasjon. Jeg kjente selv at jeg ikke hadde alle svarene og ting endret seg hele tiden. Det som jeg informerte mine ansatte om i går, gjaldt kanskje ikke i dag fordi det kom nye ting igjen. I starten var det faktisk ganske kaotisk. (Intervjuobjekt 8)

Det var veldig mye spørsmål rundt hvordan vi skulle håndtere alle de ulike meldingene som kom. Regjeringen og helsemyndighetene hadde jo pressekonferanser hver dag, ofte lagt klokken 16, der de kunngjorde nye endringer. I en normal situasjon ville vi gjerne vært ferdig på jobb på det tidspunktet, men sånn ble det ikke. Utover kvelden eller neste morgen kommer alle telefonene: «ja, hva betyr dette nå for oss?». Så det var veldig mye håndtering av situasjonen egentlig. (Intervjuobjekt 5)

For å sikre og støtte opp en god informasjonsflyt av nye prosedyrer og retningslinjer benyttet ledelsen seg aktivt av intranettet og kvalitetshåndboken som inkluderer alle prosedyrer. I tillegg strømmet administrerende direktør hyppige informasjonsmøter via Facebook, kalt direktørens time, hvor alle ansatte kunne koble seg til. Den hyppigere og mer direkte kommunikasjonslinjen mellom ansatte og ledere ble viktig for å skape tillit og trygghet.

En tettere kommunikasjonslinje har vært nødvendig fordi det har vært så mange endringer. Med så mye ulik informasjon fra blant annet media for øvrig, har gjort det krevende å være leder under denne krisen. Fordi man skal være orientert og gi svar hele tiden på nye ting som kommer. Det har egentlig vært helt nødvendig å ha de tette kommunikasjonslinjene. (Intervjuobjekt 11)

Internt i toppledelsen økte også behovet for møtevirksomhet betraktelig under krisen. Ledelsen måtte i mars og april delta på flere møter daglig, både lokalt og regionalt. Dette for å holde seg oppdaterte på løpende informasjon fra øverste helsemyndigheter, den lokale smittesituasjonen og for deretter å lage planer og strategier. Lokalt i helseforetaket holdt beredskapsledelsen inntil to faste møter daglig, men hyppigere ved behov.

I beredskapsledelsen hadde vi møte én til to ganger om dagen i starten av krisen. [...]. Her satt jeg [beredskapssjef], alle klinikkdirektører, økonomidirektør, fagdirektør, HR-direktør, driftsdirektør, administrerende direktør, leder for smittevern, tillitsvalgte og verneombudet. [...]. Men så klart, under en krise må vi være fleksible, vi har for eksempel blitt innkalt til et møte med en halvtimes varsel. (Intervjuobjekt 3)

Den hyppige møtevirksomheten under krisen gjaldt i hovedsak for klinikere og ledere, hvor møtene handlet om krisehåndtering og om å yte helsetjenester på en forsvarlig måte. Når det gjelder møter og kommunikasjon av økonomi forteller intervjuobjektene 1, 7 og 12 at hyppigheten forble uendret eller gjennomført i mindre grad under krisen. Intervjuobjekt 1 sier: «Innenfor økonomi har det ikke blitt hyppigere, der har vi hatt de faste månedlige møtene».

Helseforetakets kontrollere fikk som oppgave å kartlegge og holde oversikt over merkostnadene av krisen, men opplevde mars og april som rolige måneder med lite aktivitet. På spørsmål om det ble økt møtevirksomhet i starten av krisen forteller intervjuobjekt 7: «*Nei, jeg vil egentlig si at det ble mindre møter i starten. Det var stille ganske lenge egentlig. Jeg hadde en ganske behagelig periode sånn sett*». Dermed tyder utsagnene på at den diagnostiske styringsinformasjonen i mindre grad ble diskutert, sammenlignet med før krisen.

Videre forteller intervjuobjektene at det meste av møtevirksomheten foregikk digitalt som følge av smittevernrestriksjonene. Blant annet måtte deler av ledelsen sitte på hjemmekontor, for å redusere risikoen for at hele ledelsen skulle bli satt i karantene. På spørsmål om hvorvidt de digitale møtene har vært fordelaktige, svarer samtlige intervjuobjekter at det har sine fordeler og ulemper. Med tanke på effektivitet virket det ifølge flere intervjuobjekter godt.

Jeg har ikke vært på et møte noen plass siden januar-måned, alt har gått på videomøte. Så det har endret seg voldsomt mye. Dette har ført til at vi har fått økte kostnader ved å anskaffe digitalt utstyr, men vi har også spart gjennom redusert reisevirksomhet. Summert er dette en effektiv måte å arbeide på. Det har nesten ikke vært reiser i det hele tatt. Jeg har ført en reiseregning siden januar, og det forteller om at vi har jobbet mer effektivt. Det gir også en effekt framover, dette kan vi fortsette med. [...]. Vi har fått gjennomført flere møter på kortere tid. Man har hatt muligheten til å være på møter man normalt aldri hadde hatt sjansen til å delta på. Det blir mer effektivt fordi vi slipper å håndhilde på 50 personer og prate tøys i pausen. Det er en helt annen disiplin på videomøter enn på vanlige møter. (Intervjuobjekt 3)

Imidlertid har smittevernrestriksjonene og bruken av digitale kommunikasjonsverktøy medført at den uformelle praten i helseforetaket har avtatt. Diskusjonen rundt temaet innad i helseforetaket har vist at det ble tøft for enkelte. Flere hevder at den daglige praten er veldig viktig og at det ble mer krevende å vedlikeholde relasjoner.

Den daglige praten gikk jo bort, og det var det mange som merket. Det var jo vi som satt på hjemmekontor som merket dette mest. Det var krevende å sitte i videomøter hele dagen, og samtidig være hjemme. [...]. Mange savnet denne småpraten som å samles ved kaffemaskinen, hvor man ofte løser både små og store verdensproblemer. (Intervjuobjekt 5)

Samlet sett indikerer funnene at møteaktiviteten økte drastisk, både horisontalt og vertikalt, under covid-19-pandemien. Det ble innført daglige møter for å lære opp ansatte, kartlegge og fordele ressurser på tvers av enheter, kommunisere nye retningslinjer, regler og prosedyrer, samt for å diskutere ulike utfordringer og tiltak. Strengt smittevernrestriksjoner førte til at flere av møtene ble digitale. Dette gav rom for hyppigere og mer effektive møter, men førte også til at den daglige praten forsvant. Videre viser funnene at møtevirksomhet for oppfølging av økonomi ikke var like gjeldende.

5.2.3 Oppsummering av interaktive styringssystemer

Som nevnt innledningsvis er de sentrale funnene fra denne delen: (1) økt vertikal og horisontal kommunikasjon, (2) økt bruk av digitale kommunikasjonsverktøy og (3) redusert interaktiv bruk av diagnostisk styringsinformasjon

Empirien viser at møtevirksomheten under normal drift skjer ukentlig eller månedlig, hvor både aktiviteten og økonomi diskuteres. Kommunikasjonen skjer normalt gjennom organisasjonslinjen, ved at ansatte kommuniserer med nærmeste leder, som videre kommuniserer oppover i helseforetaket.

Ved krisen sitt inntog peker funnene tydelig i retning av økt møtevirksomhet, både på tvers av enheter og vertikalt mellom alle nivåer i virksomheten. En hyppigere kommunikasjon i virksomheten ble viktig for å diskutere ulike tiltak og erfaringer rundt disse. I tillegg ble kommunikasjonslinjen kortere, der ansatte og ledere hadde mer direkte kontakt, slik at ledere fikk innblikk i situasjonen på lavere nivå. På grunn av smitteverntiltakene foregikk mange av møtene digitalt. Dette har ført til høyere effektivitet, men har gått på bekostning av den uformelle praten og relasjonsbyggingen. Videre viser funnene at diskusjon om økonomi og avvik mot måltall ble redusert, ettersom økonomifokuset ble satt til side.

5.3 Verdisystemer

I denne delen vil funn fra helseforetakets bruk av verdisystemer, både før og under krisen, presenteres. Det sentrale funnet er at verdisystemer ikke ble brukt bevisst av helseforetaket, men at tillærte verdier la føringer på ansattes beslutninger.

5.3.1 Verdisystemer før krisen

Informantene våre sier at det er lite bevisst bruk av verdisystemer i helseforetaket. Foretakets visjon, verdier og overordnede målsettinger er forankret i deres verdidokumenter, rapporter og intranett, men blir ikke kommunisert ut til ansatte eller benyttet aktivt i styringen. Intervjuobjekt 9 hevder: «Jeg ser at de står der, men er usikker på om de blir nevnt så mye. De blir ikke nevnt direkte. Det er mer sånn at det står på intranettet». Intervjuobjekt 4 har samme erfaring: «Nei, det skjer aldri at det blir formidlet. Men hver gang vi slår på pc-en så står det på skjermen». Videre tyder funnene på at det er varierende hvorvidt intervjuobjektene kjenner til helseforetakets visjon eller kjerneverdier. På spørsmål om kjennskap til helseforetakets kjerneverdier svarer ulike intervjuobjekter:

Hmm, nei. Hva er kjerneverdiene? [...]. Nei, jeg tror ikke vi har det sånn som det jeg opplevde fra privat sektor, sånn at vi skulle ha tre kjerneverdier. Litt sånn konsulentsvada. Vi kan ikke ha tre kjerneverdier. Det er jo en helhet over det, en sånn holistisk holdning. (Intervjuobjekt 1)

Satt på spissen så antar jeg at 98 % av de som jobber i helseforetaket har null peiling på hva [foretakets] mål, visjoner og strategier er. Vi har jo nødvendigvis kunnskap om det. Vi har en visjon og har definert noen mål, også kan det jo stilles spørsmål om hvor mange av våre som husker dette. Det er jo nesten ingen. [...]. Alt dette ligger egentlig inne i oss, men vi går ikke rundt og konkretiserer det. (Intervjuobjekt 3)

Ifølge intervjuobjekt 3 er helseforetakets visjon, verdier og normer, i form av hva som forventes av den enkelte ansatte i henhold til ytelse og holdninger, noe ansatte har opparbeidet seg gjennom både utdanning og erfaring. Intervjuobjekt 8 forteller: «De [verdiene] ligger usynlig i ryggmargen». Dette støttes av intervjuobjekt 4 og 5, som mener at visjonen og verdiene ligger til grunn for handlingene:

Nei, jeg tror ikke at jeg tenker på dem. Men når du spør sånn så kjenner jeg jo at de ligger i bunn. Det er en vane at vi ikke skal gjøre noe annet enn det som er lurt og riktig. [...]. Men jeg tenker jo at vi skal ha gode tjenester, at vi skal behandle folk bra og sånne ting. Og det kan jo være at det er litt av poenget med å ha en sånn visjon og kjerneverdier, at folk skal få den type holdning. (Intervjuobjekt 4)

Nå er ikke jeg helt sikker på hva disse kjerneverdiene er, men så klart bestemmer de fire prinsippene: «å gjøre godt, å ikke gjøre skade, å respektere selvbestemmelse og å være rettferdig» hvilke valg jeg gjør i hverdagen. Det er jo dette jeg er opplært til. (Intervjuobjekt 5)

Videre viser funnene at en utfordring i helseforetaket er målet om høy kvalitet på pasientbehandling og samtidig ha en effektiv ressursbruk. Selv om tidligere funn tyder på en streng budsjett disiplin, forteller flere intervjuobjekter at pasientbehandlingen alltid vil være viktigst dersom en avveining må tas. Dette kan gjøre det krevende for ledere med ansvar for enhetens økonomi, siden ønsket behandling kan overskride budsjett rammen.

Det kan være krevende å ha ansvar for pasienter og ansatte, samtidig som man også skal ha kontroll på økonomien. I enkelte situasjoner kan det være litt utfordrende å ta beslutninger. Et eksempel som vi ofte kommer borti, er tilfeller der det er mye fravær. Færre folk fører til lengre køer, som er en indikator for god pasientbehandling. Da vil jeg jo helst prøve å ansette flere, selv om dette vil føre til at jeg går over hva jeg har i budsjettet. (Intervjuobjekt 8)

Samlet sett viser utsagnene at de færreste er klar over helseforetakets kjerneverdier og visjon, og at få intervjuobjekter tenker over disse i sin daglige aktivitet. Likevel hevdes det at ansatte arbeider i tråd med disse, ettersom helseforetakets verdier sammenfaller med ansattes tillærte verdier gjennom utdanning og jobb. Videre viser funnene at det i enkelte tilfeller kan være utfordrende for ledere å ta beslutninger, spesielt der verdiene legger føringer som ikke samsvarer med budsjett.

5.3.2 Verdisystemer under krisen

Informantene forteller at det ikke ble gjort endringer på kjerneverdiene og visjonen til helseforetaket som følge av krisen. Det ble heller ikke gjort justeringer på måten verdier ble kommunisert på. Intervjuobjekt 5 forteller: «Jeg opplevde ikke at helseforetaket etablerte noen nye verdier eller visjoner som var tilpasset covid-19».

Funnene viser likevel at verdisystemet hjalp ansatte til å avgjøre hvilke problemer som skulle løses, og hvilke løsninger man var på jakt etter. Vi ser at de ansatte skjønnte tidlig alvor av krisen, der de forstod viktigheten av å gjennomføre ulike tiltak for å sikre helsetjenester av høy kvalitet med lav smitterisiko. Intervjuobjekt 8 forteller: «Det var liksom ikke noe problem

å skjønne omfanget. Her tror jeg du fikk mer disiplin i rekkene. Jeg tror det fungerte som det skal og bør gjøre i en krisesituasjon». Funnene peker i retning av at verdier tilegnet gjennom utdanning og jobb, samt personlige egenskaper, ble avgjørende, og at disse verdiene ble veiledende i beslutningsprosesser. Intervjuobjekt 10 hevder: «Jeg tror vi i høyeste grad kan si at både utdanningen og de personlige egenskapene er med på å påvirke til å handle riktig i en slik krisesituasjon».

Videre indikerer funnene at interessekonflikten mellom verdier og økonomi som i enkelte tilfeller oppstår ved tradisjonell drift, var mindre utbredt under krisen. Intervjuobjekt 5 beskriver: «Da krisen inntraff, trådte legene frem. Nå var det medisinsk forsvarlighet som gjelder». Dette støttes av intervjuobjekt 11: «Under krisen var det klinikerne som bestemte. Dersom de mente at noe måtte gjøres, så ble det gjort. Det ble ikke sagt imot for å si det sånn». Følgelig tyder det på at den medisinske tankegangen var gjeldende, hvor økonomifokuset ble lagt litt til side. Dette understrekes også av tidligere funn som viser at fokuset på den månedlige økonomioppfølgingen av budsjettavvik og måltallsavvik ble redusert under krisen. I tillegg ble økonomitankegangen mindre påvirkende for beslutningstaking ved investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, smittevernsutstyr og utbygging av sengeposter.

Oppsummert viser intervjuobjektene utsagn at det ikke ble gjort endringer i helseforetakets kjerneverdier eller visjoner. Som ved tradisjonell drift peker funnene i retning av at de tillærte verdiene gjennom utdanning og arbeidserfaring ble viktige under krisen, ved å legge føringer for ansattes beslutninger. Økonomifokuset ble lagt til side, slik at eventuelle interessekonflikter mellom verdier og budsjettet ikke lenger var like gjeldende.

5.3.3 Oppsummering av verdisystemer

Som nevnt innledningsvis er det sentrale funnet at verdisystemer ikke ble brukt bevisst, men at tillærte verdier la føringer på beslutninger.

Empirien tyder på at helseforetakets visjoner og verdier i liten grad benyttes aktivt i styringen av de ansatte. Likevel blir det hevdet at dette er verdier som de ansatte har tilegnet seg gjennom utdanning og jobberfaring, og at det derfor har en veiledende effekt i beslutningsprosesser. Ved vanlig drift kan ønsket om å tilby de beste pasienttjenestene være i spenningsforhold med foretakets økonomiske rammer, og at det i lys av dette oppstår interessekonflikter. Under krisen ser vi at det ikke ble gjort endringer på verdisystemet eller måten verdiene blir kommunisert ut på. Likevel peker funnene i retning av at de underliggende verdiene til ansatte

ble avgjørende for håndteringen av krisen. Medisinsk forsvarlighet ble gjeldende, og den økonomiske tankegangen som normalt også påvirker beslutningene ble prioritert bort.

5.4 Grensesystemer

I dette delkapittelet vil vi presentere funn fra helseforetakets bruk av grensesystemer, ved å studere bruken før og under krisen. De viktigste funnene er: (1) økt bruk av regler, standarder og prosedyrer og (2) sentralisering og delegering langs ulike dimensjoner.

5.4.1 Grensesystemer før krisen

Funnene viser at grensesystemet blir benyttet aktivt for å kontrollere atferden til de ansatte under vanlig drift. Dette systemet består av en rekke formelle standarder som er brutt ned i mer detaljerte driftsprosedyrer, som legger føringer på hvordan ulike arbeidsoppgaver skal utføres. Formålet med disse standardene og prosedyrene er å standardisere helseforetakets ulike aktiviteter, for å sikre effektivitet, lik behandling for alle og oppfyllelse av lovkrav. Det virker klart at de utarbeidede reglene og prosedyrene har stor innvirkning på atferden til de ansatte, der de er klar over de operasjonelle prosedyrene. Intervjuobjekt 5 sier: *«Det er klart at standarder og prosedyrer er svært viktig. De legger føringer for stort sett alt, og sier noe om hva vi kan og ikke kan gjøre»*. Dette underbygges av flere intervjuobjekter som sier at omfanget av å bryte satte prosedyrer kan være svært alvorlig, slik at ansatte bruker mye tid på å sette seg inn i helseforetakets regler og prosedyrer. Intervjuobjekt 11 forteller: *«Vi må følge bestemte regler, sånn er det bare. Når vi jobber i et sykehus, der det handler om liv og helse, er vi helt avhengige av å følge reglene. Konsekvensene av å ikke gjøre det kan være katastrofale»*.

Videre er beslutningsmyndigheten i foretaket preget av at det er en toppstyrt organisasjon, der det er etablert tre ledernivåer: klinikk- avdelings- og seksjonsnivå. Sykehusdirektøren har det overordnede administrative og faglige ansvaret, og står dermed til ansvar for personalforvaltning, helseforetakets økonomi og kvaliteten på tjenestene som tilbys. Dermed er det direktøren som sammen med toppledelsen har størst beslutningsmyndighet, og kan organisere, lede, delegerer og kontrollere arbeidet til ansatte under seg. Videre er fordelingen av ansvar og beslutningsmyndighet slik at hver enhet, i dette tilfellet en klinikk, avdeling eller seksjon, har en leder med det overordnede ansvaret. Intervjuobjekt 10 forteller:

Vi står egentlig fritt til å bestemme den interne organiseringen, men vi har valgt å ha tre organisatoriske enheter: klinikk, avdeling og seksjon. I hver enhet er det en leder som har ansvaret for økonomien, personalbehandling og organisering innad. Det er lederen på hvert nivå som tar den endelige beslutningen, men graden av myndighet følger organisasjonslinjen. (Intervjuobjekt 10)

Oppsummert tyder funnene på at regler, standarder og prosedyrer legger restriksjoner på atferden til ansatte. Beslutningsmyndigheten påvirkes av organiseringen i foretaket, der det er toppledelsen som tar de endelige beslutningene. Videre ser vi at lederne har ansvar for sin enhet på sitt nivå, men at graden av beslutningsmyndighet avgjøres av enhetsnivået.

5.4.2 Grensesystemer under krisen

I tidlig fase av covid-19-pandemien ble det klart at eksisterende planverk og regler som helseforetaket hadde for en eventuell krise, ikke var tilstrekkelig for en krise av denne dimensjonen. Intervjuene viser at helseforetaket innførte en rekke nye standarder, regler og prosedyrer for å sikre en god krisehåndtering. Disse ble i hovedsak iverksatt for å sikre en effektiv kompetanseutvikling av ansatte, for at helseforetaket skulle kunne yte forsvarlig spesialisthelsetjeneste under nye retningslinjer for smittevern.

I starten av pandemien måtte vi omrokere og lage mange nye planer, prosedyrer og beredskapsplaner for det ene og det andre. Ingen visste hva denne pandemien innebar, men vi måtte i hvert fall ha klare beredskapsplaner for hver seksjon og avdeling. Etter hvert gikk dette dag for dag, eller nesten time for time. Det kom nye innspill fra regjeringen hele tiden. Dette måtte vi jo følge opp og lage prosedyrer på. (Intervjuobjekt 3)

Etter hvert følte flere intervjuobjekter at det hadde blitt implementert for mange regler og prosedyrer, slik at de mistet oversikten over hva som ble innført. Intervjuobjekt 2 forteller: «Det var stadig innføring av nye retningslinjer fra øverste hold. Vi måtte hele tiden omstille og justere oss etter disse». Den store mengden av ny informasjon førte til overlapping av prosedyrer og skapte usikkerhet blant ansatte. Enkelte mente at lederne overdrev.

Vi hadde mye diskusjon rundt nye retningslinjer og prosedyrer blant de ansatte og legene, og spesielt mange av legene mente at vi overdrev og at dette var for hysterisk.

Så vi lederne fikk jo litt pes da vi innførte alt dette her, fordi noen mente jo at dette var helt tullele. (Intervjuobjekt 8)

Det har vært et voldsomt økt fokus på prosedyrer og retningslinjer som følge av pandemien. Når vi går tilbake nå, så sitter vi og reviderer alle prosedyrene for å prøve å få litt oversikt. Nå ser vi at vi har prosedyrer for å knytte skoreimen på venstrefoten og høyrefoten, og hvordan man skal ta opp glidelåsen. Det er mange prosedyrer som har blitt voldsomt overlappet, og det driver vi og rydder. [...]. Dette har selvfølgelig vært forvirrende for de ansatte. (Intervjuobjekt 3)

Sitatene viser at det ble innført en rekke nye regler, prosedyrer og standarder. Som en konsekvens av dette økte ansattes usikkerhet, og betydelige ressurser måtte benyttes for å kartlegge og informere om disse innførte grensene.

Vi brukte mye tid på dialog med ansatte om alle disse nye reglene. Mye av min tid i perioden gikk med på å svare ledere og andre ansatte på hvordan man skulle håndtere alle de ulike smitteverntiltakene. Det er klart at det var forvirrende. De ble raskt innført, og det var ganske drastiske endringer rundt forbi. (Intervjuobjekt 5)

Tilbakemeldingene om de nye grensene var blandet. Flere ansatte mente at det påvirket atferden deres i for stor grad og følgelig hadde en negativ effekt på arbeidet deres. Funnene viser at enkelte enheter valgte å ikke iverksette regler og prosedyrer fastsatt på øverste nivå i foretaket, men valgte i stedet å utarbeide egne grenser. Dette har gjort toppledelsens oppgave om å etablere klare grenser for hele organisasjonen mer krevende.

Det er ikke noe å legge skjul på at da vi laget prosedyrer på foretaksnivå, så er det noen avdelinger som har laget sine egne. De ønsket å lage det selv [...]. Og det er et slit. Men det har ikke vært riktig tidspunkt [under krisen] å ta det opp med lederen. (Intervjuobjekt 11)

Det er litt sånn kongen på haugen tilstand i den enkelte enhet. [...]. Hvis en erfaren kliniker sier at en prosedyre må være sånn og sånn, så er det vanskelig for en leder å motsi dette. Man kan umulig ha oversikt over alle fagområder og de kravene som er. [...]. Her i sykehuset er det mye: lederen sier en ting, men det gidder man ikke å høre på hvis man er av en annen mening. Rett og slett fordi vi er for store og for tunge, og [har en oppfattelse av at] lederne ofte ikke vet hva de snakker om. (Intervjuobjekt 1)

For beslutningsmyndigheten er funnene noe tvetydige. Enkelte intervjuobjekter hevder at beslutningsmyndigheten ble mer delegert under krisen, ved at ledere på lavere nivå fikk mer myndighet til å foreta beslutninger uten diskusjon med toppledelsen i forkant. Her viser et intervjuobjekt til opprettelsen av bemanningsgruppen, hvor ledere på lavere nivå hadde myndighet til å flytte personell på kryss og tvers av enheter. På spørsmål om helseforetaket ble mer byråkratisk under krisen svarer intervjuobjekt 1: «*Nei, jeg vil heller si at sykehuset ikke er byråkratisk [under en krise]. Det bytter fra å være byråkratisk til å bli ikke-byråkratisk*». Intervjuobjekt 8 forklarer at behovet for hurtige avgjørelser førte til at beslutningsmyndigheten ble delegert nedover, men at det var basert på føringer fra ledelsen.

Ledere på lavere nivå fikk gjerne mer beslutningsmyndighet under krisen enn ellers. Det var basert på føringer ovenfra selvfølgelig. Det var de som hadde lagt føringene for oss, også fikk vi mer beslutningsmyndighet til å utføre tiltakene. (Intervjuobjekt 8)

Imidlertid mener noen intervjuobjekter at helseforetaket var tilsvarende sentralisert som ved tradisjonell drift. Ifølge disse intervjuobjektene var ansatte som fattet beslutninger under krisen, de samme som før krisen. Det ble hevdet at hurtige avgjørelser ikke var et resultat av delegering av beslutningsmyndighet, men at utredningen i forkant av beslutningsprosessene ble redusert sammenlignet med tradisjonell drift.

Nei, det er ikke endringer i beslutningsmyndighet sånn spesielt. Men i og med at beredskapsledelsen er de samme som leder foretaket til vanlig så diskuterer man ulike saker også fatter administrerende direktør beslutninger i de møtene. Men det er mindre krav til utredning på forhånd. Vi er nødt til å ta ting på sparket. (Intervjuobjekt 1)

Jeg vil egentlig ikke si at beslutningsmyndigheten endret seg. [...]. Ved beredskap er det jo beredskapsledelsen som blir det besluttende myndighet. Og de må forvente å bli tilkalt til et møte når som helst på døgnet i den situasjonen. Sånn at det er der beslutningene har skjedd, og det er jo riktig i en slik situasjon. Så er det jo administrerende og klinikkdirektørene som har myndighet til å beslutte i sine egne rekker da. Så beslutningsmyndigheten har ikke blitt endret på i denne situasjonen. (Intervjuobjekt 10)

Enkelte andre intervjuobjekter hevder igjen at beslutningsmyndigheten ble mer sentralisert under krisen. Intervjuobjekt 3 forklarer: «*Jeg tror det er rett å si at man [under en krise] i langt større grad har behov for å si at sånn er det [...], slik at man slipper tvilen nedover i*

organisasjonen». Intervjuobjekt 6 tilføyer: «Jeg vil si at beslutningsmyndigheten blir involvert tettere opp mot toppen. Myndigheten har ikke blitt delegert ned. Vi har ikke sagt gjør som dere vil». Dette forklares med at konsekvensene av gal atferd, som følge av en misforståelse eller aktive handlinger utenfor det definerte handlingsrommet, vil være mye større i en krisesituasjon enn ved tradisjonell drift. Det var avgjørende at korrekt informasjon ble formidlet og iverksatt. Dermed hevdes det at helseforetaket ble mer toppstyrt, der ledelsen ble mer kontrollerende enn i normale situasjoner.

Og det er det som er litt poenget: at lederansvar i beredskap vil etter mitt syn være mer kontrollerende under en krise, enn det ville vært i en normalsituasjon. Fordi konsekvensene kan være så mye større, og da må man være klar i budskapet sitt og følge det opp. Folk kan ikke være usikre på hva som gjelder. (Intervjuobjekt 3)

Samlet sett viser funnene at helseforetaket økte drastisk bruken av regler, standarder og prosedyrer under krisen. Dette gjaldt i hovedsak smittevern og nye behandlingsmetoder, der formålet var å legge restriksjoner for uønsket atferd. Videre ser vi at det er tvetydige svar på hvorvidt beslutningsmyndigheten ble sentralisert eller delegert under krisen. Det kan tyde på at beslutningsmyndighet ble delegert langs enkelte dimensjoner, og sentralisert langs andre.

5.4.3 Oppsummering av grensesystemer

Som nevnt innledningsvis er de sentrale funnene fra denne delen: (1) økt bruk av regler, standarder og prosedyrer og (2) sentralisering og delegering langs ulike dimensjoner.

Empirien viser at grensesystemer i form av ulike regler, prosedyrer og standarder benyttes aktivt for å kontrollere de ansatte til daglig i helseforetaket. Dette er grenser som legger føringer på hvordan arbeidsrelaterte oppgaver utføres, med formål om å minimere risiko for uønsket atferd. Videre viser funnene at helseforetaket er toppstyrt der ledelsen tar de endelige avgjørelsene.

Under krisen viser funnene at helseforetaket økte bruken av grensesystemer. Gjennomgang av eksisterende regler, prosedyrer og standarder, viste at disse ikke var tilpasset for en krise som covid-19. Følgelig ble det benyttet mye ressurser for å iverksette nye. Imidlertid følte flere ansatte og ledere at det ble etablert for mange, der flere gjerne overlappet. Enkelte ansatte hevder at lederne overdrev bruken av regler og prosedyrer, og at innføringen skapte usikkerhet og forvirring blant ansatte. Videre viser funnene at intervjuobjektene er uenige om endringer

i beslutningsmyndigheten. Enkelte hevder at helseforetaket ble mer desentralisert under krisen, ved at ledere på lavere nivå fikk større beslutningsmyndighet. Andre hevder at beslutningsmyndigheten ble mer sentralisert eller at sentraliseringsgraden forble uendret. Dette tyder på at beslutningsmyndigheten ble delegert langs enkelte dimensjoner og sentralisert langs andre dimensjoner.

5.5 Oppsummering av funn

I dette kapittelet har vi gjennomgått de viktigste funnene fra intervjuene, og strukturert dem etter Levers of Control. De sentrale funnene er presentert i Tabell 6. For *diagnostiske styringssystemer* ser vi at de sentrale funnene er: (1) redusert bruk av budsjett og (2) økt bruk av ikke-finansiell informasjon. For *interaktive styringssystemer* er de: (1) økt vertikal og horisontal kommunikasjon, (2) økt bruk av digitale kommunikasjonsverktøy og (3) redusert interaktiv bruk av diagnostisk styringsinformasjon. Videre er det sentrale funnet ved bruk av *verdisystemer* at tillærte verdier la føringer på beslutninger. Til slutt ser vi at de viktigste funnene for *grensesystemer* er: (1) økt bruk av regler, standarder og prosedyrer og (2) sentralisering og delegering langs ulike dimensjoner.

Tabell 6: Oppsummering av sentrale funn

Styringssystem	Funn
Diagnostiske styringssystemer	Redusert bruk av budsjett
	Økt bruk av ikke-finansiell informasjon
Interaktive styringssystemer	Økt vertikal og horisontal kommunikasjon
	Økt bruk av digitale kommunikasjonsverktøy
	Redusert interaktiv bruk av diagnostisk styringsinformasjon
Verdisystemer	Tillærte verdier la føringer på beslutninger
Grensesystemer	Økt bruk av regler, standarder og prosedyrer
	Sentralisering og delegering langs ulike dimensjoner

6. Diskusjon

I dette kapittelet skal vi besvare avhandlingens problemstilling: «*Hvordan bruker et offentlig helseforetak styringssystemer for å håndtere en krise?*». For å gjøre dette skal vi diskutere sentrale funn opp mot litteraturen om styringssystemer under kriser og tidligere empiri. Diskusjonen er strukturert etter de fire styringssystemene i Levers of Control. Vi begynner i *delkapittel 6.1* med diagnostiske styringssystemer. Deretter går vi gjennom interaktive styringssystemer i *delkapittel 6.2*. I *delkapittel 6.3* tar vi for oss verdisystemer, før vi går gjennom grensesystemer i *delkapittel 6.4*. I *delkapittel 6.5* oppsummerer vi hvordan styringssystemene tilrettelegger for fleksibilitet og kontroll. I *delkapittel 6.6* vil vi diskutere funnene på tvers ved å se på samspillet mellom styringssystemene. Avslutningsvis vil vi runde av diskusjonen med en oppsummering av samspillet mellom styringssystemene og en oppsummering av hele diskusjonen, i henholdsvis *delkapittel 6.7* og *6.8*.

6.1 Diagnostiske styringssystemer

Diagnostiske styringssystemer er systemer som overvåker virksomhetens resultater og korrigerer avvik fra forhåndsatte standarder for prestasjon (Simons, 1995b). Funnene våre viser at helseforetaket under krisen: (1) reduserte bruken av budsjett og (2) økte bruken av ikke-finansiell informasjon. Disse to funnene utgjør grunnlaget for videre diskusjon.

6.1.1 Redusert bruk av budsjett

Utsagn fra intervjuobjektene tyder på en streng budsjettdisiplin i foretaket ved tradisjonell drift. Seksjonslederne er opptatt av å ha et driftsresultat som er i tråd med budsjetterte tall, og følges tett opp av kontrollere og ledere høyere oppe i helseforetaket. Imidlertid ser vi at denne prosessen endret seg da covid-19-pandemien inntraff. Helseforetaket gikk i beredskapsmodus, der de måtte forberede seg på å håndtere et svært høyt antall pasienter. Pandemien førte til at foretaket måtte gjøre store endringer, som medførte økte kostnader. Dette var for eksempel investeringer i utstyr og sengeplasser, overtidarbeid og nyansettelser. Intervjuobjektene hevder at investeringene var nødvendige og at disse måtte gjøres «*koste hva det koste vil*». Empirien viser at slike beslutninger i mindre grad ble tatt med utgangspunkt i budsjett, men heller etter hva som var nødvendig.

Tidligere studier viser at bruken av diagnostiske styringssystemer styrkes under krisesituasjoner (Bourmistrov & Kaarbøe, 2017; Chenhall, 2003; Collins et al., 1997; Czarniawska-Joerges, 1988; Kraus & Lind, 2010). Dette forklares med ønsket om å øke det finansielle resultatet, ta kontroll over situasjonen og å skape legitimitet overfor omgivelsene. Studier utført av Bourmistrov og Kaarbøe (2017) og Kraus og Lind (2010) viser at virksomheter strammer inn budsjettbruken under kriser som følge av press fra kapitalmarkedet. I dårlige tider opplever ledelsen et økende press, fra både styret og investorer, om å levere et akseptabelt kortsiktig finansielt resultat. Dermed blir budsjettet benyttet som et verktøy for økt kostnadskontroll, siden kostnadene må innstrammes ved inntektsfall, som en krise normalt medfører.

Becker et al. (2016) gjennomførte en studie av europeiske bedrifter i kjølvannet av finanskrisen i 2008, hvor endringer i budsjettets funksjoner ble kartlagt. Forskerne finner at budsjettet som et verktøy for ressursallokering og aktivitetsplanlegging styrkes under en krise. Dette er i tråd med studiene til Bourmistrov og Kaarbøe (2017) og Kraus og Lind (2010) siden endringene forklares med ønsket om større kostnadskontroll. Ved å planlegge aktiviteter mer detaljert og allokere ressurser etter hvor det er mest hensiktsmessig, vil virksomheter oppnå en mer effektiv ressursallokering, slik at kostnadene reduseres. Becker et al. (2016) forklarer at bedriftene opplevde negative etterspørselssjokk som følge av krisen, slik at de var avhengige av reduserte kostnader for å unngå store underskudd.

I lys av nevnte studier ser vi at våre funn, som viser en redusert bruk av budsjett under krisen, ikke samsvarer med tidligere forskningslitteratur. Ingen av våre intervjuobjekter følte press fra eksterne aktører om å vise til akseptable finansielle resultater, og det oppstod et redusert fokus på kostnadskontroll. Dessuten ser vi at beslutningene i helseforetaket baserte seg på hva som var nødvendig, og som det kommer fram av utsagnene ble ikke detaljert planlegging og ressursallokering viktigere. Forskjellen mellom våre funn og funn i tidligere empiriske studier kan trolig forklares av organisatoriske forskjeller.

Tidligere forskning har utført studiene sine på private virksomheter, som i motsetning til vårt caseobjekt, må vise til tilfredsstillende resultater for å unngå konkurs. Et offentlig helseforetak er finansiert av statlige midler. Her tildeles de en budsjetttramme via statsbudsjettet, i tillegg til å motta finansiering basert på aktivitet. Statlig støtte ble opplevd som en betryggende faktor under krisen, da helseforetaket tidlig fikk beskjed om at staten ville dekke eventuelle underskudd som følge av covid-19-pandemien. Dette understrekes av intervjuobjekt 8: «Vi

fikk tidlig signal om at staten skulle dekke eventuelle tap, så det var jo egentlig litt befriende. Vi trengte liksom ikke å tenke på de økonomiske konsekvensene». Dermed er helt grunnleggende mekanismer forskjellige, i form av at private virksomheter må tenke på kostnadsinnstramming for å overleve, mens offentlige helseforetak slipper dette.

På den annen side er det få land i verden som har like gode vilkår som Norge, der helsemessige underskudd kan finansieres med oljefondet. Helseforetak i andre land med andre forretningsmodeller og manglende tilgang til offentlige midler, kan i større grad være avhengige av å kontrollere hva tilgjengelige midler brukes på. Det kan dermed tenkes at de ikke kan bruke pengene like «fritt» som norske sykehus. Således kan eksisterende kriselitteratur være mer overførbar for helseforetak i andre land.

En annen faktor som kan forklare forskjellen mellom vår empiri og funn i tidligere forskning, er krisekonteksten. Tidligere studier har i hovedsak sett på økonomiske kriser, der bedrifter opplever stor reduksjon i inntjening som følge av redusert etterspørsel etter varer og tjenester. For å unngå store underskudd må bedriftene som nevnt stramme inn kostnadene, slik at nedsiden reduseres. I vårt tilfelle førte covid-19-pandemien til økt etterspørsel etter helsetjenester, slik at helseforetaket måtte øke investeringene for å kunne håndtere situasjonen. Dermed kan man hevde at helseforetaket ikke hadde behov for et verktøy som benyttes for å redusere kostnadene.

Videre viser forskningen til Becker et al. (2016) at budsjettet, som et verktøy for målstyring, mister sin relevans under kriser. Ifølge forskerne må målsettingene i budsjettet være relevante og realistiske, for at budsjettet skal kunne bli brukt for målstyring. Ansatte må føle at målene er rettfærdige og oppnåelige. Siden kriser medfører store endringer i både inntekts- og kostnadssiden, vil målsettinger utarbeidet for normale omstendigheter ofte være for ambisiøse. Dette kan ifølge Goretzki og Kraus (2020) skape konflikter mellom toppledelsen og ansatte på lavere nivåer. I tillegg er en naturlig utfordring under kriser at fremtiden er mindre predikerbar (Billings et al., 1980), som gjør det krevende å etablere nye og relevante målsettinger. Dermed kan denne usikkerheten resultere i at oppnåelse av budsjettmål avhenger mer av ukontrollerbare faktorer enn faktisk innsats. Dette er i samsvar med kritikken som rettes mot bruk av budsjettet i Beyond Budgeting-filosofien, der Bogsnes (2016) blant annet hevder at budsjettene fort blir utdaterte.

Funnene til Becker et al. (2016), om budsjettet som et målstyringsverktøy under kriser, samsvarer med våre funn. Intervjuobjektene hevder at målsettingene i budsjettet var tilpasset tradisjonell drift, og ble ikke endret under krisen. Covid-19-pandemien førte til at enhetene fikk reduserte inntekter på grunn av stopp i planlagt aktivitet, og økte kostnader på grunn av nye investeringer. Dermed oppstod det negative budsjettavvik. Enhetslederne følte at det ble mer krevende å styre etter budsjettet under krisen, siden det ble krevende å skille hva som skyldes covid-19 og hva som var forårsaket av dårlig drift. I tillegg ble det et redusert fokus på oppfølging og utarbeidelse av tiltak ved negative budsjettavvik under krisen. Helseforetaket var innforstått med at pandemien ville føre til økte kostnader og tapte inntekter, og at resultatet dermed ikke ville bli som forventet. Dette kan ha gjort seksjonslederne mindre opptatt av å styre etter målsettinger i budsjett, siden de fikk inntrykk av at eventuelle avvik ville få færre konsekvenser enn tidligere.

Et annet element som kan diskuteres er hvorvidt budsjettet bør byttes ut. Bogsnes (2016) hevder at budsjettene bør avskaffes siden de skaper en illusjon av kontroll og blir fort utdaterte. Bogsnes mener virksomheter heller bør benytte seg av andre styringsverktøy for å håndtere dynamiske omgivelser. Dette samsvarer med forskningen til Becker et al. (2016) som hevder at virksomheter bør gjennomføre kontinuerlig planlegging gjennom re-budsjettering eller rullerende prognoser, slik at endringer i omgivelsene kan tilpasses. Imidlertid hevder Kaplan og Atkinson (1998) at budsjettet er mer aktuelt å benytte seg av dersom driften er preget av høy grad av forutsigbarhet. Empirien vår viser at driften i helseforetaket hevdes å være rutinepreget, noe som understrekes av intervjuobjekt 1 sin uttalelse: «*For å si noe som jeg vil si betegner sykehusdrift så er det: same procedure as last year*». I tillegg kan det være krevende for et helseforetak å gå bort fra budsjett, siden midler fordeles via statsbudsjettet med klare instruksjoner og retningslinjer for hvordan disse skal benyttes av de ulike helseforetakene. Som intervjuobjekt 3 sier: «*Jeg ser ikke helt hvordan vi ellers skulle gjort det*». Dette kan tilsi at budsjettet er et velfungerende verktøy i helseforetaket, og at det ikke burde byttes ut.

6.1.2 Økt bruk av ikke-finansiell informasjon

Empirien viser at helseforetaket normalt benytter seg av målkort ved styring av daglig drift. Dette er en forenklet form for balansert målstyring, der kortene inkluderer både finansiell og ikke-finansiell informasjon. Den finansielle informasjonen omhandler driftsresultat sammenlignet med budsjett, mens den ikke-finansielle informasjonen er opplysninger om blant annet sykefravær, ventetid, fristbrudd og antall konsultasjoner. Funnene våre viser at det

oppstod et økt behov for ikke-finansiell informasjon under krisen. Helseforetaket oppdaget at målkortene ikke var tilpasset covid-19-pandemien, og startet tidlig med å oppdatere disse. De nye målingene og rapportene inkluderte informasjon som for eksempel lagerstatus på smittevernsutstyr, medisinteknisk-utstyr, sengekapasitet, pasienter i isolasjon og fravær som følge av sykdom eller karantene. Slik ikke-finansiell informasjon ble av samtlige intervjuobjekter hevdet for å være essensiell for krisehåndteringen.

I eksisterende forskning hevder enkelte studier at bruk av ikke-finansiell informasjon er gunstig under kriser. Singh (2010) argumenterer for at virksomheter bør benytte seg av verktøy tilsvarende balansert målstyring, der formålet er å øke tilpasningsdyktigheten i usikre omgivelser. Dette blir forklart med at balansert målstyring er et verktøy som inkluderer både finansiell og ikke-finansiell informasjon, hvilket gjør det lettere å flytte fokuset bort fra de finansielle tallene. Ved å etablere en årsakssammenheng mellom ikke-finansielle måltall og finansielle tall, blir det enklere for ledere å se hvorfor fokus på ikke-finansiell informasjon gir gevinst på lengre sikt i usikre tider.

Kraus og Lind (2010) hevder at virksomheter bortprioriterer ikke-finansielle målinger under kriser. De forklarer at bedrifter i slike omstendigheter oftere velger å fokusere på finansielle kortsiktig informasjon, istedenfor ikke-finansielle tall. Dermed er det ikke samsvar mellom det Singh (2010) anbefaler virksomheter å gjøre i krisesituasjoner, og hva virksomheter faktisk gjør (Kraus & Lind, 2010). Studien til Bourmistrov og Kaarbøe (2017) kan benyttes til å underbygge Singh (2010) sitt argument, om hvorfor ikke-finansiell informasjon er viktig under kriser. De finner at økt bruk av ikke-finansiell informasjon under usikre tider hjelper med å rette søkelys mot eksterne omgivelser og på faktorene som faktisk hjelper virksomheter i å komme styrket ut av en krise. Ved å fokusere på ikke-finansiell informasjon som kundetilfredshet og kvalitet under kriser, vil ikke virksomheter gjennomføre handlinger som strider mot deres langsiktige mål. I tråd med dette viser studien til D'Aveni og MacMillan (1990) at virksomheter som overlever kriser i større grad fokuserer på ekstern informasjon, enn virksomheter som går konkurs. Dette forklares av at slik informasjon gjør virksomheter i bedre stand til å identifisere og respondere på sjokk fra omgivelsene (D'Aveni & MacMillan, 1990; Wallander, 1999). Dermed peker eksisterende litteratur i retning av at ikke-finansiell informasjon blir viktigere under en krise, men at bedrifter har en tendens til å fokusere mer på finansiell informasjon istedenfor.

I lys av dette, samsvarer ikke våre funn med det Kraus og Lind (2010) hevder, siden helseforetaket synes å ha et økt behov for ikke-finansiell informasjon under krisen. Våre funn er derimot forenlige med tidligere empiriske studier som sier at slik ikke-finansiell informasjon er å foretrekke under usikre omgivelser. Forklaringen til at helseforetaket i større grad har behov for ikke-finansiell styringsinformasjon under krisen, kan som tidligere diskutert forklares av caseobjektet. Helseforetaket skal tilby helsetjenester, og føler i motsetning til private bedrifter, ikke et press for å levere kortsiktige finansielle resultater. Derfor blir ikke helseforetaket tilsvarende opptatt av intern finansiell informasjon, som private virksomheter kan bli. Det kan også hevdes at informasjon som sykefravær på ansatte, lagerstatus på smittevernutstyr og ledige sengeplasser er viktigere for et helseforetak i en krise enn hvordan bunnlinjen ser ut. De grunnleggende interessene til offentlige helseforetak og private virksomheter er dermed ikke sammenfallende, hvilket kan utgjøre den bærende årsaken til at funnene ikke samsvarer med tidligere teori.

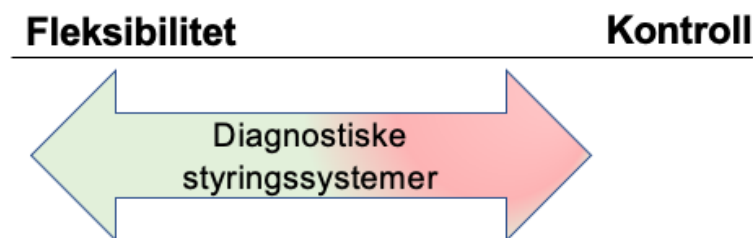
6.1.3 Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll

I lys av litteraturen om styring under kriser og diskusjonen over, kan redusert budsjettbruk i helseforetaket under covid-19-pandemien, ha ført til økt omstillings- og tilpasningsevne i helseforetaket. Da covid-19-pandemien inntraff med uvisst omfang og utvikling, måtte helseforetaket forberede seg på flere scenarioer, hvilket ga økt behov for fleksibilitet. Ifølge Becker et al. (2016) kan budsjettbruk hindre virksomheter i å gjennomføre tiltakene som skal til for å håndtere kriser, siden et økt fokus på intern kostnadsregulering gjør det mer krevende å identifisere og justere seg etter endringer i eksterne omgivelser. Dette underbygges av flere studier, som hevder at redusert budsjettbruk fører til mer fleksible virksomheter, og som er bedre rustet til å håndtere usikre omgivelser (Bogsnes, 2016; Bourmistrov & Kaarbøe, 2017; Chenhall, 2003; Wallander, 1999).

Fra vår empiri ser vi at et redusert økonomifokus, der enhetslederne ble mindre opptatt av å nå satte målsettinger, førte til hurtigere avgjørelser. Som intervjuobjekt 5 sier: *«Til vanlig preges beslutningsprosessene av at vi må gjennomgå ulike ønsker og behov før endelig beslutning tas, mens nå tok vi bare den. Så beslutningene ble fattet mer fortløpende»*. Det kan tyde på at krisesituasjonen innebar et behov for raske beslutninger, som veide tyngre enn behovet om å diskutere hver beslutningsprosess. Redusert bruk av budsjett ble en påfølgende og nødvendig konsekvens. Videre indikerer forskningen til Wallander (1999), D'Aveni og MacMillan (1990) og Bourmistrov og Kaarbøe (2017) at økt bruk av ikke-finansiell

informasjon, gjorde helseforetaket i bedre stand til å identifisere og respondere hurtigere på utfordringer som følge av covid-19-pandemien. Den økte bruken av ikke-finansiell informasjon bidro dermed til økt fleksibilitet. Imidlertid viser funnene at ikke-finansiell informasjon, som lagerstatus på smittevernutstyr og ledige sengeplasser, også var viktig for å sikre forutsigbarhet.

I lys av dette peker funnene i retning av at en redusert bruk av budsjett medførte økt fleksibilitet. Økt bruk av ikke-finansiell informasjon tilrettela både for økt fleksibilitet og kontroll. Figur 8 illustrerer hvordan endringer i bruk av styringsverktøyene, i hovedsak tilrettela for fleksibilitet, men også kontroll.



Figur 8: Illustrasjon av tilretteleggelse for fleksibilitet og kontroll - diagnostiske styringssystemer

6.2 Interaktive styringssystemer

Interaktive styringssystemer er informasjonssystemer som tilrettelegger for en regelmessig og personlig kommunikasjon mellom ledere og ansatte på ulike nivåer (Simons, 1995b). Empirien viser at helseforetaket: (1) økte vertikal og horisontal kommunikasjon, (2) økte bruken av digitale kommunikasjonsverktøy og (3) reduserte interaktiv bruk av diagnostisk styringsinformasjon. Disse funnene vil bli diskutert i de neste delkapitlene.

6.2.1 Økt vertikal og horisontal kommunikasjon

Våre funn tyder på at bruken av interaktive styringssystemer økte under krisen i form av økt møtevirksomhet på alle nivåer i helseforetaket. Det kommer fram av intervjuene at eksisterende planer og ressurser var utilstrekkelige til å håndtere krisen. I tillegg var det krevende å forutse omfanget av krisen og å bestemme hvilke tiltak som skulle gjennomføres. Dermed ble møter et sentralt virkemiddel for å belyse ulike problemstillinger og løsninger. Ansatte på lavere nivå og ledere hadde jevnlig kontakt, slik at ledelsen var oppdatert på

hvordan situasjonen var i hele organisasjonen. I tillegg viser funnene at helseforetaket la til rette for at ansatte og ledere på lavere nivå skulle kommunisere og arbeide på tvers av enheter, uten særlig innblanding fra ledere høyere oppe i helseforetaket.

Eksisterende forskning er noe mangelfull angående krisers påvirkning på interaktive styringssystemer. Goretzki og Kraus (2020) hevder at interaktive styringssystemer blir viktigere under kriser, da det er avgjørende for virksomheter å benytte seg av denne type systemer for å lære og tilpasse seg endrede omgivelser. Ifølge Simons (1995b) er formålet med interaktive styringssystemer å identifisere og håndtere strategiske usikkerheter. Goretzki og Kraus (2020) underbygger dette ved å hevde at denne delen av styringssystemet er avgjørende for å oppdage potensielle kriser, men også for å identifisere hvordan de strategiske målsettingene blir påvirket. Ved å inkludere ansatte på lavere nivå blir utfordringer i driften identifisert, slik at tiltak kan utarbeides videre.

Med bakgrunn i dette samsvarer våre funn med den eksisterende litteraturen. Møter ble holdt for å kartlegge strategiske usikkerheter, blant annet hvordan innføringen av smittevernregler, smittehåndtering og prosedyrer for behandling av covid-19-smittede ville påvirke arbeidet. Møter både horisontalt og vertikalt i organisasjonen er i tråd med det Simons (1995b) hevder er formålet til det interaktive styringssystemet. Det er også konsensus blant intervjuobjektene at møtevirksomhet gjorde det enklere å justere seg og utføre tiltak basert på erfaringer fra klinikerne i foretaket. Dette samsvarer med argumentene til Goretzki og Kraus (2020). Selv om Goretzki og Kraus (2020) baserer sine argumenter på forskning utført på private virksomheter, ser det ikke ut til å gi et annet utslag i dette tilfellet. Det kan tyde på at opprettelse av møtevirksomhet for å etablere en oversikt over strategiske usikkerheter og justere seg deretter er viktig, uavhengig om virksomheten opererer i offentlig eller privat sektor.

Videre viser funnene at ledere i helseforetaket ytret et behov for økt forståelse for hvordan krisetiltakene fungerte lengre nede i foretaket. Ved å legge til rette for en mer direkte kommunikasjon mellom leder og ansatt gjennom møter, telefon eller tillitsvalgte, fikk ansatte på lavere nivå mulighet til å bidra med innspill. Eksisterende litteratur peker på at virksomheter under kriser har behov for organisatorisk læring. Ifølge Kloot (1997) er organisatorisk læring avgjørende for å tilpasse seg ny informasjon, og læring muliggjør hurtig respons på drastiske endringer i omgivelsene. For å oppnå dette, er det viktig å inkludere ansatte på lavere nivå, slik at et helhetlig perspektiv kommer fram (1995a). Dette stemmer godt overens med våre

funn. Empirien viser at helseforetaket var opptatt av å diskutere hvordan tiltak opplevdes ved å inkludere de ansatte på ulike nivå. Det kan tenkes at det var krevende for ansatte å omstille seg fra rutiner som de har innarbeidet seg over en lengre periode, og at det dermed var viktig med organisatorisk læring for hurtig tilpasning.

Ifølge Martinez-Leon og Martinez Garcia (2011) er organisatorisk læring avhengig av at organisasjoner tilrettelegger for en mer horisontal organisasjonsstruktur, der ansatte opplever større autonomi og myndighet. Empirien viser, som nevnt tidligere, at helseforetaket la til rette for at ansatte og ledere på lavere nivå skulle kommunisere og arbeide på tvers av enheter, uten særlig innblanding fra ledere høyere oppe i helseforetaket. Dette ble ikke gjort før krisen. Disse tiltakene førte til at informasjonsutvekslingen i helseforetaket, i tillegg til å øke vertikalt, også økte horisontalt. Den økte kommunikasjonen, koordineringen og samhandlingen på tvers av enheter, ble av samtlige intervjuobjekter ansett for å være blant de viktigste virkemidlene for å overkomme krisen. Ved at ansatte arbeidet på tvers av enheter og fagfelt ble det dannet en felles forståelse for verdier og mål, gjennom felles erfaring og meningsutveksling. Dette samsvarer med Kloot (1997) sin forskning, som viser at utviklingen av en felles forståelse er kritisk for en organisasjons evne til å tilegne og tolke informasjon.

6.2.2 Økt bruk av digitale kommunikasjonsverktøy

Samtidig som helseforetaket opplevde et økende behov for informasjon, ble det etablert strengere smittevernrestriksjoner. Helseforetakene benyttet seg i større grad av informasjonskanaler som intranett og Facebook, og fysiske møter gikk over i digital form. Dette ga ifølge intervjuobjektene både positive og negative effekter. På den ene siden førte virtuelle møter til økt effektivitet og fleksibilitet. Møter ble gjennomført på kortere tid, ledere kunne delta på flere møter uavhengig av geografisk lokasjon og ansatte fikk muligheten til å ta direkte kontakt med ledere på flere nivåer. På den annen side påvirket det relasjonsbyggingen negativt ved at den uformelle kommunikasjonen forsvant.

Pettersen og Solstad (2020) sin studie viser at digitale møter øker kommunikasjonshastigheten og reduserer kostnaden ved informasjonsutveksling. Slike møter gjør det mulig å gjennomføre flere møter på kortere tid, og man kan stille uavhengig av geografisk lokasjon. Studien viser imidlertid at en ulempe med digital møtevirksomhet er at det blir ekstra krevende å vedlikeholde relasjoner. Ifølge forskerne er konsekvensen av dette en redusert felles forståelse for tingene som diskuteres, hvilket resulterer i flere misforståelser. Videre hevder Simons

(1995b) at informasjonsdeling som ikke foregår ansikt til ansikt, kan være et hinder for organisatorisk læring.

Vår empiri samsvarer med funnene til Pettersen og Solstad (2020). Intervjuobjektene hevder at digital møtevirksomhet gjorde dem i stand til å gjennomføre flere møter enn de tradisjonelt ville klart, ettersom geografisk lokasjon ikke var en utfordring. I tråd med funnene til Pettersen og Solstad påpeker også samtlige intervjuobjekter at det var krevende å kommunisere via digitale plattformer, og at de savnet den daglige småpraten som ble ansett som en viktig kilde til informasjon. I tillegg viser empirien at enkelte intervjuobjekter hevder det oppstod usikkerhet knyttet til tolkningen av de ulike reglene som ble innført. Hvorvidt dette skyldes kommunikasjon via digitale verktøy eller mengden regler som ble endret og implementert er usikkert. Men funnene kan tyde på at enkelte intervjuobjekter synes det var mer krevende å få nettopp denne forståelsen for ulike tiltak som ble innført, siden muligheten for oppfølgingsspørsmål og dialog ble mer krevende på en digital møteplass. Samlet sett synes funnene likevel å peke i retning av at de positive effektene av virtuelle møter overgikk de negative.

6.2.3 Redusert interaktiv bruk av diagnostisk styringsinformasjon

Funnene viser at den interaktive styringen endret karakter under covid-19-pandemien. Fra i hovedsak å være tilknyttet interaktiv bruk av de diagnostiske styringssystemene, ble det nå større fokus på å diskutere drift og strategiske usikkerheter. De månedlige møtene mellom helseforetakets kontrollere og enhetsledere ble utsatt, da fokuset på økonomi ble satt til side i starten av krisen.

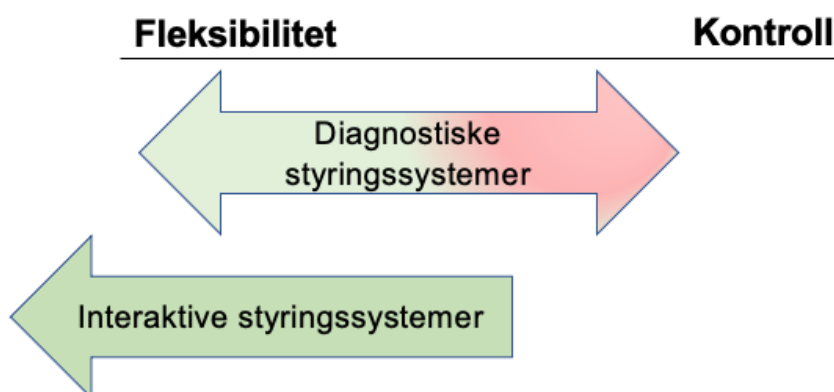
Abernethy og Brownell (1999) hevder at interaktiv styring som omhandler diskusjon av de diagnostiske styringssystemene under normale omstendigheter, bidrar til organisatorisk læring. Under kriser viser studien til Janke et al. (2014) at desto mer alvorlig oppfattelsen av en krise er, desto mer vil diagnostiske styringssystemer bli benyttet interaktivt. Med tanke på covid-19-pandemiens omfang, er det nærliggende å anta at den interaktive bruken av de diagnostiske styringssystemene ville øke betydelig i helseforetaket. Forskjellen mellom vår empiri og funnene til Janke et al. (2014) kan ha flere ulike forklaringer, men et viktig moment er også her synet på økonomi i en krisesituasjon. Resultatene til Janke et al. (2014) baseres på kvantitative data fra virksomheter som opererer i privat sektor, og kan tenkes å være lite sammenlignbart med vår case. Som nevnt tidligere opplever private virksomheter økt press fra

kapitalmarkedet under kriser, slik at de i større grad er avhengige av økonomiske innstramminger for å overleve. Dermed kan denne forskjellen være i tråd med forklaringen til et redusert økonomifokus i et offentlig helseforetak under en krise.

6.2.4 Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll

Samlet sett ser vi at helseforetaket i større grad benyttet seg av interaktive styringssystemer under krisen. Dette sammenfaller med mange av elementene i eksisterende litteratur, som hevder at kommunikasjon og dialog er viktig for å tilpasse seg nye omgivelser under kriser (Goretzki & Kraus, 2020). Videre viser forskningen at organisatorisk læring er avgjørende for at helseforetaket skal ha mulighet til å respondere hurtig på endringer i omgivelsene. Det kan hevdes at økt møtevirksomhet i helseforetaket under krisen kan forklares av behovet for organisatorisk læring, for å sikre fleksibilitet (Simons, 1995b).

Vi ser at vertikal og horisontal møtevirksomhet tilrettela for organisatorisk læring, og dermed utgjør en viktig faktor for helseforetakets evne til å implementere og gjennomføre de nødvendige endringer og tiltak covid-19-pandemien påkrevde. Digitale møter resulterte i at ansatte og ledere kunne delta uavhengig av geografisk lokasjon, og muliggjorde gjennomføring av flere møter på kortere tid. I lys av nevnte faktorer illustrerer følgende figur hvordan økt bruk av interaktiv styringssystemer la til rette for økt fleksibilitet.



Figur 9: Illustrasjon av tilretteleggelse for fleksibilitet og kontroll - interaktive styringssystemer

6.3 Verdisystemer

Verdisystemer er systemer som skal sørge for felles verdier, formål og retning (Simons, 1995b). I empirien vår finner vi at helseforetakets verdisystemer verken før eller under krisen ble brukt aktivt, men at tillærte verdier gjennom utdanning og arbeidserfaring la føringer for ansattes atferd og beslutninger.

Studien viser at de færreste intervjuobjektene var klar over helseforetakets verdier og visjoner. Som intervjuobjekt 3 hevder: *«Satt på spissen så antar jeg at 98 % av de som jobber i helseforetaket har null peiling på hva [foretakets] mål, visjoner og strategier er»*. Likevel blir det sagt at verdiene *«ligger usynlig i ryggmargen»* og ligger i bunn for beslutningene som tas. Dette kan forklares med at virksomhetens verdier er i samsvar med det ansatte tillæres gjennom utdanning og jobb, og at de derfor har en påvirkende effekt likevel. Under krisen ble det ikke utført endringer i verdiene eller hvordan disse ble kommunisert ut. Verdier og visjonen ble ikke benyttet aktivt for å styre ansatte mot riktig atferd i den spesielle situasjonen de var i, men intervjuobjekter hevder likevel at de underliggende verdiene påvirket positivt. Som intervjuobjekt 10 sier: *«Jeg tror vi i høyeste grad kan si at både utdanningen og de personlige egenskapene er med på å påvirke til å handle riktig i en slik krisesituasjon»*.

Tidligere studier har studert lite på hvordan verdisystemer er med på å styre ansattes atferd under kriser. Simons (1995b) hevder at verdisystemer skal hjelpe ledere med å etablere en mening og forståelse for arbeidet de utfører, slik at de er med på å dra organisasjonen i riktig retning. Simons argumenterer for at moderne selskaper legger mer til rette for selvstendighet, og at formålet til verdisystemer er å få ansatte til å skape verdier i tråd med bedriftens ønsker. En viktig faktor for velfungerende verdisystemer, er at alle i organisasjonen har kjennskap og et bevisst forhold til dem.

Videre finner studien til Heinicke et al. (2016) at det er en direkte sammenheng mellom hvor aktivt virksomheter benytter seg av verdisystemer og hvor fleksible de er overfor endringer. Senge (2006) hevder at en kultur som fremmer læring er avgjørende for at en virksomhet skal make å omstille seg. Dette understrekes av Simons (1995b) som hevder at en kultur som oppfordrer til prøving og feiling er essensielt for at en virksomhet skal opptre fleksibelt. Senge (2006) hevder videre at ansatte som føler glede og stolthet av å jobbe for organisasjonen også er en viktig faktor for virksomhetens evne til å tilpasse seg.

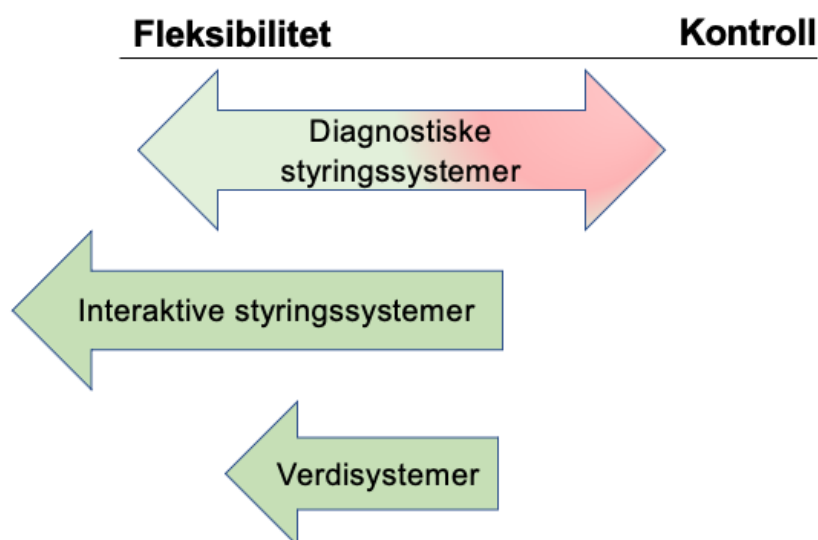
I lys av forskningen til Heinicke et al. (2016) og vår empiri som viser at helseforetaket ikke benyttet seg aktivt av verdisystemer, kunne vi forventet at helseforetakets tilpasningsevne ville reduseres. Imidlertid viser funnene at ledere på flere nivåer er fornøyde med måten ansatte tilpasset seg krisesituasjonen. Ansatte måtte blant annet ta fatt i nye arbeidsoppgaver med lange arbeidsdager, og de forstod tidlig omfanget av krisen og hva som krevdes av dem. En slik omstilling kan forklares av at helseforetakets verdier i stor grad er integrert i utdanning og arbeidsoppgaver. De har kjerneverdier, etiske standarder og plikter som er lovfestet i helsepersonelloven, og som er godt kommunisert i helse- og omsorgsstudier. Helsepersonell er dermed godt opplært til å yte helsehjelp og redde liv, noe flere av intervjuobjektene våre også påpeker. Således kan det tenkes at de tillærte verdiene er veiledende for at ansatte skal gjennomføre etiske handlinger, og at disse spilte positivt inn under krisen.

I tillegg kan verdibyggningen i samfunnet generelt være forklarende. Covid-19-pandemien gjennomsyret hele samfunnet, og pandemien skapte et stort engasjement rundt innsatsen til helsepersonell. Dette engasjementet kan ha gitt en ekstra følelse av stolthet og økt motivasjon til ansatte. Dette samsvarer med påstanden til Senge (2006) som hevder at ansattes stolthet er et viktig moment for viljen til endring. I lys av dette kan det hevdes at ansattes stolthet over arbeidet ble styrket under pandemien, og at det medvirket til de gode tilpasningsevnene som ble vist.

Videre kan det også diskuteres hvorvidt helseforetaket har en kultur som fremmer fleksibilitet og omstilling. Empirien viser ansatte må følge bestemte regler, prosedyrer og standarder, og at det i liten grad tillates atferd som ikke er i tråd med disse. Som intervjuobjekt 11 sier: *«Hvordan og hva vi utfører på jobb er i stor grad preget av satte standarder og prosedyrer. Det er lite rom for å gjøre ting på sin egen måte.»* I tillegg hevder intervjuobjekt 8 at: *«Jeg merker jo at mine ansatte ikke er så glad i å utføre nye arbeidsoppgaver. Det har jo vært litt utfordrende å informere og implementere de nye retningslinjene i arbeidet som covid-19 har medført»*. Dette kan tyde på at den vanlige arbeidsdagen som i stor grad preges av standardiserte arbeidsoppgaver og strenge regler og rutiner, samtidig som konsekvensene ved feil er store, gjør ansatte mindre komfortable med endringer. Derfor kan det tenkes at ansatte ikke har den grunnleggende prøve-og-feile mentaliteten og kulturen for læring som Simons (1995b) og Senge (2006) anbefaler. Dette hevdes å være viktig for å sikre en god håndtering av dynamiske omgivelser, og kan dermed tenkes å være en hindring for helseforetakets omstillingsevne under krisen.

6.3.1 Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll

Samlet sett tyder diskusjonen ovenfor på at verdisystemet har påvirket helseforetakets evne til fleksibilitet i begge retninger. En kultur som er preget av standardiserte arbeidsoppgaver med klare regler for hva som er tillatt og ikke, og som gir lite rom for prøving og feiling, kan være en hindring dersom organisasjonen har behov for hurtige endringer. Dette kan tenkes å være gjeldende for helseforetaket, og vil dermed være negativt for virksomhetens evne til omstilling under covid-19-pandemien. Imot dette kan det sies at ansatte har tillært seg helseforetakets verdier gjennom utdanning og jobb, og funnene tyder på at de opplever en stolthet av jobben sin. Det kan tenkes at den massive støtten de mottok fra samfunnet under covid-19-pandemien kan ha forsterket denne effekten, og at de dermed har evnet å utføre de oppgavene som kreves for at helseforetaket skal tilpasse seg de nye omgivelsene. Dette er i samsvar med teorien som fremholder stolthet og ansvarsfølelse som viktige faktorer for en bedrifts fleksibilitet. I lys av diskusjonen ovenfor er det elementer som trekker i ulike retninger, men samlet sett synes funnene å peke i retning av at verdisystemet har bidratt til noe økt fleksibilitet. Dette illustreres av figuren under.



Figur 10: Illustrasjon av tilretteleggelse for fleksibilitet og kontroll – verdisystemer

6.4 Grensesystemer

Grensesystemer er regler, standarder, påbud og prosedyrer som skal hindre ansatte i å handle utenfor angitte handlingsrom. Formålet er å minimere risiko for uønskede handlinger (Simons, 1995b). Våre funn viser at helseforetaket: (1) iverksatte en rekke nye standarder, regler og prosedyrer og (2) sentraliserte beslutningsmyndigheten langs noen dimensjoner og delegerte langs andre.

6.4.1 Økt bruk av regler, standarder og prosedyrer

Funnene viser at regler, prosedyrer og standarder benyttes aktivt i helseforetaket ved tradisjonell drift. Disse «*legger føringer på stort sett alt*», og er et viktig verktøy for å hindre ansatte i å utføre uønskede handlinger. Empirien viser at det ble etablert en rekke nye grenser i helseforetaket som følge av covid-19-pandemien. Dette var eksempelvis regler og prosedyrer for hvordan ansatte skulle benytte seg av smittevernutstyr, desinfisering av utstyr, nye arbeidsprosedyrer for covid-19-smittede og regler for beslutninger om fysiske eller digitale konsultasjoner. Som intervjuobjekt 3 sier: «*I starten av pandemien måtte vi omrokere og lage mange nye planer, prosedyrer og beredskapsplaner for det ene og det andre.*» Formålet med implementeringen av reglene og prosedyrene var å sikre ytelse av forsvarlig spesialisthelsetjeneste under nye retningslinjer for smittevern, samt å sikre at ansatte overholdt gitte regler.

I tidligere litteratur påpekes det at virksomheter vanligvis øker bruken av grensesystemer under kriser (Nesheim, 2016; Simons, 1995a). Nye regler og prosedyrer etableres for å bidra til samhandling og for å redusere beslutnings- og samhandlingskostnader (Nesheim, 2016). Simons (1995a) hevder det er kritisk for virksomheter i usikre og dynamiske miljøer å aktivt benytte seg av grensesystemer, ettersom det tilrettelegger for kontroll uten at lederne trenger å overvåke ansatte. Økt bruk av grensesystemer fører til økt kontroll over ansattes handlinger, og legger restriksjoner på handlingsfriheten. Raaen og Rognerud (2016) studerte hvordan en krise påvirket en privat virksomhets bruk av grensesystemer. Deres funn viser at selskapet benyttet seg av grensesystemer i større grad under krisen, ved at de tydeliggjorde regler og retningslinjer for ansatte. Formålet var å øke kontrollen og sikre at ansatte handlet i tråd med ledelsens ønsker. Iredahl og Wiklund (2016) utførte en lignende studie på det svenske utlendingsdirektoratet under flyktningkrisen. Også deres funn viser at organisasjonens bruk av regler og prosedyrer økte under krisen, ved at de utarbeidet nye og strengere regler.

Begge studiene studerte bruken av grensesystemer i en krisekontekst, men hvilken type krise de forsket på er forskjellig. Raaen og Rognerud (2016) studerte en økonomisk krise der selskapet opplevde et stort fall i etterspørselen. Derimot studerte Iredahl og Wiklund (2016) hvordan flyktningkrisen hadde innvirkning på bruk av grensesystemer i en offentlig organisasjon. Her opplevde organisasjonen en kraftig økning i antall flyktninger de måtte håndtere. Dette kan tyde på en samsvarende litteratur, som peker i retning av at grensesystemer får økt viktighet under kriser. Funnene gjelder tilsynelatende uavhengig av hvorvidt virksomheten opererer i offentlig eller privat sektor, eller om krisen medfører kraftig fall eller økning i etterspørselen.

Våre funn samsvarer med funnene i eksisterende teori. Empirien viser at helseforetaket hadde en kraftig økning i utarbeidelse av regler, prosedyrer og standarder. Formålet med dette var å sikre at ansatte handlet i tråd med ledelsens ønsker og minimere risiko for uønsket atferd. Dette er i tråd med det litteraturen hevder er vanlig for virksomheter under kriser (Nesheim, 2016; Simons, 1995a). I tillegg er våre funn i samsvar med eksisterende empiri, som viser at grensesystemer blir viktigere for å kontrollere ansattes atferd under kriser (Iredahl & Wiklund, 2016; Raaen & Rognerud, 2016).

Videre hevder Simons (1995a) at klare regler og prosedyrer er spesielt viktig for virksomheter som i stor grad er avhengig av tillit. Forklaringen er at uønskede handlinger kan gå utover omdømmet og gjøre permanente skader. Dette samsvarer også med funnene fra Iredahl og Wiklund (2016) sin studie, der caseobjektet var særlig avhengig av tillit, hvilket innebar at feilaktige beslutninger ville fått store negative konsekvenser. Funnene deres viser at det svenske utlendingsdirektoratet var svært opptatt av å etablere regler og prosedyrer for å sikre at flyktningene ble behandlet likt og på en god måte.

I lys av dette kan det argumenteres for at helseforetaket kan betraktes som en virksomhet som i aller høyeste grad baserer seg på tillit og er avhengig av et positivt omdømme for å kunne yte gode helsetjenester. Av våre funn, påpeker flere ledere at den økte bruken av regler og prosedyrer var nødvendig under krisen ettersom dårlige beslutninger hadde ført til store negative konsekvenser. Helseforetaket måtte sikre at helsetjenester ble gjennomført på en etisk forsvarlig måte. Med andre ord ble det et stort behov for å tydeliggjøre grenser for akseptabel atferd under denne tiden, som er i overensstemmelse med eksisterende litteratur.

6.4.2 Sentralisering og delegering langs ulike dimensjoner

Empiri og kontekst viser at helseforetaket er strukturert forholdsvis byråkratisk, med ulike hierarkiske nivåer. I tillegg er driften preget av standardiserte arbeidsoppgaver, sentralisert beslutningsmyndighet og høy grad av spesialisering. Empirien viser at beslutningene som omfatter organisasjonen som helhet tas i toppen, mens beslutninger om pasientbehandling tas av klinikere på lavere nivå. Graden av beslutningsmyndighet hos enhetslederne påvirker hvorvidt de er på seksjons-, avdelings- eller klinikknivå. Empirien viser at beslutningsmyndigheten ble endret under krisen, ved at den ble delegert langs enkelte dimensjoner og sentralisert langs andre dimensjoner.

Simons (1995b) hevder at en virksomhets evne til omstilling påvirkes av organisasjonsstrukturen. En toppstyrt organisasjon med stor grad av sentralisert beslutningsmyndighet vil gi økt kontroll, men gjør hurtige tilpasninger mer krevende. Tidligere empiriske studier viser at virksomheter har en tendens til å sentralisere beslutningsmyndigheten under kriser (Bakonyi, 2018; D'aveni, 1989; Staw et al., 1981). Dette forklares av: (1) toppledelsen hevder at sentralisering vil bidra til økt effektivitet, (2) sentralisering vil bidra til mer effektiv kommunikasjon og (3) toppledelsen mangler tillit til ansatte på lavere nivå (Bakonyi, 2018). Videre hevder Staw et al. (1981) at økt sentralisering av beslutningsmyndighet er et resultat av at toppledelsen ønsker mer kontroll og muligheter for overvåking. I tillegg mener de at ledere på lavere nivå ønsker å gi fra seg beslutningsmyndighet under kriser, slik at de unngår ansvar eller skyld dersom kritikkverdige beslutninger tas.

Imidlertid påpeker studier at sentralisering av beslutningsmyndighet fører til lavere tilpasnings- og omstillingsevne (Alonso et al., 2008; Bakonyi, 2018). Bakonyi (2018) hevder at delegering av beslutningsmyndighet er avgjørende for bedre tilpasningsdyktighet under kriser. Dette støttes av studien til Alonso et al. (2008) som viser at desentraliserte virksomheter har større fleksibilitet og evne til å respondere hurtig på endringer, enn det sentraliserte virksomheter har. Forklaringen er at mellomledere har mer lokal og spesifikk kunnskap, og er dermed bedre anlagt til å ta avgjørelser. Dersom de får myndighet til å ta avgjørelser, uten å måtte høre med ledere lengre oppe, kan hurtigere avgjørelser bli tatt. Videre hevdes det at desto mer usikre omgivelsene er, desto høyere er behovet for fleksibilitet og desentraliserte styringssystemer (Kaarbøe et al., 2013). Dette understrekes av studien til Martinez-Leon og Martinez-Garcia (2011) som viser at desentraliserte styringsstrukturer er viktige for at ansatte

skal oppleve autonomi og myndighet. Som igjen er avgjørende momenter for fleksibilitet og omstillingsevne.

Vi ser fra elementene ovenfor at virksomheter ofte sentraliserer beslutningsmyndigheten under kriser, selv om studier anbefaler å delegerer beslutningsmyndigheten for å øke fleksibiliteten. I lys av dette samsvarer våre funn delvis med eksisterende litteratur. Enkelte intervjuobjekter, som ledere høyere oppe i helseforetaket, hevdet at beslutningsmyndigheten ble mer sentralisert under krisen. De argumenterer for at en effektiv krisehåndtering innebærer en økt kontroll hos ledelsen, og at dette var nødvendig for å unngå usikkerhet. Som intervjuobjekt 3 sier: *«lederansvar må etter mitt syn være mer kontrollerende under en krise, enn det ville vært i en normalsituasjon»*. De var avhengige av å ta avgjørelser rundt smittevernregler, smittehåndtering og pasientbehandling som omfattet hele virksomheten, og at beslutningene ble fattet i toppledelsen sikret større effektivitet og mer kontroll.

Videre viser andre funn at enkelte seksjonsledere opplevde å få økt beslutningsmyndighet under krisen. Dette gjaldt særlig beslutninger om koordinering og samhandling på tvers av enheter. I disse prosessene fikk seksjonsledere flytte på personell og styre uten påvirkning fra ledelsen. Som tidligere nevnt har seksjonsledere på lavere nivå ofte mer spesifikk kunnskap enn ledere høyere oppe, og det er derfor naturlig å anta at mellomledere er bedre egnet til å ta avgjørelser om hvilke ansatte som burde flyttes på tvers av enheter, enn ledere lengre oppe i foretaket. Enhetslederne hevder at den tildelte myndigheten resulterte i en mer effektiv beslutningsprosess, ettersom de ikke trengte å inkludere flere ledd. Slik kunne de hurtig avgjøre hvor ansatte skulle flyttes til. Dette samsvarer med studiene til Alonso et al. (2008), Kaarbøe et al. (2013) og Martinez-Leon og Martinez-Garcia (2011) om at delegert beslutningsmyndighet til de med størst lokal kunnskap gir bedre og hurtigere avgjørelser, og følgelig til en forbedret omstillingsevne.

Staw et al. (1981) hevder at ledere på lavere nivå ønsker å gi fra seg beslutningsmyndighet under kriser, for å unngå skyld eller ansvar dersom noe går galt. Dette er en holdning vi ikke registrerte i våre funn. En krise som covid-19-pandemien medførte at liv kunne stå på spill, og det kan derfor være nærliggende å anta at dette spiller en rolle i hvorvidt ledere på lavere nivå vil fraskrive seg ansvar. Likevel finner vi ikke denne tendensen, som trolig kan forklares av at den spesifikke kompetansen er plassert langt nede i et helseforetak. Det er klinikerne som besitter mest kunnskap om daglig drift og pasientbehandling, og det kan derfor tenkes at krisen utløste eller styrket ansvarsfølelsen hos de ansatte på lavere nivå. I tillegg er klinikerne vant

til å takle press som knytter seg til å redde menneskeliv, slik at dette også kan ha vært en faktor av betydning for vårt funn på dette punkt.

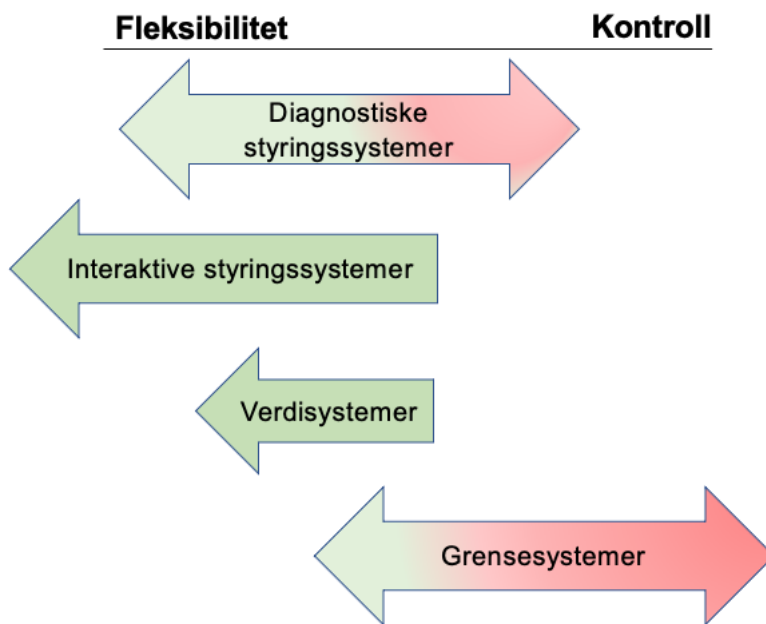
En utfordring med delegering av beslutningsmyndighet er at agentkostnadene kan bli for høye (Jensen & Meckling, 1976). I slike tilfeller sier teorien at delegering kan føre til ressursløsning, der suboptimale beslutninger blir fattet og negativt påvirker virksomheten som helhet. Empirien viser at toppledelsen utarbeidet sentrale regler og retningslinjer, men tillot også enheter lengre nede i foretaket å lage egne dersom de foretrakk det. Dette var et tilfelle av en suboptimal løsning som påførte ledelsen ekstraarbeid. Intervjuobjekt 3 sier: «[...] *Det var jo et slit. Men det har ikke vært riktig tidspunkt [under krisen] å ta det opp med lederen*». Hvorfor helseforetaket utarbeidet regler og prosedyrer i toppen og samtidig åpnet opp for at enheter kunne ha egne, kan skyldes flere momenter. En tanke er at toppledelsen hadde svært mye å gjøre i denne perioden, og en konflikt kunne resultert i ytterligere merarbeid. I tillegg ville en konflikt potensielt påvirket samarbeidsrelasjoner og tillit, som kan tenkes å være lite gunstig i en slik situasjon som de befant seg i. For å være forberedt og klar til å håndtere en krise av dette omfanget, er det nærliggende å anta at helseforetaket var avhengig av godt samarbeid internt. Dermed kan toppledelsen hatt interesse av å akseptere dette for å unngå konflikt. I tillegg kan et annet moment være at toppledelsen var klar over at enkelte enheter hadde spesielle behov, som dermed gjorde lokalt utformede regler mer hensiktsmessig.

6.4.3 Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll

Samlet sett tyder diskusjonen ovenfor på at helseforetaket økte sin bruk av grensesystemer under covid-19-pandemien. Vi ser at helseforetaket etablerte nye regler, grenser og prosedyrer for å sikre at ansattes atferd var i tråd med ledelsens og myndighetenes ønsker. En ulempe med dette var at en overdreven bruk hindret fleksibilitet og omstilling (Simons, 1995b). Intervjuobjektene hevder at regler og prosedyrer preget arbeidshverdagen deres i stor grad allerede i forkant av krisen, og at implementeringen av nye grenser påvirket arbeidet deres negativt. En slik bruk av grensesystemer reduserer fleksibiliteten, men tilrettelegger for økt kontroll.

Helseforetaket er allerede preget av å være forholdsvis byråkratisk, og ytterligere sentralisering av beslutningsmyndighet økte kontrollen. Dette kan ifølge teorien være et hinder for omstillingsevne og fleksibilitet (Alonso et al., 2008; Bakonyi, 2018). Imidlertid ser vi at delegering av beslutningsmyndighet langs enkelte dimensjoner gir bedre tilpasningsdyktighet

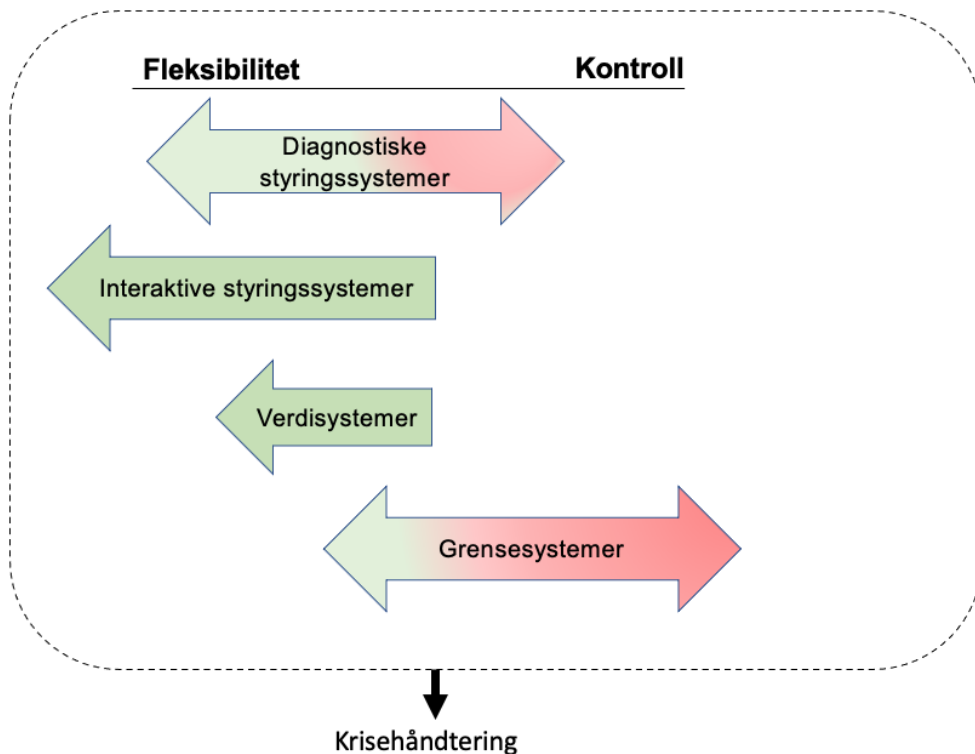
(Alonso et al., 2008). Dette sikrer hurtigere og bedre avgjørelser, og påvirker helseforetakets fleksibilitet og evne til å respondere hurtig på endringer i omgivelsene. Figuren nedenfor illustrerer hvordan endring i bruk av grensesystemer i stor grad tilrettelegger for økt kontroll, men også noe fleksibilitet.



Figur 11: Illustrasjon av tilretteleggelse for fleksibilitet og kontroll – grensesystemer

6.5 Oppsummering av tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll

I delkapitlene over har vi diskutert hvordan de ulike styringssystemene fra Levers of Control-rammeverket har tilrettelagt for fleksibilitet og kontroll hos helseforetaket under covid-19-pandemien. Følgende figur illustrerer denne diskusjon, der formålet til helseforetaket var å sikre en effektiv krisehåndtering.



Figur 12: Illustrasjon av tilretteleggelse for fleksibilitet og kontroll – oppsummering

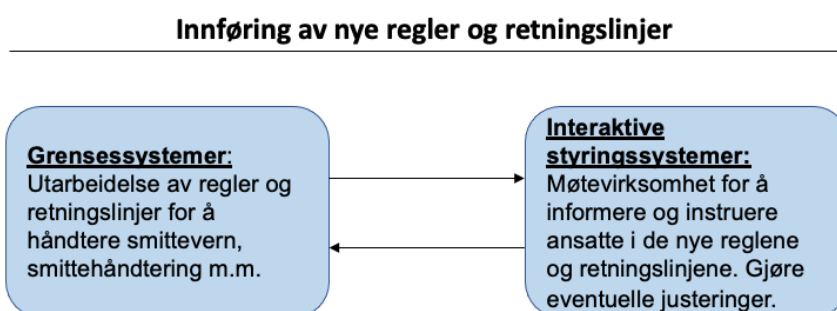
I figur 12 ser vi at de diagnostiske styringssystemene trekker mest i retning av økt fleksibilitet, men en økt bruk av ikke-finansiell informasjon gir også økt kontroll. Vi har sett at interaktive styringssystemer har vært avgjørende for omstillingsevnen til helseforetaket under covid-19-pandemien. Videre har vi argumentert for at verdisystemer legger noe til rette for økt fleksibilitet i helseforetaket. Til slutt ser vi at grensesystemer trekker i klar retning av å gi økt kontroll, men innehar også noen elementer som styrker fleksibiliteten.

6.6 Samspillet mellom styringssystemene

Tidligere forskning har i hovedsak sett på ett og ett styringsverktøy, og går dermed glipp av viktige funn, siden styringssystemene er gjensidig avhengige av hverandre (Chenhall, 2003; Kruis et al., 2016; Mundy, 2010; Widener, 2007). Slike studier vil ikke identifisere at en endring i ett styringssystem gir utslag i et annet styringssystem. I forskningen til Henri (2006a), Kruis et al. (2016) og Mundy (2010) blir det ytret et behov for flere studier som studerer dette samspillet. Et av formålene til denne studien er å innfri dette ønsket om å studere bruken av styringssystemer under kriser fra et helhetlig synspunkt. I lys av dette, vil vi i kommende delkapittel illustrere hvordan samspillet mellom styringssystemene fungerer, og hvordan de sammen har tilrettelagt for en effektiv krisehåndtering i helseforetaket.

6.6.1 Behov for regler, prosedyrer og standarder: Samspill mellom interaktive og grensesystemer

Et eksempel på sammenhengen mellom styringssystemene, er samspillet mellom grensesystemer og interaktive styringssystemer. Da covid-19-pandemien inntraff utarbeidet helseforetaket i tillegg til opplæringsprosedyrer, også regler og retningslinjer for smittevern, smittehåndtering og fysiske konsultasjoner. Dette var regler og prosedyrer som ikke eksisterte før krisen, slik at ansatte måtte instrueres i disse. Det er nærliggende å tenke at man må arrangere møter for å informere og motta tilbakemeldinger på slike drastiske inngrep i ansattes arbeidshverdag. Det var ikke alle av de etablerte grensene som var like vellykkede, og ledelsen var derfor avhengig av innspill for å gjøre fortløpende og nødvendige justeringer. Derfor medførte en økt bruk av grensesystemet, ved opprettelse av nye regler, standarder og prosedyrer, også til økt bruk av det interaktive styringssystemet. Dette understrekes av intervjuobjekt 8: «*Ansatte ble mer involvert inn og har gjerne fått bidratt mer med innspill, slik at vi raskere klarer å løse problemer i praksis*».



Figur 13: Illustrasjon av samspill mellom styringssystemene – innføring av nye regler og retningslinjer

Figur 13 illustrerer hvordan regler og retningslinjer ble utarbeidet ved bruk av grensesystemet, og videre informert om og instruert til ansatte ved hjelp av det interaktive styringssystemet. Her ble det også lagt til rette for organisatorisk læring ved at ledere som utarbeidet disse reglene og retningslinjene fikk innspill fra ansatte på lavere nivå, og gjorde eventuelle justeringer.

6.6.2 Behov for ansatte: Samspill mellom interaktive, diagnostiske, verdisystemer og grensesystemer

Empirien viser at mangel på bemanning utgjorde en flaskehals for helseforetaket under pandemien. Scenarier viste fulle sykehus, som skapte stor etterspørsel etter ansatte. I tillegg ville smitte på sykehuset og i samfunnet ellers føre til store frafall, ved at ansatte enten var syke eller måtte være hjemme i karantene. Ved å utarbeide regler og prosedyrer gjennom grensesystemet, var formålet å etablere et rammeverk for behandling av covid-19-pasienter, slik at ansatte kunne opplæres hurtig. Ved å benytte det interaktive styringssystemet ble det arrangert møter der ansatte fikk opplæring i de nye rollene og prosedyrene. Som intervjuobjekt 8 hevder:

I tillegg var det mye trening med tanke på å håndtere disse [koronasmittede] pasientene og smitteopplæring [...]. Alle hadde sånne oppgaver som skulle utsjekkes, og læres opp på dette her. Det var jo personer som ikke jobbet med disse type pasienter til vanlig. (Intervjuobjekt 8)

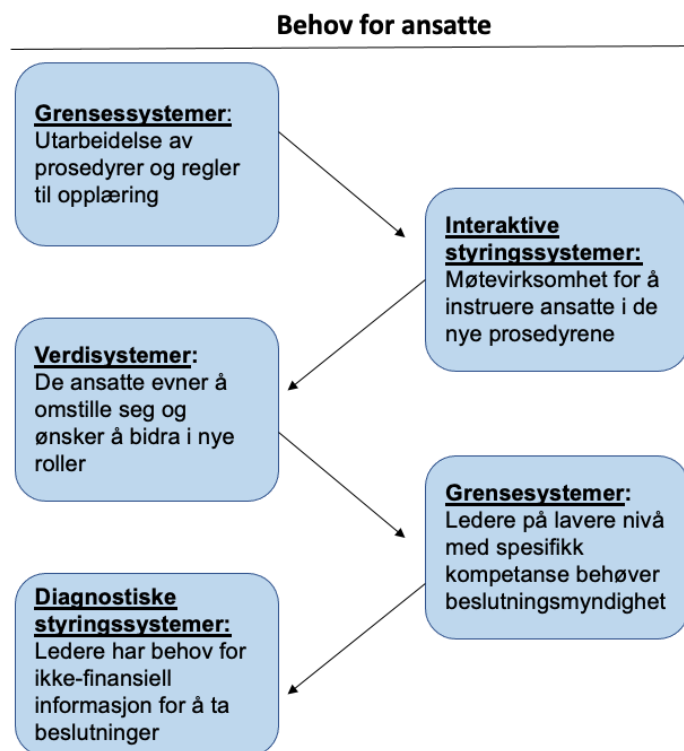
Ved at ansatte hadde mulighet til å tre inn i andre arbeidsroller på kort varsel ble foretaket mer fleksible. Flytting av ansatte i denne størrelsesordenen betinget både velsmurt samarbeid mellom ledere og god dialog mellom ansatte på ulike nivå. Som intervjuobjekt 3 sier: «*Det er klart at når vi gjør om en avdeling til noe annet og flytter på ansatte og sånt, så er det viktig å ha med seg de ansatte i de prosessene*». Dermed ble det interaktive styringssystemet viktig for informasjonsdeling av de etablerte reglene og prosedyrene tilhørende grensesystemet. I tillegg kan det hevdes at de grunnleggende verdiene som ansatte har tillært gjennom utdanning og jobb, førte til at de i større grad ville stille opp. Dermed var også *verdisystemer* avgjørende.

Videre viser empirien at en oversiktlig flytting av ansatte var avhengig av ledere som samarbeidet på tvers, og hadde myndighet til å bestemme hvor den enkelte skulle jobbe. Funnene viser at seksjonsledere opplevde å få tildelt økt beslutningsmyndighet under krisen, der de hadde myndighet til å nettopp fordele ansatte ut på trengende enheter. Konsekvensen var at beslutninger ble tatt av enhetsledere på lavere nivå med antatt størst kompetanse. Dermed ble foretaket fleksible ved at hurtige beslutninger ble tatt, og ansatte kunne flyttes til områdene med størst behov.

Et annet moment er at enhetsledere hadde behov for styringsinformasjon for å vite hvilke ansatte som var tilgjengelige og hvilke avdelinger som hadde størst behov. Dette behovet for

ikke-finansiell informasjon understrekes av intervjuobjekt 12: «Det var viktig for meg å vite hvor mange smittede det var og antall innlagte, da dette i stor grad påvirket hvor mange ansatte vi hadde behov for». Ved å utarbeide rapporter med ikke-finansiell informasjon gjennom det diagnostiske styringssystemet, mottok enhetsledere den ønskede informasjonen. I lys av dette ser vi at økt fokus på ikke-finansiell informasjon gjorde det lettere for ledere å bestemme hvor det var størst behov for ansatte.

Diskusjonen over illustrerer at helseforetaket benyttet seg av et samspill mellom alle de fire systemene i rammeverket, for å dekke noe av behovet etter ansatte under covid-19-pandemien: grensesystemer – interaktive styringssystemer – diagnostiske styringssystemer – verdisystemer. Dette illustreres i Figur 14.



Figur 14: Illustrasjon av samspill mellom styringssystemene - behov for ansatte

Figuren illustrerer samspillet mellom de ulike styringssystemene ved helseforetakets tiltak for å dekke behovet etter ansatte. Grensesystemet sørget for utarbeidelse av regler og prosedyrer for opplæring av ansatte. Det interaktive systemet bidro til at de ansatte ble instruert i de nye prosedyrene, hvilket var nødvendig for å realisere en effektiv etterlevelse av de aktuelle regler og prosedyrer. Verdisystemet var en bidragsgivende faktor til at de ansatte faktisk ønsket og ville bidra, noe som skapte fleksibilitet innad i ansattbestanden. Tilretteleggelse for delegert

beslutningsmyndighet via grensesystemet innebar at ledere kunne flytte ansatte på tvers av avdelinger, mens ikke-finansiell informasjon utledet fra det diagnostiske styringssystemet bestemte hvor den enkelte ansatte skulle flyttes. Det overordnede målet om å avhjelpe utfordringen et begrenset antall ansatte innebar, ble løst ved en rekke endringer i de forskjellige styringssystemene.

6.7 Oppsummering av samspillet mellom styringssystemene

Samlet sett viser funnene at samspill mellom styringssystemene har tilrettelagt for en effektiv krisehåndtering på flere måter. Først så vi hvordan grensesystemet ble benyttet ved å etablere nye regler, standarder og prosedyrer for å minimere risiko for uønsket atferd. Det interaktive styringssystemet ble benyttet for å kommunisere ut disse, samt å få tilbakemeldinger på tiltakene for å kunne gjøre eventuelle justeringer. Videre så vi i det andre eksempelet at helseforetaket hadde et stort behov for ansatte som følge av covid-19-pandemien, og at helseforetaket økte den interne opplæringen som en konsekvens av dette. Vi ser at alle fire styringssystemene fungerte i et samspill for å sikre at opplæring av nye arbeidsoppgaver og delegering av ansatte til trengende avdelinger fungerte på en god måte. Grensesystemet ble benyttet til å etablere prosedyrer som fungerte som opplæringsrammeverk, der det interaktive styringssystemet sørget for opplæring av disse prosedyrene. Verdisystemet påvirket ansatte til å ville bidra ved å omstille seg og utføre nye arbeidsoppgaver. Grensesystemet sikret igjen delegering av beslutningsmyndighet, slik at seksjonsledere kunne beslutte hvilke avdelinger ansatte skulle flyttes til. Det diagnostiske styringssystemet sørget for at seksjonsledere hadde informasjon til å ta disse beslutningene. Følgelig ser vi at samspillet mellom de ulike systemene har fungert på flere ulike måter, avhengig av hvilke behov helseforetaket hadde.

6.8 Oppsummering av diskusjon

I dette kapitlet har vi diskutert hvordan bruken av de ulike styringssystemene sammenfaller med eksisterende teori og empiri om kriser. I tillegg har vi diskutert hvordan ulike momenter ved endring i bruk av systemene har tilrettelagt for fleksibilitet og kontroll. Til slutt har vi drøftet hvordan samspillet mellom styringssystemene har fungert. I neste kapittel vil vi runde av utredningen ved å besvare oppgavens problemstilling.

7. Avslutning

I dette avsluttende kapittelet vil vi starte i delkapittel 7.1 med å besvare studiens problemstilling gjennom våre to forskningsspørsmål. I delkapittel 7.2 reflekterer vi rundt studiens implikasjoner. Til slutt vil vi i delkapittel 7.3 gjøre rede for studiens begrensninger og komme med forslag til videre forskning.

7.1 Besvarelse av problemstilling

Formålet til denne masteravhandlingen har vært å få en bedre forståelse for hvordan et offentlig helseforetak bruker styringssystemer under en krise, med utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvordan bruker et offentlig helseforetak styringssystemer for å håndtere en krise?

For å besvare problemstillingen vil vi svare på våre to forskningsspørsmål:

1. *Hvordan brukes styringssystemene for å tilrettelegge for fleksibilitet og kontroll?*
2. *Hvordan fungerer styringssystemene i et samspill?*

7.1.1 Tilrettelegging for fleksibilitet og kontroll under krisen

Studien viser at endringer i bruk av *diagnostiske styringssystemer* i hovedsak tilrettela for fleksibilitet, men også for kontroll under covid-19-pandemien. Tradisjonelt er helseforetaket opptatt av å vurdere ulike behov og ønsker i omfattende beslutningsprosesser. Under krisen måtte de handle raskt, der det ikke var tid for slike diskusjoner. Økonomifokuset ble satt til side, og konsekvensen var at budsjettet la færre føringer på beslutningsprosessene. Slik kunne ansatte ta hurtigere avgjørelser basert på oppståtte behov. Dette økte omstillingsevnen til foretaket. I tillegg viser studien at ikke-finansiell informasjon, som lagerbeholdning av smittevernutstyr, sykefravær og antall smittede, fikk en kritisk rolle under pandemien. På den ene siden førte dette til økt fleksibilitet ved at helseforetaket fikk mer relevant informasjon, som gjorde det enklere å tilpasse seg hurtige endringer. På den annen side sørget også den samme ikke-finansielle informasjonen, som antall smittede, for økt forutsigbarhet og kontroll.

Videre finner vi at økt fokus på *interaktive styringssystemer* under krisen bidro positivt til helseforetakets omstillingsevne. Studien peker i retning av at en intensivert møtevirksomhet,

både vertikalt og horisontalt, styrket det interne kommunikasjonsnettverket. Ved å inkludere ansatte på lavere nivå, fikk helseforetaket en helhetlig vurdering av strategiske usikkerheter, som muliggjorde en hurtig respons på endringer i omgivelsene. Dette styrket organisatorisk læring som er et viktig moment for fleksibiliteten til helseforetaket. I tillegg førte strenge smittevernrestriksjoner til digitale møter. Dette resulterte i høyere fleksibilitet ettersom møtene ble mer effektive og ansatte kunne delta uavhengig av hvor de var lokalisert.

I *verdisystemer* viser studien at helseforetaket ikke endret hvordan verdier og visjoner ble kommunisert. Imidlertid avdekker vi funn som kan tyde på at underliggende verdier hos ansatte ble avgjørende for måten helseforetaket håndterte krisen på. Vi ser at tillærte verdier gjennom utdanning og arbeidserfaring la føringer på ansattes beslutninger, der ansatte viste stor innsatsvilje og endringsvilje. Samfunnets store engasjement og støtte til helsearbeidere kan også ha bidratt til ansattes gode tilpasningsevne, siden støtten kan ha ført til økt stolthet for arbeidet. Ansatte som var villige til å tiltre i nye arbeidsroller og tilpasse seg endringer i daglige rutiner, var en viktig del av helseforetakets evne til omstilling.

Studien avdekker at økt bruk av *grensesystemer* tilrettela for både fleksibilitet og kontroll. Grensesystemer ble i hovedsak benyttet for økt kontroll, og et av momentene var utarbeidelse av en rekke nye regler, prosedyrer og standarder under krisen. Dette ble gjort for å hindre uønsket atferd og legge restriksjoner på ansatte. Et annet moment var at helseforetaket delegerte myndighet langs enkelte dimensjoner, mens de sentraliserte langs andre. I situasjoner der det var viktig å kommunisere et klart budskap og der lokale beslutninger hadde vært en ulempe for virksomheten som helhet, ble beslutningsmyndigheten sentralisert. Dette førte til økt kontroll. I beslutningsprosesser hvor mellomledere hadde størst lokal kompetanse, ble beslutningsmyndigheten delegert ned i helseforetaket. En slik desentralisering førte til bedre og hurtigere avgjørelser, uten innblanding fra toppledelsen, og påvirket evnen til hurtig respons og omstilling positivt.

For å oppsummere og besvare det første forskningsspørsmålet, finner vi at helseforetaket la til rette for fleksibilitet gjennom endret bruk av diagnostiske, interaktive og grensesystemer. Verdisystemer ble ikke benyttet aktivt av helseforetaket, men hadde likevel positiv innvirkning på helseforetakets fleksibilitet under krisen. For å sikre kontroll benyttet helseforetaket seg av diagnostiske og grensesystemer.

7.1.2 Samspillet mellom styringssystemene

Studien har avdekket at det er et samspill mellom styringssystemene, og at samspillet er avhengig av situasjonen styringssystemene brukes i. Helseforetaket benyttet seg aktivt av grensesystemer under krisen ved å utarbeide en rekke nye regler, retningslinjer og standarder, som omhandlet smittevern og smittehåndtering. Interaktive styringssystemer ble essensielle for å informere om og implementere disse gjeldende reglene, og ved å få tilbakemeldinger på tiltakene kunne innførte regler og retningslinjer eventuelt justeres. Videre viser studien at helseforetaket hadde et stort behov for bemanning som følge av covid-19-pandemien, og et samspill mellom de ulike systemene ble avgjørende for å dekke noe av dette behovet. Grensesystemer ble benyttet til å etablere prosedyrer for opplæring, og interaktive styringssystemer sørget for at ansatte ble instruert i disse prosedyrene. Verdisystemer viste seg å være viktig for ansattes omstilling og ønske om å bidra. Grensesystemer ble igjen benyttet til å delegerer beslutningsmyndighet, slik at seksjonsledere kunne delegerer hvor ansatte skulle jobbe basert på behov. Til slutt var diagnostiske styringssystemer viktig ettersom lederne tok beslutninger basert på ikke-finansiell informasjon, generert av disse systemene.

Samlet sett finner vi at samspillet mellom styringssystemene fungerer ulikt, avhengig av hvilken situasjon vi studerer. Vi har avdekket at systemene er gjensidig avhengige av hverandre, der sammenhenger på tvers har vært avgjørende for en effektiv krisehåndtering i helseforetaket.

7.2 Teoretiske og praktiske implikasjoner

Gjennomgang av tidligere forskning viser at vår studie kan bidra på flere områder. Tidligere litteratur er enten mangelfull eller etterspør mer forskning på: (1) hvordan virksomheter benytter styringssystemer i en krisesituasjon, (2) hvordan offentlige helseforetak benytter styringssystemer for å tilrettelegge for fleksibilitet og kontroll under kriser og (3) hvordan styringssystemene virker i et samspill.

For det første har tidligere forskning kun studert ett og ett styringsverktøy i en krisesituasjon, men ikke fra et helhetlig perspektiv. Vi har vist til litteratur som poengterer at et helhetlig fokus på styringssystemet er avgjørende for en fullstendig forståelse av dette fenomenet. I lys av dette vil vår studie bidra til å utvikle forskningslitteraturen om bruk av helhetlige styringssystemer under en krise. For det andre har tidligere litteratur og empiri om kriser, i

hovedsak studert virksomheter i privat sektor. Sammenlignet med vår studie ser vi at enkelte empiriske funn fra privat sektor ikke er direkte overførbare til virksomheter i offentlig sektor. Dette gjelder særlig bruk av diagnostiske styringssystemer under kriser, og kan trolig forklares av forskjeller i finansierings- og forretningsmodeller. Bruk av andre systemer som det interaktive og grensesystemer under kriser, virker derimot å være mer i samsvar. Vår studie bidrar dermed til litteraturen om hvordan offentlige helseforetak benytter seg av styringssystemer under en krise. Til slutt har vår studie svart på behovet for ytterligere forskning på hvordan styringssystemer fungerer i et samspill.

Videre vil studien gi praktiske implikasjoner ved at virksomheter, særlig offentlige helseforetak, kan få økt forståelse for hvordan ulike prioriteringer av styringssystemet kan påvirke fleksibilitet og kontroll. På denne måten legger vi til rette for at virksomheter kan få bedre forutsetninger for å forstå hvordan styringssystemer bør benyttes ved en eventuell krise.

7.3 Begrensninger og forslag til videre forskning

Studien vår har naturligvis flere begrensninger, der valg av forskningsdesign og utredningens tidsramme er de viktigste momentene. Som tidligere nevnt vil denne studien være krevende å gjenskape, siden kontekst er en avgjørende faktor. I tillegg legger tidsrammen på oppgaven begrensninger på antall intervjuer som kan gjennomføres. Et lite utvalg påvirker overførbarheten til studien negativt og fører til at vi ikke kan konkludere funnene som gjeldende for vårt caseobjekt som helhet eller for flere helseforetak. Basert på dette oppfordrer vi fremtidig forskning til å gjennomføre en mer omfattende forskning, med flere intervjuobjekter i flere ulike helseforetak, for å kunne bekrefte eller avkreftede tendensene vi viser til gjennom vår studie.

Videre har vi vist at flere av våre funn ikke er i tråd med tidligere litteratur og studier, som i hovedsak har studert private virksomheter. For å kunne overføre våre funn til andre offentlige virksomheter er det behov for mer forskning på offentlig sektors bruk av styringssystemer under kriser. For eksempel kan det være interessant å gjennomføre en flercasestudie, hvor en sammenligner flere offentlige virksomheter i ulike bransjer. I tillegg oppfordrer vi til mer forskning på hvordan styringssystemene fungerer i et samspill, ettersom dette blir etterlyst av flere forskere.

Litteraturliste

- Abernethy, M. A., & Brownell, P. (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: An exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), 189–204. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(98\)00059-2](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(98)00059-2)
- Alonso, R., Dessein, W., & Matouschek, N. (2008). When Does Coordination Require Centralization? *American Economic Review*, 98(1), 145–179. <https://doi.org/10.1257/aer.98.1.145>
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: A framework for analysis* (11. pr). Harvard Univ.
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2009). *Management control systems* (12. ed., internat. ed., [Nachdr.]). McGraw-Hill.
- Anthony, R. N., & Young, D. W. (1999). *Management control in nonprofit organizations* (6th ed). Irwin/McGraw-Hill.
- Bakonyi, Z. (2018). Why do firms centralise their strategic decision-making during crisis? A qualitative study. *Journal of Organizational Change Management*, 31(5), 1191–1205. <https://doi.org/10.1108/JOCM-12-2016-0303>
- Becker, S. D., Mahlendorf, M. D., Schäffer, U., & Thaten, M. (2016). Budgeting in Times of Economic Crisis. *Contemporary Accounting Research*, 33(4), 1489–1517. <https://doi.org/10.1111/1911-3846.12222>
- Bergstrand, J. (2009). *Accounting for management control*. Studentlitteratur.
- Billings, R. S., Milburn, T. W., & Schaalman, M. L. (1980). A Model of Crisis Perception: A Theoretical and Empirical Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 25(2), 300. <https://doi.org/10.2307/2392456>
- Bjørnenak, T. (2019). *Strategiske lønnsomhetsanalyser*. Fagbokforlaget.
- Bjørnenak, T., & Hoff, K. G. (2010). *Driftsregnskap og budsjettering*. Universitetsforl.

- Bjørnenak, T., Magnussen, J., Pettersen, I. J., & Nyland, K. (Red.). (2008). *Økonomi og helse* (2. utg., 1. oppl). Cappelen Akademisk Forl.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research*. SAGE.
- Bogsnes, B. (2016). *Implementing beyond budgeting: Unlocking the performance potential* (Second edition). Wiley.
- Boin, A., 't Hart, P., Stern, E., & Sundelius, B. (2005). *The Politics of Crisis Management: Public Leadership Under Pressure*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511490880>
- Bourmistrov, A., & Kaarbøe, K. (2017). Tensions in managerial attention in a company in crisis: How tightening budget control resulted in discomfort zones for line managers. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 13(2), 239–261. <https://doi.org/10.1108/JAOC-08-2015-0066>
- Burrell, G., & Morgan, G. (2017). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis: Elements of the Sociology of Corporate Life*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315242804>
- Chapman, C. S. (2005). *Controlling Strategy: Management, Accounting, and Performance Measurement* (1. utg.). Oxford University Press.
- 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), 127–168. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(01\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(01)00027-7)
- Christenson, C. (1972). *The Power of Negative Thinking*. Harvard University.
- Collins, F., Holzmann, O., & Mendoza, R. (1997). STRATEGY, BUDGETING, AND CRISIS IN LATIN AMERICA. *Accounting, Organizations and Society*, 22(7), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(96\)00050-5](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(96)00050-5)
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. Sage Publications.

-
- Czarniawska-Joerges, B. (1988). Dynamics of organizational control: The case of Berol Kemi AB. *Accounting, Organizations and Society*, 13(4), 415–430. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(88\)90014-1](https://doi.org/10.1016/0361-3682(88)90014-1)
- D’aveni, R. A. (1989). THE AFTERMATH OF ORGANIZATIONAL DECLINE: A LONGITUDINAL STUDY OF THE STRATEGIC AND MANAGERIAL CHARACTERISTICS OF DECLINING FIRMS. *Academy of Management Journal*, 32(3), 577–605. <https://doi.org/10.2307/256435>
- D’Aveni, R. A., & MacMillan, I. C. (1990). Crisis and the Content of Managerial Communications: A Study of the Focus of Attention of Top Managers in Surviving and Failing Firms. *Administrative Science Quarterly*, 35(4), 634. <https://doi.org/10.2307/2393512>
- Di Francesco, M., & Alford, J. (2017). Balancing budget control and flexibility: The central finance agency as ‘responsive regulator’. *Public Management Review*, 19(7), 972–989. <https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1243812>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 4, 332–335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Dubois, A., & Gadde, L.-E. (2002). Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, 55(7), 553–560. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)
- Edmondson, A. C., & Mcmanus, S. E. (2007). Methodological fit in management field research. *Academy of Management Review*, 32(4), 1246–1264. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.26586086>
- English, T. (2001). TENSION ANALYSIS IN INTERNATIONAL ORGANIZATIONS: A TOOL FOR BREAKING DOWN COMMUNICATION BARRIERS. *The International Journal of Organizational Analysis*, 9(1), 58–83. <https://doi.org/10.1108/eb028928>
- Feidje, A. K., & Stura, H. M. (2015). *Utbredelse av budsjettstyring blant norske selskaper: En deskriptiv og empirisk analyse av holdning til og bruk av budsjett* [Masteroppgave, Norwegian School of Economics]. <http://hdl.handle.net/11250/300268>

- Fiol, C. M., & Lyles, M. A. (1985). Organizational Learning. *The Academy of Management Review*, 10(4), 803. <https://doi.org/10.2307/258048>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Ukerapport: 11 2020*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdbf381ab52e6157/vedlegg/forste-halvar-2020/2020-03-19-ukerapport-covid-19.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Ukerapport: 14 2020 (30.3-5.4 2020)*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdbf381ab52e6157/vedlegg/forste-halvar-2020/07.04.20---ukerapport-14-covid-192.pdf>
- Goretzki, L., & Kraus, K. (2020). Balancing diagnostic and interactive control systems. I *Sweden Through the Crisis*. Stockholm School of Economics Institute for Research. https://www.hhs.se/contentassets/a365750b7c8e4f13ab02a16a1bd57a59/a23-2.pdf?fbclid=IwAR0MH3HSemwuw4YoztnZ5kWnTF18VcruGUljkyrv7UsaFISi_BK11SiDh4
- Grønmo, S. (1997). *Samfunnsvitenskapelig metode*. Fagbokforlaget.
- Hadley, C. N., Pittinsky, T. L., Sommer, S. A., & Zhu, W. (2011). Measuring the efficacy of leaders to assess information and make decisions in a crisis: The C-LEAD scale. *The Leadership Quarterly*, 22(4), 633–648. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.05.005>
- Heinicke, A., Guenther, T. W., & Widener, S. K. (2016). An examination of the relationship between the extent of a flexible culture and the levers of control system: The key role of beliefs control. *Management Accounting Research*, 33, 25–41. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2016.03.005>
- Henri, J.-F. (2006a). Management control systems and strategy: A resource-based perspective. *Accounting, Organizations and Society*, 31(6), 529–558. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2005.07.001>
- Henri, J.-F. (2006b). Organizational culture and performance measurement systems. *Accounting, Organizations and Society*, 31(1), 77–103. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2004.10.003>
- Hope, J., & Fraser, R. (2003). Who needs budgets? *Harvard Business Review*, 81(2), 108-115,126.

-
- Hopwood, A. G. (1972). The relationship between accounting and personnel management—Past conflicts and future potential. *Personnel Review*, 1(2), 40–47. <https://doi.org/10.1108/eb055199>
- Hopwood, A. G. (2009). The economic crisis and accounting: Implications for the research community. *Accounting, Organizations and Society*, 34(6–7), 797–802. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2009.07.004>
- Horngren, C. T., Datar, S. M., & Rajan, M. V. (2012). *Cost accounting: A managerial emphasis* (14th ed). Pearson/Prentice Hall.
- Iredahl, A., & Wiklund, M. (2016). *Management Control Sysrems in the Public Sector during Crises: An Institutional Logics Perspective* [Masteroppgave, Stockholm School of Economics]. <http://arc.hhs.se/download.aspx?MediumId=3184>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Damm akademisk.
- Janke, R., Mahlendorf, M. D., & Weber, J. (2014). An exploratory study of the reciprocal relationship between interactive use of management control systems and perception of negative external crisis effects. *Management Accounting Research*, 25(4), 251–270. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2014.01.001>
- Jensen, M. C. (2003). *A theory of the firm: Governance, residual claims, and organizational forms* (1. Harvard Univ. Press paperback ed., 2. print). Harvard Univ. Press.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Abstrakt.
- Kalajdzic, P., & Solberg, E. L. (2020, mars 12). Varsler de mest inngripende tiltakene Norge har hatt i fredstid. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/varsler-de-mest-inngripende-tiltakene-norge-har-hatt-i-fredstid-1.14940376>

- Kaplan, R. S., & Atkinson, A. A. (1998). *Advanced management accounting* (3rd ed). Prentice Hall.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Harvard Business School Press.
- Klein, J. (2020). Koronavirus-pandemien i 2020. I *Store norske leksikon*. Store norske leksikon. https://sml.sn.no/koronavirus-pandemien_i_2020
- Kloot, L. (1997). Organizational learning and management control systems: Responding to environmental change. *Management Accounting Research*, 8(1), 47–73. <https://doi.org/10.1006/mare.1996.0033>
- Kraus, K., & Lind, J. (2010). The impact of the corporate balanced scorecard on corporate control—A research note. *Management Accounting Research*, 21(4), 265–277. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2010.08.001>
- Kruis, A.-M., Speklé, R. F., & Widener, S. K. (2016). The Levers of Control Framework: An exploratory analysis of balance. *Management Accounting Research*, 32, 27–44. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2015.12.002>
- Kaarbøe, K., Gooderham, P. N., & Nørreklit, H. (Red.). (2013). *Managing in dynamic business environments: Between control and autonomy*. Edward Elgar.
- Kulturdepartementet. (2019, 20. september) Prop. 1S (2019-2020). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20192020/id2671450/>
- Libby, T., & Lindsay, R. M. (2010). Beyond budgeting or budgeting reconsidered? A survey of North-American budgeting practice. *Management Accounting Research*, 21(1), 56–75. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2009.10.003>
- Magnussen, J. (2019). Innsatsstyrt finansiering. I *Store norske leksikon*. Store norske leksikon. https://sml.sn.no/innsatsstyrt_finansiering
- Malmi, T., & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19(4), 287–300. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003>

-
- María Martínez-León, I., & Martínez-García, J. A. (2011). The influence of organizational structure on organizational learning. *International Journal of Manpower*, 32(5/6), 537–566. <https://doi.org/10.1108/01437721111158198>
- Merchant, K. A., & Van der Stede, W. A. (2007). *Management control systems: Performance measurement, evaluation and incentives* (2nd ed). Financial Times/Prentice Hall.
- Mundy, J. (2010). Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems. *Accounting, Organizations and Society*, 35(5), 499–523. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2009.10.005>
- Nesheim, T. (2016). Kriseledelse og organisering. *Magma*. <https://www.magma.no/kriseledelse-og-organisering>
- NTB. (2020, mars 12). Norge på fjerde plass på smittetoppen. *Adressa*. <https://www.adressa.no/nyheter/innenriks/2020/03/12/Norge-p%C3%A5-fjerdeplass-p%C3%A5-smittetoppen-21324222.ece>
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse—Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Fagbokforlaget.
- Nyland, K., & Østergren, K. (2008). *Økonomisk styring i helseforetak: Avdelingslederens holdning til økonomiansvar*. SNF. https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/164973/R06_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Otley, D. (2006). Trends in budgetary control and responsibility accounting. I A. Bhimani (Red.), *Contemporary Issues in Management Accounting* (s. 291–307). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199283361.003.0013>
- Pearson, C. M., & Clair, J. A. (1998). Reframing Crisis Management. *The Academy of Management Review*, 23(1), 59. <https://doi.org/10.2307/259099>
- Pettersen, I. J. (2009). Økonomistyring – Teoretisk praksis eller praktisk teori. *Magma*. <https://www.magma.no/oekonomistyring-teoretisk-praksis-eller-praktisk-teori>
- Pettersen, I.J. (2013). Økonomistyring – Teori møter praksis. I Elvegård, L.O., Gressetvold, E. & Pettersen, I.J. (red). *Bedriftsledelse. Ulike perspektiver og tilnærminger til ledelse, økonomistyring og samfunnsansvar*. Trondheim. Akademika Forlag, pp. 17-36.

-
- Tessier, S., & Otley, D. (2012). A conceptual development of Simons' Levers of Control framework. *Management Accounting Research*, 23(3), 171–185. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2012.04.003>
- Wallander, J. (1999). Budgeting—An unnecessary evil. *Scandinavian Journal of Management*, 15(4), 405–421. [https://doi.org/10.1016/S0956-5221\(98\)00032-3](https://doi.org/10.1016/S0956-5221(98)00032-3)
- Widener, S. K. (2007). An empirical analysis of the levers of control framework. *Accounting, Organizations and Society*, 32(7–8), 757–788. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2007.01.001>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (Sixth edition). SAGE.
- Aastvedt, A. (2010). Kommuneregnskapet—Nyttig for hvem og til hva? *Magma*. <https://www.magma.no/kommuneregnskapet-nyttig-for-hvem-og-til-hva>

Appendiks

Appendiks A: Intervjuguide

Del 1: Introduksjon

Formål og praktiske formaliteter

- Presentasjon av forskerne
- Presentasjon av formålet med masterutredningen og redegjøre for praktiske formaliteter
- Informere om konfidensialitet og anonymitet

Presentasjon av respondenten

- Kan du fortelle om din arbeidserfaring og om din nåværende stilling?

Spørsmål om covid-19-pandemien

- Når og hvordan følte du at dette var en uvanlig situasjon?
- Hva var de største utfordringene du/dere stod overfor?
- Følte du noe press fra omgivelsene, som f.eks. fra dine overordnede, myndigheter og/eller media?
- Hvordan påvirket krisen strategien og målsettingene til sykehuset?
- Hvordan har dine arbeidsoppgaver blitt forandret?

Del 2: Styring gjennom ulike systemer

Styring gjennom verdisystemer:

- Hvilke verdier vil dere at ansatte skal ha?
- Hvilke handlinger gjør dere for å sørge for at disse blir kommunisert ut?
- I hvilken grad føler du at kommunikasjonen av kjerneverdier har påvirket ansattes atferd?
- Hvordan påvirket korona-pandemien viktigheten til verdier, og ble det økt fokus på å kommunisere ut disse?

-
- Hvordan håndteres dynamikken mellom økonomisk effektivitet og optimal behandlingskvalitet? Ble dette endret under krisen?
 - Sett i ettertid, hvordan kunne bruken av kjerneverdier som et styringsverktøy blitt gjort annerledes?

Styring gjennom diagnostiske systemer:

- Hvilke styringsverktøy benytter dere mest av i normale tider?
- Hva er hensikten med bruken av styringsverktøyet?
- Hvordan blir styringsverktøyet utarbeidet?
- Hvordan synes du at styringsverktøyet har fungert?
- Hvordan blir avviksinformasjon fra styringsverktøyene fulgt opp?
- Hvordan har bruken av styringsverktøy endret seg under krisen, og hva skyldes endringene?
- Føler du at styringsverktøyet har bidratt positivt eller negativt i håndtering av krisesituasjonen?
- Sett i ettertid, hvordan kunne bruken av styringsverktøy blitt gjort annerledes?
- I hvilken grad vil du si at ulike målsettinger utarbeides med bakgrunn i risikovurderinger?

Styring gjennom interaktive styringssystemer:

- Hvordan foregår kommunikasjonen på tvers av organisasjonen i normale tider?
- Hvordan får ansatte på lavere nivå bidratt med innspill?
- Kan du si noe om hvordan du aktivt engasjerer deg i ansattes aktiviteter på en personlig måte?
- Ble behovet for hyppigere kommunikasjon og kunnskapsdeling større under krisen, og hvordan ble dette eventuelt håndtert?
- Har det vært utfordringer med økt dialog under krisen med tanke på smittevernsreglene?
- Hvordan og hvem stod for utarbeidelsen av handlingsplaner og strategier, og har dette endret seg under krisen da det krever større grad av fleksibilitet og raskere beslutninger?
- Hvor ofte blir handlingsplaner evaluert, og har dette endret seg under krisetiden?

- Sett i ettertid, hvordan kunne kommunikasjons- og beslutningsprosesser blitt utført annerledes?

Styring gjennom grensesystemet (regler, prosedyrer etc.):

- Hvilke regler og prosedyrer legger føringer på ansattes atferd?
- Hvordan blir disse reglene normalt kommunisert ut til ansatte?
- Har viktigheten av regler og prosedyrer endret seg under krisen?
- Har det vært noen utfordringer tilknyttet regler/prosedyrer under krisen?
- Som følge av krisen, hvordan har organisasjonsstrukturen endret seg?
- Hvordan er ditt ledermandat, og hvordan har det endret seg under krisen?
- Er det gjort endringer i beslutningsmyndighet til ansatte på lavere nivåer under krisen?

Del 3: Erfaringer og fremtidig krisehåndtering

- Hvordan har dere forberedt dere til en krisesituasjon?
- Hvor ofte får dere trening i krisehåndtering, og hvor ofte blir krisehåndtering diskutert i ledermøter?
- Synes du at dere var godt nok forberedt til en slik krisesituasjon, og at risikovurderinger er hensyntatt godt nok ved utarbeidelse av strategi?
- Hvilke erfaringer anser du som viktige og som bør fokuseres på ved fremtidige kriser?
- Hvordan blir erfaringer under denne krisen håndtert og bearbeidet med tanke på læring og innovasjon for å håndtere fremtidige kriser på en bedre måte?
- Har dere laget systemer som sier noe om de økonomiske konsekvensene av valgene dere tok under krisen?

Del 4: Avsluttende kommentarer

- Er det noe mer du vil tilføye?
- Er det noe du lurer på?

Appendiks B: Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Hvordan bruker et offentlig helseforetak styringssystemer for å håndtere en krise?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvor godt styringssystemer i helsesektoren fungerer under korona-krisen, og hvordan man kan tilrettelegge for å håndtere en fremtidig krise på en bedre måte. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er tilknyttet en masteroppgave innenfor økonomisk styring ved Norges Handelshøyskole, som gjennomføres høsten 2020. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan en krise påvirker bruken av styringssystemer i helsevesenet. For å besvare dette vil vi benytte oss av Helse Førde som casestudie med covid-19-pandemien som kontekst.

Covid-19-pandemien har utfordret det private og offentlige næringslivet, og belyst viktigheten av effektiv ressursbruk og omstillingsevne. Offentlig sektor har de siste tiårene gjennomgått en rekke reformer for å gjøre styringen mer lik den private for å sikre seg nettopp dette. Helsesektoren, hvor miljøet er komplekst med mange motstridende interesser, har tatt i bruk en rekke styringsverktøy for å øke fleksibiliteten. I lys av covid-19-pandemien er det interessant å undersøke hvorvidt helsesektoren faktisk makter å generere fleksible løsninger gjennom bruken av disse styringsverktøyene. For å analysere dette ønsker vi å gjennomføre intervjuer med ansatte på ulike nivåer i Helse Førde for å finne ut:

- hvilke styringsverktøy har blitt benyttet
- hvordan krisesituasjonen påvirket bruken av disse
- hvordan erfaringene sammenfaller med teori
- hvordan kan helsesektoren være bedre rustet til fremtidige kriser

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Handelshøyskole er ansvarlig for prosjektet, med Iver Bragelien som prosjektleder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få så gode data som mulig, ønsker vi å intervjuer en rekke ansatte med ulik grad av ansvar og innenfor ulike fagområder i Helse Førde. Med tanke på at dette prosjektet omhandler styringssystemer er det i hovedsak ønskelig å intervjuer ledere og kontrollere som benytter disse verktøyene aktivt i arbeidshverdagen.

Hva innebærer det for deg å delta?

For å samle inn data ønsker vi som nevnt å gjennomføre intervjuer med relevante personer. Intervjuene vil være semi-strukturerte, som vil si at vi vil gjennomgå en etablert intervjuomal, men at det er muligheter for å gå utenfor denne.

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du stiller til intervju, hvor opplysninger blir samlet inn ved hjelp av lyd-/videoopptak. Intervjuet vil foregå over Zoom, eller ved personlig oppmøte dersom det er ønskelig. Vi antar at intervjuet vil vare i ca. 60 minutter, med forbehold om at intervjuet kan være kortere eller lengre. Vi vil også informere om at intervjuene vil bli gjennomført slik at det ikke blir registrert taushetspliktige opplysninger.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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.

-
- Personer som har tilgang til opplysningene som blir gitt ved intervju er: Prosjektleder/veileder Iver Bragelien og forfatterne/masterstudentene Sondre Sandvoll og David Le.
 - Navnet og kontaktopplysningene til hver respondent vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
 - All data vil være konfidensielt, og dersom svarene blir benyttet i oppgaven vil de bli gjengitt på en måte som gjør at det ikke er egnet å identifisere hvem som har svart.
 - Vi vil i oppgaven oppgi at casestudiet gjennomføres med et helseforetak under Helse Vest for å sikre anonymitet.
 - Det vil alltid bli tilbudt sitatsjekk for å sikre at svarene oppleves som riktig og i korrekt kontekst.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 20.12.2020. Ved fullføring av masteroppgaven vil all innsamlet data slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra *Norges Handelshøyskole* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Iver Bragelien

(Forsker/veileder)

Sondre Sandvoll & David Le

(Studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan bruker et offentlig helseforetak styringssystemer for å håndtere en krise» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendiks C: Godkjenning fra NSD

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.09.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.12.2020.

INFORMANTENES TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Zoom er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!