



Beslutningstaking i sykehus

En casestudie av økonomiske vurderinger i en robotinvestering ved en kirurgisk klinikk

Odd Magnus Helle og Jo Hvoslef

Veileder: Professor Kari Nyland

Masterutredning innenfor hovedprofilen 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.

Forord

Denne masterutredningen er skrevet som en del av masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole. Utredningen er gjort innenfor hovedprofilen økonomisk styring, og utgjør 30 studiepoeng.

Allerede ved første arbeidsøkt tilknyttet masteroppgaven var det enighet om at vi begge ønsket å skrive om helseøkonomi, derfor var allerede inspirasjonen til tema på plass før vi startet samarbeidet. Denne tidlige enigheten la grunnlaget for et godt samarbeid, som har endt i gode diskusjoner, lange dager og et godt masterpartnerskap i Johan Mohrs gate.

Vi vil rette en stor takk til informantene ved sykehuset vi har fått lov til å undersøke i denne studien. Uten deres hjelp hadde ikke denne oppgaven vært mulig, og vi setter stor pris på deres åpenhet. En spesiell takk rettes til økonomirådgiver ved kirurgisk klinikk som har satt oss i kontakt med de fleste andre informantene, og som ga oss muligheten til å se operasjonsroboten Da Vinci i aksjon under en nyreoperasjon.

Videre vil vi takke vår veileder Kari Nyland for gode veiledningsøkter i løpet av høsten. Hun har med sin kompetanse innen helseøkonomi og sitt kontaktnettverk hjulpet oss å komme i kontakt med de rette personene for å kunne gjennomføre studien. I tillegg har hun vært en god sparringpartner i faglige og praktiske diskusjoner.

Til slutt vil vi takke vår familie og våre venner som har vært tålmodige og støttet oss i arbeidet med denne masterutredningen. En særlig takk til kokka fra Vea.

Bergen, 20. desember 2017



Odd Magnus Helle



Jo Hvoslef

Sammendrag

I vår masterutredning var problemstillingen: hvilken rolle spiller økonomiske argumenter i beslutningstaking i sykehus, og hvordan vi kan forstå dette? Det finnes mye forskning på beslutningstaking i sykehus, men mindre på hvilken rolle økonomiske argumenter spiller i en investeringsbeslutning. Derfor valgte vi å studere et sykehus' investering i en Da Vinci-operasjonsrobot rundt midten av 2000-tallet. I tillegg har vi undersøkt hvordan økonomiens rolle har endret seg i sykehuset siden den gang.

Teorien vi har brukt for å besvare vår problemstilling er hentet fra det normative og deskriptive perspektivet. Fra det normative har vi brukt prinsippal-agent-teori og styringsteori. Innenfor det deskriptive har vi hentet teorier primært innenfor nyinstitusjonell teori, samt teorier knyttet til institusjonell endring for å besvare vår problemstilling. Studien har et kvalitativt forskningsdesign med et eksplorerende formål, og casestudie som forskningsstrategi. Innsamlingen av dataene har blitt gjort gjennom semistrukturerte intervjuer i løpet av høsten 2017. Vi intervjuet flere nøkkelpersoner i sykehuset. Dataene ble analysert ved tematisk analyse.

Vi fant at i Da Vinci-investeringen dominerte medisinske argumenter, og økonomiske argumenter ble ikke inkludert. Videre fant vi at legene visste at økonomisk informasjon som burde skjules i beslutningen, som tyder på at økonomi likevel hadde en viss betydning. Vi fant også at aksepten for økonomi har økt siden den gang. Det kan trolig forklares av helseforetaksreformen, ledelsens påvirkning og ansvarliggjøring av leger for økonomiske resultater.

Utredningen konkluderer med at økonomiske argumenter i dag spiller en større rolle i beslutningstaking i sykehuset enn før, men er fremdeles ikke likestilt med de medisinske.

Studiens implikasjoner vil være relevante for staten og personer i ledende roller i sykehus. Trolig ville investeringsprosessen ikke ha foregått på samme måte i dag som følge av innføringen av et investeringsutvalg som vurderer all relevant informasjon og minker muligheten for legers lobbyvirksomhet. Videre er det behov for bedre styringssystemer for å sikre respekt for budsjetter ved å avsløre sammenhenger mellom drift og resultat. En teoretisk implikasjon er behovet for økt fokus på at å ikke bruke økonomisk informasjon er det samme som å bruke økonomisk informasjon.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
1. Innledning	8
1.1 <i>Bakgrunn</i>	8
1.2 <i>Avgrensning og problemstilling</i>	8
1.3 <i>Utredningens struktur</i>	9
2. Teoretisk rammeverk	10
2.1 <i>Normativ tilnærming</i>	10
2.1.1 Prinsipal-agent-teori.....	10
2.1.2 Styringsteori	11
2.1.3 New Public Management	13
2.2 <i>Deskriptiv tilnærming</i>	14
2.2.1 Institusjonell teori	14
2.2.2 Nyinstitusjonell teori	16
2.2.3 Isomorfisme.....	17
2.2.4 Institusjonelle logikker	19
2.2.5 Løs kobling	21
2.2.6 Institusjonell endring.....	22
2.2.7 Institusjonelt entreprenørskap	24
2.2.8 Rammeverk for institusjonell endring.....	25
3. Metode	32
3.1 <i>Forskningsdesign</i>	32
3.1.1 Valg av metode.....	32
3.1.2 Valg av formål.....	33
3.2 <i>Forskningsfilosofi</i>	34
3.3 <i>Forskningstilnærming</i>	34
3.4 <i>Forskningsstrategi</i>	35
3.5 <i>Innsamling av data</i>	36
3.5.1 Utvalg av informanter	37
3.5.2 Ustrukturerte pilotintervju.....	38

3.5.3	Observasjon av informantene	39
3.5.4	Semistrukturerte intervju	39
3.5.5	Intervjuguide	40
3.5.6	Gjennomføring av intervju	41
3.6	<i>Tidshorisont</i>	43
3.7	<i>Analyse av data</i>	43
3.7.1	Transkribering	43
3.7.2	Koding.....	44
3.7.3	Identifisering av temaer	44
3.8	<i>Evaluering av metode</i>	45
3.8.1	Pålitelighet.....	45
3.8.2	Ulike former for bias	46
3.8.3	Troverdighet	48
3.8.4	Overførbarhet	49
3.8.5	Bekreftbarhet	49
3.9	<i>Etiske vurderinger</i>	50
4.	Kontekst	51
4.1	<i>Fakta om sykehuset</i>	51
4.2	<i>Organisering og ansvar</i>	51
4.3	<i>Operasjonsroboten Da Vinci</i>	52
4.4	<i>Helseforetaksreformen</i>	52
4.5	<i>Totaløkonomi</i>	53
5.	Empiri	54
5.1	<i>Investeringsprosessen rundt Da Vinci</i>	54
5.1.1	Prosessen i forkant	54
5.1.2	Da Vinci blir anskaffet.....	57
5.1.3	Tilbakeholdt informasjon	59
5.2	<i>Forholdet mellom økonomi- og medisinlogikk</i>	60
5.2.1	Økonomilogikk blant leger	61
5.2.2	Medisinlogikk blant økonomer	63
5.2.3	Økonomiens rolle mer generelt i sykehuset	64
5.3	<i>Mulige årsaker til endring i økonomiens innflytelse</i>	68
5.3.1	Helseforetaksreformen	68
5.3.2	Ledelsens påvirkning	69

5.3.3	Legenes posisjon i sykehuset	69
5.4	<i>Hovedfunn</i>	71
6.	Diskusjon	72
6.1	<i>De medisinske argumentene dominerte</i>	72
6.1.1	Normativt perspektiv	72
6.1.2	Deskriptivt perspektiv	73
6.2	<i>Økonomilogikken var tilstede</i>	77
6.2.1	Normativt perspektiv	77
6.2.2	Deskriptivt perspektiv	78
6.3	<i>Økonomien har kommet sterkere</i>	80
6.3.1	Normativt perspektiv	80
6.3.2	Deskriptivt perspektiv	81
6.3.3	Oppsummering.....	87
7.	Avslutning	88
7.1	<i>Konklusjon</i>	88
7.2	<i>Praktiske implikasjoner</i>	89
7.3	<i>Teoretiske implikasjoner</i>	90
7.4	<i>Studiens begrensninger</i>	91
7.5	<i>Videre forskning</i>	92
8.	Litteraturliste	94
9.	Vedlegg	101
9.1	<i>Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD</i>	101
9.2	<i>Vedlegg 2: Samtykkeerklæring</i>	102
9.3	<i>Vedlegg 3: Intervjuguide</i>	103
9.4	<i>Vedlegg 4: Bilde av Da Vinci</i>	104

Liste over figurer

Figur 1. Phases of Management Control (Anthony & Young, 2003, s. 19).....	12
Figur 2: Institusjonelle motsigelser og gradvis skift i kollektiv konsensus under forutsetning om svak ikke-adaptivitet (Seo & Creed, 2002, s. 234).....	26
Figur 3: Institusjonalisering og institusjonell endring: prosess fra et dialektisk perspektiv (Seo & Creed, 2002, s. 225)	31

Liste over tabeller

Tabell 1: Oversikt over innsamlingsprosessen sortert etter dato.....	38
--	----

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Hver dag fattes tusenvis av beslutninger i norske sykehus, fra operasjonsstuer og sengeposter helt opp til direktørens kontor. Disse beslutningene har direkte innflytelse på liv og helse, og vil på et eller annet tidspunkt påvirke alle nordmenn. Derfor ville sykehusene i en ideell verden hatt uendelige ressurser til å forbedre og redde liv. I den virkelige verden er likevel økonomiske prioriteringer en nødvendig del av sykehusdrift. Mange av beslutningene som fattes har betydelige økonomiske implikasjoner både for sykehuset og skattebetalerne.

For å sørge for bedre økonomisk styring og høyere kvalitet på helsetjenester per skattekrone, innførte staten helseforetaksreformen i 2002. Sykehusene ble organisert mer som private aksjeselskaper, med det unntak at staten garanterer for økonomiske tap (Ot.prp. nr. 66, 2000-01). I 2018 mottar sykehusene 11 % av statsbudsjettet (Bjørnestad, 2017), og hvordan disse pengene disponeres er i stor grad opp til dem selv (Ot.prp. nr. 66, 2000-01). Dette gir beslutningstakere i norske sykehus stor frihet, men samtidig et tungt ansvar for å hele tiden treffe beslutninger som både er til det beste for pasienten som legges inn og skattebetaleren som skrives ut.

Noen beslutninger er større enn andre, og investeringsbeslutninger er blant disse. De neste fire årene skal norske sykehus investere for totalt nesten 60 milliarder kroner. Syv milliarder av disse skal gå til medisinsk-teknisk utstyr, som roboter og bildeteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Medisinsk teknologi blir bedre og bedre, men også dyrere. Med begrensede investeringsbudsjetter impliserer dette at sykehusene må tenke nøye gjennom hva de beslutter investerer i.

1.2 Avgrensning og problemstilling

Med bakgrunn i dette blir formålet med denne utredningen å bidra til å belyse hvordan beslutninger fattes i norske sykehus, sett fra økonomens ståsted. Alle kan ha en mening om hvor mye innflytelse økonomer *bør* ha i et sykehus, men vi ønsker kun å undersøke hvor stor innflytelse de *faktisk* har. For ikke å bevege oss langt utenfor omfanget til en masterutredning er det hensiktsmessig å snevre inn fokus noe. Vi velger å rette fokus mot

investeringsbeslutninger i avansert medisinsk-teknisk utstyr, da dette er beslutninger med potensielt store medisinske og økonomiske konsekvenser. Mer spesifikt vil vi gå i dybden på én enkelt robotinvestering ved et norsk universitetssykehus rundt midten av 2000-tallet, nemlig operasjonsroboten Da Vinci. Denne investeringsprosessen vil fungere som et lite mikrokosmos for hvordan viktige beslutninger fattes på mer generell basis i norske sykehus. Videre skal vi undersøke hvordan utviklingen i innflytelsen til økonomiske argumenter har vært siden den gang, og frem til i dag. Basert på dette og det overordnede formålet med studien vår, har vi formulert en relativt åpen problemstilling vi skal besvare ved hjelp av to mer spissede forskningsspørsmål:

Problemstilling:

Hvilken rolle spiller økonomiske argumenter i beslutningstaking i sykehus, og hvordan kan vi forstå dette?

Problemstillingen skal besvares ved hjelp av følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvilken rolle spilte økonomiske argumenter i en konkret større investeringsbeslutning på 2000-tallet?*
2. *Hvordan ser rollen til økonomiske argumenter ut til å ha endret seg over tid?*

1.3 Utredningens struktur

For å hjelpe oss med å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene vil kapittel 2 redegjøre for det teoretiske grunnlaget for utredningen, delt opp i de to perspektivene normativ og deskriptiv teori. Disse perspektivene vil gi oss etablert teori vi kan diskutere vår empiri opp mot. I kapittel 3 redegjør vi for våre metodiske valg, og drøfter styrker og svakheter ved disse. Videre følger et kort kontekstkapittel, som inneholder nødvendig bakgrunnsinformasjon man trenger for å få en fullgod forståelse av empirien, som presenteres i kapittel 5. I kapittel 6 kommer diskusjonen, hvor vi diskuterer empirien opp mot det teoretiske grunnlaget for å tilføre funnene verdifull innsikt. Til slutt vil vi i kapittel sju komme med vår konklusjon, samt ta for oss utredningens praktiske og teoretiske implikasjoner, dens begrensninger, og til sist gi forslag til videre forskning.

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet skal vi presentere det teoretiske grunnlaget for studien. Kapitlet er delt inn i to deler; normativ og deskriptiv tilnærming. Det normative perspektivet søker å vise hvordan økonomisk styring *bør* se ut, mens det deskriptive perspektivet av natur forsøker å gi tolkninger av hva som *faktisk* skjer. Innenfor de to perspektivene vil vi presentere ulike teorier som kan bidra til å belyse og besvare våre forskningsspørsmål, inkludert prinsippal-agent-teori, styringsteori og ulike tilnærminger til institusjonell teori. De teoretiske rammeverkene er hentet inn fra hovedsakelig to fagdisipliner, økonomi og sosiologi.

2.1 Normativ tilnærming

2.1.1 Prinsipal-agent-teori

Prinsipal-agent-teori omhandler situasjoner hvor en person eller organisasjon utfører oppgaver på vegne av en annen, og utfordringer knyttet til dette. Jensen og Meckling (1976) var blant de første til virkelig å sette fokus på prinsipal-agent-problematikk. De legger vekt på agentens mulighet til å ta egne valg, og definerer forholdet mellom agent og prinsipal slik: "[...] a contract under which one or more persons (the principal(s)) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision making authority to the agent" (Jensen & Meckling, 1976, s. 5).

Her er det nyttig å gjøre en avgrensning knyttet til hvem vi anser som prinsipal og agent i denne oppgaven. Staten og skattebetalerne er super-prinsipalen for alle norske offentlige sykehus, men i vår sammenheng er det mest hensiktsmessig å definere sykehusdirektøren som prinsipal, og mellomledere og leger i sykehus som agenter. Dette vil gjøre oss bedre i stand til å diskutere empirien våre senere.

Sitatet til Jensen og Meckling (1976) fortsetter: "[...] if both parties to the relationship are utility maximizers, there is good reason to believe that the agent will not always act in the best interests of the principal" (s. 5). Denne setningen peker på et sentralt problem i en prinsipal-agent-relasjon; prinsipalen og agenten vil ofte ikke ha sammenfallende interesser. Dette selv om prinsipalen har hyret agenten for å hjelpe til med å maksimere prinsipalens nytte. I sykehussammenheng vil for eksempel sykehusdirektøren (prinsipalen) ønske å gi god nok behandling til flest mulig pasienter i regionen, mens en ivrig lege (agent) kan ønske å

maksimere egen nytte ved å gi best mulig behandling til “sine” pasienter, som kan være dyrt. Legens prioriteringer som agent vil dermed kunne gå på akkord med måloppnåelsen til sykehusledelsen (prinsipalen).

I tillegg kommer problemer knyttet til asymmetrisk informasjon. En agent vil nesten alltid ha bedre kjennskap til hva som foregår i en organisasjon enn prinsipalen i kraft av å være tettere på organisasjonens operasjoner. Dessuten påpekte Arrow referert i Laffont og Martimort (2009, s. 2) allerede i 1963 at “[...] by definition the agent has been selected for his specialized knowledge and the principal can never hope to completely check the agent’s performance”. Prinsipalen vil ikke kunne ha noen realistisk forhåpning om å sitte på samme informasjon som agenten, og særlig ikke hvis agenten er spesialist på sitt felt.

Ifølge Hagen (1990) bygger asymmetrisk informasjon på to typer informasjonsasymmetrier, skjult informasjon og skjulte handlinger. Skjult informasjon er når agenten sitter på relevant informasjon som prinsipalen ikke har, mens skjulte handlinger betyr at prinsipalen ikke har mulighet til å observere agentens handlinger. I sykehus kan skjult informasjon for eksempel være at leger sitter på detaljert informasjon fra eksterne kolleger og fagtidsskrift om en ny type behandling, som ledelsen ved sykehuset kanskje ikke kjenner like godt til på grunn av avstand til fagmiljøene. Da vil legene ha mulighet til å overspille behandlingens kvalitet inn mot ledelsen i et forsøk på å kunne tilby den til egne pasienter. Disse og andre elementer fra prinsipal-agent-teori bringer med seg et behov for prinsipalen for å kunne overvåke og kontrollere agentene, noe som leder oss over i styringsteori. Dersom prinsipal-agent-problematikk ikke var aktuelt ville man ikke trenge styring, fordi da ville alle ha jobbet mot samme mål.

2.1.2 Styringsteori

Økonomisk styring har ingen entydig definisjon. Vi definerer økonomistyring som de prosedyrer og roller en organisasjon anvender for å sikre at hele organisasjonen på mest mulig effektivt vis jobber mot de mål eierne/ledelsen har bestemt, etter inspirasjon fra Nyland og Pettersen (2010). I sykehussammenheng vil målene eksempelvis kunne være antall behandlede pasienter, lavt antall feilbehandlinger og å videreutvikle ansattes kompetanse. Styringen handler om hvordan prinsipalen sørger for at agentene jobber best mulig mot nettopp disse målene.

Først tar vi for oss den normative tilnærmingen, som skal gi oss et utgangspunkt for hva vi vil forvente å finne av styring i sykehuset. Modellen til Anthony og Young (2003) danner et lettfattelig bilde av styringsprosessen med sin 4-steps modell av fasene i økonomistyring:



Figur 1. Phases of Management Control (Anthony & Young, 2003, s. 19)

Det helhetlige styringssystemet tar sikte på å skape tette koblinger mellom de fire fasene i prosessen, slik at man danner en sammenhengende og formålsrasjonell styringsprosess hvor målet hele veien er at agentene skal handle i prinsipalens beste (Nyland & Pettersen, 2010). Den strategiske planleggingsfasen baserer seg på overordnet strategi, og formulerer de store programmene organisasjonen skal drifte og hvor mye penger som skal gå til dette. I sykehus kan dette for eksempel være drift av ansvarscentre (klinikker og avdelinger), investering i nye behandlingstilbud eller innføring av behandlingsplaner. Det er toppledelsen (prinsipal) i sykehuset som legger disse planene, med tilhørende inntekter og utgifter. De legges stort sett for flere år frem i tid, selv om noen organisasjoner ikke praktiserer dette (Anthony & Young, 2003). Den tette koblingen mellom strategisk planlegging og budsjetteringsfasen understrekes av Anthony og Young (2003), som anser årsbudsjetter som en mer detaljert oppstyking av de lengre strategiske planene. I noen organisasjoner er disse to fasene vanskelig å skille fra hverandre.

Budsjetter for de ulike avdelingene i sykehus utarbeides på det administrative plan med direktør (prinsipal) og økonomidirektør på den ene siden og ledere for ulike ansvarscentre (agenter) på den andre. Et fremforhandlet budsjett kan sees på som en bilateral avtale

mellom toppledelsen og leder for et ansvarssenter; toppledelsen binder seg til å godta at å oppnå budsjettmålene er et godt resultat, og ansvarssenteret forplikter seg til å nå budsjettmålene. Neste styringsfase følger tett av budsjettet, og det er drift og måling. Ledelsen ved hvert ansvarssenter har ansvar for denne operasjonaliseringen av budsjettet. Her skal målene i budsjettet gjøres om til tjenesteyting av ansvarssentrene, og måloppnåelse og ressursbruk registreres fortløpende. Denne registreringen fører til den siste fasen i styringssirkelen. Her samles økonomisk og driftsrelatert data i regnskap og rapporter, både for de enkelte ansvarssentre og sykehuset som helhet. Disse rapportene blir så beslutningsgrunnlag for ny strategisk planlegging og budsjettering i toppledelsen. Styringssirkelen er sluttet, og begynner igjen. Rapportene og regnskapene vil også kunne brukes direkte til å korrigere budsjetter og drift, hvis man ser underveis i et regnskapsår at man ikke kommer til å nå målene uten å gjøre endringer enten i budsjetteringen eller i driften.

Viktige elementer i det konkrete styringssystemet en organisasjon bruker for å styre agentene og sikre tette koblinger mellom styringsfasene kan for eksempel være kostnad-nyttevurderinger, kalkyler, alternativberegninger og effektivitetsvurderinger (Anthony & Young, 2003).

2.1.3 New Public Management

New Public Management (NPM) er en sekkebetegnelse på en rekke reformer som ble innført for å effektivisere offentlig sektor i mange land, inkludert Norge, fra 80-tallet og utover (Hood, 1995). NPM innebar en dreining mot metoder inspirert av normativ styringsteori, og bygget på tanken om at offentlig sektor kunne oppnå både bedre kvalitet og høyere effektivitet med metoder fra privat sektor (Hansen, 2017). Blant annet legger NPM-reformer fokus på disiplin og minimering av kostnader, og organisering av det offentlige i separate bedriftslignende organisasjoner med resultatansvar (Hood, 1995). Ifølge Pettersen og Nyland (2008) har dette ført med seg økt bruk av mål- og resultatstyring.

Relatert til styringssirkelen til Anthony og Young (2003) betyr dette at man jobber mot definerte og gjerne mer kvantifiserbare mål, og at man vil søke å skape tette koblinger mellom de ulike fasene i styringsprosessen med for eksempel nye regnskapsprinsipper og andre styringsgrep. Mer kvantifiserbare resultater kan bidra til at eksempelvis kostand-nytte-

vurderinger blir enklere å vurdere. Mer spesifikt om reformer i det norske helsevesenet vil utdypes i kapittel 4 om kontekst.

2.2 Deskriptiv tilnærming

2.2.1 Institusjonell teori

Sykehus er derimot ikke sammenlignbare med selskapene fra forrige delkapittel, som gjør det nødvendig å se dette fra et annet perspektiv. Dette perspektivet kalles institusjonell teori, og dette vil i denne delen bli presentert for å gi grunnlaget til resten av vårt teoretiske rammeverk. Derfor vil ikke dens representasjon i teoridelen gjenspeiles i diskusjonsdelen.

Sykehus er komplekse organisasjoner hvor det ikke nødvendigvis er klare mål. I motsetning til enkle selskap hvor målet er å skape mest mulig profitt for eierne, så eksisterer det flere mål i sykehuset som ikke alle tar hensyn til i følge Abernethy & Stoelwinder (1990). Dette kan medføre at mindre viktige vurderinger spiller en mindre rolle som en følge av antallet agenter med like preferanser i beslutningsgruppen. Eksempelvis kan kirurger ha et ønske om å investere i maskiner som bedrer pasienttilbud mens økonomirådgivere et ønske om at investeringer skal minimum gi lik eller større nytte enn investeringsbeløpet.

Det eksisterer en sterk felles tankegang blant leger i sykehus, i følge Abernethy (1996). Dette kan medføre at beslutningsgrunnlaget blir dreid til det agentene mener er i tråd med den felles tankegangen, og ikke de alternativene som bidrar til å nå et av sykehusets satte mål. Dette gjør at sykehus ikke kan forstås på lik måte som et selskap, fordi det eksisterer bakenforliggende årsaker som ikke kan forklares gjennom normative teorier. Og basert på de nevnte grunnene gir det oss grunnlag og motivasjon for å bruke perspektivet institusjonell teori for å bedre besvare vår problemstilling.

I motsetning til styringsteori forklarer det institusjonelle perspektivet beslutninger gjennom normer, verdier og tradisjoner. Organisasjoner tilpasser seg påvirkning fra inn- og utsiden fra lokalsamfunnet over lengre tid (Selznick, 1957). Denne påvirkningen implementerer normer og verdier som fører til at organisasjoner deretter utformer en unik og felles organisasjonskultur eller identitet. Dette medfører at organisasjoner blir fylt med verdi som gir aktiviteter, normer og praksiser mer betydning enn selve utførelsen. I litteraturen kalles denne prosessen for institusjonalisering, og defineres som: "To institutionalize is to infuse

with value beyond the technical requirements of the task at hand” (Selznick, 1957, s. 17). For eksempel vil ikke alltid sykehusets beslutninger være i tråd med formålsrasjonaliteten i styringsteorien, men være påvirket av press fra politikere og ansatte gjennom henholdsvis reformer og interne krav i tråd med deres verdier.

Det er ikke formålsrasjonaliteten som styrer beslutningene i institusjonell teori, fordi over tid i organisasjonen skapes felles uskrevne handlingsmønstre som er basert på verdier, normer og holdninger som påvirker beslutningene (DiMaggio & Powell, 1991; Schein, 2010). I litteraturen omtales organisasjoner med slike felles tatt for gitte forutsetninger for institusjoner, og definisjonen på institusjon er ”the shared taken-for-granted assumptions which identify categories of human actors and their appropriate activities and relationship” (Burns & Scapens, 2000, s. 8). Dette definerer hva som er forventet oppførsel, og etterhvert tar man det for gitt at dette er måten å gjøre det på uten å stille spørsmål om hvorfor. Eksempelvis en allmennlege som henviser bestemte pasientgrupper til et standardforløp fordi det er det alle andre på leger gjør når de får slike pasienter uten å vite om dette er den aller beste behandlingen for pasienten.

I sykehus driver nødvendigvis ikke konsekvenslogikk beslutninger, men legitimitet. Det er en sentral antagelse i institusjonell teori at legitimitet er en grunnleggende forutsetning for overlevelse og eksistens (Hillestad, 2004; Meindl, 1990; Meyer & Rowan, 1977; Pfeffer, 1981; Pfeffer & Salancik, 1978). Og dette gjelder spesielt i offentlig sektor, eksempelvis sykehus, som ikke kan vise til tydelige måloppnåelser som profitt. Derfor er organisasjoner avhengig av å ta beslutninger som enten vedlikeholder eller øker institusjons legitimitet.

Et viktig poeng er at legitimitet ikke er basert på objektive kriterier, men er sosialt konstruert: ”a generalized perception or assumption that the action of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions” (Suchman, 1995, s. 574). Eksempelvis kan en gruppe med beslutningsmyndighet vedta å investere i maskiner til sykehuset, som ikke er bærekraftig økonomisk, men er i tråd med det som er forventet atferd og verdier blant de ansatte.

Selv om det institusjonelle perspektivet mener å forklare hva som skjer i organisasjoner, så eksisterer det begrensninger som gjør at den alene ikke tilstrekkelig besvarer problemstillingen vår. Vi ser det derfor nødvendig å implementere perspektivet

nyinstitusjonell teori for å bedre forstå hvilke vurderinger som spiller en rolle i investeringsbeslutninger i sykehus.

2.2.2 Nyinstitusjonell teori

Nyinstitusjonell teori er en reaksjon på institusjonelle teorien, som ser på organisasjoner som noe annet enn institusjonell teori. I denne delen vil vi kort gjøre rede for hovedkonseptene innen nyinstitusjonell teori før vi går i detalj i isomorfisme, institusjonelle logikker og løs kobling etter denne delen.

I motsetning til i institusjonell teori baserer ikke handlingsmønsteret i et sykehus seg ikke lengre på kulturelle elementer. I stedetfor påvirkes handlingsmønsteret i organisasjoner av klassifikasjoner, rutiner, skript og skjemaer som også over tid tas for gitt (DiMaggio & Powell, 1991). Eksempelvis er det prosedyrene knyttet til standardiserte pasientforløp som styrer deler av sykehusets praksis og ikke normer, verdier eller holdninger.

Sykehus kan også påvirkes av andre aktører enn kun de i lokalsamfunnet. I motsetning til institusjonell teori kan sykehus i det nyinstitusjonelle perspektivet bli påvirket av agenter eller organisasjoner utenfor lokalsamfunnet (DiMaggio & Powell, 1991). I nyinstitusjonell teori snakker man om organisasjonsfelt fremfor organisasjoner, og dette defineres som "sets of organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life; key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products" (DiMaggio & Powell, 1983, s. 148). Det er ikke lengre de nærliggende konkurrerende organisasjonene som påvirker, men aktører i samme organisasjonsfelt. Dette kan forklare at beslutninger tas i hensyn til denne eksterne påvirkningen som det forrige perspektivet ikke vurderte. Eksempelvis kan et sterkt politisk press om oppgradering av behandlingsmetodikken i sykehus medføre at beslutninger blir besluttet selv om det ikke eksisterer en slik påvirkning i lokalsamfunnet.

Det eksisterer flere tankesett i et sykehus. Det institusjonelle perspektivet antar at det eksisterer felles tatt for gitte forutsetninger, men det er nødvendigvis ikke tilfelle i et sykehus hvor det eksisterer økonomer og leger som har konkurrerende mål og tankesett (Nyland & Pettersen, 2004). Eksempelvis vil investeringsbeslutninger bli vurdert fra både økonomisk og medisinsk tankegang, og det vil muligens oppstå konflikter mellom gruppene fordi medisinerne ønsker pasientens beste, men økonomene ønsker det innen budsjettet.

Det kan også oppstå et gap i mellom hva den faktiske planen i sykehuset er og hva som faktisk gjøres. Dette kalles for løs kobling (March & Olsen, 1976; Weick, 1976), og kan være en konsekvens av tilstedeværelsen av flere institusjonelle logikker. Eksempelvis kan et sykehus ha budsjetter som er vedtatt og offentliggjort til alle på sykehuset, men fortsatt drives de enkelte avdelinger uavhengig av budsjett år etter år.

Det siste poenget er at sykehus hermer etter hverandre. Hermingen kan forekomme på grunn av usikkerhet, press eller profesjonalisering (DiMaggio & Powell, 1983). Dette kan være med å forklare hvorfor sykehuset gjør enkelte beslutninger, og i litteraturen kalles dette for isomorfisme. Isomorfisme gjøres for å opprettholde eller øke sine egen legitimitet (DiMaggio & Powell, 1983). Eksempelvis kan et sykehus som over tid har blitt usikker på grunn av pasientflukt ansatte som bytter jobb og dårligere økonomiske resultat investere i det nyeste av teknologi som de andre for å oppnå legitimitet.

På den andre siden eksisterer det kritikk av nyinstitusjonell teori. Enkelte mener at aktørene i organisasjonene blir fremstilt som veldig passive, og mener dette blir en feil fremstilling av aktørene (Fligstein, 2001). Scott et al. (2000) mener de eksterne kreftene som påvirker institusjonen er for stabile og uniforme. I tillegg argumenterer Suddaby (2010) at man fokuserer på feile elementer i nyinstitusjonell teori, og at man burde heller se på innsiden av organisasjonen for å forstå de. På tross av denne kritikken ser vi fortsatt at nyinstitusjonell teori er relevant for vår studies besvarelse, og velger fortsatt å bruke teorien.

2.2.3 Isomorfisme

Isomorfisme oppstår når organisasjoner i en bransje, profesjon eller nasjonalstat hermer etter hverandre og på sikt blir mer like hverandre (DiMaggio & Powell, 1983). Dette gjør de for å overleve og oppnå legitimitet (Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre, & Woll, 2014; Meyer & Rowan, 1977). DiMaggio og Powell (1983) deler isomorfisme i tre ulike former; tvingende, imiterende og normativ.

Tvingende isomorfisme er når sterke organisasjoner krever at svake organisasjoner tilpasser seg uformelle og formelle krav (DiMaggio & Powell, 1983; Eriksson-Zetterquist, et al., 2014). Det kan forklare hvorfor sykehus gjør beslutninger som ikke er gunstige for sykehuset, men som de er pålagt av staten. Eksempelvis innførte staten helseforetaksreformen som omorganiserte de offentlige sykehusene og omplasserte de fra fylkeskommunen til under fire statseide regionale helseforetak samtidig som nye

organisasjonsmodeller, strukturer, regnskapsprinsipp og bunnlinjeansvar ble innført (Ot.prp. nr. 66, 2000-01).

Imiterende isomorfisme er når usikre organisasjoner hermer etter de som fremstår legitime og suksessfulle i sin bransje, profesjon eller nasjonalstat (DiMaggio & Powell, 1983). Imiterende isomorfisme oppstår primært når organisasjons mål eller fremgangsmåte for å nå disse målene er uklare (DiMaggio & Powell, 1983). Usikkerhet fører ofte til at en organisasjon følger eksempelet til andre organisasjoner i sitt felt som de oppfatter som vellykkede eller innflytelsesrike (Haveman 1993; Palmer, Jennings og Zhou 1993, som referert i (Boxenbaum & Jonsson, 2008). DiMaggio og Powell (1983) trekker også frem at en godt utdannet arbeidsstyrke kan føre til hermende isomorfisme. Dette kan mulig forklare hvordan sykehus beslutter å gjøre valg som følge av plutselige statlige reguleringer. Eksempelvis kan et sykehus som opplever at pasienter drar til andre for behandling beslutte å investere i tilsvarende behandlingsmetoder som det sykehuset som fremstår mer legitimt og suksessrikt for å få tilbake pasienter og legitimitet.

Herming kan forekomme på grunn av normativ isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1983). Det er viktig å påpeke at normativ i denne sammenhengen ikke har noe å gjøre med den normative tilnærmingen til økonomistyring som beskrevet tidligere i dette kapittelet. Normativ isomorfisme tar utgangspunkt i profesjonalisering, og er når normer knyttet til profesjoner blir spredd, og danner et press om hvordan organisasjonen skal drives (Boxenbaum & Jonsson, 2008). DiMaggio og Powell (1983) fremhever blant annet profesjonelle nettverk på tvers av organisasjoner som en driver bak normativ isomorfisme. I sykehus kan dette oppstå når kirurger møtes på seminarer, møter eller erfaringsutvekslinger. Eksempelvis kan tilstedeværelsen av en bestemt teknologi knyttet til behandling av pasienter ved flere sykehus medføre at legene ved sitt eget sykehus ønsker teknologien for å følge trenden i sektoren.

Boxenbaum og Jonsson (2008) og Suchman (1995) peker på normativt press fra omgivelsene som en annen faktor bak normativt isomorfisme. Dersom en ekstern organisasjon eller andre faktorer utenfor organisasjonene i et felt fremhever en praksis som det rette, vil dette kunne føre til at samme praksis innføres ved en rekke organisasjoner i samme felt. For sykehus kan premiss-settere i omgivelsene være pasientorganisasjoner, fagforeninger eller profilerte mediasaker.

DiMaggio og Powell (1983) mener organisasjonsfelt med høyt utdannede ansatte, som sykehussektoren, primært baserer konkurransen seg imellom på prestisje heller enn for eksempel kostnadseffektivitet. Slik kan praksiser spres mellom organisasjoner, fordi ansatte med høy utdanning ikke ønsker å føle seg underlegne kolleger i andre organisasjoner. Lee (1971) hevder spesifikt om sykehus at de ofte fokuserer mer på konkurransen om prestisje enn kostnadseffektivitet fordi de i liten grad blir truet med konkurranse fra andre markedsaktører.

Derimot eksisterer det kritikk mot isomorfisme. Boxenbaum og Jonsson (2008) påpeker at endel av konseptene som ble bragt frem med isomorfisme mangler fortsatt empiriske studier som kan støtte teorien. I tillegg mener Thornton og Ocasio (2008) at hermende isomorfisme fokuserer på tankeløs oppførsel som reaksjon på kulturell rasjonalisering, og ser helt bort fra rasjonalitet. Thornton og Ocasio (2008) argumenterer for at med isomorfisme dannes det et helhetlig bilde i nyinstitusjonell teori, og uten dette forsvinner sammenhengene i teorien. Derfor velger vi å ha med konseptet isomorfisme, fordi vi mener det kan fortsatt bidra til å svare på våre forskningsspørsmål selv om det eksisterer lite empiri på noen av elementene i isomorfisme.

2.2.4 Institusjonelle logikker

Den tidlige nyinstitusjonelle teorien fokuserer på én felles institusjonalisert logikk gjennom en hel organisasjon, og på tvers av organisasjoner i samme felt (Eriksson-Zetterquist, et al., 2014). Senere nyinstitusjonell teori nyanserer dette bildet, og innfører tanken om at ulike institusjonelle logikker kan sameksistere innenfor én og samme organisasjon (Friedland & Alford, 1991), i det Besharov og Smith (2014) og Olsen, Solstad og Torsteinsen (2017) kaller en hybridorganisasjon. Ideen om institusjonelle logikker bygger ikke på isomorfisme som DiMaggio og Powell (1983), men på effektene av ulike institusjonelle logikker på individer og organisasjoner (Thornton & Ocasio, 2008). Det finnes flere ulike definisjoner på institusjonelle logikker, men Thornton og Ocasio (2008) peker på det som forener dem:

[...] the various definitions of institutional logics all presuppose a core meta-theory: to understand individual and organizational behavior, it must be located in a social and institutional context, and this institutional context both regularizes behavior and provides opportunity for agency and change. (s. 101-102)

Dette er en veldig aktuell tilnærming til sykehus, hvor sterke yrkesgrupper møtes i form av leger og økonomer. Helsesektoren formes nemlig i stor grad av markedslogikk og medisinlogikk, påpeker Scott et al. (2000). Dessuten sier dette sitatet hvorfor det er så viktig å studere institusjonelle logikker for å forstå en organisasjon; logikkene styrer atferd, slik at logikker blir til praksis. Dette understrekes også av Canning og O'Dwyer (2016) når de sier at institusjonelle logikker bestemmer hvilke problemstillinger som er viktige, hvilke mål man skal jobbe mot, hvordan man skal jobbe mot disse og hvordan man definerer suksess.

Legenes medisinske logikk formes tidlig. For å få praktisere som lege må utdanningen de aller fleste steder godkjennes etter ganske strenge krav. Dette bidrar til å skape en relativt homogen yrkesgruppe, selvfølgelig med rom for individuelle forskjeller. Ved fullførte studier avlegger mange leger den hippokratiske ed, der identiteten og fellesskapet som lege understrekes, og hvor de sverger å “[...] komme til pasientens beste” (Skatvik & Skålevåg, 2017). Denne logikken fører de videre ut i arbeidslivet gjennom profesjonelle normer og verdier (Abernethy, 1996; Bourn & Ezzamel, 1986; Boxenbaum & Jonsson, 2008; Nyland & Pettersen, 2004). Denne medisinlogikken klassifiseres som det March og Olsen (1989) kaller logic of appropriateness eller på norsk logikk basert egnethet (logic of appropriateness), men denne oppgaven velger for klarhetens skyld å kalle det medisinlogikk.

Den andre sterke yrkesgruppen vi setter fokus på er økonomer, hvis økonomiske logikk også skapes tidlig. Økonomistudier på tvers av høyskoler, universiteter og landegrenser er relativt universelle. En økonomistudent kan reise på utveksling over store deler av verden, og likevel lære mye av det samme. Økonomitenkningen bygger på normativ styringsteori, som bygger på den økonomiske rasjonaliteten som igjen bygger på logic of consequences eller på norsk konsekvenslogikken (March & Olsen, 2004). Studentene blir opplært i hvordan ting bør være sett fra økonomens perspektiv. Vi argumenterer altså for at økonomer også til en viss grad kan sees på som en yrkesgruppe med en egen institusjonell logikk, som vi altså kaller økonomilogikk.

I et sykehus møtes altså disse to institusjonelle logikkene. Medisinlogikken til legene tilsier at de vil ønske å behandle pasienter med best mulig fasiliteter, utstyr og medisiner. Pasientbehandlingen vil være deres fokus. Økonomilogikken til økonomene vil på den annen side tilsi at de skal vurdere kost-nytte, alternativkostnader ved pengebruk og budsjettoverholdelse. Disse hensynene vil ofte stå i direkte konflikt i konkrete spørsmål om

investeringer og drift. Dersom logikkene er noenlunde likestilte burde det lede til forhandlinger, tautrekking og hestehandler rundt prioriteringer knyttet til ressursbruk.

Derimot er ikke det faktum at begge logikkene er tilstede i sykehus ensbetydende med at det utkjemper durabelige kamper mellom legene og økonomene. Én logikk kan dominere den andre, slik at denne dyttes ut i periferien og har liten reell makt. Institusjonelle logikker former spillereglene og styrer hvor makten ligger (Jackall, Ocasio, Lounsbury & Ventresca, referert i Thornton & Ocasio, (2008)). En dominerende logikk gir makt til dens representanter. Empiriske studier tilsier også at institusjonelle logikker styrer oppmerksomheten til ledere i en organisasjon mot problemer og løsninger som sammenfaller med dominerende logikk (Thornton & Ocasio, 2008).

En av kritikkene til institusjonelle logikker er at den ikke ser på de ulike analysenivåene i organisasjonen (Thornton & Ocasio, 2008). De påpeker at det mangler forskning på hvordan stabiliteten i institusjonelle logikker forandrer seg i de ulike nivåene i en organisasjon, og stiller spørsmålet om det er mer stabilt eller mulig å endre på toppnivå, bunnivå, makro- eller mikronivå. Selv om denne kritikken eksisterer velger vi fortsatt å inkludere institusjonelle logikker fordi vi mener det fortsatt vil gi oss verdi, tross kritikken.

2.2.5 Løs kobling

En av konsekvensene av institusjonelle logikker er at den formelle strukturen til sykehus kan kobles fra den uformelle strukturen fordi det eksisterer ulike logikker i administrasjonen og klinikkene (Nyland & Pettersen, 2004). Agenter med medisilogikk vil tilby best mulig behandling, mens økonomilogikken vil gjøre dette innenfor budsjettammer. Dette medfører at i et sykehus, hvor det er to sterke profesjoner og mange krav, kan den formelle (budsjetter) og den uformelle (praksis) kobles fra hverandre (March & Olsen, 1976; Weick, 1976). Dette kalles for løs kobling, og Weick (1976) definerer dette som: "a situation in which elements are responsive, but retain evidence of separateness and identity" (s. 3). Dette kan bidra til å belyse hvilke vurderinger som spiller en rolle i beslutninger, hvilken styringsinformasjon som blir lagt til grunn og til slutt rollen til økonomiske argumenter i beslutninger i et sykehus.

Løs kobling kan bidra til å forklare hvordan sykehus aksepterer reformer pålagt av staten, men fortsetter som før med tanke på rutiner, prosedyrer og beslutninger. Meyer og Rowan (1977) forklarer dette som at sykehuset moderer konsekvensene og usikkerheten som skapes

av påvirkninger som reformer, teknologi og reguleringer ved å skape et gap mellom den formelle strukturen og interne arbeidsaktiviteter. Eksempelvis fikk sykehusene som følge av helseforetaksreformen mer ansvar for den økonomiske bunntinjen (Ot.prp. nr. 66, 2000-01), med mulig håp om å redusere denne problematikken, men det eksisterte fortsatt et gap mellom budsjett og klinisk praksis like etterpå (Nyland & Pettersen, 2004)

Fra styringsteorien forventet vi at det eksisterer en tett kobling mellom de fire elementene (Anthony & Young, 2003), men det er sjeldent sånn i virkeligheten (Orton & Weick, 1990). Løs kobling hjelper oss å forklare at et sykehus kan operere uten en tett kobling mellom strategisk planlegging, budsjettforberedelse, drift og måling og rapportering og evaluering. Dette kan i vår studie forklare hvordan sykehus kan årlig avvike fra budsjettene uten at det gjøres endringer. Eksempelvis kan det forklare hvordan en avdeling hvert år kan få drive med underskudd regnskapsmessig, men at det ikke blir tatt hensyn til i budsjettprosessen.

Det eksisterer forskning som påpeker at sykehus virker å være løst koblede organisasjoner, og at i slike organisasjoner tar ikke klinikere hensyn til budsjett. En studie gjort av Pettersen (1995) finner en systematisk løs kobling mellom budsjetter og regnskap, som belyser at det eksisterer et gap mellom ledelsen og de som yter behandling eller service. En senere studie av Nyland og Pettersen (2004) finner at klinikere ikke oppfatter budsjetter som viktig styringsinformasjon for beslutninger på klinikknivå, og dette indikerer hva vi kan forvente å finne i vår studie. Dette medfører at vi mulige kan forvente at leger ikke vektlegger eller tar hensyn til planer og budsjetter, fordi de virker å ta beslutninger som kan være uavhengig av planer og budsjetter.

2.2.6 Institusjonell endring

Tidligere perspektiver innen institusjonell teori har fokusert på hvordan institusjoner påvirker handlingsmønstre i organisasjoner, men det perspektivet har hatt lite fokus på hvordan agenter kan være med på å skape, holde ved like eller innføre innovasjoner i organisasjoner. Tidligere arbeid har som nevnt antatt at agentene i organisasjonene har vært såkalte kulturelle dophoder (Lawrence, Suddaby, & Leca, 2009) som bare ubevisst følger det gjeldende handlingsmønstre uten å være kritisk til det.

For å forstå hvordan endring kan forekomme i en organisasjon eller institusjon trenger vi perspektiver som kan hjelpe oss å "unngå" det kjente paradokset innen nyinstitusjonell teori (DiMaggio & Powell, 1991). Paradokset er følgende: hvis institusjoner per definisjon er

preget av dypt forankrede tatt for gitte regler, normer og rutiner, og hvis institusjoner er så mektige at organisasjoner og individer automatisk tilpasser seg de, hvordan er nye institusjoner skapt, eller eksisterende endret over tid ? Det er dette paradokset som embedded agency forklarer, og definisjonen på agency er

[...]the temporally constructed engagement by actors of different structural environments – the temporal–relational contexts of action – which, through the interplay of habit, imagination, and judgment, both reproduces and transforms those structures in interactive response to the problems posed by changing historical situations. (Emirbayer & Mische, 1998, s. 970)

Aller først skal vi gjøre rede for hvorfor vi implementerer dette perspektivet. Det eksisterer i sykehus flere ulike logikker som over tid konkurrer om å bli prioritert i ulike beslutningssammenhenger (Bourn & Ezzamel, 1986). Som vi leste om i forrige del en logikk dominerer den andre, og den styrer beslutningene og beslutningsgrunnlaget. Og i organisasjoner som er av høy grad av institusjonalisering er det normalt høy grad av motstand (Zucker, 1977). Eksempelvis vil et sykehus hvor medisinlogikk har regjert i flere år vær motvillig til å snu om til et styringssett for beslutninger baserer seg på ren økonomisk logikk. Derimot skjer det endringer i sykehus, og dette perspektivet kan hjelpe oss å forklare hvordan det skjer.

Flere logikker kan i en organisasjon føre til motstand mot arbeid som er ment for institusjonell endring (Reay & Hinings, 2009), men kan også være kilden til institusjonell endring (Lounsbury, 2007; Seo & Creed, 2002). I et sykehus hvor det eksisterer flere logikker, både økonomi- og medisinlogikk, kan dette perspektivet hjelpe oss å belyse hvordan endring kan oppstå i organisasjoner som virker å være høyt institusjonalisert med utgangspunkt i medisinlogikken. Eksempelvis kan perspektivet hjelpe oss å forstå hvordan et sykehus har gått fra en sterk dominerende medisinlogikk til å implementere eller forstå økonomilogikk som deler av grunnlaget for sine medisinske valg.

Dersom vi skulle finne at medisinlogikken er relativt dominant i forhold til økonomilogikken, er da organisasjonen dømt til å være medisinstyrt for evig? Tajfel og Turner og White (1992) peker på at når individer identifiserer seg med en sosial gruppe eller logikk vil de sannsynligvis beskytte interessene til gruppen sin mot konkurrerende logikker

(som referert i Thornton & Ocasio, (2008). Med andre ord vil en lege ofte prøve å beskytte egen og kollegers medisinslogikk mot innflytelse fra økonomilogikk.

Dessuten finner Reay og Hinings (2009) at logikker kan bidra til å hindre institusjonelle forandringer (som referert i (Nyland, Morland, & Burns, 2017). Det finnes forskning som skulle tyde på at det likevel er mulig å endre maktbalansen mellom logikker i organisasjoner. Én årsak kan være interne drivkrefter, som dekkes senere under institusjonelt arbeid-teori og embedded agency. Her skal vi kort dekke to tilfeller hvor medisinslogikken var den dominante, men ble utfordret. De to første er referert i (Thornton & Ocasio, 2008), det siste i Besharov og Smith (2014).

Det første tilfellet var det (Scott, et al., 2000) som presenterte, fra helseorganisasjoner i San Francisco-området. Vi inkluderer dette, selv om forskjellene mellom det amerikanske og norske helsevesenet kan bidra til å svekke overføringsverdien noe. Caset beskriver hvordan helsevesenet var dominert av medisinslogikk, men endret seg klart i retning av mer økonomilogikk. Katalysatoren bak dette var nye reguleringer fra myndighetenes side.

Det andre tilfellet kommer fra Reay og Hinings (2005), og er et kanadisk case, som styrker overføringsverdien noe. De beskriver hvordan en helsereform ledet av myndighetene bidro til å svekke medisinslogikkens dominerende stilling, men ikke drastisk svekke. De kaller den konkurrerende logikken myndighetslogikk som kom med reformen, men det handlet om mer et økonomirelatert helsevesen.

2.2.7 Institusjonelt entreprenørskap

Et konsept som prøver å komme med en løsning på dette paradokset er institusjonelt entreprenørskap. Det er ifølge Maguire et al. (2004, s. 657): "[...] actors who have an interest in particular institutional arrangements and who leverage resources to create new institutions or to transform existing ones" (s. 657). Dette tar i utgangspunkt i at enkelte av de såkalte kulturelle dophodene (Lawrence, et al., 2009) kan skape nye og endre eksisterende institusjoner, og det har blitt publisert flere studier på feltet etter DiMaggio (1988) introduserte konseptet.

Dette perspektivet kan derfor være med på å forklare hvordan sykehuset kan ha endret seg, og forklare hvordan rollen til økonomiske argumenter har endret seg i beslutningstaking. Det kan tenkes at sykehusdirektøren, har brukt de ressursene hen har tilgjengelig, intern politisk

makt, til å endre institusjonen for å møte kravet om bedret økonomi. Dette hjelper oss å flytte fokuset fra institusjon- og organisasjonsnivå til individer som mulige årsaker til endring. Eksempelvis kan sykehusdirektøren ha brukt sin makt til å endre praksisen i sykehuset.

Det er derimot ikke nok å ha en spesiell interesse i institusjonelle arrangementer og utnytte ressursene for å skape og endre institusjoner, fordi individet må bryte med institusjonens regler og praksis knyttet til den dominante institusjonelle logikken (Battilana, 2006; Garud, Hardy, & Maguire, 2007; Garud & Karnøe, 2001). Dette medfører at entreprenøren som har interesse og mulighet til å utnytte ressursene, må faktisk gjøre tiltak som strider i mot den dominerende logikken. Eksempelvis kan dette være å bestemme at prioriteringene som skal vurderes ved investeringer skal være en kombinasjon av økonomisk og medisinsk nytte, i motsetning til kun medisinsk nytte.

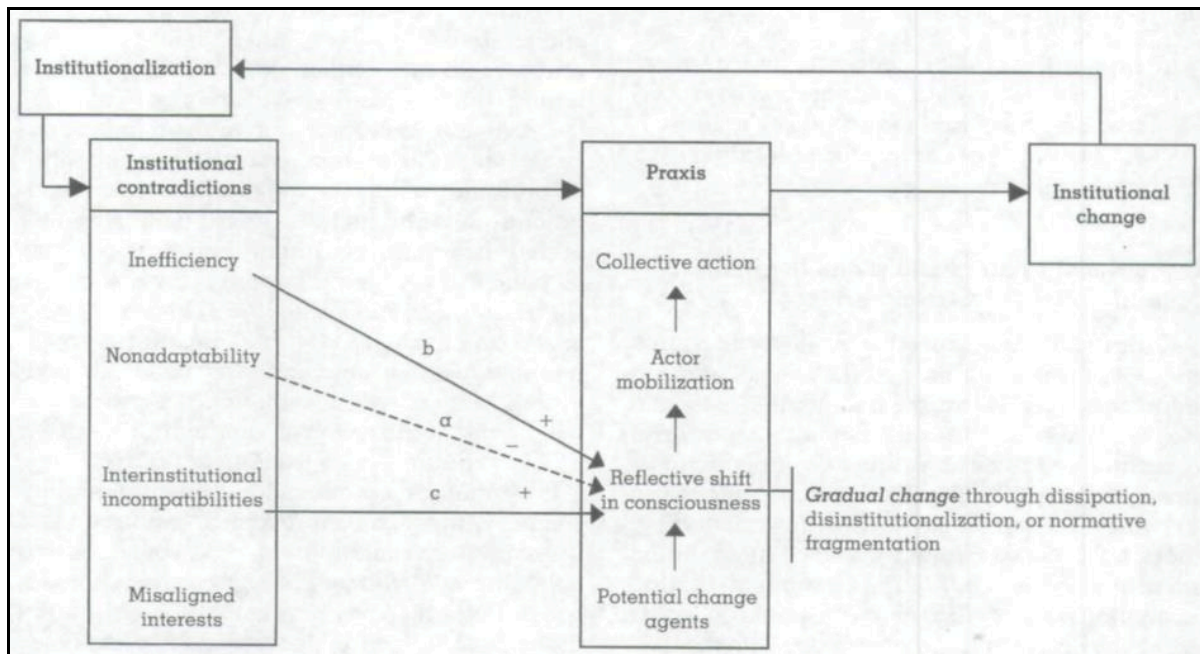
Derimot er det ikke slik at utfallene av individets brudd med institusjonens regler og praksis nødvendigvis blir akseptert (Garud & Karnøe, 2001). For at utfallet av den institusjonelle entreprenøren skal bli vellykket, må handlingene anses som legitime, og det blir vanskeligere jo flere sosiale grupper med ulike interesser som er involvert (Aldrich & Fiol, 1994; Lounsbury & Glynn, 2001). Det vil derfor være interessant for vår studie å anse om eventuelle tiltak er å regne som legitime blant begge gruppene i sykehuset, og om det kan være med å forklare i hvilken grad tiltakene får gjennomslag.

2.2.8 Rammeverk for institusjonell endring

Det finnes flere rammeverk som forklarer og predikerer institusjonell endring i litteraturen, eksempelvis (Burns & Scapens, 2000; North, 1993). I denne utredningen har vi tatt utgangspunkt i Seo og Creed (2002) sitt rammeverk, fordi dette rammeverket passet vår utredning med hensyn til datamaterialet og elementene den vektlegger i diskusjonen av årsaker til endring i praksis og institusjonell endring. I de neste avsnittene skal vi kort argumentere hvorfor vi har implementert et slikt rammeverk, deretter presentere rammeverket og til slutt grunnlaget for et dialektisk rammeverk.

Årsaken til at vi har valgt å implementere et slikt rammeverk er fordi det kan hjelpe oss å diskutere endringen i sykehuset gjennom et annet perspektiv enn den tidligere teorien vi har presentert. Perspektivet belyser de elementene som er sannsynlige drivere først for institusjonelle motsigelser, deretter endring i praksis og til slutt institusjonell endring. Dette gjør at vi kan bedre undersøke hvordan endring har oppstått i sykehuset. Eksempelvis

påpeker rammeverket at institusjonelle motsigelser kan over tid medføre økt sannsynlighet for endring i praksisen i sykehuset. Det kan være at en lege over lengre tid synes måten de gjør ting på er for gammeldags, og på bakgrunn av dette opptrer som en endringsagent for å endre denne praksisen i sykehuset.



Figur 2: Institusjonelle motsigelser og gradvis skift i kollektiv konsensus under forutsetning om svak ikke-adaptivitet (Seo & Creed, 2002, s. 234)

Rammeverket

I artikkelen til Seo og Creed (2002) presenteres fire ulike forslag til hvordan endring kan forekomme, og i denne studien har vi valgt ut den ene vi mener passer vårt formål best, se figur 2. Seo og Creed (2002) påpeker at institusjonell endring skjer som følge av bi-produkter av institusjonalisering over lengre tid. Det er fire institusjonelle motsigelser (1) inefficiency, (2) nonadaptability, (3) interinstitutional incompatibilities og (4) misaligned interests. Vi har valgt å oversette de til norsk, og de blir i vår studie omtalt som (1) ineffektivitet, (2) tilpasningsudyktighet, (3) sameksistens i institusjoner og (4) ikke-sammenfallende interesser. Graden av de ulike institusjonelle motsigelsene måles i akkumulert opplevelse av dem. Kriteriene måles i et akkumulert gap i mellom det som er forventet til effektivitet og det som oppleves. Eksempelvis vil et sykehus med særdeles ineffektivt handlingsmønster som har kun leger som forventer veldig effektive handlingsmønstre ha et stort ineffektivitetsgap.

Institusjonelle motsigelser

Seo og Creed (2002) påpeker at ikke alle institusjoner alltid og umiddelbart produserer disse institusjonelle motsigelsene. Istedenfor mener de at sosiale relasjoner og handlinger som blir institusjonalisert over en lengre tidsperiode produserer en eller en kombinasjon av de fire institusjonelle motsigelsene. Disse institusjonelle motsigelsene er drivkraften som driver, muliggjør og begrenser institusjonell endring, og nøkkelen til å løse paradokset med embedded agency (DiMaggio & Powell, 1991; Friedland & Alford, 1991; Seo & Creed, 2002). Disse institusjonelle motsigelsene er ikke det eneste som medfører institusjonelle endringer, men de utgjør en del av det (Seo & Creed, 2002). Det må og påpekes at de presenteres hver for seg, men at når de oppstår kan de påvirke hverandre. I de neste avsnittene skal vi gå i detalj i hver av de institusjonelle motsigelsene som utgjør venstre kolonne i figur 2.

Ineffektivitet

Den første institusjonelle motsigelsen (1) skyldes ineffektivitet. Mer spesifikt oppstår denne som følge av legitime handlinger som motvirker funksjonell effektivitet. Det er en sentral antagelse institusjonell teori at legitimitet er nødvendig for å tilgang på ressurser og overleve (DiMaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977). Det medfører behov for legitimitet, som fører til at organisasjoner beslutter å adoptere mindre optimale strukturer og praksiser som går på bekostning på effektiviteten til organisasjonen (DiMaggio & Powell, 1991).

Eksempelvis kan praksisen i Norge være å behandle en spesifikk pasientgruppe med en type behandling fordi det er det som er ansett som den riktige måten å gjøre det på, selv om det kan eksistere mer effektive behandlingsmåter. Derfor kan sykehus ende opp med å gjøre det som er forventet fremfor det som er mest effektivt. Over tid vil den denne akkumulerte ineffektiviteten bli en kilde til institusjonelle motsigelse, ved at en lege krever endring fordi behandlingsmåtene er for gammeldagse eller viser seg å være mindre bra for pasientene.

Tilpasningsudyktighet

Den andre kilden til institusjonelle motsigelser er (2) tilpasningsudyktighet. Ved å herme og adaptere den samme strukturen og praksisen som andre, blir etterhvert organisasjonen mer institusjonalisert og motstanden mot endring blir større (Zucker, 1977). Graden av løs kobling i organisasjonen spiller også en rolle, jo mer løs koblet jo mer tilpasningsudyktig (Seo & Creed, 2002). Dette medfører at organisasjonen vanskeligere kan implementere nye og bedre strukturer og praksiser, fordi den låser seg, både psykologisk og økonomisk

(Powell, 1991). I tillegg responderer ikke organisasjonen på endring i de eksterne omgivelsene, og over tid bygger dette gapet mellom de eksterne omgivelsene og organisasjonen seg opp til å bli en kilde til institusjonell endring (Seo & Creed, 2002). Dette medfører at sannsynligheten for endring stiger i takt med forskjellen mellom organisasjonen og omgivelsene. Eksempelvis kan et konservativt sykehus som ikke tilpasser seg de nye teknologiene og behandlingsmåtene over lengre tid i større grad oppleve institusjonell endring, fordi over tid har gapet mellom omgivelsene og sykehuset blitt så stort at det oppstår endring fra innsiden som en reaksjon.

Sameksistens i institusjoner

Den tredje kilden til institusjonell motsigelse er (3) sameksistens i institusjoner. Dette oppstår som følge av at organisasjoner sameksisterer i flere institusjoner på samme tid, og de blir eksponert for andre logikker. Deretter implementerer organisasjonen rutiner, praksiser og normer som baserer seg på alternative logikker, fordi de søker stabilitet og legitimitet (Greenwood & Suddaby, 2006; Meyer & Rowan, 1977). Eksempelvis har sykehus i større grad blitt eksponert for økonomilogikk gjennom helseforetaksreformen og New Public Management. På grunn av dette har institusjonen økonomi fått en større plass i sykehuset, og over tid kan det å sameksistere i både den medisinske og økonomiske institusjonen medføre endring i praksis.

Ikke-sammenfallende interesser

Den fjerde kilden til er (4) ikke-sammenfallende interesser. Dette skyldes at de endringer som oppstår av isomorfisme kan være i konflikt med aktører innad i organisasjonen (Seo & Creed, 2002). Det kan være de som sitter med makt i organisasjoner som gjerne tilpasser og hermer etter andre organisasjoner tilpasset deres behov. Interessene til de med mindre makt ikke blir hørt, og dette medfører at det kan oppstå potensiale for endringsagenter, fordi deres interesse ikke blir møtt. Over tid vil dette medføre at endringsagentene kan ty til handlinger for å påvirke praksis og det sosiale mønstre for å få til institusjonell endring som følge av et stort gap mellom deres og organisasjonens interesser.

Praksis

I rammeverket er det to kolonner, hvorav den ene er institusjonelle motsigelser (institutional contradictions) og den andre er praksis (praxis). I dette avsnittet skal vi kort presentere de ulike stegene som Seo og Creed (2002) mener fører til endring i praksis når tilstedeværelsen av en eller flere institusjonelle motsigelser. Dette er potential change agents (5), reflective

shift in consciousness (6), actor mobilization (7) og collective action (8). I vår studie omtaler vi dette som potensielle endringsagenter (5), reflektert skift i konsensus (6), mobilisering blant aktører (7) og kollektiv handling (8). Disse elementene kan bli påvirket av de institusjonelle motsigelsene.

Potensielle endringsagenter

Det første steget er potensielle endringsagenter (5) som i noen tilfeller blir bevisste på at deres behov ikke er møtt, og derfor utfører handlinger for å endre dette. Dette krever at agenten klarer å overkomme begrensningene til de delte forutsatte forutsetningene. Eksempelvis kan dette være den øverste lederen (Whittington, 1992), som mener tilbudet de tilbyr ikke er tilstrekkelig nok, og derfor iverksetter tiltak for å endre dette, gitt at hen klarer å overkomme det institusjonaliserte handlingsmønstre.

Reflektert skift i konsensus

Reflektert skift i konsensus (6) er det andre steget mot endring i praksis. Dette kan oppstå i to former, enten gradvis eller det kan avhenge av en banebrytende revolusjon (Seo & Creed, 2002). Den gradvise kan oppstå som følge av at handlingsmønstre er hverken dypt forankret eller tett koblet, og over tid kan dette føre til en kritisk holdning til ens tidligere handlingsmønster (Benson, 1977; Emirbayer & Mische, 1998). Eksempelvis en lege som etter flere år med standardiserte pasientforløp kan innse at måten de behandlet pasienter var mindre effektive før, og dette gjør legen mer åpen for eksempelvis økonomilogikk for å bedre sykehusets prosesser. Den andre er som følge av en institusjonell krise som en kraftig økonomisk krise eller nye former for styring, som medfører et sjokk for organisasjonsfeltet (Seo & Creed, 2002). Eksempelvis vil en finanskrisen muligens få flere i organisasjonen til å innse at de må spare inn, hvorav før de ikke tenkte over dette faktumet i sin hverdag.

Mobilisering blant aktører

Mobilisering blant aktører (7) som er inspirert av det reflekterte skiftet i konsensus medfører at aktører er mottakelige for å endre praksis. Eksempelvis vil en reform som innførte systemer med hensikt om å øke økonomifokuset muligens på sikt føre til et reflektert skift i konsensus, som igjen medfører at enkelte aktører er mer åpne for å gjøre endring i praksis.

Kollektiv handling

Det siste steget er kollektiv handling (8), som er at en gruppe med institusjonelle entreprenører eller endringsagenter utfører de nødvendige handlingene for å få endring i

praksis, som igjen kan medføre til institusjonell endring. Derimot er det ikke nødvendigvis bare å iverksette kollektiv handling, fordi enkelte forsøk på å endre institusjonen kan ende opp med å ikke bli vellykket (Garud & Karnøe, 2001).

Forklaring av rammeverket

I denne delen skal vi gjøre rede for forslaget til endring som presentert i figur 2. Først og fremst, institusjonalisering medfører bi-produkter, som vi har presentert som fire institusjonelle motsigelser i tidligere avsnitt. Disse fire institusjonelle motsigelsene påvirker den midtre kolonnen, som omtalt i de siste avsnittene, avhengig av hvor svak eller sterk tilstedeværelsen av de institusjonelle motsigelsene er. Eksempelvis vil lav grad av ineffektivitet medføre lave sannsynlighet for endring av praksis.

I figur 2 er det kun tre av de fire institusjonelle motsigelsene som påvirker sannsynligheten for endring i praksis: (1) ineffektivitet, (2) tilpasningsudyktighet og (3) sameksistens i institusjoner. De påvirker sannsynligheten for endring i praksis ulikt. En høy grad av ineffektivitet (1), en lav tilpasningsudyktighet (2) og høy grad av sameksistens i institusjoner (3) vil føre til høy sannsynlighet for et reflektert skift i konsensus (6), som igjen kan medføre endring i praksis gjennom de stegene 7-8. Det er derfor nødvendig at de disse stegene gjennomføres før man får endring i praksis. Som nevnt påvirker ikke de institusjonelle motsigelsene separat, men ens tilstedeværelse kan medføre en økning av en annen institusjonell motsigelse.

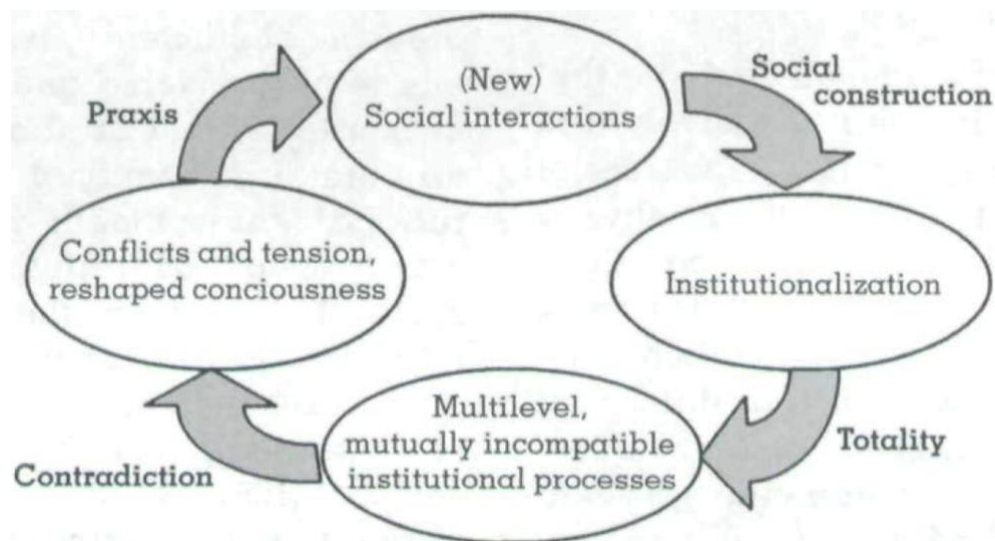
Eksempelvis kan leger som sameksisterer i medisin og økonomi institusjoner over tid, som følge av økt helseforetaksreformen, øke graden av sameksistens i institusjoner (3) og de oppdager at måten de behandler pasienter på i dag er ikke effektivt i tråd med økonomilogikk som følge av dette, og derav øker ineffektivitet (1).

Grunnlaget for rammeverket

Rammeverket til Seo og Creed (2002) tar utgangspunkt i fire prinsipper for dialektisk analyse: sosial konstruksjon (social construction), totalitet (totality), motsigelser (contradiction) og praksis (praxis) som vist i figur 3. Sosial konstruksjon fokuserer på hvordan forhold mellom mennesker blir skapt over tid. Dette forholdet påvirkes over tid av folks interesser makt og sosiale mønstre. Til slutt danner dette et sett med institusjonelle ordninger som kontinuerlig blir reproduisert og påvirker totaliteten.

Totalitet handler om å se koblingene mellom de oppbygde sosiale mønstrene i et perspektiv. Seo og Creed (2002) argumenterer for at hvilken som helst sosial struktur ikke er et isolert fenomen, men må forstås som sosiale strukturer som eksisterer på flere ulike nivåer innad i organisasjonen, men også i flere sektorer. Videre eksisterer det løskoblinger mellom de ulike komponentene i totalitet, og komponentene er selvgående, som gjør det mulig å drive inkompatibel service eller produksjon i et større system.

Motsigelser handler om de ulike spenningene og uenighetene som oppstår både innenfor og blant disse institusjonelle ordningene, og disse påvirker også sosial konstruksjon som under noen omstendigheter kan forme bevissthet og handling til å endre nåværende status i en organisasjon. Praxis er den kreative prosessen med å endre sosiale mønstre med hensyn til mulighetene begrensningene til nåværende sosiale normer. Til slutt påpeker de at ingen av elementene kan sees som enkeltvis, men må sees i sammenheng for å forstå perspektivet på sosialt liv.



Figur 3: Institusjonalisering og institusjonell endring: prosess fra et dialektisk perspektiv (Seo & Creed, 2002, s. 225)

3. Metode

I dette kapitlet skal vi redegjøre våre metodiske valg. Aller først skal vi argumentere for vårt valg av forskningsdesign, tilnærming og innsamlingsstrategi. Videre skal vi gjøre rede for selve innsamlingen og hvordan vi senere analyserte dataene. Til slutt skal vi drøfte metodens styrker og svakheter, samt belyse metodens etiske utfordringer som følger av forskningsdesignet.

3.1 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er den generelle planen for hvordan man skal gå frem for å svare på forskningsspørsmålet sitt (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2016). Hvilket forskningsdesign man velger styres av ens problemstilling og studiens formål og mengden tidligere litteratur på feltet (Miles & Huberman, 1994; Saunders, et al., 2016). Videre vil designet avhenge av hvilket fenomen man ønsker å se på og i hvilken grad det eksisterer tidligere teori på feltet. Innenfor forskningsdesign skiller man mellom kvalitativ og kvantitativ metode og de tre ulike tilnærmingene eksplorerende, forklarende og beskrivende. I denne delen skal vi gjøre rede for vårt valg av forskningsdesign og tilnærming.

3.1.1 Valg av metode

Aller først skal vi gjøre rede for kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode handler om å beskrive, forklare og predikere ved hjelp av tall (Saunders, et al., 2016). Et eksempel på det kan være at en forsker ønsker å forstå i hvilken grad leger opplever at helseforetaksreformen går utover deres arbeid. Resultatet av spørreundersøkelsen kan være med å påpeke statistisk signifikante sammenhenger i motsetning til kvalitativ metode.

Kvalitativ metode forsøker å få en dypere forståelse av et fenomen gjerne med flere datainnsamlingsmetoder (Saunders, et al., 2016). Eksempelvis vil man intervjuere legene og økonomene for å avdekke deres meninger om helseforetaksreformen for å prøve og forstå en større sammenheng. Kvalitativ metode passer godt for studier hvor det eksisterer lite tidligere forskning på feltet og hvor forskeren må være åpen og fleksibel (Saunders, et al., 2016).

I vår studie ønsker vi å belyse og få dyp innsikt et spesifikt fenomen. For å gjøre dette er vi avhengig av å være åpne og fleksible ved å tilpasse designet etterhvert i prosessen fordi vi var ikke helt sikre på hva vi ville finne. For å få dyp innsikt var vi avhengig å samle inn mye og detaljert informasjon om fenomenet. I tillegg virker det å eksistere lite forskning på beslutningstaking i sykehus med hensyn til økonomiske vurderinger fra et normativt og deskriptivt perspektiv. På bakgrunn av dette har vi valgt en kvalitativ metode fordi vår studie ønsker å belyse og få dyp innsikt i et spesifikt fenomen.

Konsekvensen av dette er eksempelvis at vi ikke kan generalisere vår empiri fra vår studie til en større populasjon (Saunders, et al., 2016), men det er heller ikke hensikten med vår studie. Vi ønsker å berike perspektivene normativ og deskriptiv med vår studie. Videre vil det også være krevende å avdekke elementer vi ikke visste på forhånd gjennom en spørreundersøkelse, men ved bruk av semistrukturerte intervju som er en av mulighetene i et kvalitativt design kan man i enklere grad avdekke dette gjennom å lytte og handle basert på deres svar underveis (Saunders, et al., 2016). I tillegg er det tidkrevende å gjennomføre en kvalitativ studie fordi det ofte fordrer at man gjennomfører intervju, transkriberer og analyserer i etterkant. Derimot mener vi kvalitativ metode er nødvendig for å besvare vår problemstilling.

3.1.2 Valg av formål

Et viktig aspekt ved forskningsdesign er at man velger riktig formål for å besvare problemstillingen. Det finnes tre typer og dette er som nevnt eksplorerende, beskrivende og forklarende (Saunders, et al., 2016). Disse vil bli gjort rede for i neste avsnitt.

Et forklarende formål er verdifullt når man ønsker å etablere en kausal sammenheng mellom to variabler. For eksempel hvis man ønsker å avdekke om tilstedeværelsen av økonomiopplysninger eller ikke påvirker en leges mening om beslutning. Et beskrivende formål er gunstig når man ønsker å oppnå en presis og nøyaktig innsikt i hendelser, personer eller situasjoner og forskningsspørsmålet (Saunders, et al., 2016). Eksempelvis ved å samle inn legeres holdninger til investeringer som ikke er bærekraftige gjennom en spørreundersøkelse. Til slutt har vi formålet eksplorerende som er verdifullt når man ønsker å utforske hva det er som skjer og få innsikt om et fenomen (Saunders, et al., 2016). Eksempelvis når man ønsker å forstå hvilken rolle spiller økonomiske argumenter i beslutningstaking i et sykehus, og hvordan kan vi forstå dette.

I vår studie har vi valgt et eksplorerende formål for vårt forskningsdesign fordi det passer studiens formål og problemstilling. Videre er det igjen verdt å nevne at eksisterer det lite forskning på feltet om hvilken rolle økonomiske argumenter spiller i beslutningstaking i sykehus og dette medfører et behov for å utforske og få ny innsikt. Eksempelvis vil det være vanskelig å få dypere innsikt i en beslutningsprosess gjennom en deskriptiv studie med spørreskjema. Dette fordi man ofte kun får svar på det man spør etter, og det er nødvendigvis ikke der kjernen til fenomenet ligger.

Derimot kunne vi hatt et forklarende formål og gjennomført et eksperiment, men vi mener utfallet av eksperimentet ikke kan forklare beslutningen godt nok. I tillegg er en eksplorerende studie et verdifullt verktøy for å forstå fenomener og se de i et lys, og det gir oss muligheten til å være fleksibel og følge eventuelle nye ledetråder (Robson & McCartan, 2016). Basert på dette mener vi et eksplorerende forskningsdesign er passende for studien fordi vi ønsker å undersøke og videreutvikle problemstillingen.

3.2 Forskningsfilosofi

I denne delen skal vi gjøre særdeles kort rede for hvilken forskningsfilosofi som ligger til grunn for vår studie. Det eksisterer flere ulike filosofier, men vår forskning bærer preg av filosofien som i den engelske litteraturen kalles ”interpretive philosophy” (Saunders, et al., 2016). Gjennom våre studier skal vi gjøre mening ut av våre informanters subjektive og sosialt konstruerte virkeligheter meninger om fenomenet som vi studerer. Dette gjør vi gjennom å forstå dette gjennom sosiale konsepter, ideer, språk og deres opplevelse av verden.

3.3 Forskningstilnærming

Man skiller stort sett mellom to hovedtilnærminger til forskning; deduktiv og induktiv tilnærming (Saunders, et al., 2016). Valget av tilnærming bør ta utgangspunkt i forskningens problemstilling og formål. En deduktiv tilnærming tar utgangspunkt i eksisterende teori, og søker å teste teoretiske antagelser eller sammenhenger, ofte ved hjelp av hypoteser. Den induktive tilnærmingen på sin side tar heller utgangspunkt i de empiriske dataene, og søker å komme med teoretiske forklaringer basert på disse, fra det spesifikke til det generelle (Saunders, et al., 2016). Vi har i denne oppgaven valgt det vi vil karakterisere som en

induktiv tilnærming. Vi ønsket å undersøke hva vi kunne finne ut om økonomiens rolle i beslutninger i sykehus, og ville gå inn i forskningsprosessen med et mer åpent sinn enn å teste en spesifikk hypotese. Den induktive tilnærmingen gav oss større fleksibilitet underveis til å forfølge funn vi mente var interessante. Riktignok anvender vi eksisterende teori til å tolke empiri i ettertid, men teorien var aldri førende for datainnsamlingen.

3.4 Forskningsstrategi

Casestudie er en egnet metode hvis man ønsker dybdeforståelse av fenomener i det virkelige liv (Yin, 2009). Fenomenet kan være en person, en gruppe, en organisasjon, en endringsprosess eller en hendelse. Essensen i en casestudie er at det prøver å belyse en avgjørelse, et sett med avgjørelser, hvorfor de bli tatt, hvordan de ble implementert og med hvilket resultat (Yin, 2009). Videre er casestudie passende hvis man skal basere studien på foreliggende forskning og teori (Saunders, et al., 2016).

I vår studie ønsker vi å besvare hvilken rolle spiller økonomiske argumenter i beslutningstaking i sykehus, og hvordan kan vi forstå dette. Derfor argumenter vi for at casestudie passer vår studie fordi vi skal gå i dybden i en spesifikk investeringsbeslutning ved et sykehus og belyse dette med to ulike perspektiver: normativt og deskriptivt. Videre skal vi gjøre rede for valg knyttet til case og argumentere for hvorfor case passer vår studie.

Styrken til en casestudie er at den kan gi dyptgående, verdifull og empiriske beskrivelser av et fenomen i sin virkelige kontekst (Yin, 2009). Eksempelvis kan vi i større grad forstå og forklare hvorfor sykehuset gjorde denne beslutningen gjennom en casestudie i motsetning til å gjennomføre en spørreundersøkelse eller eksperiment. I vårt tilfelle ønsker vi å forstå hvordan konteksten påvirket beslutningstakerne som medførte vektingen av de ulike argumentene, og derfor passer casestudie for vår studie. På den andre siden kan som regel ikke casestudier generaliseres til en større populasjon. I vår studie har vi valgt et lite og snevert utvalg for å forstå en større beslutning og belyse sammenhengen mellom vårt case og eksisterende teori.

En av fordelene med casestudie er muligheten til å triangulere dataene (Yin, 2009). Dette betyr at vi kan sørge for at flere kilder bekrefter det samme funnet. I vår studie har vi intervjuet flere personer i ulike stillinger i sykehuset. Derfor vil en casestudie være nyttig fordi da har vi muligheten til å triangulere funnene. På den andre siden kan dette gjøres ved å

ha flere innsamlingsmetoder i casestudien, men i vår studie har vi primært kun intervjuet informantene.

Videre påpeker Yin (2009) at det er forskjell mellom enkle og multiple case. I vår studie undersøkte vi en bestemt avgjørelse eller beslutning som ble utført inne i et sykehus. Derfor har vi valgt et enkelt case. Derimot kunne vi ha valgt å undersøke flere slike beslutninger ved flere sykehus eller flere slike beslutninger i sykehuset, men på grunn av tidshorizonten til studien ble dette ikke et alternativ. Derfor mener vi et enkelt case ville gi oss den beste formen for innsikt og dybde i beslutningstakingen i sykehuset.

Neste moment er forskjellen mellom integrert og holistisk casestudie (Yin, 2009). En holistisk casestudie har kun et analysenivå som for eksempel en organisasjon eller en gruppe. Integrert har flere analysenivå, og vil medføre at man kan se på ulike avdelinger innad i sykehuset. For å besvare vår problemstilling hensiktsmessig har det vært utfordrende å definere analysenivå. Dette er fordi vi har intervjuet folk på tvers av avdelinger: ledelsen, kirurgisk klinikk og innenfor det økonomer og leger. Derfor har vi valgt å aggregere informantene til et organisasjonsnivå primært, men er åpen for at analysenivået kunne vært mer spesifikt.

Vi valgte caset Da Vinci fordi dette var et av sykehusets største nye investeringer. Dette gjorde vi fordi den skilte seg ut fra de normale gjenanskaffelsene sykehuset gjorde og vi mener denne kunne godt belyse hvilken rolle spiller økonomi i beslutningstaking i sykehus og hvordan kan vi forstå det. I motsetning til vanlige gjenanskaffelser som har blitt ved flere anledninger så skilte denne seg ut fordi da måtte sykehuset vurdere investeringen og vektlegge argumentasjon.

3.5 Innsamling av data

I dette kapitlet skal vi redegjøre for hvilke valg vi har gjort i anledning innsamling av data. Studien vår baserer seg i all hovedsak på primærdata. Primærdata er data som er innhentet av forskeren selv spesielt for studiens formål (Saunders, et al., 2016). Vi har benyttet oss av pilotintervju både fysisk og over telefon, telefonintervju og noe observasjon, men i all hovedsak semistrukturerte intervju. Datainnsamlingen startet i august og ble avsluttet i midten av november 2017, og etter den perioden hadde vi gjennomført vi ett pilotintervju,

to pilotintervjuer over telefon, seks semistrukturerte intervju og et intervju over telefon. I den neste delen skal vi gjøre rede for innsamlingen.

3.5.1 Utvalg av informanter

Utvalget vårt besto av syv ulike personer fra ulike deler av sykehuset. Vi kom først i kontakt med økonomidirektøren ved sykehuset gjennom vår veileder. Deretter satt økonomidirektør oss i kontakt med økonomirådgiver ved kirurgisk klinikk som tok kontakt med resten av utvalget utenom daværende sykehusdirektør. I det utvalget som økonomirådgiver kontaktet var det ikke alle som hadde vært delaktig i Da Vinci, men de hadde informasjon om prosessen eller kunne bidra til å fortelle om statusen i sykehuset i dag.

De vi intervjuet var daværende sykehusdirektør, nåværende økonomidirektør, daværende klinikkjef, nåværende økonomirådgiver (ved tre anledninger), prosjektleder i medisinsk-teknisk avdeling (MTA), helseøkonom og nåværende overlege i urologi. I utvalgsprosessen fikk vi komme med innspill på hvem vi ønsket å prate med, og våre ønsker var økonomer og de som jobbet eller hadde jobbet som kirurger ved en kirurgisk avdeling. Selv om vi hadde ønsker så hadde vi ikke kontroll på utvalget utover at vi hadde anledning til å takke nei til de vi ble tilbudt.

Dato	Stilling	Innsamlingsmetode	Tid	Sted
10.08.17	Økonomidirektør	Pilotintervju	45 min	Informantens kontor
30.08.17	Økonomirådgiver	Pilotintervju, telefon	30 min	Ikke relevant
21.09.17	Økonomirådgiver	Pilotintervju, telefon	25 min	Ikke relevant
03.10.17	Daværende klinikkjef	Intervju	75 min	Møterom på sykehuset.
03.10.17	Overlege i urologi	Intervju	45 min	Møterom på sykehuset
04.10.17	Økonomirådgiver	Intervju	90 min	Møterom på sykehuset
04.10.17	Helseøkonom	Intervju	50 min	Møterom på sykehuset
04.10.17	Prosjektleder i MTA	Intervju	70 min	Møterom på sykehuset

05.10.17	Økonomidirektør	Intervju	70 min	Informantens kontor
16.11.17	Daværende sykehusdir.	Telefonintervju	60 min	Ikke relevant

Tabell 1: Oversikt over innsamlingsprosessen sortert etter dato.

3.5.2 Ustrukturerte pilotintervju

Et intervju i forskningssammenheng er en meningsfull samtale mellom to eller flere personer som krever at intervjueren stiller konkrete og entydige spørsmål som intervjuobjektet er villig til å høre og svare på (Saunders, et al., 2016). Det skilles mellom ulike typer intervju som ustrukturerte eller dybdeintervju, semistrukturerte og strukturerte.

De skilles fra hverandre med at de henholdsvis bruker en standardisert mal som følges, har en mal de følger men den følges ikke nødvendigvis og det brukes ingen form for intervjuomal (Saunders, et al., 2016). Intervjuene kan brukes for å forstå hva som skjer og for å forstå kontekst i et forskningsdesign med et eksplorerende formål. I vår studie har vi valgt å gjennomføre både semistrukturerte intervju og ustrukturerte intervju. I denne delen vil vi presentere det ustrukturerte intervjuet, og senere gjøre rede for det semistrukturerte intervjuene.

Ustrukturerte intervju er gunstige hvis man ønsker å fordype seg i et område man er interessert i, det er et stort antall spørsmål man ønsker svar på eller rekkefølgen og logikken i spørsmålene kan variere (Saunders, et al., 2016). I vårt tilfelle utførte vi de ustrukturerte pilotintervjuene en måned i forkant av intervjurunden. Totalt tre uformelle pilotintervju med to av våre informanter: økonomidirektør og økonomirådgiver.

De ustrukturerte pilotintervjuene medførte at vi fikk dypere innsikt i sykehusets historie og det aktuelle caset vi skulle studere. I tillegg ble vi kjent med informantene og ord og uttrykk som var vanlig å bruke i denne organisasjonen. Dette medførte at vi kunne komme enda mer forberedt til intervjuene samt sette svarene deres i en bredere kontekst.

Disse pilotintervjuene ble ikke tatt opp, slik at disse blir ikke å finne i vårt empirikapittel. Derimot ga pilotintervjuene verdifull informasjon for utforming av intervjuguiden og intervjuene i seg selv. Fordi vi kunne tilpasse våre spørsmål etter hva vi erfarte i de ustrukturerte intervjuene.

3.5.3 Observasjon av informantene

I tillegg til de ustrukturerte og de semistrukturerte intervjuene fikk vi være tilstede i et uformelt møte med noen av informantene, en omvisning på deler av sykehuset, samt overvære den siste timen av en operasjon med Da Vinci-roboten. Det startet med at vi fikk høre om Da Vinci mens to av seks informanter samt leder for klinikken var tilstede. De gjorde rede for tallene til roboten og hvordan denne hadde hjulpet dem. Vi fikk muligheten til å stille spørsmål samt få informasjon som vi ikke hadde tilgang til tidligere.

Etterpå fikk vi en omvisning av deler av sykehuset, hvor vi fikk vi pratet uformelt med en av informantene, men dette ble ikke tatt opp på bånd. Dette ga oss flere ledetråder som vi kunne nøste mer opp i på et senere tidspunkt. I tillegg ga omvisningen bedre forståelse av hvordan de ansatte opplevde roboten som avgjørende for deres operasjonsvirksomhet.

Til slutt i innsamlingsprosessen ble vi invitert med på en operasjon, hvor vi fikk observere hvordan de jobbet med operasjonsroboten og hvordan den ble brukt i praksis. Etterpå fikk vi muligheten til å høre med kirurgen som jobbet ofte med roboten om hvordan hen opplevde Da Vinci-roboten.

3.5.4 Semistrukturerte intervju

I denne studien har vi samlet inn majoriteten av våre primærdata ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer, hvorav et ble utført per telefon. Vi har allerede i vår del om ustrukturerte pilotintervju i 3.5.2 gjort rede for intervjuer i forskningssammenheng. I denne delen skal vi gjøre rede for semistrukturerte intervju.

På lik linje med ustrukturert intervju er strukturerte intervju er gunstige hvis man ønsker å fordype seg i et område man er interessert i, det er et stort antall spørsmål man ønsker svar på eller rekkefølgen og logikken i spørsmålene kan variere (Saunders, et al., 2016). Formålet med studien var å belyse denne investeringsbeslutningen og vi visste ikke hva vi ville finne selv om vi hadde gjennomført ustrukturerte intervju på forhånd. I de neste delen skal vi argumentere for hvorfor vi valgte semistrukturerte intervju.

Fordelen med semistrukturerte intervju er at metoden samsvarer med studiens formål og designets formål som er å belyse et fenomen og få dypere innsikt i en spesifikk case (Saunders, et al., 2016). Dessuten er personlige intervjuer brukt som innsamlingsmetode av

andre forskere innen det institusjonelle perspektivet, for eksempel Thornton og Ocasio (2008) for å samle data om logikker. Slik at vår studie samsvarer med hvordan andre forskere i samme fagfelt utfører sin datainnsamling.

Videre brukte vi semistrukturerte intervju fordi vi nødvendigvis ikke visste hva vi ville finne, og i tillegg hadde vi potensielt mange spørsmål utover intervjuguiden. Semistrukturerte intervju gir oss som forskere muligheten til å få svar på åpne og komplekse spørsmål samtidig som den lar oss være fleksible. Som en følge av dette valget kunne vi underveis i intervjuene følge ledetråder og utforske de momentene vi mente var viktige for studien. Eksempelvis dukket det opp aspekter ved Da Vinci som vi ikke var klar over i forkant, og med vår semistrukturerte intervjuguide kunne vi nå forfølge dette interessante sporet.

En annen viktig grunn for valget av innsamlingsmetode var at det er kun et ganske lite antall ansatte igjen på sykehuset som hadde deltatt i Da Vinci-anskaffelsen. Dette medførte at den typiske svarprosenten på et gruppeintervju, spørreundersøkelse eller lignende kunne medføre at vi ikke fikk tilstrekkelig med data. Derimot fikk vi en fot innenfor organisasjonen gjennom imøtekommende ansatte som hjalp oss å kontakte de aktuelle personene. Med bakgrunn i dette valgte vi å gjennomføre semistrukturerte intervju hvor vi forventer svarprosenten er høyere, og det var noe som var prioritert på grunn av det lille utvalget.

3.5.5 Intervjuguide

Før intervjurunden valgte vi å produsere en felles intervjuguide for både økonomene og det kliniske personellet. Først og fremst fordi de åpne spørsmålene basert på teoridelen kunne tilpasses yrkesgruppene uten behov for en ekstra intervjuguide. Eksempelvis stilte vi klinikerne spørsmål om deres opplevelse av press på økonomene, og motsatt for økonomene. Dette gjorde intervjuguiden anvendelig for begge yrkesgruppene. Denne intervjuguiden ligger som vedlegg 3.

Før vi gjennomførte de ustrukturerte pilotintervjuene hadde vi allerede et utkast til intervjuguide for de semistrukturerte intervjuene. Derimot tilpasset vi intervjuguiden vår basert på de ustrukturerte intervjuene. Dette gjorde vi fordi vi innså at enkelte spørsmål kunne være misledende og vanskelig for våre informanter å forstå. Eksempelvis hadde vi brukt begreper som var vanlig i faglitteraturen, men uvanlig for folk flest.

Vi utarbeidet intervjuguiden løst basert på det teoretiske rammeverket med institusjonell teori og noe om diffusjonsteori, men med hovedfokus på å få fram hendelsesforløp og informantenes opplevelse. Derav utformet vi spørsmål som hadde ordlyden ”kan du fortelle ..” eller lignende åpningssetninger for å få informanten til å reflektere i motsetning til ja-nei svar. Dette hadde vi på forhånd også avtalt at det var viktig å stille åpne spørsmål for å nødvendig innsikt for å forstå fenomenet best mulig.

En ulempe med vår intervjuguide er at den ble utarbeidet med en annen problemstilling og kun ett teoriperspektiv når vi intervjuet informantene. Den ble utarbeidet mens vi kun hadde det institusjonelle perspektivet og problemstillingen handlet mer om økonomi- og medisinlogikk. På den andre siden så fulgte vi ikke intervjumalen i stor grad fordi vi tilpasset oss de ulike informantenes svar. Dette medførte at vi fortsatt fikk ut gode funn selv om dette var tilfelle. Det skal påpekes at det ikke var stor forandring, men vi innførte et normativt perspektiv i tillegg som omtalt i teoridelen. Derfor mener vi at det ikke hadde noe spesiell påvirkning likevel, men vi mener det er viktig å påpeke dette.

Intervjuguiden ble utarbeidet slik at de enkle spørsmålene kom først. Dette gjorde vi for å sørge for at informanten følte seg komfortabel og kunne i løpet av de første spørsmålene senke skuldrene. Underveis ga vi informantene oppmuntrende tilbakemeldinger for å vise at vi var interesserte. Dette gjorde vi for å ytre at vi ønsket å vite mer om det de fortalte om. Etterhvert som intervjuet pågikk gikk over til det mer kontroversielle som Da Vinci-investeringen. Dette gjorde vi fordi informanten forhåpentligvis hadde litt mer tiltro til oss enn før vi begynte intervjuet, og informanten ville kanskje dele mer enn hvis vi stilte de spørsmålene først.

For å avdekke mulige svakheter ved intervjuguiden gjennomførte vi flere prøveintervju med medstudenter som informanter. Formålet var å påpeke formuleringer, spørsmål eller uttrykk som vi antok enten klinikerne, økonomene eller begge ikke forsto eller feiltolke. Dette sammen med å bruke informasjon fra de ustrukturerte intervjuene gjorde vi for å minimere fallgruvne ved å ha en felles intervjuguide.

3.5.6 Gjennomføring av intervju

Vi har samlet inn primærdataene primært via semistrukturerte intervjuer med syv informanter. I tillegg har vi hatt tre ustrukturerte pilotintervju med to av de syv informantene

i forkant, hvorav det ene var et fysisk møte tidlig i august. Aller først skal vi redegjøre for de syv semistrukturerte intervjuene, og deretter fortelle kort de ustrukturerte pilotintervjuene.

De semistrukturerte intervjuene ble gjennomført i perioden 3. til 5. oktober i byen hvor sykehuset er plassert. I forkant av intervjuprosessen ble det holdt et møte hvor noen av informantene og en ikke-informant deltok, og fortalte om Da Vinci og hvordan den hjalp sykehuset med eksempelvis å ta unna køen av pasienter. Videre ble vi tatt med på en omvisning rundt om på sykehuset og fikk se Da Vinci-maskinen sammen med tre av informantene før vi begynte intervjuene.

I forkant av intervjuene hadde vi bestemt oss for at én person skulle lede intervjuet, mens den andre skulle stille oppfølgingsspørsmål til informanten. Dette gjorde vi fordi opplevde i prøveintervjuene at det var vanskelig å avholde intervju samtidig som man skal stille gode oppfølgingsspørsmål. Eksempelvis kunne en notere ned utsagn som vi ønsket å dykke dypere i mens den andre fortsatte intervjuet i henhold til malen før vi ba informanten utdype eller forklare dette utsagnet.

Vi hadde fått lånt et møterom på sykehus til å avholde intervjuene. Når informanten ankom møterommet så startet vi det hele med å introdusere oss og prate litt løst. Deretter presenterte den som ikke ledet intervjuet bakgrunnen og formålet med studien, hva deltagelse innebar, hva som skulle skje med dataene og informerte om at det var mulig å trekke seg og ikke svare hvis ønskelig. Særlig la vi vekt på konfidensialitet og informantenes anonymitet. I tillegg fortalte vi informanten at transkriberingen skulle bli tilsendt dem, slik at de kunne fjerne eller endre utsagn de ikke var enige i. Deretter signerte informanten på samtykkeskjemaet vi hadde hentet fra NSD og informanten ble informert om at opptaket ble tatt opp, og bedt om ikke å si noen navn etter vi startet opptaket. I tillegg ble informanten fortalt at alt av data ble slettet ved prosjektslutt bortsett fra selve masteroppgaven.

Selve intervjuet begynte vi enkelt med et spørsmål om informantens utdannings- og yrkesbakgrunn, ”Kan du fortelle kort om deg selv, utdanning, jobb etc.?”. Først og fremst åpnet vi slik for å varme litt opp og få informanten til å slappe litt av, og snakke om noe de ikke trengte å tenke særlig på. Med denne åpningen på intervjuet fikk vi all informasjon om hvilken akademisk bakgrunn personen hadde. Dette var for å avdekke hvilket logikksett personen sannsynligvis representerte. Eksempelvis vil en kirurg ha et medisiner-logikksett, men det kan være de har studert økonomi i tillegg. Derfor var det greit å få avklart at de ikke

hadde hatt andre utdanninger ved siden eller i etterkant før vi startet prosessen. Fordi det kunne ha gitt oss feilaktige data og sammenligningsgrunnlag. Deretter stilte vi et kontrollspørsmål for å avklare om svarene i intervjuet var knyttet til vårt case eller deres opplevelse utenom caset, ”Har du vært delaktig i større investeringer på kirurgisk avdeling?”. Hvis de svarte ja, så fulgte vi opp med om de hadde vært med på anskaffelsen av Da Vinci.

3.6 Tidshorisont

I en studie skilles det mellom tverrsnittstudier og longitudinelle studier (Saunders, et al., 2016). Forskjellen er at tverrsnittstudier ser på eksempelvis holdningene til legene i et sykehus på et tidspunkt, men en longitudinell studie vil observere dette over tid. I vår studie har vi valgt å undersøke hvilken rolle spiller økonomiske argumenter på tidspunktet investeringen ble besluttet og hvordan de er i dag. Derimot har vi kun undersøkt informantenes meninger om hvordan beslutningen for flere år siden foregikk og deres meninger nå. Dette gjør at vi har valgt en tverrsnittstudie. Konsekvensen av dette er at våre data kan bli litt mindre pålitelige fordi vi har ikke undersøkt meningene deres da det skjedde, men ut fra vår empiri virker de fleste å være enige om hvordan det foregikk uavhengig av hverandre.

3.7 Analyse av data

Vår valgte metode for dataanalyse er tematisk analyse. Denne metoden beskrives av Braun og Clarke (2006) som en generisk og fleksibel, men også systematisk, tilnærming til kvalitativ dataanalyse. Tematisk analyse er godt egnet til både induktiv og deduktiv tilnærming, og skal hjelpe oss å identifisere større temaer vi kan trekke ut av dataene (Saunders, et al., 2016).

3.7.1 Transkribering

Før vi begynte å analysere dataene transkriberte vi alle de syv intervjuene, som samlet bestod av omtrent 7,5 timer lydopptak. Vi transkriberte intervjuene så kort tid etterkant som det lot seg gjøre. Dette er ifølge Saunders et al. (2016) fornuftig for å unngå at det hopper seg opp med transkriberingsarbeid, og ikke minst at det kan bidra til å redusere feil. Intervjuene

ble transkribert i løpet av en knapp uke. Transkripsjonene ble for det meste en ordrett gjengivelse av det informanten sa. Tonefall, kroppsspråk og lignende ble ikke inkludert. Det eneste vi merket oss i teksten var latter og åpenbar bruk av ironi. Stort sett alle våre støtteord, som for eksempel «m-m», ble utelatt for oversiktlighetens skyld, med mindre de aktivt påvirket hvordan informanten fortsatte svaret sitt. Deretter utførte vi ”data cleaning”, altså å lese gjennom transkripsjonene for å rette opp skrivefeil og lignende (Saunders, et al., 2016). Til slutt ble transkripsjonene sendt til informantene for eventuell korrigerings og godkjenning. Samtlige kom tilbake med minimale eller ingen endringer.

3.7.2 Koding

Etterhvert som transkripsjonene ble korrigerings og godkjent ble alle lastet opp under en felles prosjektfil i et kvalitativt analyseprogram kalt Atlas.ti. All koding ble gjort i dette programmet. Dette tillot oss å kode uten begrensninger på antall koder i form av fargekoder og lignende, ettersom programmet åpner for å lage et stort antall koder. Saunders et al. (2016) skriver at dersom man bruker induktiv metode vil man vanligvis kode alt man sitter på av data, og det gjorde også vi. Første runde med koding endte opp med opp mot 70 koder. Kodene tok utgangspunkt i dataene, og var i det store uavhengig av teorivalg, selv om dette ubevisst kan ha farget noe av kodingen. Kodene ble stort sett skrevet med egne ord, ikke informantens, som et tidlig og lite ledd i analyseprosessen Vi ønsket å være åpne for interessante funn, ikke binde oss til spesifikke teorier som i en rent deduktiv tilnærming.

3.7.3 Identifisering av temaer

Da all kodingen var ferdig begynte vi å lete etter temaer som gikk igjen. I praksis hadde vi allerede gjort oss tanker om dette underveis i kodingsprosessen, noe Saunders et al. (2016) også påpeker at er svært vanlig. Atlas.ti åpner for å slå sammen koder i temaer, og det var dette vi gjorde. Noen temaer viste seg etter hvert å være for brede, slik at de gikk igjen hele tiden. I Atlas.ti er det enkelt å splitte temaer og koder opp igjen i mer spesifikke enheter. Noen av temaene vi identifiserte relaterte seg ganske tett til teori vi hadde sett på, mens andre fremdeles var mer datadrevne. Sånn sett åpnet vi litt opp for deduktiv tilnærming. Saunders et al. (2016) påpeker da også at det kan være problematisk å utelukkende benytte en rent induktiv eller deduktiv tilnæringsmåte. Vi endte opp med ca. ti temaer, hvor noen etter hvert ble mer aktuelle for den videre oppgaven enn andre. På dette tidspunktet var vi også så godt kjente med transkripsjonene at vi kunne diskutere dem delvis uten bruk av

koder. Til slutt i prosessen begynte vi å knytte både temaer, koder og enkeltsitater til konkret teori vi ønsket å gå videre med, basert på det vi hadde funnet i dataene.

3.8 Evaluering av metode

I enhver studie er det viktig å evaluere metoden man har anvendt for å sikre kvaliteten til dataene man har samlet inn. Vi har som nevnt valgt en kvalitativ studie og i den anledning ønsker vi å anvende andre kriterier enn de kjent fra kvantitative studier for å evaluere metoden vår. Dette gjør vi fordi kriteriene reliabilitet, ekstern og intern validitet ikke er like relevante for en kvalitativ studie hvor hensikten ikke nødvendigvis er å være reproducerbar for andre forskere (Guba & Lincoln, 1989; Lincoln & Guba, 1985). I denne studien vil vi vurdere metoden ut fra begrepene til Lincoln og Guba (1989; 1985) pålitelighet, troverdighet og overførbarhet og bekreftbarhet som erstatninger for henholdsvis reliabilitet, intern validitet, ekstern validitet og objektivitet. I tillegg vil vi vurdere ulike biaser og etiske hensyn.

3.8.1 Pålitelighet

Pålitelighet handler om i hvilken grad dataene man har samlet inn kan stoles på (Jacobsen, 2005). Det er trekkene ved selve undersøkelsen som avgjør i hvilken grad vi kan tilegne pålitelighet til de innsamlede dataene. Dette medfører at følgende kriterier må vurderes: hvilken type data har vi samlet inn, hvordan er de samlet inn og hvordan er de bearbeidet. I denne delen avgrenser vi diskusjonen til semistrukturerte intervju fordi det er metoden vi har brukt mest og dens utfordringer dekker dels de samme utfordringene som telefonintervju, pilotintervju og pilotintervju over telefon.

I vår studie har vi valgt å samle inn hovedsakelig primærdata for å styrke påliteligheten til dataene vi har samlet inn. Ved å samle inn dataene selv kan vi sikre at formålet med innsamlingen er tett knyttet opp til vår problemstilling i motsetning til sekundærdata som ikke er det. Videre har vi involvert medstudenter, som ikke er en del av studien, i vurderingen av prosessen og resultatet av studien. Dette vil styrke påliteligheten til dataene våre fordi vi kan få hjelp i prosessen med å oppsummere foreløpig funn, tilegne mening til vår empiri og få tilbakemelding på funnene for å vurdere mer datainnsamling (Lincoln & Guba, 1985). I vårt tilfelle medførte denne prosessen til at vi innså behovet for ytterligere datainnsamling og derav det sene intervjuet med daværende sykehusdirektør.

På den andre siden kan en slik prosess ende med forvirring eller føre til usikkerhet. Prosessen kan være nytteløs i den grad at den kan føre til forvirring. Fordi den eksterne forskeren man samarbeider med i prosessen kjenner ikke til dataene på lik linje som forskeren, og de kan ha ulike syn på saken som igjen medfører problematikk i vurderingene (Lincoln & Guba, 1985). Da sitter man igjen med en situasjon hvor det blir uklart hvem det er som har rett, og man kunne ha vært foruten prosessen. I vårt tilfelle opplevde vi ikke dette, men er åpne for at dette kan ha skjedd i våre semistrukturerte intervju.

Det kan være utfordrende å gjennomføre de eksakt samme datainnsamlingene som vi gjorde. Dette mener vi fordi vi utførte semistrukturerte intervju som vi tilpasset informantens rolle i sykehuset ut i fra intervjuguiden. Dette medførte at vi gikk delvis vekk fra intervjuguiden for å følge spor som informanten ga oss for å prøve og avdekke interessante funn. Vi hadde en intervjuguide som mal, men hvis vi oppdaget at informanten virket å ville prate mer utdypende om et tema som er relevant for problemstilling så gikk vi gjerne vekk fra intervjuguiden for å grave dypere i dette. Derimot har vi fulgt intervjuguiden i den grad at vi stilte alle spørsmålene vi planla, og på den måten styrker det til dels påliteligheten (Yin, 2009).

Et annet aspekt som støtter dataenes pålitelighet er at vi har samlet inn data fra en spesifikk og signifikant investering ved sykehuset. Dette betyr at vi har fått informantene til å snakke om en bestemt hendelse og ikke hvordan de mener en investeringsbeslutning burde være. Dette mener vi medfører at vi kan i bedre grad til å besvare problemstillingen enn hvis vi hadde sett på en generell investeringsbeslutning.

Videre ble svarene vi samlet inn muligens påvirket av konteksten, slik som hvordan vi som intervjuer oppførte oss, hvordan vi stilte spørsmålene og hvordan omgivelsene var. I tillegg samlet inn vi inn deres meninger om både deres opplevelse av investeringen for over 10 år siden og nåtiden, som kan være utfordrende å gjenskape fordi informanten ikke nødvendigvis svarer det ved en senere anledning. Derimot opplevde vi at de informantene som var der under investeringen husket det samme, men dette gjør generelt sett at det kan være vanskelig for forskere i etterkant å gjenskape de samme funnene.

3.8.2 Ulike former for bias

For å samle inn dataene har vi brukt ulike former for intervju, men som nevnt vil vi ta utgangspunkt i semistrukturerte intervju i denne delen. Litteraturen ramser flere feilkilder

eller såkalt bias som man må ta hensyn til når man gjennomfører semistrukturerte intervju (Saunders, et al., 2016). For vår studie finner vi det mest relevante å drøfte intervjuerbias, respondentbias og deltakerbias med hensyn til dataenes pålitelighet.

Intervjubias

Intervjuerbias handler om at ikke-verbal oppførsel, våre kommentarer og tonen vi prater i påvirker hvordan informantene svarer på våre spørsmål i løpet av intervjuet (Saunders, et al., 2016). I tillegg kan man som forsker bidra til bias gjennom vår tolkning av svarene vi får.

For å minimere intervjuerbias gjennomførte vi flere prøveintervju med oss selv, avklarte roller og brukte opplevelsen av pilotintervjuene til læring for å forberede oss til å tre inn i rollen som intervjuere og minimere vår påvirkning og bias i innsamlingsprosessen. Derimot er det krevende å oppføre seg identisk i hvert eneste intervju, være observant på vår tolkning av svar og i tillegg tolke svarene likt under intervjuene. Derfor mener vi at vi ikke klarte å minimere all intervjuerbiasen, og er åpne for at vi kan ha påvirket innsamlingsprosessen.

Respondentbias

Den andre biasen vi har valgt å ta hensyn til er respondentbias, som handler om at informantene gir den informasjon som de selekterer selv både bevisst eller ubevisst. Årsaken til dette kan være at informantene ønsker å bevare eget eller organisasjonens rykte eller lignende, eller informantene ikke har tillit til deg som forsker (Saunders, et al., 2016). For å minimere denne biasen er det essensielt å gi informantene inntrykk av de er i en trygg intervjusituasjon.

For å skape en trygg intervjusituasjon og minimere respondentbiasen var det spesielt tre elementer vi la vekt på. Det første var at vi som forskere ble introdusert først gjennom økonomidirektøren til økonomirådgiver på kirurgisk avdeling. Deretter satte økonomirådgiver oss i kontakt med en del informanter, og daværende sykehusdirektør fikk vi kontakt gjennom å henvise til kontakt med nåværende økonomidirektør. Dette mener vi ga oss som forskere mer tillit blant informantene fordi delvis akseptert av dem.

Før selve intervjuet sørget vi for at de var innforstått med at alt som ble sagt ble behandlet konfidensielt, at de signerte på vårt samtykkeskjema fra NSD og at de ville få mulighet til å fjerne, endre eller legge til utsagn i transkriberingen i etterkant. Vi mener disse momentene var med på å skape en trygg situasjon for informantene. Derimot kan det være at vår inngang til informantene gjennom personer med økonomibakgrunn gjorde informantene innstilt på å

ikke dele enkelte typer informasjon, og derfor kan vi ikke være helt sikre på at vi har fjernet all form for respondentbias.

Deltakerbias

Den siste biasen vi har tatt hensyn til i vår studie er deltakerbias som handler om at informanter kan være mindre villige til å delta på intervjuene hvis det for eksempel tar lang tid å delta i studien. I vårt tilfelle stilte alle som ble invitert via økonomirådgiver eller oss opp. Derfor mener vi at vårt utvalg ikke ble svekket av denne biasen. På den andre siden kan det være noen takket nei som økonomirådgiver ikke fortalt det om.

3.8.3 Troverdighet

Troverdighet handler om hvor kongruente vår empiri er med virkeligheten til våre informanter (Lincoln & Guba, 1985). Videre forteller Lincoln og Guba (1985) at troverdighet kan måles på ulike kriterier, og vi har valgt å trekke frem de vi mener er mest relevante for vår studie. Derfor vil vi i denne delen vurdere de relevante kriteriene hentet fra Shenton (2004, s. 64-69) sin alfabetiske liste: opprette tillit (b), triangulering (d) og kontroll av transkribering (l).

Et viktig element for å oppnå troverdighet i sin empiri er å tidlig etablere kjennskap til organisasjonen man skal undersøke og etablere tillit til sine informanter slik at man oppnår tilstrekkelig med data (Shenton, 2004). I vårt tilfelle hadde vi i starten av august et fysisk møte med økonomidirektør i form av pilotintervju, to telefonsamtaler på forhånd med økonomirådgiver og vi hadde lest oss opp på studier om investeringer i sykehus på forhånd. I tillegg var vi tilstede under et uformelt møte på sykehuset, fikk omvisning på avdelingen og overvar en nyreoperasjon i en time med Da Vinci. Gjennom dette møtet, telefonsamtalene og lesing av studier følte vi at kjente til organisasjonen bedre, og en av de vi skulle prate med bedre på forhånd. På den andre siden kan dette medføre at vi som forskere blir biased og kanskje får empati for våre informanter som påvirker våre valg. Dette opplevde vi ikke i vår studie.

Triangulering er det andre kriteriet for å styrke troverdigheten til vår empiris samsvar med informantenes virkelighetsoppfatning (Shenton, 2004). Det handler om at et fenomen studeres fra ulike perspektiver. Det eksisterer fire ulike måter å triangulere dataene på, og det er enten via metode, kilder, analyse eller teoriperspektiv (Denzin, 1978; Patton, 1999). I vårt tilfelle har vi foretatt triangulering via kilder og teoriperspektiv. Vi har spurt alle våre

informanter som var med på Da Vinci-investeringen omtrent de samme spørsmålene, og vi har fått samsvar fra flere kilder i ulike posisjoner om hvordan prosessen foregikk. I teoridelen vår har vi gjort rede for både normativ og deskriptiv teori for å belyse og tolke fenomenet. På den andre siden kan det være vi legger for mye tiltro til triangulering og trekker slutninger som det egentlig ikke er belegg for.

Det viktigste tiltaket for å styrke troverdigheten er å la informanten kontrollere transkriberingen for å være sikker på at virkelighetsoppfatningen til informanten faktisk ender opp i transkripsjonene (Shenton, 2004). I vårt tilfelle transkriberte vi intervjuene og sendte transkripsjonene til informantene med instruks om å fjerne, endre eller legge til tekst dersom det var ønskelig. Dette gjorde vi for å sørge for at deres oppfatning av saken ble presist lagt frem slik de opplevde den. Til gjengjeld kan dette medføre uoverensstemmelser med informantene fordi forsker og informant har ulike motiver og det kan føre til at tolkningene av svar kan være ulike. I tillegg kan man oppleve at informantene trekker historier eller utsagn i ettertid som gjør at man mister funn, men på den andre siden øker dette påliteligheten til studien.

3.8.4 Overførbarhet

Overførbarhet handler om i hvilken grad andre forskere kan vurdere generaliserbarheten til studien til en annen setting som forskeren er interessert i å undersøke (Saunders, et al., 2016). Høy grad av overførbarhet oppnås ved å gi en fullstendig beskrivelse av forskningsspørsmål, design, kontekst, empiri og tolkninger. I vårt tilfelle har vi beskrevet bakgrunnen for problemstillingen, presentert og diskutert vårt design, skrevet kontekst, samt beskrevet vår empiri og tolkninger.

3.8.5 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet handler om i hvilken grad empirien i en studie er et resultat av forskningen og undersøkelsen som har blitt gjort eller om det er resultat av subjektivitet (Johannessen, 2011). For å øke vår studies bekreftbarhet har vi som nevnt involvert medstudenter for å vurdere empirien og resultatet til studien, for å få andres syn på studien slik at vår bekreftbarhet styrkes. Videre har vi også foretatt triangulering ved å ha flere kilder og to teoretiske perspektiver. I tillegg har vi vært to forskere i denne studien slik at vi kan diskutere og utvide vår forståelse.

3.9 Etiske vurderinger

Vi har gjennom hele prosessen med oppgaven hatt fokus på de ulike etiske aspektene ved å skrive en slik oppgave. Vi meldte tidlig prosjektet til NSD og fikk dette godkjent før vi begynte innsamlingsprosessen. I tillegg brukte vi NSDs samtykkeskjema i intervjuprosessen for å sørge for at informanten fikk den nødvendige informasjon for å føle seg fortrolig med oss som forskere og at deres svar ble håndtert på avtalt måte.

Vi har operert med koblingsnøkler for å ivareta anonymiteten til informantene. Dette dokumentet har ligget på en egen ekstern mappe, og den lå trygt bak en innlogging som var sikret med et krav om to-steps-autentisering som bare en hadde tilgang til. Videre var det slik at hvis transkriberingene skulle bli stjålet vil det ikke være mulig å avsløre personen bak utsagnene, fordi det i transkriberingen ikke sto navn, og personen er omtalt med et tilfeldig tall. Derfor mener vi informantenes identiteter var godt sikret.

I tillegg har vi latt informantene legge til, endre eller fjerne utsagn de har kommet med i intervjuet for å ivareta respondenten. Dette informerte vi som nevnt om i begynnelsen av intervjuet for å få informanten til å føle seg trygg, fordi de visste at de kunne kontrollere det de sa i etterkant. I tillegg fortalte vi til å begynne med at informanten kunne trekke seg, la være å svare på spørsmål samt forlate intervjuet hvis det var ønskelig. Dette gjorde vi fordi det kan være ubehagelig som respondent å se sine egne svar i etterkant hvis man ikke står inne for dette. Derfor mener vi en slik revisjon av transkriberingen bidrar til å minimere de etiske utfordringene knyttet til vår studie. Vi er likevel åpne for at det er etiske hensyn vi ikke har tatt opp til vurdering.

4. Kontekst

Dette kapitlet skal gi bakgrunnsinformasjonen man trenger for å få en bedre forståelse av empirien og den påfølgende diskusjonen. Først skal vi presentere noen grunnleggende fakta om sykehusets størrelse, organisering og økonomi. Deretter presenteres kort selve Da Vinci-roboten, og til slutt kommer en redegjørelse for sykehusreformen i Norge fra 2002. I og med at vi lovt våre informanter at hvilket sykehus vi har sett på skal holdes konfidensielt, vil noe av informasjonen gitt om sykehuset bli gitt i omtrentlige størrelser (se vedlegg 2). Dette medfører også at kildehenvisninger blir mindre brukt i denne delen, en svakhet vi valgte å akseptere for at informantene skulle føle seg friere. Tallene baserer seg enten på offentlig tilgjengelig informasjon eller i noen tilfeller opplysninger fra informantene.

4.1 Fakta om sykehuset

Sykehuset er et offentlig universitetssykehus i Norge, og har over 10.000 ansatte fordelt på en rekke avdelinger, klinikker, poliklinikker etc. Det har et driftsbudsjett på over 8 mrd. NOK, hvorav 400-800 MNOK går til å finansiere den kirurgiske klinikken vi har undersøkt. På tiden da Da Vinci ble anskaffet hadde sykehuset et vedvarende underskudd på omtrent 150-450 MNOK. Som alle andre offentlige sykehus kunne det ikke gå konkurs fordi det er eid og finansielt sikret av staten.

Hvert år investerer sykehuset for 100-300 MNOK i medisinsk-teknisk utstyr. Majoriteten av beløpet går til investeringer som gjenskaffer utstyr de allerede har hatt fra før. De avskriver for mer enn de investerer for øyeblikket. 10-30 MNOK av beløpet settes av til en pott som skal dekke uforventede nødvendige investeringer, som for eksempel hvis en CT-skanner på akuttavdelingen plutselig stopper å virke.

4.2 Organisering og ansvar

Sykehuset er organisert slik at det man har et styre, og deretter sykehusdirektøren og sentralledelsen. Sentralledelsen består av underdirektører med ansvar for administrasjon, forskning, organisasjon, økonomi, fag, kommunikasjon og samhandling. Under sykehusdirektøren sitter de ulike klinikkjefene som rapporterer til sykehusdirektøren.

Klinikksjefen er øverste ansvarlig for alt som skjer på klinikken. Finansieringen av klinikken kommer i form av årlige tilskudd fra sykehusdirektøren basert på det godkjente budsjettet for året, gitt høsten før. Disse midlene fordeler deretter klinikksjefen sammen med økonomirådgiver. Normalt dekker disse midlene lønnskostnader og andre driftskostnader. I tillegg blir de finansiert via innsatsstyrt finansiering (ISF) som dekker deler av kostnaden ved å behandle pasienter. Mer om dette under helseforetaksreformen.

4.3 Operasjonsroboten Da Vinci

Da Vinci er en operasjonsrobot utviklet av det børsnoterte amerikanske selskapet Intuitive Surgical, som i praksis er monopolist i markedet. De utvikler, produserer og markedsfører operasjonsroboter, og da spesielt Da Vinci-produktserien. Prisen på Da Vinci varierer og ligger ikke offentlig, men på anskaffelsestidspunktet anslår vi prislappen på investeringen til 15-20 MNOK. I dag anslår vi at en anskaffelse av Da Vinci vil koste 20-25 MNOK basert på informasjon fra våre informanter.

Roboten er delt i flere deler og består av en operasjonskonsoll, tre robotarmer hvorav den ene er et kamera og de to andre er de som utfører selve operasjonen, og disse armene styres av kirurgen i operasjonskonsollen (Fodstad, 2014). Se vedlegg 4. Roboten er et alternativ til åpen kirurgi, og forenkler arbeidsdagen til kirurgene. Ved åpen kirurgi måtte kirurgen stå over pasientens åpne buk og operere i potensielt flere timer. Med Da Vinci trengs kortere tid, og det gir også er langt bedre arbeidsstilling for kirurgen. Dessuten fjerner robotarmene faren for skjelvende hender. Da Vinci brukes primært av urologer til operasjoner av prostatakreft, men også andre typer kreft i bekkenet og ellers.

4.4 Helseforetaksreformen

Før helseforetaksreformen var sykehusene eid av hver sin fylkeskommune (Ot.prp. nr. 66, 2000-01). Dette ble endret da reformen ble i 2002 iverksatt, og alt av eiendeler, ansatte og ansvar ble overført fra fylkeskommunene til staten. Det ble opprettet fem regionale helseforetak (RHF), som senere ble til fire: Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF. Staten tildeler hvert år midler til hvert av foretakene og de formidler videre til sine respektive sykehus og andre avdelinger (helseforetak) (Ot.prp. nr. 66, 2000-01).

I helseforetaksreformen er finansieringen av de regionale helseforetakene basert på en basisbevilgning og en aktivitetsbasert finansiering (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 11-12). Basisbevilgningen avhenger av hvor mange som bor i regionen og alderen på befolkningen, og den er uavhengig av sykehusets drift. Derimot er aktivitetsbasert finansiering eller innsattsstyrt finansiering (ISF) avhengig av behandlingen av pasienter som beregnes ut fra et system som heter DRG (diagnoserelaterte grupper). DRG-systemet er en aggregert beskrivelse av det enkelte sykehus' aktivitet og pasientsammensetning, og inneholder både medisinsk og økonomisk informasjon som gjør det mulig å sammenligne sykehusene på tvers (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 14).

4.5 Totaløkonomi

Helseforetaksreformen endret de økonomiske aspektene i sykehuset. En av de større endringene var at sykehusene byttet ut kontantprinsippet med regnskapsprinsippene kjent fra regnskapsloven (Ot.prp. nr. 66, 2000-01). Dette betydde at sykehusene nå regnskapsførte inntekter og kostnader på lik måte som aksjeselskap, og man kunne måle deres ressursbruk (Nyland & Pettersen, 2010). I tillegg fantes det ikke lenger to ulike budsjetter, hvorav ett var for driften til sykehuset og det andre var til investeringer. Disse ble smeltet sammen til ett budsjett for både investeringer og drift.

Denne endringen medførte at sykehusene ikke lenger kunne søke om støtte til investeringer, slik de gjorde før. Investeringene måtte tas hensyn til i det helhetlige budsjettet, og man ble pålagt som sykehus å opparbeide tilstrekkelig likviditet for å gjennomføre slike (Ot.prp. nr. 66, 2000-01). I tillegg ble konsekvensene av investeringene også synlige i regnskapet som avskrivninger, som ikke var tilfellet før. Dette gjorde at sykehuset nå har en felles totaløkonomi. Nå som drift- og investeringsbudsjettet var ett budsjett måtte man i større grad ta hensyn til driftsbudsjettet når man investerte, fordi avskrivningene og rentekostnader ville bli påført sykehuset og klinikkene.

5. Empiri

I dette kapittelet i studien skal vi presentere vår empiri. Først vil vi presentere våre funn om hvilken rolle økonomiske argumenter spilte spesifikt i investeringsbeslutningen om Da Vinci-roboten. Videre presenteres hva slags innflytelse økonomiske argumenter hadde i sykehuset som helhet i denne perioden, og hvordan dette eventuelt har utviklet seg. Deretter vil vi presentere funn knyttet til hva som kan ha forårsaket en eventuell endring i innflytelsen til økonomiske argumenter.

5.1 Investeringsprosessen rundt Da Vinci

I denne delen skal vi presentere vår empiri knyttet til hvilke argumenter som ble prioritert i anskaffelsen av Da Vinci. Aller først skal vi presentere funn knyttet til omstendigheter som kan ha bidratt til investeringen. Videre følger funn som forteller om selve beslutningsprosessen, og til slutt funn knyttet til ting som foregikk i kulissene som kan ha bidratt til beslutningen.

5.1.1 Prosessen i forkant

I forkant av prosessen med å anskaffe Da Vinci hadde sykehuset opplevd et press som kom fra flere kanter. Noe av dette presset bunnet i at andre norske sykehus allerede hadde roboten, slik at man hang etter på dette feltet.

For å si det sånn, jeg så det som viktig at vi kunne tilby pasienter en like kvalitetsmessig god behandling som etterhvert var begynt å bli etablert andre steder i landet.

Daværende sykehusdirektør

En annen faktor var forespørsler fra pasienter som hadde hørt om roboten, og ønsket å bli operert slik selv. Urologene ved sykehuset opplevde å stadig måtte fortelle pasienter at et slikt tilbud hadde man ikke her.

Det likte jeg jo ikke noe særlig. Når du sitter der og ikke har det tilbudet selv, som fagmann, så føler du deg litt sånn underlegen på en måte. "Nei, vi har ikke sånt vi". Det er ikke en særlig god følelse altså.

Nåværende overlege i urologi

Når det gjelder mer snever egennytte og prestisje ble følgende spøkefulle sammenligning mellom Da Vinci og tradisjonelle operasjoner nevnt:

Du kommer fra A til B i en Trabant også, men det er mye stiligere i en Porsche.

Nåværende overlege i urologi

Det kom også frem at flere urologer sponset av Da Vinci-produsenten hadde reist rundt for å se roboten i bruk før de visste at sykehuset hadde kjøpt egen.

-[...] våre urologer hadde sett den i bruk på Radiumhospitalet og i utlandet, og firmaet kostet på reiser, kongresser og kurs på kirurgene på forhånd.

-Før de visste at det ble et salg?

-Ja.

Daværende klinikkssjef

På samme tid som ønskene om Da Vinci dukket opp, så kom det også press fra ulike organisasjoner. Dette hadde våre informanter merket i varierende grad.

Tiden var for oss, prostatakreft var i vinden [...] Kreftforeningen kjørte kampanjer og var veldig interessert. Fokus skiftet noe fra brystkreft til prostatakreft i den tiden. Pasientorganisasjonene er veldig viktig til å hjelpe oss ubevisst med sånne prioriteringsdebatter.

Daværende klinikkssjef

Om at Kreftforeningen og Prostatakreftforeningen var ute i media for å bedre behandlingstilbudene for prostatakreft:

Ja, direktøren og alle andre helsearbeidere leste det på samme måte, så det lå liksom i kulturen eller i tiden. Så alle som fulgte med litt visste jo om det.

Daværende klinikkssjef

Vi fant at interessen for Da Vinci tok seg opp etter at en anerkjent daværende overlege i urologi hadde vært utenlands på diverse legekongresser. Hen brakte idéen om denne roboten til daværende klinikkssjef ved kirurgisk klinikk. I tillegg hadde andre kirurger ved sykehuset

lest om Da Vinci og dens raske spredning i USA i fagtidsskrifter. Den europeiske urologiske foreningen holder også årlige robotkirurgi-konferanser, hvor produsenten av Da Vinci er tilstede.

Daværende overlege i urologi var veldig dyktig og interessert i faget sitt, forskning, innovasjon og videreutvikling. Han reiste rundt i hele verden på kongresser og fulgte med på hva som skjedde. Overlegen kom på kontoret mitt og han fremmet operasjonsroboten. Han var veldig overbevisende, og det var ikke vanskelig å forstå at dette var noe for fremtiden, særlig for prostatakirurgi.

Daværende klinikksjef

Daværende klinikksjef virker å ha blitt overbevist om at dette var noe klinikken trengte, og samlet de medisinske argumentene for å gjøre denne investeringen. Inntrykket vårt var at de fleste medisinske argumentene var knyttet til redusert liggetid og minimering av de kjente bivirkningene ved behandling av prostatakreft.

[...] reduksjon i urininkonsistens, impotens og infeksjoner. Det er jo et stort inngrep når man opererer åpent, noe som betyr at pasientene lå innlagt 7 til 10 dager postoperativt med kateter og skyll og alt mulig rart. Med robotteknikken kan pasientene dra hjem etter kun 1-2 dager.

Daværende klinikksjef

Etterpå skrev den anerkjente urologen et brev som argumenterte for å investere i Da Vinci, og daværende klinikksjef gjorde om brevet til et brev på vegne av klinikken. Hen fikk også med gynekologene til å signere på dette brevet for å styrke argumentet om etterspørsel for roboten. Vår opplevelse av dette var at selve investeringsbeløpet var såpass stort at det måtte både medisinske argumenter og et profesjonelt press fra klinikksjefene for å få den gjennom.

Dette var et beløp hinsides noe som vi i hadde vært i nærheten av å kjøpe i min karriere. Det var helt vilt, men når vi tenker på at det ble brukt mye penger på å bygge [...] så ble dette plutselig et relativt litt annerledes beløp. Sånn at det stoppet opp første gangen fordi det var en del av den ordinære driften og ordinære driftsbudsjett, og der var det ikke plass.

Daværende klinikksjef

5.1.2 Da Vinci blir anskaffet

Selv om det første forsøket ble stoppet av ledelsen, ga de ikke opp. Fagdirektøren hadde ikke engang vurdert investeringen i seriøse diskusjoner fordi det utgjorde en såpass stor andel av investeringsbudsjettet til sykehuset. Derimot dukket det opp uventede overskuddsmidler til utstyr fra et utbyggingsprosjekt som gjorde at daværende klinikkssjef prøvde en gang til.

[...] vi brukte de gamle og gode argumentene. Brukte det gamle brevet og ba om et møte. Deretter var det stille en stund, før jeg ble innkalt på møte til sykehusdirektøren alene. Da hadde vi en diskusjon om jeg mente at roboten var et viktig verktøy for prostatakirurgi, og det fikk jeg tydeligvis forklart ham at det var det. Så da besluttet han at den skulle kjøpes inn. Hen sa det i hvert fall til meg at "den kjøper vi".

Daværende klinikkssjef

På spørsmål om hen konsulterte med daværende økonomirådgiver på klinikken før de gikk inn for en investering med stor påvirkning på drift svarer daværende klinikkssjef følgende:

Nei, det var lite. Vi hadde bruttoprisen, som sikkert var 3-4 millioner for lav, og vi hadde de faglige argumentene som vi samlet opp. [...] Noe mer hadde vi ikke. Det var vesentlig medisinskfaglig argumentasjon vi forsøkte på da. Også ba vi om at den skulle bli finansiert.

Daværende klinikkssjef

Det var sykehusdirektøren som besluttet innkjøpet av Da Vinci, og vi fant at de medisinske argumentene knyttet til roboten ble sterkt vektlagt, ikke de økonomiske, selv om sykehuset på dette tidspunktet slet økonomisk.

Vi gjorde ingen økonomiske analyser om dette var lønnsomt eller ikke. Det hele var tuftet på kvalitet i inngrepet. [...] Å regne hjem økonomi i dette her for å svare investeringen, det så vi ikke som mulig. Dette var en ren kvalitetsbasert investering.

Daværende sykehusdirektør

Derimot fant vi ut at majoriteten av de medisinske argumentene ikke var forankret i anerkjente studier eller annen solid skriftlig dokumentasjon, men at de var basert på muntlige

argumenter som daværende klinikkssjef hadde fått overlevert fra den anerkjente urologen. Dette utgjorde også beslutningsgrunnlaget til sykehusdirektøren.

[...] det var lite vitenskapelig dokumentasjon fordi roboten var ny. Det fantes nesten ikke dokumenterte resultater på den tiden. Det var lite, små case studier med korte observasjonstider. Det var liksom logikken som sa at dette måtte gi bedre kvalitet. Det å ha så stor forskjell på nøyaktigheten i disseksjon og operasjonsteknikk, det måtte bedre kvaliteten.

Daværende klinikkssjef

Bevis ligger jo i at jeg tror jeg snakket med to-tre urologer. Som ikke-lege så kan jo ikke jeg gå inn og vurdere den type publikasjoner. De overbeviste meg relativt enkelt om at det var dokumentert vitenskapelig at kvaliteten på inngrepet ble bedre, men ikke overlevelsen.

Daværende sykehusdirektør

Sykehusets status som universitetssykehus ble også trukket frem som en faktor i beslutningen.

[...] vi syntes det medisinsk-teknisk og faglig for et universitetssykehus var så viktig at vi gjorde det.

Daværende sykehusdirektør

I tillegg ble det fremhevet at noen ansatte hadde mer innflytelse enn andre, i kraft av faglig prestisje og status.

Så er det jo ikke til å stikke under en stol, vi hadde en veldig anerkjent urolog, og det å gi dyktige mennesker utviklingsmuligheter har jeg alltid sett på som viktig

Daværende sykehusdirektør

Alternativer til Da Vinci virker ikke å ha blitt vurdert nøye. Selger av Da Vinci hadde tilnærmet monopol på den typen robot, og ingen andre klinikker eller grupper kom med konkurrerende ønsker. Hvor godt kjent det var i sykehuset at det fantes overskuddsmidler er uvisst.

Fra klinikken var det ikke mye andre seriøse investeringer i MTU som vi hadde å prioritere mellom. [...] De hadde sterke patenter og de hadde stoppet andre produsenter som vi leste om. Om det var en 5 eller 10 års horisont på patentene tenkte vi ikke over. Det var den som var aktuell og det var den vi måtte ha.

Daværende klinikkssjef

Om det var noen alternativer eller ikke var en prosess jeg ikke var inne i.

Daværende sykehusdirektør

5.1.3 Tilbakeholdt informasjon

Til tross for at dette var en av klinikkens desidert største investeringer ifølge daværende klinikkssjef, og at klinikken og sykehuset slet økonomisk, opplevde vi at det ikke ble gjort noen særlige økonomiske vurderinger før selve investeringen. Dette virker det å være enighet om blant informantene.

Men igjen, for å gjenta meg selv, det lå ingen sinnrike økonomiske vurderinger verken den ene eller annen vei, vi så at dette representerte en fremtid, vi så at dette beviselig økte kvaliteten på et relativt komplisert inngrep, og vi hadde pengene.

Daværende sykehusdirektør

Nei, vi var så opphengt i innkjøpskostnaden, det var den som var der, som var så uoverkommelig. Det var et så høyt tall som vi aldri hadde snakket om før. Det var det tallet som vi jobbet med fordi vi ble ikke spurt om noe annet.

Daværende klinikkssjef

Daværende klinikkssjef forteller også at de informerte direktøren om kostnadene knyttet til drift av Da Vinci, men at de oppgav at driftskostnadene ville være omtrent sammenlignbare med den gamle metoden. Dette visste de imidlertid at ikke stemte. Da Vinci var betraktelig dyrere i drift enn slik de opererte før.

[...] vi visste også at engangsutstyret på Da Vinci er uforskammet dyrt, men det underkommuniserte vi litt for å si det på den måten.

Daværende klinikkssjef

Vi fikk vel den informasjonen fra kirurgene så vidt jeg husker, at det var relativt neglisjerbart i forhold til måten man opererte på da.

Daværende sykehusdirektør

Videre forteller daværende klinikkssjef at de visste om kostnadene ved Da Vinci fra andre norske sykehus. De var klar over at selv om roboten ville hjelpe dem til å operere flere, ville ikke innsatsstyrt finansiering komme i nærheten av å dekke inn det Da Vinci kostet i drift.

Investeringen virker å være besluttet uten innblanding av økonomer, selv om sykehusdirektøren sier hen pratet med ledelsen, hvor det satt en økonomidirektør. Daværende klinikkssjef kunne ha rådført seg med klinikkens økonomirådgiver, men dette later ikke til å ha vært gjort.

Du vet jo at man skulle jo ha satt opp et totalbudsjett, totalt driftsbudsjett, avskrivninger, kostnadene for engangsutstyret og inntekter; på liggetid, redusert operasjonsstuetid. Men det ble ikke gjort.

Daværende klinikkssjef

Daværende sykehusdirektør sier investeringen var faglig begrunnet, men et sitat fra daværende klinikkssjef ved kirurgisk viser at legene hadde prøvd å overtale fagdirektøren i sentralstaben om å støtte Da Vinci, men at fagdirektøren hadde vært skeptisk til dette. Dette indikerer at direktøren ikke forhørte seg med fagdirektør, men er ikke bevis.

Jeg og overlegen i urologi brukte fagdirektøren, nærmeste medisinskfaglige rådgiver til direktøren, og prøvde å overbevise ham om å hjelpe oss med å få Da Vinci. Det var ikke noe stor entusiasme for roboten.

Daværende klinikkssjef

5.2 Forholdet mellom økonomi- og medisinlogikk

I de neste avsnittene skal vi presentere våre funn knyttet til logikkene som var i sykehuset både da anskaffelsen skjedde og i dag. Vi vil først presentere de funn vi har knyttet til økonomilogikk blant leger, deretter kort om medisinlogikk blant økonomer og til slutt

hvilken rolle økonomien har i sykehuset før og i dag. Aller først starter vi med økonomilogikken blant legene i sykehuset.

5.2.1 Økonomilogikk blant leger

Daværende sykehusdirektør opplevde at mange leger på sykehuset ikke opplevde budsjetter som noe som angitt dem i nevneverdig grad.

[...] da jeg kom til sykehuset så opplevde jeg at legegruppen var satt på sidelinja. Og uten å skulle male med alt for store bokstaver, da blir budsjett og sånt noen andres problem, som man nødvendigvis ikke trenger å ta så hardt innover seg selv.

Daværende sykehusdirektør

Vi opplevde også at enkelte av informantene på kirurgisk avdeling hadde et mindre anstrengt forhold til økonomi, fordi det tidligere var få konsekvenser av å gå i underskudd. Det fremstod for oss som om økonomistyring ikke var i fokus.

Vi gikk i dundrende underskudd, og da var det bare å gå til fylkestinget hvert år og be om mer penger [...] Fylkestinget hadde jo også manglende innsikt og forståelse hva vi drev med. De ga oss jo, for å si det ærlig, helt urealistiske budsjetter sammenlignet med deres forventninger. Det var altfor lave budsjetter med de oppgavene vi fikk.

Daværende klinikk sjef

Lite egentlig, jeg skal kanskje ikke si det, men det ble oppfattet som gnag, "underskudd i år igjen ja", så det må spares et sted. Og så neste år gikk det jo også i underskudd, så etter hvert så ble man litt immun mot den terpinga på at man må spare og spare og spare.

Overlege i urologi

Dette virker derimot å ha endret seg i siden Da Vinci-tiden, og det er enighet blant økonomer og leger om at legene i større grad virker å akseptere økonomistyring som nødvendig.

Men det har gått inn. Pluss at de oppdaget at vi som har vekttallene i økonomi også skjønner at vi er til for pasienten. Så jeg tror nok den gjensidige respekten har kommet etterhvert, og den har vært veldig markant.

Økonomidirektør

Det vet jeg ikke, det har bare sneket seg inn etterhvert. Nei, jeg tror nok det er hele organisasjonen som er mer bevisst på økonomi enn tidligere, det føler jeg meg nokså overbevist om. Men hvordan det har gått til? [...] Nei, det har bare vært sånn stille indoktrinering som i Nord-Korea.

Overlege i urologi

Selv om økonomien ikke virket å gå utover legenes arbeid før i Da Vinci-perioden, virket det som om legene var bevisste på at økonomene ikke skulle få påvirke deres behandling av pasienter fremover heller.

Fagfolk, det være seg leger eller ingeniører, er jo veldig ofte opptatt av det faglig utfordrende eller interessante, og setter jo ikke så veldig stor pris på økonomiske realiteter når de går utover de faglige ambisjonene.

Daværende sykehusdirektør

Det er nok redsel for at fagpersoner skal miste makt tror jeg som ligger bak. Det er noe som heter New Public Management som dette er en del av, så det er nok redsel for at blåruss skal komme å ta de. [...] Det der satt nok langt inn hos enkelte.

Økonomidirektør

Derimot tyder våre funn på at holdningen til økonomene har endret seg i nyere tid. Økonomidirektøren fortalte i en tidligere samtale om en hendelse for lenge siden da en medisinert hadde gitt beskjed om at han som økonomidirektør fikk drive med tall, så skulle klinikerne drive sykehus. Under er økonomidirektørens opplevelse av utvikling i holdninger.

Man hører ikke det jeg sa sist, aldri.

Økonomidirektør

Det virker også å ha blitt større aksept for økonomi i investeringsbeslutninger, og at økonomene i større grad styrer forumene hvor investeringen blir besluttet.

Ofte blir det en diskusjon der det starter med «bare må ha det». Så utvikler det seg til å bli litt mer avansert, sånn at vi etterhvert sier at det påfører deg påfølgende avskrivninger og investeringsbeløpet på 20MNOK, og da blir det ikke så attraktivt lengre, det medfører omstillingskrav. Og da merker vi at ren økonomi fungerer.

Økonomidirektør

Økonomene kjører litt, de har jo lagt rammene for det her, de kjører litt løpet. Det er klinikerne som tar diskusjonen i forhold til det ene eller det andre for hvilket utstyr som er viktig for sykehusets drift. Vi har allerede sagt noe i vår innstilling om når utstyret ryker, og det trumfer nesten alt.

Prosjektleder i medisinskteknisk avdeling

Det er ikke bare investeringsutvalget som eksponerer leger for økonomi, men også de standardiserte pasientforløpene later til å ha økt ønsket om effektiv ressursbruk.

Med forløpene fikk vi gjensidige avtaler sånn at de forstod at skulle vi sammen klare dette forløpet her, måtte det avklares at det måtte være sånn og sånn kapasitet for den tjenesten. Det ble så synlig når vi var i møter med klinikkene. Vi får ikke ned behandlingstid med brystkreft på grunn av at vi venter på det og det. Vi utnytter våre ressurser helt riktig og vi ventet på en annen innsatsfaktor. [...]Man snakker ikke kroner og øre, men snakker effektivitet og effektivitet gir jo kroner og øre, akkesom.

Daværende klinikk sjef

5.2.2 Medisinlogikk blant økonomer

Det var ifølge økonomene vi snakket med bred enighet i sykehuset om at pasientsikkerhet og faget har alltid gått før det økonomiske, selv om sykehuset og økonomirådgivers avdeling har gått med underskudd siden hen startet i avdelingen.

Det er alltid pasientsikkerheten som veier tyngst. Pasienten vinner.

Økonomidirektør

Det har alltid vært klinikkens tilnærming. Faget først, så får regnskapet vise resultatene etterpå.

Økonomirådgiver

5.2.3 Økonomiens rolle mer generelt i sykehuset

Denne holdningen blant økonomene om at pasientsikkerhet og faget skal gå først virker å påvirke hvor strengt de utfører økonomistyringen, både på sykehus- og avdelingsnivå. De mangler gode nok verktøy for å vite om avdelingsresultater skyldes drift eller andre variabler. Dette finner vi at er en utfordring de fremdeles sliter med den dag i dag.

Vi klarer aldri å komme til bunns i, fordi det er et sykehus og ikke et mekanisk verksted, hvor stor andel skyldes dårlig drift, og hvor mye skyldes tilfeldigheter eller for lave bevilgninger eller hva som helst. [...] Vi kommer ikke dit. Og alle sammen sitter og klør seg, hele landet, for å prøve og finne noen mer objektive kriterier for å vurdere dette, men det er ingen som har noe fasit nei.

Økonomidirektør

Nei, da tror jeg du har kommet for langt på sykehusdrift hvis det kun er økonomer som skal bestemme. Man må hele tiden se på, hvorfor er vi etablert? Jo, vi er etablert for å behandle pasienter, det er én av de fire hovedoppgavene, i tillegg til utdanning, utdanning av pasienten og opplæring. [...] Altså, man må jo kunne bremse utviklingen for å også se på den økonomiske siden, men det er hele tiden de fagpersonene som styrer butikken.

Økonomirådgiver

Denne utfordringen med å plassere ansvar for underskudd på noen spesifikk årsak virker å ha gjort det enklere for kirurgisk klinikk å nedprioritere økonomi over lengre tid. Dette kommer tydelig frem i hvordan budsjettprosessen var før.

Det er et sånt spill vi har hver høst, eller ikke spill, men jobben med å sette opp et realistisk budsjett. Når alle legger sammen sine realistiske budsjetter så er det budsjettet mye mer enn det sykehuset har råd til. Deretter blir det bakt inn noen mer

eller mindre urealistiske effektiviseringsplaner. Noen lykkes og andre ikke. Jeg strevde stort sett med underskudd hvert år.

Daværende klinikkssjef

Jeg var mer eller mindre åpen om at det her går i teorien i balanse, men i virkeligheten går vi med 8 millioner i underskudd. Sjefen svarte ikke på det, men jeg hørte at han hørte det. Han kan jo ikke godkjenne underskuddet. Han visste det han og, at det budsjettet er urealistisk selv om det på papiret går i balanse.

Daværende klinikkssjef

Derimot er prosessen mye den samme nå, ifølge økonomirådgiver på kirurgisk klinikk. Hen forteller at de har gått med underskudd hvert år, og at ledelsen med viten og vilje aksepterer urealistiske budsjetter.

Vi har ligget på 20-25 millioner i underskudd hvert år sammenlignet med vårt driftsbudsjett. [...] den tryllingen vi har gjort er at vi har satt inn 4,5 millioner i reduksjon i varekostnader som ikke har noen referanse til noe nytt anbud eller lignende. Det var bare ting jeg satte inn i budsjettet. Deretter satte jeg inn 4,6 millioner i økte lønnskostnader. Og det visste de jo, deretter sa jeg at de kostnadene der, de har jeg ikke tatt hensyn til i budsjettet.

Økonomirådgiver

Selv om økonomirådgiver ved kirurgisk klinikk har prøvd å prate om underskuddet i avdelingen, så blir ikke budsjettene justert.

[...] altså det viser seg at om du synliggjør en ting, og sier fra om den form for urealisme i tidsplanen, i langtidsbudsjett og sånne ting, det er ingen som gjør noen endringer uansett.

Økonomirådgiver

Dette fører tilbake til vanskeligheten med å kartlegge årsakene til underskuddet, og kontinuerlig underskudd.

De får som regel tilgivelse for underskuddet. Med mindre det åpenbart er dårlig styring eller lignende. Det klarer vi aldri å komme til bunns i fordi det er et sykehus og ikke et mekanisk verksted. Hvor stor andel skyldes dårlig drift? Og hvor mye skyldes tilfeldigheter? Eller for lave bevilgninger? Ofte blir det at vi møtes på halvveien. Klinikken må ta mer av en økonomisk utfordring.

Økonomidirektør

Økonomirådgiver forteller at ledelsen vet at klinikken går i minus, og får beskjed om å gå i null. Når økonomirådgiver så viser ledelsen hva dette vil innebære av konsekvenser for driften er det ingen som vil ta disse konsekvensene. Resultatet blir en stilltiende aksept for underskudd.

[...] fra 1. januar i år så sa jeg at vi kommer til å gå 17 millioner i minus. Vi har budsjett på lønnskostnader på x antall millioner, og når vi er i budsjetttrunder så sier ledelsen at vi må gå i 0. «Ja, greit det» sa jeg, men da har jeg synliggjort for dem hele tiden hvilken risiko ligger det i budsjettet. [...] De lederne over oss har ikke villet ta den konsekvensen.

Økonomirådgiver

Tidligere virket det også å være lite økonomisk kontroll på kirurgisk klinikk ved anbud og anskaffelse av utstyr. Dette var det enighet om blant informantene.

Det var jo mange av våre innkjøp som ikke hadde vært på anbud. Engangsutstyr, vesentlig. Det var det som var store. Tror ikke det var noen passet på loven i min tid. Jeg husker jeg drev og strevet, vi har for eksempel et stort budsjett på engangsutstyr til laparoskopi, og det koster flere hundretusenvise hver gang.

Daværende klinikkssjef

[...] det å anskaffe nytt utstyr der det var bare å knipse altså, så kom det, du slapp å spørre noen, med mindre det var veldig store og tunge investeringer.

Overlege i urologi

I løpet av de siste årene har det blitt opprettet et investeringsutvalg som har endret balansen mellom beslutningstakerne, hvor økonomi har fått en større rolle. Dette for å kvalitetssikre store innkjøp både medisinsk og økonomisk.

Det er jo da tre kliniksjefer som er med i det utvalget. Og de skal representere alle klinikkene, noen som er svært utstyrstunge og noen som ikke har i hele tatt, så det er veldig forskjellig. Ofte blir det en diskusjon der det starter med "bare må ha det". Også utvikler det seg til å bli litt mer avansert, sånn at vi etterhvert sier at «det påfører deg påfølgende avskrivninger og investeringsbeløpet på 20MNOK», og da blir det ikke så attraktivt lengre, det medfører omstillingskrav. Og da merker vi at ren økonomi fungerer.

Økonomidirektør

Dette utvalget er en arena hvor økonomer og leger kan diskutere og komme til investeringsbeslutninger, mens en teknisk orientert tredjepart fungerer som nøytral.

Men så har vi de som blir satt inn til å være oppmann og dommer, medisinsk-teknisk avdeling (MTA). Fra deres faglige side kan det komme frem at en maskin er helt utslitt og kan bryte sammen når som helst. Og vi har driftskostnader/reparasjonskostnader som er så store. Og da må vi sette inn faglig teknisk kompetanse for å se om vi kan skifte ut en liten del. I stedet for 25MNOK kan vi bruke 2MNOK for å forlenge levetiden med 3 år. Det er ofte sånne diskusjoner det blir.

Økonomidirektør

Opplevelsen til den nøytrale tredjeparten er at økonomene som har styringen i investeringsutvalget. Medisinsk-teknisk avdeling uttaler seg om den mekaniske helsen til utstyret, og har en viktig stemme.

Økonomene kjører litt, de har jo lagt rammene for det her, de kjører litt løpet. Men det er klinikerne som tar diskusjonen i forhold til det ene eller det andre om hvilket utstyr som er viktig for driften. Vi har allerede sagt noe i vår innstilling om når utstyret ryker, og det trumfer nesten alt.

Prosjektleder i medisinsk-teknisk avdeling

Derimot blir selve vurderingen av nytteverdien til investeringsobjektene vurdert av legene selv.

Det er jo litt som å si at den foregår nok mer på klinisk side, da er ikke jeg direkte inn i forhold til kost-nytte i forhold til driften. Da går det jo på rett og slett hvilke pasienter man skal behandle. Finnes det noen andre behandlingsmetoder? Kan det erstattes med noe annet? Skal vi drive med dette? Dette kan ikke jeg si noe om. For vår del blir det mer å bistå en vurdering av kostnaden ved å holde denne i drift i noen år kontra å kjøpe inn ny. Nyttedelen må nesten klinikerne si noe om.

Prosjektleder i medisinskteknisk avdeling

5.3 Mulige årsaker til endring i økonomiens innflytelse

Empirien så langt indikerer en endring i økonomiske argumenters innflytelse. I denne delen skal vi gjøre rede for hvilke årsaker som kan ha ført til denne tilsynelatende endringen i rollen økonomi spiller i sykehuset. Vi vil først presentere våre funn knyttet til helseforetaksreformen, deretter ledelsens påvirkning, og til slutt legers posisjon i sykehuset.

5.3.1 Helseforetaksreformen

Det første funnet vårt var at det virker å være enighet om at helseforetaksreformen av 2002 har bidratt til å få leger til å tenke mer økonomi i sykehuset.

Totaløkonomien er mitt ansvar, og sånn som det var før i verden, før helsereformen i 2002 med overføring av kontroll fra fylkeskommunen til staten, så var investeringsbudsjettet/-regnskapet og driftsbudsjettet/-regnskapet veldig strengt adskilt. [...] Nå er dette én økonomi, sånn at innenfor en totalramme til sykehuset, så skal vi både investere og drive [...] Så det har tvunget folk i sykehus til å tenke mer totaløkonomi som bærer seg, altså at det er forsvarlig å investere, slik at det ikke går på ræva driftsmessig etterpå.

Økonomidirektør

[...] den har hatt nødvendig innvirkning på spesialisthelsetjenesten, det er jeg overbevist om, med tanke på forståelse for økonomi. Samt respekten for demokratiet. Det er tross alt stortinget som har bevilget pengene som vi skal forvalte.

Daværende klinikkssjef

Nei, jeg skal ikke utheve noen som skal ha æren for det da, det er mange ting det. Jeg skal ikke si at det var det essensielle valget da, men den gangen fra 2002 så var det jo staten som tok over driften og spesialisthelsetjenesten. Ellers var det jo Fylkeskommunen. De var nok kanskje ikke en så aktiv eier som sykehusene har blitt styrt av departementet.

Økonomirådgiver

5.3.2 Ledelsens påvirkning

En annen tilsynelatende viktig faktor bak endringen i innflytelse for økonomiske argumenter var innsats fra ledelsen. Økonomidirektøren la vekt på misjoneringen til to sykehusdirektører som en viktig årsak for endringen. Merk: Ingen av disse var våre informanter.

Både nåværende og forrige sykehusdirektør sa at vi hvis ikke har økonomisk styring, så får vi ikke til faglig utvikling. Og det har blitt prentet inn og gjentatt til det kjedsommelige. Men det har gått inn. Pluss at de oppdaget at vi som har vekttallene i økonomi også skjønner at vi er til for pasienten. Så jeg tror nok den gjensidige respekten har kommet etterhvert, og den har vært veldig markant.

Økonomidirektør

Det ble også lagt vekt på at forrige sykehusdirektørs bakgrunn som lege var viktig for å få aksept blant de klinisk ansatte for endringer i kulturen. Personlige egenskaper var også en faktor.

Ja, uten at han var lege hadde det ikke gått. Både personlige egenskaper og det at han var lege ga ham mye mer autoritet. Det hadde ikke gått uten det. [...] Jeg alene hadde ikke hatt sjanse i havet, jeg hadde kommet til å bli steinet, hehe.

Økonomidirektør

5.3.3 Legenes posisjon i sykehuset

Vi fant at hierarkiet man hadde i sykehuset i tiden rundt Da Vinci kan ha bidratt til å gjøre endring i ressursbruken utfordrende.

Det skyldes den enkle greie at ledelse handler om å foredle ressurser, ikke sånn som det var, å fordele ressurser. Du skal foredle ressursene. Og hvem er det som styrer ressursbruken på et sykehus? Det er legene. Og så er de skrudd sammen stort sett som andre fagmennesker; hvis de skal ta direksjon så tar de stort sett bare fra en annen lege, som gjerne er vurdert å være dyktigere. Så derfor var det viktig for meg å få inn leger i ledelsen som hadde en sterk anerkjennelse og faglig posisjon i organisasjonen.

Daværende sykehusdirektør

Dette medførte at sykehusdirektøren måtte ta hensyn til dette hierarkiet for å få endret fordelingen av ressursene. Legene ble tatt opp i ledelsen og gitt resultat- og rapporteringsansvar til direktøren.

La meg si det sånn, da jeg kom på sykehuset så samlet jeg jo selvfølgelig de menneskene som rapporterte til direktøren, det var i størrelsesorden 15 stykker. Ingen av dem var leger. Fra den kulturen jeg kom så var dette relativt uvanlig. Men så må jeg si at hvis du kom tilbake tre måneder etterpå, og så på den samme gruppen som fremdeles var i størrelsesorden 15-16 mennesker, så var det vel tre som ikke var leger.

Daværende sykehusdirektør

De siste årene har det blitt lagt opp til mindre avstand mellom beslutningstakerne og klinikerne, med hyppige møter med klinikkjefene i minst to ulike fora. Hovedledelsen møtes ofte, investeringsutvalget én gang i året.

Og det er jo en samling med alle klinikkjefene pluss vi som sitter rundt direktøren her, stabsdirektørene, som møtes hver 14. dag, hovedledelsen heter det, og da har vi slike gjennomganger som det der.

Økonomidirektør

Det er jo da tre klinikkjefer, på vegne av alle, som er med i investeringsutvalget. Og de skal representere alle klinikkjefene. Noen som er svært utstyrstung og noen som ikke har i hele tatt så det er veldig forskjellig.

Økonomidirektør

5.4 Hovedfunn

- I anskaffelsesprosessen rundt Da Vinci fant vi at muntlige medisinske argumenter, basert på tynn forskning, var beslutningsgrunnlaget for investeringen. Økonomiske argumenter ble ikke veid.
- Sentrale leger oppgav for lave driftskostnader til sykehusdirektøren. Dette indikerer at økonomiloggik likevel virker å ha hatt noe innflytelse på sykehuset på denne tiden.
- Legene virker å gradvis ha fått mer respekt for økonomiske argumenter siden Da Vinci-tiden. Mulige årsaker kan ha vært helseforetaksreformen, ledelsens påvirkning og legenes posisjon i sykehuset.

6. Diskusjon

I innledningen løftet vi frem den økonomiske betydningen av beslutninger i sykehus, med særlig vekt på investeringsbeslutninger. Vi satte oss fore å undersøke hvilken rolle økonomiske argumenter faktisk spiller i beslutningstaking i norske sykehus. Denne problemstillingen smalnet vi ned til to forskningsspørsmål:

- 1. Hvilken rolle spilte økonomiske argumenter i en konkret større investeringsbeslutning på 2000-tallet?*
- 2. Hvordan ser rollen til økonomiske argumenter ut til å ha endret seg over tid?*

I empirikapittelet presenterte vi funnene som skal hjelpe oss til å svare på disse. Våre tre hovedfunn står oppsummert på forrige side. I hovedsak relaterer de to første hovedfunnene seg til forskningsspørsmål 1, og siste hovedfunnet til forskningsspørsmål 2. I dette kapitlet skal vi diskutere disse hovedfunnene opp mot det teoretiske grunnlaget fra kapittel to, for å prøve å tilføre empirien vår verdifull innsikt.

6.1 De medisinske argumentene dominerte

Et av de mest sentrale funnene fra empirikapittelet er altså at det var de medisinske argumentene som fikk gjennomslag i beslutningen om å investere i Da Vinci-roboten. Økonomiske argumenter var i svært liten grad en faktor i beslutningen. Dette gir oss et ganske entydig svar på vårt første forskningsspørsmål om rollen økonomiske argumenter spilte. Vi søker nå å forstå dette bedre ved å se gjennom begge våre to ulike teoretiske linser.

6.1.1 Normativt perspektiv

Fra teorikapittelet vet vi at et nyttig verktøy i den rasjonelle verktøykassen er kostnad-nytte-vurderinger, kalkyler og alternativvurderinger (Anthony & Young, 2003). I det normative perspektivet er det uproblematisk å sette økonomiske kostnader og medisinsk nytte opp mot hverandre i spørsmålet om man skal investere i en robot eller ikke. Dette ble også gjort lettere av sykehusreform som en del av New Public Management-bølgen, hvor man har innført konkrete produktivitetsmål (Pettersen & Nyland, 2008). Dermed bryter det i utgangspunktet med denne rasjonelle tankegangen at en grundig kostnad-nytte-vurdering ikke ble gjennomført. Det kan likevel tenkes at man har gjort en mer uformell og intuitiv

kostnad-nytte-vurdering. Dersom det var åpenbart for alle at Da Vinci representerte en så enorm medisinsk forbedring i forhold til tradisjonelle åpne operasjoner at den ville rettferdiggjøre langt høyere kostnader, så ville vi kunne sagt at dette var en beslutning som kan forstås ut fra et rasjonelt perspektiv. Faktisk kan man argumentere at det ville vært det mest rasjonelle å gjøre, sammenlignet med å bruke ressurser på å gjennomføre en overflødig kostnad-nytte-analyse med omfattende kostnadskalkyle. På samme måte kan det innenfor det rasjonelle perspektivet argumenteres for at man ikke så på alternativ bruk av pengene som gikk til Da Vinci. Hvis Da Vinci åpenbart var det beste ville det være ressursløsning å bruke tid på å lete etter en masse alternativer.

Empirien forteller oss dog at dette ikke var tilfellet. Fordi Da Vinci var såpass ny forelå det ifølge flere av informantene svært lite solid dokumentasjon på at den var så mye bedre enn tradisjonelle åpne operasjoner. Det meste var basert på muntlige overføringer. Dessuten ble valget om å investere tatt i en periode hvor både sykehuset som helhet og også kirurgisk klinikk, etter en informants egne utsagn, slet med underskudd. Det følger av dette at man ikke kunne føle seg trygge på at Da Vinci ville gi så mye større nytte enn eksisterende metoder, og dermed usikre på hva en kostnad-nytte-vurdering ville vise. Investeringen ble riktignok finansiert med uforutsette overskuddsmidler fra utbygging, men alternativ bruk ble i liten grad vurdert ifølge flere informanter. Sett fra det mer normative formålsrasjonelle perspektivet er det vanskelig å forstå at man på dette informasjonsgrunnlaget bestemte seg for å kjøpe Da Vinci.

6.1.2 Deskriptivt perspektiv

Hermende isomorfisme

Fordi det normative perspektivet ikke kunne gi oss en tilfredsstillende tolkning av hvordan dette innkjøpet ble gjennomført, skal vi undersøke om det mer deskriptive institusjonelle perspektivet kan gi oss ny innsikt. Fra empirien vet vi at det fantes lite solid vitenskapelig dokumentasjon om fordelene ved Da Vinci i forhold til andre behandlingsmetoder. Argumentene den anerkjente urologen tok med seg tilbake fra utlandet var stort sett av muntlig karakter, og det samme var argumentene han og klinikkssjefen brukte inn mot sykehusdirektøren. Man trodde Da Vinci måtte være bedre enn eksisterende metoder, men et element av usikkerhet var det. Nettopp usikkerhet om hva som er den beste løsningen er et av elementene i den delen av isomorfisme som kalles hermende isomorfisme. Usikkerhet fører ofte til at en organisasjon følger eksempelet til andre organisasjoner i sitt felt som de

oppfatter som vellykkede eller innflytelsesrike (Haveman, Palmer, Jennings og Zhou, referert i Boxenbaum & Jonsson, 2008). Selv om det manglet god dokumentasjon så sykehuset at Da Vinci spredte seg fort i USA, og til og med til andre sykehus i Norge. Usikkerhet og frykt for å bli, eller oppfattes som, avleggs kan altså ifølge teorien ha ført til at sykehuset valgte å gjøre som andre sykehus og kjøpe Da Vinci. Daværende sykehusdirektør fortalte at han anså det som viktig at sykehuset kunne tilby like god behandling som man begynte å få andre steder i landet. Nettopp det å oppfattes som oppdaterte og dermed legitime er en sentral motivasjon for organisasjoner til å etterligne hverandre (DiMaggio & Powell, 1983). Legitimitet fremheves også i den gamle institusjonelle teorien som måten organisasjoner overlever på i lengden (Hillestad, 2004; Meindl, 1990; Meyer & Rowan, 1977; Pfeffer, 1981; Pfeffer & Salancik, 1978). Et sykehus fremstår som legitime for sine omgivelser hvis de kan yte god pasientbehandling til innbyggerne i regionen. Et universitetssykehus forventes i tillegg å være nyskapende. Ifølge daværende sykehusdirektør passet den høyteknologiske roboten perfekt inn i denne sammenheng.

Urologen vi snakket med hadde på sin side allerede begynt å måtte si til kreftpasienter som etterspurte robotkirurgi at «[...] vi har ikke sånt vi». Det syntes han som fagmann ikke var hyggelig, og var trolig ikke alene i det. Leger og mye annet sykehuspersonell er høyt utdannede arbeidere, ofte med faglig interesse og integritet. Man ønsker å kunne tilby det beste, og i alle fall hvis andre sammenlignbare organisasjoner gjør det. Daværende klinikkjef var åpen om at det foregår en konkurranse mellom sykehus, og at de skulle tilby landets beste behandling. Nettopp en slik godt utdannet arbeidsstyrke trekker DiMaggio og Powell (1983) frem som en drivende faktor bak hermende isomorfisme, fordi de legger press på organisasjonen. Daværende sykehusdirektør trakk også frem en veldig anerkjent urolog, og viktigheten av å gi utviklingsmuligheter til dyktige ansatte som en faktor bak beslutningen om å investere i Da Vinci. Det ser altså ut til at vi bedre kan forstå beslutningen om å investere uten særlig verken medisinsk eller økonomisk dokumentasjon ved hjelp av teori om hermende isomorfisme. Sykehuset var usikre på akkurat hvor god Da Vinci var, men bestemte seg for å følge andre sykehus for å henge med i utviklingen og for å gi dyktige leger mulighetene de ønsket seg.

Normativ isomorfisme

Den normative siden av isomorfisme gir oss en ny dimensjon når vi skal belyse Da Vinci-prosessen. Fra kapittel to vet vi at normativ isomorfisme bygger på spredning av

profesjonelle normer og metoder gjennom press fra en samlet yrkesgruppe som ønsker innflytelse over egne arbeidsforhold og -metoder, på tvers av organisasjoner (Boxenbaum & Jonsson, 2008; DiMaggio & Powell, 1983). I dette tilfellet er det legenes profesjonelle normer og metoder som spres.

DiMaggio og Powell (1983) fremhever profesjonelle nettverk som en viktig forklaring på hvordan de samme metodene spres mellom forskjellige organisasjoner. I Da Vincis tilfelle vet vi fra empirien at man både hadde lest om roboten i internasjonal faglitteratur, at man oppdaget Da Vinci ute på legekongresser, og at selger av Da Vinci er tilstede ved egne årlige robotkirurgi-kongresser arrangert av den europeiske urologiske foreningen. I tillegg kommer personlige kontakter fra studietiden og lignende. Gjennom slike nettverk sprer kunnskap og normer seg raskere enn til resten av samfunnet, delvis fordi de fleste leger verden over gjennom utdanningen sin læres opp til mange av de samme verdiene om pasientens beste (Nyland, et al., 2017). Slik legger profesjonelle nettverk til rette for spredning av eksempelvis nye behandlingsmetoder som Da Vinci, fordi leger har god oversikt over hva andre sykehus gjør og vil søke å bruke sin innflytelse over arbeidsgiver for å få tilgang til det samme. Dette var nok selger av roboten klar over, og bidro videre med å sponse reiser, kurs og kongresser på urologene før salget var et faktum. Fra empirien vet vi at legene fikk gjennomslag for ønsket om å henge med i utviklingen.

En annen bidragende faktor til at sykehuset kjente presset om å anskaffe Da Vinci kan ha vært omgivelsene til sykehuset. Den daværende klinikksjefen fortalte at blant andre Kreftforeningen gjennom media hadde vært med på å skape et miljø for mer fokus på prostatakraftbehandling, og at både sykehusdirektør og helsearbeidere var fullstendig klar over dette. Nettopp prostatakraftoperasjoner utgjør en stor andel av alle Da Vinci-inngrep. Urologen vi snakket med hadde da også begynt å få forespørsler om Da Vinci. Teori om normativ isomorfisme kan bidra til å belyse også dette. Ifølge Boxenbaum og Jonsson (2008) og Suchman (1995) kan normativt press fra omgivelsene være med på å påvirke hvilke praksiser en organisasjon anser det som moralsk riktig å begynne med. Når Kreftforeningen ved hjelp av medieoppslag skaper en bevissthet både i sykehuset og blant pasienter om at robotkirurgi er noe man bør satse på, kan dette altså ha bidratt til å endre sykehusledelsens holdninger til Da Vinci. I tillegg hadde selger av roboten sponset på urologer flere turer for å vise dem Da Vinci i bruk, før sykehuset hadde besluttet å gå til innkjøp. Slik påvirket altså enda en utenforstående aktør holdningene til roboten innad i sykehuset.

Prestisje

Lee (1971) kan også hjelpe til å belyse enda mer konkret hvorfor legene fikk gjennomslag uten at økonomiske beregninger lå til grunn. Han hevder at sykehus kan fokusere mindre på effektiv ressursbruk fordi de i stor grad er beskyttet fra tradisjonell markeds konkurranse. I stedet mener han de ofte fokuserer på konkurranse om prestisje. Fra empirien har vi uttalelser som kan tyde på at konkurranse om prestisje faktisk kan være en forklarende faktor. Daværende sykehusdirektør så det som viktig å kunne levere like god kvalitet som andre sykehus i landet. Daværende klinikk-sjef er enda tydeligere, når han sier at det er klart det foregår en konkurranse, og at de skal levere den beste behandlingen i landet. DiMaggio og Powell (1983) mener basert på dette at organisasjonsfelt med høyt utdannede ansatte, som sykehussektoren, primært baserer konkurransen seg imellom på prestisje heller enn for eksempel kostnadseffektivitet. Vi har ikke grunnlag i vår empiri til å dra det så langt, men vi har utsagn som tyder på at det i det minste var en faktor.

Institusjonelle logikker

Hva sier det om økonomiens og medisins rolle på sykehuset at Da Vinci ble kjøpt basert på svært lite kostnadsinformasjon, og for det meste muntlige medisinske argumenter? Thornton og Ocasio (2008) skriver at institusjonelle logikker påvirker handlingene til individer og organisasjoner, og at for å forstå ledelsen og sykehusets beslutning må vi derfor forstå den sosiale og institusjonelle konteksten rundt dem. Sett i et institusjonelt logikk-perspektiv tyder vår empiri på at den medisinske logikken var dominerende på sykehuset, og at økonomilogikken i stor grad var plassert på sidelinjen. En rekke forskere har funnet lignende funn fra helsesektoren i andre land (Reay & Hinings, 2005; Reay & Hinings, 2009; Scott, et al., 2000). Med dominerende logikk menes at en logikk har størst innflytelse over hva som gjøres i en organisasjon, jamfør Thornton og Ocasios (2008) beskrivelse av institusjonelle logikker. Som eksempler på sterk medisinsk innflytelse finner vi at daværende sykehusdirektør ble «relativt enkelt» overbevist av de medisinske argumentene, til tross for at de ble overlevert muntlig og at hen som ikke-medisiner ikke kunne verifisere deres påstander. Vår empiri tilsier også at verken fagdirektøren i sentralstaben, økonomidirektør i sentralstaben eller økonomirådgiver på kirurgisk klinikk ble konsultert.

Som Canning og O'Dwyer (2016) skriver bestemmer institusjonelle logikker hvilke mål en organisasjon skal ha og hvilke midler man bruker for å nå disse. I Da Vincis tilfelle synes medisinsk forbedring å ha vært det eneste målet, og at roboten var et middel for å nå dette

målet. Kostnadsbesparing synes ikke å ha vært fokus på noen måte, selv om både sykehuset og klinikken slet med underskudd. Alle trodde dette i ulik grad ville øke underskuddet. Thornton og Ocasio (2008) viser til at flere empiriske studier tilsier at lederes oppmerksomhet styres mot problemer og løsninger som sammenfaller med dominerende logikk. I vårt tilfelle synes oppmerksomheten å ha blitt styrt mot det medisinske, og de økonomiske aspektene viet lite oppmerksomhet. Alt dette leder oss til å mene at den medisinske logikkens dominans kan ha bidratt til at økonomiske argumenter spilte en så liten rolle i Da Vinci-investeringen.

Deloppsummering

- Økonomiske argumenter spilte en svært begrenset rolle i Da Vinci-investeringen
- Dette synes vanskelig å forstå ut fra det formålsrasjonelle normative perspektivet
- Isomorfisme knyttet til en grad av usikkerhet, frykt for å miste legitimitet som moderne universitetssykehus, legene som en sterk yrkesgruppe med betydelige profesjonelle nettverk, en atmosfære i omgivelsene skapt av blant andre kreftforeningen, samt konkurranse på prestisje mellom sykehus gir forklaringer som passer bedre overens med vår empiri
- I tillegg tyder vår empiri på at den medisinske logikken dominerte den økonomiske fullstendig, og at dette kan ha påvirket beslutningen og hvilke argumenter man la til grunn

6.2 Økonomilogikken var tilstede

Frem til nå har diskusjonen fokusert på hvordan økonomiske argumenter kunne ha såpass liten innflytelse som empirien tyder på at de hadde i Da Vinci-investeringen. Nå skal vi se at økonomisk logikk likevel hadde en viss tilstedeværelse. Vårt andre hovedfunn er at legene som kjempet for Da Vinci bevisst oppgav lavere kostnader enn de reelle til sykehusdirektøren. Igjen skal vi prøve å forstå dette ved bruk av både normativ og deskriptiv teori.

6.2.1 Normativt perspektiv

Vi husker Jensen og Meckling (1976) som påpekte at dersom agentene maksimerer egen nytte er det god grunn til å tro at de ikke alltid vil ha prinsipalens beste i tankene, men heller egen nytte. I tilfellet Da Vinci ville nytten for de fleste agentene (legene) som prinsipalen

(sykehusdirektøren) konsulterte ha økt ved anskaffelse av Da Vinci. Roboten medførte en spennende amerikansk nyvinning, økt prestisje og langt mer behagelige operasjoner for kirurgen (selv om dette ikke ble brukt som argument). Dette hadde de selv sett på selgersponsede turer til andre sykehus. Det er også viktig å legge til at legenes nytte også i stor grad kan være knyttet til å yte en bedre tjeneste for pasientene sine, jamfør medisinelogikken de har internalisert (Abernethy, 1996; Bourn & Ezzamel, 1986; Nyland & Pettersen, 2004).

Legene vet at Da Vinci er mye dyrere i drift enn tradisjonelle operasjoner, og de vet at sykehusdirektøren ikke sitter på denne informasjonen. Det foreligger asymmetrisk informasjon i form av skjult informasjon (Hagen & LOS-Senteret, 1990). Legene er redde for at deres og direktørens interesser ikke er helt sammenfallende, slik at hvis de oppgir all informasjonen de sitter på til direktøren vil det være en mulighet for at de får avslag. Dette fører til at de oppgir for lave anslag på kostnadene knyttet til drift av Da Vinci. Sett i et normativt perspektiv er dette et forsøk fra agenter på å bestemme hva slags informasjon som ender opp i kostnad-nytte-vurderingen til prinsipalen. Selv om ingen særlige økonomiske beregninger ble gjort av sykehusdirektør er det ikke sikkert Da Vinci ville blitt godkjent dersom hen visste at kostnadene ved drift var betraktelig høyere. Å skjule økonomisk informasjon og en form for bruk av økonomisk informasjon.

Det vi ser av dette er at legene mistenker at økonomien kunne stikke kjepper i hjulene for ønsket deres om robot. Selv om vi i hovedfunn 1 fant at medisinelogikk dominerte økonomilogikk tyder dette på at økonomilogikk tross alt hadde en viss innflytelse. Derfor vender vi igjen oppmerksomheten mot det deskriptive institusjonelle perspektivet.

6.2.2 Deskriptivt perspektiv

Økonomilogikk kan altså ikke ha vært helt fraværende når legene bevisst la skjul på kostnader. Et nærliggende spørsmål blir da om ikke legene var redde for konsekvensene når de reelle kostnadene en dag kom frem i lyset. Dette kan institusjonell teori være med på å gi oss en forklaring på. Som vi har vært inne på finner man både medisinelogikk og økonomilogikk på et sykehus, det er en hybridorganisasjon (Besharov & Smith, 2014; Friedland & Alford, 1991; Nyland & Pettersen, 2004; Olsen, et al., 2017). Nyland og Pettersen (2004) skriver at et vanlig fenomen i sykehus er at den formelle strukturen skilles fra den uformelle, slik at man får en løs kobling mellom hva man sier man skal gjøre (økonomilogikk, nedfelt i for eksempel budsjetter), og det leger og andre faktisk gjør ute på

avdelingene. Dersom legene som ønsket Da Vinci opplevde at budsjetter og regnskaper egentlig hadde liten innflytelse på deres faktiske daglige gjøremål, så ville det være liten grunn til å frykte konsekvensene av å gå litt mer i underskudd.

Vi har uttalelser fra daværende klinikkjef om tiden før helsereformen i 2001/2002, hvor de etter sigende fikk helt urealistiske budsjetter, men bare kunne spørre om mer penger fra Fylkestinget når det ble behov. Urologen fortalte at det at man gikk i underskudd år etter år etter hvert bare opplevdes som et årlig gnag, og at han ikke hadde noe særlig med det å gjøre. Det er vår oppfatning at dette var et system som var som skapt for å undergrave respekten for budsjetter, og kan ha bidratt til at klinikkjefen selv etter helsereformen ikke var så bekymret for om man gikk litt mer i underskudd enn man pleide. Konsekvenser for underskudd virket ikke å være særlig mer enn et møte med overordnede. Slik er det på mange måter i dag også, ifølge økonomirådgiver og økonomidirektør. Man har ikke gode nok styringssystemer til å fastslå om underskudd på en klinikk skyldes dårlig drift eller utenforliggende variabler, med andre ord skjulte handlinger (Hagen & LOS-Senteret, 1990). Dette tyder på en ganske løs kobling mellom økonomilogikk og medisilogikk, eller sagt på en annen måte; løs kobling mellom budsjetter og regnskaper, og praksis ute på avdelingene, jamfør styringssirkelen vist i figur 1 (Anthony & Young, 2003; March & Olsen, 1976; Nyland & Pettersen, 2004; Orton & Weick, 1990).

Økonomilogikk og medisilogikk later til å ha sameksistert innenfor sykehusets vegger, men ikke alltid hatt veldig sterke koblinger seg imellom. Dette kan ha ført til at legene som ønsket Da Vinci følte at det viktigste var å få Da Vinci innenfor døren, og at kostnadsmellen i drift ikke ville påvirke dem i det daglige i nevneverdig grad.

Deloppsummering

- Legene som agenter oppgav for lave kostnader om Da Vinci til direktøren/prinsipalen
- Normativt kan dette forstås som et forsøk på å påvirke direktørens kostnad-nyttevurdering
- Dette tyder på at de vet at økonomilogikk kan være en faktor i beslutningen
- Grunnen til at de ikke fryktet konsekvenser av å oppgi for lave kostnader kan være en langvarig løs kobling mellom formelle budsjetter og regnskap på den ene siden, og medisinsk praksis i hverdagen på den andre

6.3 Økonomien har kommet sterkere

Vårt siste hovedfunn fra empirikapittelet er at økonomiske argumenter spiller i dag en større rolle i beslutningstaking i sykehuset enn før. Økonomiske argumenter preger beslutningstakingen i sykehusets investeringsutvalg, og mange av informantene bekrefter økt økonomifokus i sykehuset. Dette legger grunnlaget for å besvare vårt andre forskningsspørsmål: hvordan ser rollen til økonomiske argumenter ut til å ha endret seg over tid? I de neste avsnittene skal vi prøve å forklare endringen av rollen til økonomiske argumenter fra det normative perspektivet, og deretter det deskriptive perspektivet.

6.3.1 Normativt perspektiv

Prinsipal-agent-teori

En mulig forklaring kan forstås gjennom det normative perspektivet, mer spesifikt prinsipal-agent-teori. Som tidligere nevnt er prinsipalen i sykehusdirektøren og agentene er mellomledere og leger. I empirien fant vi at daværende sykehusdirektør plasserte legene i sitt rapporteringsutvalg istedenfor sykepleiere som tradisjonelt satt i lederstillingene, som ga legene i utvalget et resultat- og rapporteringsansvar.

Det kan derfor tenkes at legene ble en slags prinsipal for sine respektive avdelinger, fordi de fikk økonomiansvar og fikk større innsyn i sykehuset som følge av den nye posisjonen. Dette kan ha medført at legene fikk en endring i nyttevurderingene og prioriteringene sine som var mer sammenfallende med sykehusdirektøren sine. I tillegg kan det ha påvirket underordnede leger til å vektlegge økonomiske argumenter, fordi leger i større grad aksepterer ordre fra leger som anses å ha en høyere posisjon i sykehuset ifølge daværende sykehusdirektør.

På den andre siden sier forventningen fra teorien at legene ikke alltid vil handle i tråd med interessene til sykehusdirektøren (Jensen & Meckling, 1976). Det kan derfor tenkes at det å øke andelen leger ville medføre at de medisinske argumentene spilte en større rolle, og dette tiltaket kan derfor være med å forklare det motsatte fra et prinsipal-agent-teori perspektiv. I tillegg har sykepleiere tidligere utgjort en stor andel av utvalget tidligere uten at dette har gitt økonomiske argumenter en viktig rolle i beslutninger. Det vil derfor være vanskelig å trekke slutningen om at dette var årsaken til endringen. Vi vil derfor gå videre å prøve og forstå det fra det deskriptive perspektivet.

6.3.2 Deskriptivt perspektiv

I denne delen skal vi diskutere mulige årsaker til endringen gjennom tre konsepter innen det deskriptive perspektivet: tvingende isomorfisme, institusjonelt entreprenørskap og rammeverket til Seo og Creed (2002).

Tvingende isomorfisme

Aller først skal vi prøve å belyse hvordan endringen av hvilken rolle økonomiske argumenter spiller i beslutningstaking i sykehus skjedde gjennom konseptet tvingende isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1983). I vår empiri fant vi at informanter i sykehuset hadde opplevd innføringen av helseforetaksreformen i 2002 som en av årsakene til endringen. Dette kan tyde på at endringen av hvilken rolle økonomiske argumenter spiller i beslutningstaking i sykehus kan forklares av helseforetaksreformen.

Fra teorien vet vi at tvingende isomorfisme er når sterke organisasjoner krever at svake organisasjoner tilpasser seg uformelle og formelle krav (DiMaggio & Powell, 1983; Eriksson-Zetterquist, et al., 2014). I vårt tilfelle medførte helseforetaksreformen at fylkeskommunene måtte overføre verdiene sine til staten som følge av loven (Ot.prp. nr. 66, 2000-01). Dette vil vi derfor regne som tvingende isomorfisme. Dette kan derfor være en av årsakene til endringen i økonomiske argumenters rolle i beslutningstaking og tidligere studier har påpekt det samme. Nyland og Olsen (2017) fant økning i økonomifokus blant avdelingsledere ved sykehus i Norge målt i perioden 2008-2014 noen år etter reformen i 2002. Reay og Hinings (2005) fant at en omfattende kanadisk helsereform styrket rollen til økonomilogikk og reduserte dominansen til medisilogikk. Dette tyder på at helseforetaksreformen og reformer kan medføre økt økonomifokus og endre hvilken rolle økonomiske argumenter spiller.

På den andre siden har vi eksempler på at reformer i andre sektorer ikke har gitt ønsket utfall (Haug, 2003; Schreiner, 2012). I vår studie virker det som om at denne tvingende isomorfismen har blitt møtt med løs kobling (March & Olsen, 1976; Weick, 1976), fordi vår empiri tyder på at avdelingen i casestudien har gått med vedvarende underskudd og driver som før. I tillegg får de aksept fra ledelsen for de gjentatte budsjettavvikene uten at dette får konsekvenser. Dette tyder på at helseforetaksreformen ikke nødvendigvis endret rollen til økonomiske argumenter hvis vi ser på perioden etter innføringen. Det virker derfor å foreligge variabler som påvirker hvilket utfall reformen får, som ikke kan forklares av

tvingende isomorfisme alene. Reformen alene synes ikke å være tilstrekkelig forklaring på endringen av hvilken rolle økonomiske argumenter spiller i beslutningstaking i sykehus.

Institusjonelt entreprenørskap

Selv om helseforetaksreformen ble nevnt som en av årsakene til endring av rollen til økonomiske argumenter blant noen informanter, er det også funn som tyder på at både tidligere og forrige sykehusdirektøren var mulige forklaringer på endringen. For å bedre forklare dette vil vi belyse dette gjennom det teoretiske konseptet institusjonelt entreprenørskap.

Først skal vi diskutere kort om de var å regne som institusjonelle entreprenører i henhold til teorien, som igjen kunne ha medført til endringen i rollen økonomiske argumenter hadde i beslutningstaking i sykehus. Vi tar først utgangspunkt i et utdrag av definisjonen på institusjonelt entreprenørskap til Maguire et al. (2004, s. 657): "[...] actors who have an interest in particular institutional arrangements and who leverage resources to create new institutions or to transform existing ones" (s. 657). Deretter tar vi utgangspunkt i om at for å kvalifisere som institusjonelle entreprenører må individer bryte med eksisterende regler og praksis knyttet til den dominante institusjonelle logikken og institusjonaliser de alternative reglene, praksisene og logikkene de kjemper for (Battilana, 2006; Garud, et al., 2007; Garud & Karnøe, 2001).

Begge sykehusdirektørene hadde nok interesse av å endre økonomifokuset i sykehuset, fordi sykehusets eier, staten, innførte helseforetaksreformen hvorav et av målene var å bedre bunnlinjen (Ot.prp. nr. 66, 2000-01). I tillegg ble begge omtalt som profesjonelle og gode ledere av enkelte informanter, som tyder på at de var i en posisjon som øverste leder med nødvendig legitimitet og ressurser tilgjengelig for å skape endring i sykehuset (Garud, et al., 2007; Maguire, et al., 2004). Videre forteller vår empiri at daværende sykehusdirektør erstattet sykepleierne, som normalt var representert i rapporteringsutvalget, med leger for å bryte med eksisterende praksis knyttet til foredlingen av sykehusets ressurser. Forrige sykehusdirektøren spredde ifølge vår empiri budskapet om nødvendigheten av økonomistyring for å få faglig utvikling. På bakgrunn av dette kan derfor begge passe inn i beskrivelsen som potensielle institusjonelle entreprenører.

Videre kan man stille seg spørsmålet om institusjonelle entreprenører og den entreprenørielle aktiviteten til de to sykehusdirektørene faktisk førte til endring av hvilken rolle økonomisk

argumenter spiller i beslutningstaking i sykehuset. En studie av Major og Cruz (2013) fant at det portugisiske helsedepartementet endret styringssystemet i sykehusene, og dette medførte at institusjonen aksepterte en alternativ logikk. I vårt tilfelle har begge sykehusdirektørene gjort forsøk på å endre praksisen i sykehuset, og det å inkludere legene i rapporteringsutvalget kan gjøre at de får et bredere perspektiv og i større grad mulig anerkjenner økonomi.

På den andre siden hvis vi sammenligner dette med tiltaket i studien til Major og Cruz (2013) var utskiftningen av rapporteringsutvalget og spredning av budskapet om økonomifokus små grep for endring. I tillegg kan tiltaket med utskiftning ha medført at legene ha blitt mer involvert i sykehusets økonomi som følge av utskiftningen. Dette er nemlig ikke slik at all endring blir vellykket (Garud & Karnøe, 2001). Det kan ha medført at medisilogikk fikk en større rolle i beslutningene, og empiriske studier tilsier at institusjonelle logikker styrer oppmerksomheten til ledere mot løsninger som sammenfaller med dominerende logikk (Thornton & Ocasio, 2008). For utfallet av den institusjonelle entreprenøren skal bli vellykket, må handlingene anses som legitime, og det blir vanskeligere jo flere sosiale grupper med ulike interesser som er involvert (Aldrich & Fiol, 1994; Lounsbury & Glynn, 2001). Dette tyder derfor på aktivitetene til de institusjonelle entreprenørene muligens ikke kan forklare hvordan økonomiske argumenter har fått større innflytelse i sykehuset alene, men de kan ha vært en medvirkende årsak likevel.

Rammeverk for institusjonell endring

En annen mulig forklaring av endringen av hvilken rolle økonomiske argumenter spiller i beslutningstaking i sykehus kan forstås gjennom rammeverket til Seo og Creed (2002), mer spesifikt med utgangspunkt i figur 2. Den baserer seg på antagelsen om at under forhold med høy grad av ineffektivitet (1), lav grad av tilpasningsdyktighet (2), og høy grad av sameksistens i institusjoner (3) øker sannsynligheten for institusjonell endring på grunn av endring praksis (Seo & Creed, 2002). Disse faktorene er som nevnt i teoridelen oppgitt i akkumulert opplevelse.

Det første kriteriet er om det ble opplevd et akkumulert ineffektivitetsgap (1) i sykehuset (Seo & Creed, 2002). Fra vår empiri finner vi at informantene fra den kirurgiske avdelingen har gått med underskudd i en årrekke, og vi mener derfor det er sannsynlig at kirurgene og de i avdelingen var kjent at med at deres daglige praksis bidro til dette underskuddet. I tillegg har sykehuset hatt økonomiske utfordringer over lengre tid, men spesifikt kirurgisk

avdeling. Dette tyder på at det eksisterte et ineffektivitetsgap i avdelingen og sykehuset. I tillegg tilsier teorien at usikre organisasjoner vil herme og innføre mindre optimale praksiser for å oppnå legitimitet og ressurser. Det taler for at sykehuset har innført mindre effektive kriterier for å ivareta legitimiteten (DiMaggio & Powell, 1983), som igjen kan tale for at det eksisterer en høy grad av ineffektivitet.

På den andre siden kan det argumenteres for at legene ikke ga økonomien stor oppmerksomhet, og ikke lot seg påvirke av dette ineffektivitetsgapet i sykehuset som følge av løs kobling mellom budsjett og praksis. Fra teorikapittelet vet vi at ineffektivitetsgapet baserer seg på opplevelsen til de i sykehuset. Hvis legene ikke hadde noen spesielle knytninger til budsjettene eller ressursbruk, kan det tale for at de ikke opplevde dette gapet. Derimot virket det som ifølge våre informanter at de fleste var kjent med situasjonen, og i større eller mindre grad synes det var mindre hyggelig å ha hengende over seg. Det tyder derfor på at de opplevde denne ineffektiviteten i større grad. Derfor trekker vi slutningen om at det sannsynligvis eksisterte en høy opplevd akkumulert grad av ineffektivitetsgap i organisasjonen.

Det andre kriteriet er i hvilken grad sykehuset var preget av tilpasningsudyktighet (2). Vår diskusjonsdel har allerede påpekt løs kobling mellom plan og praksis i sykehuset, men handlingsmønstrene var delvis forankret i sykehuset og institusjonen, fordi det handler eksempelvis om hvordan leger gjorde sin daglige jobb, og uformelle og formelle avtaler som har blitt opprettet over lengre tid. Vi har empiri som tyder på at organisasjonen tilpasset seg delvis den tvingende isomorfismen fra helseforetaksreformen, som mulig kan ha medført økt økonomifokus blant legene. I tillegg virker legene å ha tilpasset seg de standardiserte pasientforløpene. Tendensen til aksept for endring fant Reay og Hinings (2005) i sin studie i canadiske sykehus hvor en helsereform svekket den medisinske logikken. På bakgrunn av vår empiri, taler dette for at legene er åpne for endring i sine handlingsmønstre og derav sykehuset også.

På den andre siden vet vi at legene kunne ha motarbeidet dette med løs kobling ved å koble praksis fra plan. Zucker (1977) fant i sine eksperimenter at i organisasjoner som er av høy grad av institusjonalisering er det høy grad av motstand mot endring. Derimot har vi empiri som tyder på at de er åpne for endring, som nevnt i forrige avsnitt, og ikke nødvendigvis lukket for påvirkning. Det taler derfor for at praksisen i sykehuset og institusjonen i sykehuset kan endres. Basert på dette trekker vi slutningen om sykehuset var preget av svak-

medium tilpasningsudyktighet, fordi det eksisterte og eksisterer løs kobling mellom budsjett og praksis, men sykehuset har vist evner til å tilpasse seg delvis reformer og standardiserte pasientforløp og dette tyder på at en svak-medium tilpasningsudyktighet.

Det siste kriteriet innenfor institusjonelle motsigelser er sameksistens i institusjoner (3) (Seo & Creed, 2002). Fra vår empiridel finner vi at legene ble flyttet opp i rapporteringsutvalget, og at det ble gjentatte ganger påpekt viktigheten av økonomifokus for faglig utvikling. Legene ble i større grad utsatt for økonomiske argumenter og beskjed ovenfra om å fokusere mer på økonomi i deres arbeidshverdag. Dette tyder på at legene gradvis ble eksponert for behovet for økonomilogikk, og at de i sitt daglige arbeid kan i større grad opplevd konflikt mellom å behandle best mulig og behandle pasienten med best mulig innenfor økonomiske rammer.

På den andre siden vet vi fra forrige avsnitt at legene kan ha distansert seg fra økonomilogikken, som kan forklares av løs kobling. Dette vil da medføre at de ikke blir utsatt for denne eksponering fordi de velger å ikke la dette prege sin arbeidshverdag. Derimot opplevde vi at de hadde fått større økonomifokus, og på bakgrunn av dette finner vi det sannsynlig at det eksisterte en medium-høy grad av sameksistens i institusjoner i sykehuset.

Etter å ha diskutert de tre antagelsene som fører til endring i praksis, trekker vi slutningen om at det var økt sannsynlighet for endring i praksis var tilstede i sykehuset. Dette skyldes en høy grad av ineffektivitet, svak-medium tilpasningsudyktighet og medium-høy grad av sameksistens i institusjoner. I neste del vil vi diskutere om de stegene som må til for å endre praksis ble gjennomført i sykehuset med tanke på investeringsbeslutninger: potensiell endringsagent (5), et reflektert skift i konsensusen (6), mobilisering blant aktørene (7) og kollektiv handling for å endre praksis (8) (Seo & Creed, 2002).

Fra forrige del har vi allerede påpekt at det eksisterte institusjonelle entreprenører eller potensielle endringsagenter i sykehuset. Dette er da tilstede i modellen, slik at vi kan gå til neste steg som er et reflektert skift i konsensusen (6). I henhold til forrige del fant vi at kravene for at et reflektert skift i konsensusen skulle skje var tilstede. I vår empiridel fant vi også at dette var tilfelle i sykehuset. De fleste av våre informanter fortalte at de opplevde enten selv et større fokus på økonomi eller opplevde at andre hadde større fokus på økonomi.

Dette funnet samstemmer med Nyland og Olsens studie (2017) som påpeker et økt økonomifokus i helseforetakene fra 2008 til 2014.

På den andre siden kan det være at de opplevde et det var et gradvis skift i konsensus, men ikke nødvendigvis tok dette innover seg. Eller at de hadde et økt økonomifokus, men ikke nødvendigvis ble noe mer økonomisk i sine handlingsmønstre likevel. Derimot tyder vår empiri på at det har skjedd et gradvis skift i konsensus i sykehuset fra flere hold, og derfor trekker vi slutningen om at dette har skjedd i sykehuset og evaluerer neste steg.

Videre skal vi vurdere i hvilken grad det har skjedd mobilisering blant aktørene (7) i sykehuset. I vår empiri finner vi at enkelte av våre informanter har vært med å starte investeringsutvalget. Investeringsutvalget skal beslutte hvilke investeringer som skal gjøres, og det virker å være krav til økonomisk og medisinsk informasjon og investeringene diskuteres opp mot hver enkelt sitt avdelingsbudsjett. Den nye praksisen lå også rammen for at økonomiske argumenter fikk en større rolle. Dette tyder på aktører i sykehuset hadde mobilisert og satt i gang tiltak for å endre praksisen.

Neste steg er å vurdere om det har skjedd en kollektiv handling (8) for å endre praksisen. Basert på vår empiri finner vi at det virker til å være aksept blant klinikkjefene i sykehuset om at det er dette som er den nye praksisen for å gjøre investeringsbeslutninger. I utvalget sitter tre av de utstyrstunge klinikkjefene på vegne av alle andre klinikkjefer. Hvert år rapporterer klinikkjefene sine prioriteringer, medisinskteknisk avdeling kommer med en innstilling etter å ha diskutert med klinikerne hva de mener er viktig og dette diskuteres så i investeringsutvalget med sykehusdirektøren, økonomidirektør og de tre klinikkjefene. Det har derfor vært en kollektiv aksept for den nye måten å gjøre investeringer på, og det ble gjort en kollektiv innsats for å opprette investeringsutvalget.

Ut fra dette rammeverket kan vi muligens forklare hvordan endring i praksis, som medfører institusjonell endring, har skjedd i sykehuset med hensyn til investeringsbeslutninger. Drivkraften til institusjonelle motsigelser var til stede sammen med endringsagenter, som har skapt en gradvis endring i konsensus, og som til slutt mobiliserte aktører som fikk en kollektiv aksept for denne nye prosessen for investeringsbeslutninger i form av et investeringsutvalg som de fleste klinikkjefer virker å akseptere.

6.3.3 Oppsummering

- Prinsipal-agent-teori og legenes posisjon synes å medvirkende årsak, men i nokså liten grad, til å forklare hvordan økonomiske argumenter har kommet sterkere i beslutningstaking i sykehuset.
- Tvingende isomorfisme gjennom helseforetaksreformen virker å være en bakenforliggende årsak til endringen, men var i seg selv ikke nok.
- Institusjonelt entreprenørskap ser ut til å være en faktor, men kan alene ikke forklare endringen.
- Rammeverket for institusjonell endring virker i større grad å forklare hvordan den økte rollen til økonomiske argumenter i beslutningstaking i sykehuset enn enkeltfaktorene ovenfor.

7. Avslutning

I denne delen vil avslutte vår utredning med en konklusjon som ser tilbake på utredningen og besvarer våre forskningsspørsmål og problemstilling. Deretter vil vi presentere utredningens praktiske og teoretiske implikasjoner. Etterpå vil vi gjøre rede for studiens begrensninger. Avslutningsvis vil vi presentere våre forslag til videre forskning basert på studiens begrensninger og empiri vi ikke hadde anledning til å utforske i denne utredningen.

7.1 Konklusjon

I denne utredningen har vi undersøkt hvilken rolle økonomiske argumenter spiller i beslutningstaking i sykehus, og hvordan vi kan forstå dette. Formålet med studien var å bidra til forskningen ved å belyse hvilke argumenter som spiller størst rolle i et sykehus, medisinske eller økonomiske. Studien har lagt ekstra fokus på investeringsbeslutninger. Dette er et viktig tema da investeringer i for eksempel medisinsk-teknisk utstyr kan medføre store medisinske og økonomiske konsekvenser. Slik teknologi ventes også å få en større rolle i sykehus på sikt.

For å besvare problemstillingen har utredningen tatt utgangspunkt i to forskningsspørsmål: (1) hvilken rolle spilte økonomiske argumenter i en konkret større investeringsbeslutning på 2000-tallet, (2) og hvordan ser rollen til økonomiske argumenter ut til å ha endret seg over tid. Dataene ble primært samlet inn ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer med nøkkelpersoner i sykehuset knyttet til Da Vinci-investeringen, og personer med god innsikt i sykehuset generelt.

(1) Vi fant at økonomiske argumenter kun spilte en liten rolle i Da Vinci-beslutningen, sykehusdirektøren stort sett vektla muntlige medisinske argumenter. Daværende klinikksjef oppgav i tillegg bevisst for lave kostnadstall for roboten, og disse ikke ble ettergått. Rollen økonomiske argumenter spilte var altså at de ble lagt skjul på. Økonomiens perifere rolle i beslutningen synes vanskelig å forstå fra et strengt rasjonelt perspektiv, men mer forståelig i et institusjonelt perspektiv. Legenes og medisinlogikkens sterke rolle, prestisje og frykt for å bli oppfattet som etternølere, press fra omgivelsene, og en løs kobling mellom formell styring og klinisk praksis synes å gi mer overbevisende forklaringer.

(2) Samtidig fant vi at legene virker å ha fått et større økonomifokus siden den gang. Årsaker kan ha vært tvingende isomorfisme i form av helseforetaksreformen, i kombinasjon med ledelsens påvirkning som institusjonelle entreprenører og mulig endring i legenes nyttevurdering og prioriteringer som følge av legenes økte resultatansvar. En annen mulig forklaring kan være institusjonelle motsigelser som har ført til endring i praksis i form av et investeringsutvalg, som igjen har ført til institusjonell endring og et større økonomifokus.

På bakgrunn av svarene på våre forskningsspørsmål konkluderer vi med at økonomiske argumenter spiller en større rolle i beslutningstaking i sykehus i dag, sammenlignet med tiden rundt Da Vinci-investeringen på 2000-tallet. Likevel synes medisinske argumenter fremdeles å veie tyngst. Dette kan vi forstå dette delvis gjennom normativ prinsippal-agent- og styringsteori, men i større grad gjennom mer deskriptive institusjonelle teorier.

7.2 Praktiske implikasjoner

Denne utredningen har en rekke implikasjoner for både klinikkjefer, økonomer og direktører i sykehus, samt for staten som eier. Den første implikasjonen for økonomer og direktører er at det er et stort behov for bedre styringssystemer, og at man kanskje må lete etter løsninger fra andre steder. Slik det er nå har man tilgang store mengder data, men er likevel ute av stand til å fastslå om underskudd i en klinikk skyldes drift eller andre faktorer. Basert på det vi ble fortalt mangler det ikke på forsøk på å løse dette, og man sitter med det samme problemet i hele landet. Likevel fremstår det for oss som at dette burde være et prioritert område for å sikre at budsjetter og regnskap har nødvendig autoritet. Et sykehus med akuttberedskap vil aldri kunne planlegge i samme grad som en spikerprodusent, men å identifisere årsakssammenhenger mellom drift og regnskap er nødvendig for god økonomisk styring. Dette vil også kunne bidra til å skape mer mindre gnisninger mellom avdelinger i budsjetteringsfasen.

Videre er det viktig å samle all relevant medisinsk og økonomisk informasjon på bordet før man beslutter å gjøre store investeringer, og å være bevisst på at relevant informasjon kan bli tilbakeholdt. Siden Da Vinci-investeringen er det tatt konkrete steg for å forsøke å sikre at dette skjer, Da Vinci-prosessen den gang ville høyst sannsynlig ikke kunne blitt gjennomført i dag. Åpenbar informasjon som bør frem er dokumentert medisinsk effekt og kostnader knyttet til innkjøp og drift. Annen relevant informasjon er om man kjøper fra en monopolist, og eventuelt hvor lenge det monopolet vil vare, eller i hvilken grad driften vil dekkes av

innsatsstyrt finansiering. Høymork (2013) viser til at flere sykehus forsøkte å få økte tilskudd ved bruk av Da Vinci etter at de innså hvor mye den kostet dem i drift.

Som sykehusleder bør man være bevisst på presset som kommer fra både egne ansatte og krefter i omgivelsene. Den medisinske logikken virker fremdeles å stå veldig sterkt på sykehus, både blant helsepersonell og mer økonomisk-administrativt ansatte. De fleste ledere kjenner nok på dette presset hver dag, men det er vanskeligere å vite hvilke mottiltak man kan sette inn bortsett fra viljestyrke. Man bør vurdere å opprette tettere koblinger mellom sykehusledere og økonomer på tvers av sykehus. Slik kan de få egne fora som motstykker til de profesjonelle nettverkene og foraene leger har. Det kan være lettere å si nei til ønsker om eksempelvis uforsvarlig dyr teknologi dersom sykehuslederne i Norge stiller med en samlet front, i stedet for å anse hverandre mer som konkurrenter. Hvis alle sier nei slipper man å bekymre seg like mye over å tape sentrale ansatte til andre sykehus. Balansegangen her blir at de ansatte ikke opplever at direktøren sin er mer «på lag med» andre sykehusdirektører enn egne ansatte.

For staten som eier av sykehusene er det viktig å være klar over at finansieringen av sykehusene virker å være viktig for hvor mye klinikere respekterer budsjetter. En daværende klinikkjef fortalte: «Det er de folkevalgte som fordeler pengene. Men så er det jo en mistro til politikerne at de ikke forstår, de gir oss jo oppgaver som de tror er billigere enn de er. De må se på oppgavene altså, at det er samsvar. Ellers mister de respekt igjen.». Dersom budsjettene blir for smale vil man kunne oppleve en sterkere løs kobling mellom budsjetter og praksis igjen.

Vi og andre studier finner at det har blitt økt økonomifokus i sykehuset siden innføringen av helseforetaksreformen. Vår empiri peker imidlertid på at reform alene ikke er nok, men at man må være seg svært bevisst hvem man innstiller som leder til å lede denne. Personen bør ha både en faglig bakgrunn som gir tillit blant de ansatte, i tillegg til sterke personlige egenskaper og kommunikasjonsevner. Dette bør staten som eier, samt de regionale helseforetakene, være klar over viktigheten av.

7.3 Teoretiske implikasjoner

I denne delen skal vi kort gjøre rede for hvilken teoretisk implikasjon vår studie har. Studien vår hadde som formål å belyse hvilken rolle spiller økonomiske argumenter i

beslutningstaking i sykehus, og hvordan kan vi forstå dette. Vårt fokus var ikke å bidra med ny teori, men å berike tidligere teorier med vår forskning. Derimot fant vi et funn som har blitt lite forsket i litteraturen. Det er at det å ikke bruke økonomiske argumenter også er å bruke økonomisk informasjon. Og det fant vi i vår empiri i del 5.1.3, hvor daværende klinikk-sjef holdt tilbake økonomisk informasjon, fordi hen visste det kunne påvirke beslutningen til sykehusdirektøren.

7.4 Studiens begrensninger

I denne delen skal vi diskutere de ulike begrensningene knyttet til vår studie. Vi har valgt å trekke frem de fire momentene vi mener kan potensielt ha påvirket studien. De fire momentene er utvalget, sekundærdata, og selvrapporterte data. I de neste avsnittene vil disse bli redegjort.

Utvalgets størrelse i vår studie gjorde det utfordrende. Vårt utvalg besto av syv ikke-randomiserte personer som enten jobbet eller jobber i sykehuset, enten i ledelsen, kirurgisk klinikk eller medisinsk-teknisk avdeling. Av de syv, var det kun to som var delaktig i investeringsbeslutningen knyttet til Da Vinci på 2000-tallet. Dette gjorde at utvalget av informanter knyttet til denne beslutningen var lavt, og dette kan ha påvirket datakvaliteten og vår evne til å svare effektivt på vår problemstilling. For å overkomme denne utfordringen med studie samlet vi inn data fra de andre informantene om deres opplevelse av Da Vinci-investeringen. På denne kunne vi kontrollere utsagnene til de som var med i beslutningen. Det må påpekes at en begrensning med utvalgets størrelse er dens evne til å generalisere til en populasjon, men det har ikke vært formålet med denne studien. Selv om denne begrensningen eksisterer i vår studie mener vi den ikke har hatt stor påvirkning på vår empiri eller vår konklusjon.

Datamaterialet i denne studien kan ha påvirket vår empiri og vår konklusjon. Vi har ikke innhentet noen skriftlige dokumenter knyttet til denne investeringsbeslutningen. Årsaken til dette er at investeringen ble gjort innad i sykehuset, og ble ikke tatt opp formelt i et styre eller lignende. Det eksisterer derfor begrenset med dokumentasjon, og vi prøvde i hvert intervju å innhente dokumentasjon på beslutningen. Denne begrensningen gjorde at vi i større grad måtte stole på selvrapporterte dataene fra informantene våre, og ikke kunne triangulere deres utsagn med eksempelvis styredokumenter. Dette kan ha påvirket vår empiri og vår konklusjon. Derimot innhentet vi utsagn om investeringsbeslutningen fra flere ulike

informanter med ulik bakgrunn, og derfor mener vi, tross mangel på skriftlig dokumentasjon, at denne begrensningen har hatt mindre påvirkning på vår empiri og vår konklusjon.

En siste begrensning som kan ha påvirket vår empiri og vår konklusjon er at studien er basert på selvrapporterte data. Selvrapporterte data kan potensielt være med å påvirke studien fordi informantene rapportere feil informasjon med eller uten vilje som følge av biaser (Saunders, et al., 2016). I vår studie eksisterer denne utfordringen fordi hendelsen skjedde for 10-15 år siden, og informantene kan ha utfordringer med å huske eksakt hva som skjedde. Årsaken til at vi kunne overkomme denne utfordringen var at hendelsen faktisk skjedde for lenge siden, og det var derfor vanskelig å unngå dette. Derimot kunne vi valgt en annen investering i sykehuset. Selv om denne begrensningen eksisterer mener vi den har middels effekt på vår empiri og vår konklusjon når vi tar i betraktning tiltakene nevnt i de forrige avsnittene.

7.5 Videre forskning

I denne delen skal vi presentere forslag til videre forskning på bakgrunn av vår studies begrensninger og vår empiri i vår studie som vi ikke hadde anledning til å utforske på grunn av studiens tidsbegrensning. De tre forslagene handler i korte trekk om å studere en tilsvarende investeringsbeslutning i nåtid, studere hvordan gavegivning fra privatpersoner til sykehus påvirker beslutninger i sykehuset og forske på hvordan evalueringen av slike investeringer, nevnt i denne studien, blir målt og vurdert.

Vårt første forslag er å gjennomføre en tilsvarende studie som vår, men istedenfor å samle inn data fra flere år tilbake, heller undersøke en investeringsbeslutning i nyere tid, helst nå. Da Vinci Årsaken til dette forslaget er for å øke utvalgets størrelse, fordi færre har sluttet eller reist bort. I nyere investeringsbeslutninger det antageligvis krav til skriftlig dokumentasjon, slik at dette kan innhentes som datamateriale. I tillegg minimerer man begrensningen med selektiv hukommelse fordi man intervjuer personene tett opp mot selve hendelsen. Det burde også fokuseres mer på det faktum at det å holde tilbake økonomisk informasjon også er bruk av økonomisk informasjon.

Videre vil vi foreslå å forske på hvordan donasjoner eller gaver påvirker sykehusets beslutninger. I vår empiri fant vi at det var vanskelig for sykehuset å takke nei til store og spektakulære gaver, selv om dette medførte økonomiske utfordringer som gjenanskaffelse av samme maskin i fremtiden uten tilgjengelige midler. I tillegg kan slike gaver endre praksisen

i sykehuset og gjør det vanskelig å gå tilbake til vanlig praksis etter maskinens levetid er over. Da Vinci har i de fleste tilfeller blitt gitt i gaver, og vi forventer at det vil være flere slike hendelser som kan være interessante å forske på.

Det siste forslaget er å forske på hvordan disse investeringene, enten i form av gaver eller anskaffelser, blir målt og kontrollert av sykehusene. Vi fant i vår studie at de ikke fulgte opp eller målte nytten av maskinen i økonomiske enheter. Det kan derfor være interessant å vite hvilken nytte disse teknologiene faktisk har. Dette kan eventuelt sees i sammenheng med Meyer og Rowan sin artikkel (1977) om institusjonelle myter, hvor intern koordinering og kontroll av eksempelvis teknologier blir byttet ut ved god tro.

8. Litteraturliste

- Abernethy, M. A. (1996). Physicians and resource management: the role of accounting and non-accounting controls. *Financial Accountability & Management*, 12(2), 141-156.
- Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1990). Physicians and resource management in hospitals: an empirical investigation. *Financial Accountability & Management*, 6(1), 17-31.
- Aldrich, H. E., & Fiol, C. M. (1994). Fools rush in? The institutional context of industry creation. *Academy of management review*, 19(4), 645-670.
- Anthony, R. N., & Young, D. W. (2003). *Management control in nonprofit organizations* (7th ed. utg.). Boston, Mass: McGraw-Hill/Irwin.
- Battilana, J. (2006). Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position. *Organization*, 13(5), 653-676.
- Benson, J. K. (1977). Organizations: A dialectical view. *Administrative science quarterly*, 1-21.
- Besharov, M. L., & Smith, W. K. (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *Academy of Management Review*, 39(3), 364-381.
- Bjørnestad, S. (2017, 12. oktober). Dette er statens inntekter og utgifter i 2018, *Aftenposten*. Lastet ned fra <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/VKM91/Dette-er-statens-inntekter-og-utgifter-i-2018>
- Bourn, M., & Ezzamel, M. (1986). Organisational culture in hospitals in the National Health Service. *Financial Accountability & Management*, 2(3), 203-225.
- Boxenbaum, E., & Jonsson, S. (2008). Isomorphism, diffusion and decoupling. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 78-98.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Burns, J., & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management accounting research*, 11(1), 3-25.
- Canning, M., & O'Dwyer, B. (2016). Institutional work and regulatory change in the accounting profession. *Accounting, Organizations and Society*, 54, 1-21.

-
- Denver Urology Clinic. (2015) Lastet fra <http://denverurologyclinic.com/wp-content/uploads/davinci.jpg>
- Denzin, N. K. (1978). The research act: A theoretical orientation to sociological methods. *McGraw-Hill, New York*.—2012, 'Triangulation, 2, 80-88.
- DiMaggio, P. (1988). Interest and agency in institutional theory. *Institutional Patterns and Organizations Cambridge*, 1-21.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. doi: 10.2307/2095101
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). *The New institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What is agency? *American journal of sociology*, 103(4), 962-1023.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A., & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Fligstein, N. (2001). Social skill and the theory of fields. *Sociological theory*, 19(2), 105-125.
- Fodstad, P. M. (2014). *Innføring av Robot i Hode-Hals Kirurgi En Kostnad-Effekt Analyse*.
- Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions.
- Garud, R., Hardy, C., & Maguire, S. (2007). Institutional entrepreneurship as embedded agency: An introduction to the special issue: Sage Publications Sage UK: London, England.
- Garud, R., & Karnøe, P. (2001). Path creation as a process of mindful deviation. *Path dependence and creation*, 138.
- Greenwood, R., & Suddaby, R. (2006). Institutional entrepreneurship in mature fields: The big five accounting firms. *Academy of Management journal*, 49(1), 27-48.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*: Sage.
- Hagen, K. P., & LOS-Senteret. (1990). *Principal-agent teori: implikasjoner for offentlig styring og politikk*.

-
- Hansen, T. (2017). New Public Management. *Store Norske Leksikon*. Lastet ned fra https://snl.no/New_Public_Management
- Haug, P. (2003). Evaluering av reform 97. *Sluttrapport frå styret for Program for evaluering av Reform, 97*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Statsbudsjettet 2018*. (Prop. 1 S 2017-18). Lastet ned fra <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2018/Dokumenter/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S-/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema/5-Spesialisthelsetjenesten/>.
- Hillestad, T. (2004). Toppledelsens troverdighet ved kriser: en studie av legitimitetsprosesser ved Åsgard-overskridelsene og Åsta-ulykken.
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2-3), 93-109.
- Høymork, S. C. (2013). *Innføring av operasjonsroboter i spesialisthelsetjenesten. Kunnskapsbasert helsetjeneste-eller" toys for boys"?*
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (num. 2): Høyskoleforlaget Kristiansand.
- 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.
- Johannessen, A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Laffont, J.-J., & Martimort, D. (2009). *The theory of incentives: the principal-agent model*: Princeton university press.
- Lawrence, T. B., Suddaby, R., & Leca, B. (2009). *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*: Cambridge university press.
- Lee, M. L. (1971). A conspicuous production theory of hospital behavior. *Southern Economic Journal*, 48-58.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (num. 75): Sage.
- Lounsbury, M. (2007). A tale of two cities: Competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds. *Academy of management journal*, 50(2), 289-307.
- Lounsbury, M., & Glynn, M. A. (2001). Cultural entrepreneurship: Stories, legitimacy, and the acquisition of resources. *Strategic management journal*, 22(6-7), 545-564.

-
- Maguire, S., Hardy, C., & Lawrence, T. B. (2004). Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada. *Academy of management journal*, 47(5), 657-679.
- Major, M., & Cruz, I. (2013). *Institutional entrepreneurship in the Portuguese NHS*. Konferanseforedrag fra 7th Asia Pacific Interdisciplinary Research in Accounting Conference.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1976). *Ambiguity and choice in organizations*: Universitetsforlaget Bergen.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*: Free Press.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (2004). The logic of appropriateness.
- Meindl, J. R. (1990). On leadership-an alternative to the conventional wisdom. *Research in organizational behavior*, 12, 159-203.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363. doi: 10.1086/226550
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*: sage.
- North, D. C. (1993). Institutional change: a framework of analysis. *Institutional change: Theory and empirical findings*, 35-46.
- Nyland, K., Morland, C., & Burns, J. (2017). The interplay of managerial and non-managerial controls, institutional work, and the coordination of laterally dependent hospital activities. *Qualitative Research in Accounting & Management*(just-accepted), 00-00.
- Nyland, K., & Olsen, T.-E. (2017). Tettere styring i helseforetakene? *Praktisk økonomi & finans*, 33(01), 36-52.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2004). The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management*, 20(1), 77-102.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold? *Magma*, 2010 (4). Lastet ned fra <https://www.magma.no/oekonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold>

- Olsen, T. H., Solstad, E., & Torsteinsen, H. (2017). The meaning of institutional logics for performance assessment in boards of municipal companies. *Public Money & Management*, 37(6), 393-400.
- Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of management review*, 15(2), 203-223.
- Ot.prp. nr. 66. (2000-01). Om lov om helseforetak m.m.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health services research*, 34(5 Pt 2), 1189.
- Pettersen, I. J. (1995). Budgetary control of hospitals—Ritual rhetorics and rationalized myths? *Financial Accountability & Management*, 11(3), 207-221.
- Pettersen, I. J., & Nyland, K. (2008). Mellom politikk og marked—om styringsutfordringer i statlige helseforetak.
- Pfeffer, J. (1981). Management as Symbolic Action: The Creation and Maintenance of Organizational Paradigms. ILL Cummings and BM Staw (red): Research in Organizational Behavior, vol 3, Greenwich, Conn: JAI Press. *Greenwich: JAI Press Frost*.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). The external control of organizations: A resource dependence approach. *NY: Harper and Row Publishers*.
- Powell, W. (1991). Expanding the scope of institutional analysis. *The new institutionalism in organizational analysis, Chicago*, 183-203.
- Reay, T., & Hinings, C. (2005). The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta. *Organization studies*, 26(3), 351-384.
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization studies*, 30(6), 629-652.
- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real world research : a resource for users of social research methods in applied settings*. Hoboken :: Wiley.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7th ed. utg.). Harlow: Pearson.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (num. 2): John Wiley & Sons.
- Schreiner, R. C. (2012). NAV-reformen: Flere i arbeid-færre på trygd. *Frisch Report*, 1(2012), 1.

-
- Scott, W. R. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*: University of Chicago Press.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P., & Caronna, C. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*: University of Chicago Press.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administration: A sociological interpretation*. Berkeley, Cal.
- Seo, M.-G., & Creed, W. D. (2002). Institutional contradictions, praxis, and institutional change: A dialectical perspective. *Academy of management review*, 27(2), 222-247.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Skatvik, F., & Skålevåg, S. A. (2017). Den hippokratiske ed. *Store Norske Leksikon*. Lastet ned fra https://sml.snl.no/Den_hippokratiske_ed
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten.
- En vurdering og aktuelle tiltak. Lastet ned fra [https://helsedirektoratet.no/Documents/Finansieringsordninger/Innsatsstyrt_finansiering_\(ISF\)_og_DRG-systemet/IS-1479_ISF_i_helsetjenesten_-_Evaluering_av_aktuelle_tiltak.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Finansieringsordninger/Innsatsstyrt_finansiering_(ISF)_og_DRG-systemet/IS-1479_ISF_i_helsetjenesten_-_Evaluering_av_aktuelle_tiltak.pdf)
- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.
- Suddaby, R. (2010). Challenges for institutional theory. *Journal of Management Inquiry*, 19(1), 14-20.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism. London: SAGE Publications Ltd C1 - Institutional Logics C2 - pages 99-128.
- Weick, K. E. (1976). Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1-19. doi: 10.2307/2391875
- Whittington, R. (1992). Putting Giddens into action: social systems and managerial agency. *Journal of management studies*, 29(6), 693-712.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods* (4th ed. utg. num. vol. 5). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Zucker, L. G. (1977). The role of institutionalization in cultural persistence. *American sociological review*, 726-743.

9. Vedlegg

9.1 Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD



Kari Nyland
Helleveien 30
5045 BERGEN

Vår dato: 18.09.2017

Vår ref: 55399 / 3 / HJT

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.08.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55399	<i>Hvilke vurderinger ligger til grunn ved robotinvesteringer i norske sykehus, og hvilken rolle tar økonomene i denne prosessen?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges Handelshøyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kari Nyland</i>
<i>Student</i>	<i>Jb Hvostef</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

9.2 Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hvilke vurderinger ligger til grunn ved robotinvesteringer i norske sykehus?

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å belyse hvilke vurderinger som ligger bak robotinvesteringer i norske sykehus, samt avdekke hvilken rolle økonomene tar i denne prosessen. Forskningsprosjektet er en masteroppgave ved Norges Handelshøyskole.

Vi ønsker deltakelse fra personer som har vært delaktig i investeringen i DaVinci-roboten.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du deltar på et intervju som vil vare fra mellom 30 – 60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker. Lydopptaket vil bli transkribert til et Word-dokument og lagret på en server. Transkribert versjon vil bli oversendt til deg, og du vil få muligheten til å rette opp eller angre på utsagn i etterkant.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun veileder og prosjektgruppen vil ha tilgang til dataene. Disse vil bli lagret trygt og sikkert på en server i skyen, og navneliste og koblingsnøkkel vil lagres separat.

Deltakerne vil ikke kunne direkte gjenkjennes i publikasjonen. Kun yrke/tittel vil bli presentert i studien, og arbeidsplass vil være anonymisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2017. Etter prosjektslutt skal datamaterialet anonymiseres.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Prosjektleder (student):	Odd Magnus Helle	99379229
Veileder (professor):	Kari Nyland	73559980

I studentprosjekt må også kontaktopplysninger til veileder/daglig ansvarlig påføres.

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

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.3 Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon: Vi ønsker å belyse situasjonen for omtrent 10 år siden. OBS! Det må avklares tidlig om personen har vært med i en investeringsprosess, og hvis ja, hvordan den normalt er.

Hovedstruktur:

1	Introduksjon av intervjuobjektet
	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle kort om deg selv?
	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken stilling har du i sykehuset, og hvilke stillinger har du hatt? • Hvilken akademisk bakgrunn har du? • Har du vært delaktig i større investeringer på kirurgisk avdeling?
2	Spredning av teknologi (diffusjon)
	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle hvordan ansatte ved sykehuset først fant ut om Da Vinci? • Hva slags erfaringer hentet dere fra andre sykehus?
	<ul style="list-style-type: none"> • Møtt kolleger på kongresser e.l.? • I hvilken grad var dette et hopp ut i noe nytt og spennende, og i hvilken grad var dette en velfundert investering hvor <i>hele</i> pasientmassen var tenkt på (og ikke bare urologipasienter)? • Følte man et behov for å "henge med" f.eks Radiumhospitalet? • Følte man press fra pasienter/pasientforeninger (Kreftforeningen f.eks)?
3	Forarbeid før investeringer (innhente info)
	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle hva som gjennomføres i forkant av en investering?
	<ul style="list-style-type: none"> • Gjerne fortell hva de i andre stillinger gjør (deres opplevelse) • Innhentes det dokumentasjon fra andre sykehus i landet, andre land eller tilsvarende? • Be om dokumentasjon hvis det nevnes dokumentasjon/beregning.
4	Underveis i investeringen (prosessen frem mot beslutning)
	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle om vurderingene som blir vektet tungt ved en investeringsbeslutning? • Kan du fortelle hvordan du opplever de med en annen profesjon enn deg selv i diskusjonene?
	<ul style="list-style-type: none"> • Eksempelvis medisinske vurderinger, økonomiske beregninger, anbefalinger fra andre aktører eller finansiering av eksterne aktører. • Kartlegge deres opplevelse av de andre mtp. conflicting logics
5	Etter investeringen
	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle hva som gjøres i perioden etter en investering?
	<ul style="list-style-type: none"> • Lages det rapporter mht. økonomi og pasientsikkerhet? • Hva gjør andre sykehus i etterkant av et prosjekt/investering? • Hentes det inn informasjon fra de som anvender investeringen? • Samles kunnskapen i en felles database for sykehusene?

9.4 Vedlegg 4: Bilde av Da Vinci



Bildet ble lastet ned 19. desember (Denver Urology Clinic, 2015).