



Aktørers rolle ved utforming og bruk av styringsverktøy i et helseforetak

En eksplorerende studie av hvordan styringsinformasjon kan gjøres relevant for klinisk praksis

Amalie Skolt & Mari Heggheim

Veileder: Kari Nyland & Jakob Mathias Liboriussen

Masterutredning i økonomi og administrasjon

Hovedprofiler: Økonomisk Styring & Regnskap og Revisjon

NORGES HANDELSHØYSKOLE

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

Sammendrag

Denne masteroppgaven har som hensikt å utforske hvordan klinikere kan motiveres til å betrakte styringsinformasjon som relevant for sine beslutninger i den kliniske praksisen. Etter helseforetaksreformen i 2002, ble budsjettansvaret delegert til ledere på lavere nivåer i helseforetakene. Studier viser derimot at disse lederne ikke føler på et ansvar knyttet til budsjett, og at det eksisterer en motvilje blant medisinskfaglige ledere rettet mot bruk av styringsinformasjon i klinisk praksis. Videre peker litteraturen på et gap mellom kliniske og ledelsesmessige mål og verdier. Med utgangspunkt i dette ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

Hvordan kan medisinskfaglige mellomledere og kontrollere samhandle for å gjøre styringsinformasjon relevant for medisinskfaglig praksis?

For å besvare problemstillingen vår har vi gjennomført en casestudie ved et norsk sykehus. Datamaterialet er samlet inn gjennom observasjoner og intervjuer, og vi har studert et fåtall aktører ved en spesifikk avdeling på sykehusets kirurgiske klinikk. Ved å benytte den aktørbaserte metoden, har vi forsøkt å tilegne oss en unik forståelse av aktørenes virkelighetsoppfatninger.

Studien viser at økonomimøter legger til rette for at aktører med ulike faglige bakgrunner og virkelighetsoppfatninger kan samhandle. Gjennom kommunikasjon på møtene foregår det en konstruksjon av et styringsgrunnlag, som legger til rette for at aktørene kan foreta informerte beslutninger basert på faktuelle muligheter. Ettersom de medisinskfaglige mellomlederne ikke har økonomisk utdannelse, finner vi det avgjørende å ha hyppige og strukturerte møter for at de skal opparbeide seg en forståelse av styringsinformasjonen, samt se relevansen av å bruke den i praksis. Videre argumenterer vi for at controller sin opparbeidede tillit og evne til å engasjere seg i dialog, bidrar til å muliggjøre avdelingssjefens hybride rolle. Med sin interesse og forståelse for begge fag, evner avdelingssjefen å dekode informasjonen til et språk som klinikerne kjenner seg igjen i. Vi argumenterer derfor for at avdelingssjefen fungerer som en brobygger mellom de to logikkene i måten hen hybridiserer de ulike fagene.

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på vår integrerte siviløkonomutdanning ved Norges Handelshøyskole (NHH). Oppgaven ble skrevet høsten 2023 og er en del av fordypningen innenfor områdene *økonomisk styring*, og *regnskap og revisjon*. Totalt utgjør oppgaven 30 studiepoeng.

Gjennom flere gode akademiske samarbeid tidlig i studieforløpet, fant vi raskt ut at vi ønsket å skrive masterutredningen sammen. Vi delte en felles interesse for helsevesenet og utfordringene som denne sektoren står i, og vi utforsket dermed muligheten for å skrive en masteroppgave sammen om dette temaet.

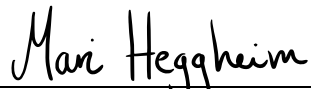
I starten av dette året ble vi koblet på en forskningsgruppe bestående av Kari Nyland, Trond Bjørnenak, Jakob Mathias Liboriussen og Martine Kjenstad, og vi vil dermed benytte anledningen til å takke dem for å ha hjulpet oss med å få en dypere forståelse for et spennende og dagsaktuelt tema. Vi vil særlig rekke en stor takk til vår hovedveileder Kari Nyland, og biveileder Jakob Mathias Liboriussen for gode råd og konstruktive tilbakemeldinger. Vi har også fått svært god støtte fra Martine Kjenstad, som har fungert som en viktig sparringspartner gjennom hele høsten.

Sist, men ikke minst, vil vi takke våre kjære informanter for deres bidrag til vår studie. Uten dem hadde ikke denne oppgaven vært mulig, og vi er svært takknemlig for at de satt av tid til å bistå med sin innsikt.

Bergen, 20. desember 2023



Amalie Skolt



Mari Heggheim

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	6
1.1	Bakgrunn og kontekst	6
1.2	Problemstilling og avgrensning	8
1.3	Oppgavens struktur	10
2	Kontekstbeskrivelse: Organisering og ansvarsfordeling i den norske spesialisthelsetjenesten	11
3	Teoretisk rammeverk.....	13
3.1	Tidligere litteratur om bruk av styringsinformasjon i sykehus.....	13
3.2	Hybrider & grensesubjekter.....	15
3.2.1	Hybride aktører og hybridiserende praksiser	16
3.2.2	Grensesubjekter og grenseobjekter	19
3.2.3	Hybride aktører og grensesubjekter	21
4	Konseptuelt rammeverk	22
4.1	Pragmatisk konstruktivisme forutsetter en reflekterende aktør	23
4.2	De fire dimensjonene av integrasjon	24
4.3	En læringsteori om sannhet: proaktiv og pragmatisk sannhet	28
5	Forskningsmetode	29
5.1	Den aktørbaserte metoden	29
5.1.1	Forforståelse: Bakgrunnstudier og case-utvelgelse.....	31
5.1.2	Forståelse: Bruk av styringsinformasjon i vårt sykehus.....	32
5.1.3	Etterforståelse: Analyse og konseptualisering	36
5.2	Begrensninger til den aktørbaserte metoden.....	37
5.2.1	Validitet.....	37
5.2.2	Logisk utvikling	38
5.2.3	Pålitelighet.....	39
5.2.4	Generalisering	41
5.3	Etiske perspektiver.....	42
6	Analyse av sykehuscasen: Samhandling mellom klinikere, medisinskfaglige mellomledere og controller ved kirurgisk klinikk	43
6.1	Formidling av styringsinformasjon på kirurgisk klinikk	45
6.1.1	Aktørenes topoi og virkelighetsforståelse	49

6.2 Dialogen som sentrum for konstruksjonen av et styringsgrunnlag for å handle etter faktuelle muligheter	56
6.2.1 Økonomimøter som en arena for samhandling	56
6.2.2 Controllers tillit og integritet legger grunnlag for god samhandling	64
6.2.3 Avdelingssjef videreformidler essensen i økonomi ut til klinikerne	68
7 Diskusjon av empiriske funn	72
7.1 Økonomimøtenes dialogiske rom bidrar til å gjøre styringsinformasjonen relevant	72
7.2 Controller som samhandlende grensesubjekt	75
7.3 Medisinskfaglig avdelingssjef som villig hybrid aktør	77
8 Konklusjon	81
Referanser	83
Vedlegg	86
Vedlegg 1: Styringsinformasjon	86
Vedlegg 2: Utregning av effekten ved ny legeressurs	87
Vedlegg 3: Samtykkeskjema til informanter	88
Vedlegg 4: Intervjuguide	90
Vedlegg 5: Observasjonsguide	92

Figuroversikt

Figur 4.1 - Kjernekonsepter av pragmatisk konstruktivisme	22
Figur 4.2 - Aktør-verden-relasjoner	24
Figur 4.3 - Integrasjon av de fire dimensjonene av virkeligheten	24
Figur 4.4 - Virkelighetskonstruksjon som integrasjon	27
Figur 6.1 - Aktørenes plassering i vårt helseforetak	43
Figur 6.2 - Formidling av informasjon mellom aktører i helseforetaket	45
Figur 6.3 - Kostnadsberegning - ny legeressurs	60
Figur 6.4 - Inntektsberegning - ny legeressurs	61
Figur 6.5 - Dialog under Økonomimøte X	65
Figur 6.6 - Dialog under Økonomimøte Y	66

Tabelloversikt

Tabell 5.1 - Oversikt over informanter og type datainnsamling	33
---	----

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og kontekst

«Nå er vi nødt til å ta grep. Behovet for helsetjenester øker, og vi må kunne klare oss med færre helsearbeidere per pasient» (Bovim, 2023).

Dette uttalte Gunnar Bovim, leder av helsepersonellkommissjonen, på fremleggelsen av deres rapport *Tid for Handling* i februar tidligere i år. Vi står overfor en demografisk utfordring, hvor etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil bli større enn tilgjengelig arbeidskraft (NOU 2023: 4). I perioden fra 2020 til 2060 forventes det en dobling av antall personer på over 70 år, og en firedobling av personer over 90 år (Jia, et al., 2022). Det er også forventet at en stor andel av disse vil ha et behov for arbeidsintensiv langtidspleie. Demografiutviklingen fører altså til en økning i antall eldre samtidig som antallet i arbeidsfør alder reduseres (NOU 2023: 4). Dette innebærer store utfordringer for helse- og omsorgstjenesten i Norge, og norske helseforetak rapporterer allerede nå om økende ventelister og et overarbeidet helsepersonell.

Over de siste årene har vi sett et stadig økende fokus på bedre utnyttelse av arbeidskraft innenfor helsesektoren, samt effektivisering av helse- og omsorgstjenestene i Norge (NOU 2023: 4). Dette kan til dels tilskrives færre helsearbeidere per pasient, men også forventningen om at handlingsrommet i nasjonalbudsjettet skal reduseres i tiden fremover, som følge av at offentlige utgifter vil øke mer enn offentlige inntekter. Personell er et knapphetsgode, og vil i enda større grad være det i tiden fremover. Landets helse- og omsorgstjenester må derfor bruke personellet og deres kompetanse mer effektivt enn tidligere.

En aldrende befolkning, økte ventelister og reduserte budsjetter er noen av utfordringene som helse- og omsorgstjenesten i Norge står i, og hvordan dette skal løses, betraktes som en betydelig utfordring.

Tidligere studier viser at en vei til økt effektivisering i helsevesenet kan skje gjennom bruk av regnskapsdata og økonomiske styringsverktøy (se f.eks. Grossi et al., 2020; Nyland & Pettersen, 2004). Dette anses som økonomenes løsning. Nyere studier viser at klinikere er

skeptiske til finansielle tall, men at de stadig blir mer åpne for regnskapsinformasjon i helsesektoren (Jacobs, 2005; Robbins & Lapsley, 2015, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Imidlertid eksisterer det fortsatt en betydelig avstand mellom kliniske og ledelsesmessige mål og verdier (Llewellyn, 2001), og ettersom klinikerne er best egnet til å ta beslutninger til pasientenes beste, fører dette oss til et dilemma. Hvordan kan klinikerne motiveres til å betrakte styringsinformasjon som relevant for sine beslutninger i praksis?

Etter helseforetaksreformen i 2002 ble lederansvaret delegert nedover i sykehuset, og mellomledere ved norske sykehus fikk et økende økonomisk ansvar, inkludert et eget budsjett (NOU 2023: 8). Disse mellomlederne har vist seg å stå mellom det kliniske personalet og toppledelsen i sykehusene, og de er på mange måter formidlere mellom de to ulike verdenene av økonomisk rasjonalitet og kliniske beslutninger (Nyland & Pettersen, 2004).

I sin doktoravhandling finner Ivan Spehar (2016) en dekopling mellom det pasientnære nivået og toppledernivået på norske sykehus. Han finner at klinikere og toppledelsen ofte handler uavhengig av hverandre, noe som kan føre til frustrasjon mellom aktørene grunnet en opplevelse av manglende respons og samhandling. Det ble dessuten nylig belyst under Arendalsuka at flere opplever et sprik mellom virkelighetssynet til de ulike gruppene, og at dette potensielt kan true tilliten i helsevesenet: «Når virkeligheten sett fra direktørkontorene ikke lenger stemmer med den sett fra sykehusgulvet og legekantoret, trues selve tilliten som holder helsevesenet sammen» (Brean, 2023).

På bakgrunn av dette kan vi argumentere for at det er et behov for aktører som evner å samle virkelighetsoppfatningen mellom de to fagene på sykehusene. Først og fremst trenger økonomer mer innsikt i det medisinske faget slik at de bedre kan bistå med relevant informasjon, og videre trenger kliniske mellomledere innsikt i og forståelse for økonomi og styringsinformasjon slik at de kan ta bedre beslutninger i praksis. Studier viser også til at det er et behov for ytterligere forskning på individuelle aktørers rolle ved utforming og bruk av styringsverktøy i hybride organisasjoner, slik som det norske helsevesenet (Berry et al., 2009, referert i Grossi et al., 2020). Disse momentene skapte motivasjonen for vår oppgave.

1.2 Problemstilling og avgrensning

For å undersøke hvordan klinikerne kan motiveres til å betrakte styringsinformasjon som relevant for sine beslutninger i praksis, er det relevant å studere virkelighetsperspektivet til de aktørene som befinner seg mellom direktørnivå og klinikerne. I denne oppgaven ønsker vi derfor å se nærmere på aktører som både har innsyn i økonomien og den kliniske praksisen. Ledere som har fått tildelt et økonomisk ansvar og som befinner seg mellom ledelsen og det kliniske personalet, kan omtales som mellomledere (Nyland & Olsen, 2017). For vår oppgave vil vi benytte både mellomledere og medisinskfaglige mellomledere som begreper for å omtale avdelingssjef og seksjonsleder. For å få en dypere innsikt i deres rolle vil det også være nyttig å studere aktøren som presenterer styringsinformasjonen, nemlig controller. Vi ønsker dermed å studere samhandlingen mellom disse aktørene på et spesifikt norsk sykehus for å se hvordan styringsinformasjon kan gjøres relevant i praksis. Dette vil vi gjøre gjennom følgende problemstilling:

Hvordan kan medisinskfaglige mellomledere og controllere samhandle for å gjøre styringsinformasjon relevant for medisinskfaglig praksis?

Det spesifikke sykehuset er valgt på bakgrunn av kilder som fortalte at det var etablert gunstige organisatoriske rammer som har lagt til rette for effektiv samhandling mellom aktørene i økonomienheten og på klinikkene. Vi valgte derfor å utforske denne samhandlingen nærmere for å forstå dynamikken mellom aktørene bedre. Formålet er å avdekke de faktorene som potensielt kan bidra til et optimalt samarbeid, samt å analysere rollene som aktørene tar i denne konteksten.

Ettersom vi ønsker å studere spesifikke aktører og samhandlingen mellom disse, har vi benyttet oss av den aktørbaserte metoden. Metoden kan bidra til å belyse problemstillingen vår ved å øke vår forståelse for tankeprosessen og atferden til de medisinskfaglige mellomlederne og controller i sykehuset. For å tilegne oss detaljert og omfattende dybdekunnskap om aktørens rolle og interaksjon med hverandre, har vi gjennomført en kvalitativ analyse med casestudie som forskningsstrategi. Vi har siktet oss inn på en spesifikk kirurgisk klinikk, og utvalget består av klinikkssjef, avdelingssjef, tre seksjonsledere, samt klinikkens controller. Gjennom å observere aktørene på økonomimøter, har vi fått direkte tilgang til fenomenet som studeres. Samtidig har vi kombinert slike observasjoner med påfølgende semi-strukturerte intervjuer, og

på denne måten har vi etablert et godt grunnlag for å forstå aktørenes ulike virkelighetsoppfatninger. Til tross for at den aktørbaserte metoden kan medføre at våre resultater er mindre anvendbare i praksis, argumenterer vi for at studiens formål ikke er å generalisere til sykehusene generelt, men heller å avsløre unike egenskaper ved våre utvalgte aktører.

Problemstillingen vil videre belyses gjennom å benytte ulike teoretiske rammeverk om hybride aktører, grensesubjekter og grenseobjekter. Ettersom vi har en eksplorerende studie, ønsker vi verken å bekrefte eller avkrefte eksisterende teorier. I stedet ønsker vi å benytte det teoretiske rammeverket for å gi oss en dypere forståelse av det vi observerer.

Det finnes litteratur som sier at klinikere kan tilegne seg kompetanse fra både det kliniske og økonomiske faget, og at de dermed kan få en sentral og viktig rolle i samhandlingen på tvers av organisatoriske enheter (se f.eks. Begkos & Antonopoulou, 2022; Llewellyn, 2001). En slik kompetanse gjør medisinskfaglige mellomledere til hybride aktører, og de som evner å mekle mellom de to fagene kan få tildelt en rolle som et to-veis vindu (Llewellyn, 2001). Med utgangspunkt i aktørperspektivet ble vi derfor nysgjerrige på å undersøke hva disse aktørene gjør, og hvordan de kan bidra til bedre samhandling på tvers av fagene. Videre har vi funnet en annen litteratur som studerer lignende roller. Laine et al. (2016) definerer aktører som handler på tvers av organisatoriske enheter som grensesubjekter, og utdypet hvordan regnskapsdata kan benyttes som grenseobjekt for å kommunisere med aktører på tvers av slike grenser. Grensesubjektene kan bistå med å konstruere og velge ut regnskapsfakta, og på den måten kan regnskapsfakta som grenseobjekt øke bevisstheten om relevant styringsinformasjon og faktuelle muligheter, og dermed forbedre kommunikasjonen mellom aktørene. Dette gir en naturlig overgang til vårt konseptuelle rammeverk, nemlig pragmatisk konstruktivisme.

I tråd med vårt aktørperspektiv, fungerer pragmatisk konstruktivisme som et gunstig rammeverk for å studere aktører som forsøker å etablere en felles virkelighetsoppfatning for å oppnå handling. Gjennom å fokusere på aktørenes konstruksjon av virkeligheten og deres interaksjoner, gir rammeverket en dyp innsikt i aktørenes aktiviteter, tankeprosesser og roller. For at aktørene skal etablere en felles virkelighetsoppfatning og oppnå vellykket samhandling, må de gjennom kommunikasjon konstruere regnskapsfakta slik at de kan handle etter faktuelle muligheter i tråd med aktørenes verdier.

1.3 Oppgavens struktur

I dette kapitlet har vi introdusert oppgavens tema, og presentert hvilken problemstilling vi ønsker å studere, samt hvordan den skal besvares. I kapittel 2 har vi valgt å inkludere et kort kontekstkapittel om organisering og ansvarsfordeling i den norske spesialhelsetjenesten for å informere leseren om hvorfor de medisinskfaglige mellomlederne sitter på et økonomisk ansvar. I kapittel 3 og kapittel 4 presenterer vi henholdsvis vårt teoretiske og konseptuelle rammeverk. Kapittel 5 inneholder vår argumentasjon for valg av forskningsmetode- og design, og i dette kapitlet utbroderer vi blant annet den aktørbaserte metoden, og begrensninger ved den. En analyse av våre empiriske funn presenteres i kapittel 6, og videre følger en diskusjon av disse under kapittel 7. Avslutningsvis kommer en konklusjon i kapittel 8 som inkluderer begrensninger, implikasjoner, samt innspill til videre forskning.

2 Kontekstbeskrivelse: Organisering og ansvarsfordeling i den norske spesialisthelsetjenesten

Da helseforetaksreformen trådte i kraft 1. januar 2002, ble det innført en ny måte å styre og organisere landets sykehus på (NOU 2023: 8). Etter flere år med underskudd i offentlige budsjetter, hadde reformen som mål å øke effektiviteten og kvaliteten på tjenestene til norske sykehus, samt legge til rette for bedre økonomisk styring. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenestene fra fylkeskommunalt nivå og samlet tjenestene under regionale helseforetak (RHF). Videre ble klinikker og offentlige sykehus organisert som helseforetak (HF). Reformen la grunnlag for en struktur hvor staten skulle ta en mer overordnet rolle, gjennom å blant annet fastsette helsepolitiske mål og rammer. RHF-ene har ansvar for å realisere statens målsettinger, samt sørge for at befolkningen får tilbud om nødvendige helsetjenester. HF-ene leverer de etterspurte helsetjenestene til befolkningen, og lederne her er ansvarlig for den daglige driften. Reformen ga lederne for HF-ene et større ansvar, og en økt frihet innenfor de rammene som ble bestemt ovenfra, samtidig som det statlige eierskapet skulle sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Det er nå fire RHF i Norge som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i sin geografiske region, og som styrer de lokale HF-ene.

Helseforetaksreformen tar utgangspunkt i tidligere internasjonale reformer som vokste frem på 1980-tallet, og New public management (NPM) blir brukt som en samlebetegnelse for mange av disse internasjonale reformene (NOU 2023: 8). Økende helsekostnader var en global bekymring (Chapman et al., 2014, referert i Grossi et al., 2020), og med disse reformene ønsket man å skifte fokuset over fra prosessansvar til resultatansvar (Hood, 1995; Olson, Guthrie & Humphrey, 1998, referert i Kurunmaki, 2004). Reformene inneholdt prinsipper for styring og ledelse fra det private (Grossi et al., 2020) og økte fokuset på koblingen mellom medisinske beslutninger og økonomiske beregninger (Kurunmaki, 2004). Regnskap ble frontet som et sentralt virkemiddel i NPM, og studier viser at regnskap i økende grad oppfattes som en integrert del av styringen i klinisk praksis (Pettersen & Solstad, 2014; Lapsley & Schofield, 2009; Ellwood, 2008, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022).

Helseforetakene er sammensatt av en rekke enheter, eller avdelinger, som i seg selv kan omtales som virksomheter, ved at kostnader og inntekter skapes her (Nyland & Olsen, 2017). Ettersom klinisk beslutningstaking står for mesteparten av sykehusets kostnader, er klinisk engasjement avgjørende for å bruke ressursene effektivt og for å oppnå kostnadsmål (Jones & Dewing, 1997; Hillman, 1986, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). En studie fra 2004 (Nyland & Pettersen) viser til at toppledelsen i et sykehus har et klinisk ansvar, men også et ansvar for å bruke ressursene effektivt og holde seg innenfor budsjett. Ettersom toppledelsen ikke sitter på tilstrekkelig med detaljert informasjon eller kunnskap til å ta beslutninger på daglig basis, ble det økonomiske ansvaret delegert nedover. Nyere undersøkelser bekrefter dette, og viser til at flere foretak delegerer budsjettansvaret til ledere på lavere nivå, slik at økonomistyring kommer i fokus på det nivået hvor kostnadene faktisk genereres (Riksrevisjonen, 2009). Styringskrav blir formidlet til de sentrale lederne gjennom instruksjer, samt skriftlige lederavtaler som skal tydeliggjøre ledernes ansvarsområde og ønsket resultat for enheten. Nyland og Pettersen (2004) uttaler at man med dette forvandler leger til ledere gjennom å gi dem frihet til å styre, og studier viser til flere fordeler ved slik klinisk engasjement i ledelse og regnskapspraksis, som blant annet at det er positivt relatert til gode resultater (Veronesi et al., 2014, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Kliniske ledere fungerer dermed som et viktig mellomledd mellom toppledelsen og de individuelle klinikerne på sykehuset (Nyland & Pettersen, 2004).

3 Teoretisk rammeverk

3.1 Tidligere litteratur om bruk av styringsinformasjon i sykehus

Institusjonskulturen på sykehus var tidligere preget av en klinisk dominans, hvor regnskapsførere og ledere kun hadde en sekundær rolle. Et slikt syn har imidlertid endret seg betraktelig de siste årene (Orton & Weick, 1990, referert i Kurunmaki, 2004). I Ivan Spehars (2016) doktorgradsavhandling, ble det gjennomført intervjuer med kliniske ledere ved to norske helseforetak. I avhandlingen refererer han til Berg (1996, referert i Spehar, 2016) som først benyttet begrepet “medikrati” for å beskrive hvordan institusjonskulturen på sykehus tidligere var preget av en klinisk dominans. Medikratiske institusjoner har stilt seg kritiske til ytre styring og kontroll, men medikratiet har videre blitt utfordret i takt med den økte kompleksiteten i helsevesenet. I sin avhandling finner Spehar at klinikere og toppledelsen på norske sykehus ofte utfører oppgaver uavhengig av hverandre, og at aktørene på de ulike nivåene opplever frustrasjon på bakgrunn av manglende samhandling og respons fra den andre parten. Videre uttaler han at toppledelsen ofte har en mer generell lederutdanning, men at lederne på det pasientnære nivået i stor grad vektlegger fagkompetansen sin.

Tidligere studier viser til at klinikere har lite eller ingen forståelse for regnskapsinformasjon (Jones & Dewing, 1997; Preson et al., 1992, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). For å sikre god økonomisk styring og kostnadskontroll, er det viktig at de ansvarlige har tilstrekkelig med kompetanse. Fra en undersøkelse av kliniske ledere på sykehus i England (NHS), kom det frem at 95% økte sin økonomiske kompetanse gjennom “learning by doing”, 60% gjennom samarbeid med ledere, og 28% gjennom kurs og interne workshops (Begkos, 2016, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). En norsk case-undersøkelse fra Riksrevisjonen (2009) viste derimot at mange ledere på lavere nivåer ikke har den tilstrekkelige økonomiske kompetansen som behøves for et delegert budsjettansvar. Undersøkelsen viser også at helseforetakene sliter med å lære opp ledere på laveste nivå, til tross for bistand fra en økonomimedarbeider. Mangel på kompetanse om økonomi og styringsinformasjon blant kliniske ledere, kan være et hinder for deres evne til å styre enheten (Llewellyn, 2001), og dette kan forklare manglende forpliktelse til budsjettmål (Nyland & Olsen, 2017).

En studie av Llewellyn (2001) viser til en motvilje blant klinikere knyttet til å ta i bruk regnskapsinformasjon i klinisk praksis. Denne motviljen ble tilskrevet en frykt for å miste kliniske ferdigheter, samt respekten fra kollegaer dersom de viet mer tid til ledelsesoppgaver. Videre kom det frem at klinikerne følte seg overlegne overfor ledere grunnet deres lange utdanning, og at klinisk arbeid har en sterk epistemologisk struktur (Klein, 1993, referert i Llewellyn, 2001). Studien til Llewellyn viser til at klinikere arbeider med et sett av ideer som mangler respekt for ledernes ferdigheter og utdanning, samt at de stiller spørsmål ved relevansen av ledelsestrening. Klinikere i studien bekymret seg også over at lederne manglet innsikt og kunnskap om det medisinske faget, og at de ikke oppfattet at lederne hadde pasientens ve og vel som prioritet. Samtidig kommer det frem at klinikerne ikke ønsket å stole på ledere til å styre helsevesenet, ettersom det ble oppfattet at lederne drev en konsekvenslogikk, med upassende beslutninger tilknyttet en helsevesentlig kontekst (Llewellyn, 2001). Et slikt fravær av identifikasjon med ledelsesmessige mål og verdier kan hindre klinikere i å se fordelene ved å engasjere seg (Abernethy & Stoelwinder, 1991, referert i Nyland & Pettersen, 2004).

Videre viser studier til at motviljen blant annet kan skyldes en manglende interesse for regnskap og finansiell opplæring (Kurunmaki, 2004; Jones & Dewing, 1997; Preston et al, 1993; Gatrell & White, 1996, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022), en frykt for de-profesjonalisering av deres kliniske identitet (Jones & Dewing 1997; Kitchener 2000, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022), og at klinikere oppfatter deres identitet som fjern fra regnskaps- og ledelsesprofesjonen (Bartlett & Le grand, 1993, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). I studien til Begkos og Antonopoulou (2022) finner de en tvil blant klinikere knyttet til nøyaktigheten av regnskapsinformasjon og legitimiteten ved å bruke slik informasjon i klinisk beslutningstaking. Klinikere manglet også en interesse for å engasjere seg med ledelse- og regnskapspraksis, ettersom det skilte seg fra deres kjernefaglige identitet.

Imidlertid fremhever andre studier at klinikere gradvis blir mer mottakelig for bruk av regnskapsinformasjon i helsevesenet og at de i større grad ønsker å engasjere seg i regnskap og ledelsespraksis (Jacobs 2005; Robbins & Lapsley, 2015, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Nyere forskning kan vise til en økt kompetanse blant klinikere, noe som tyder på at de gradvis øker sin forståelse for, og sitt engasjement rundt bruken av regnskapsinformasjon i klinisk beslutningstaking (Jacobs et al., 2004; Eldenburg et al., 2019; Robbins & Lapsley, 2015, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Særlig den yngre generasjonen viser seg å være mer

åpen og forståelsesfull, noe som blant annet kan skyldes økt ledertrening i utdanningen (Begkos & Antonopoulou, 2022). Noen klinikere ser seg fortsatt skeptiske til engasjement i regnskapsinformasjon, og ser på det som et etisk avvik fra deres hovedidentitet, mens andre anerkjenner fordelene ved det og er villig til å engasjere seg (Jacobs, 2005, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Derimot fremheves det at klinikerne ofte mangler tid til å engasjere seg i slike aktiviteter (O’Riordan & McDermott, 2012, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022).

3.2 Hybrider & grensesubjekter

Hybridisering viser til et fenomen som oppstår når to eller flere elementer, som vanligvis er separert, blir slått sammen og kombinert (Grossi et al., 2020). Ved hybridisering låner man dermed logikker og komponenter fra flere sektorer eller aktører, og motstridende verdier og mål knyttet til forskjellige institusjonelle logikker må kombineres (Battilana & Lee, 2014, referert i Grossi et al., 2020). Forskning viser til at helsesektoren har gjennomgått en hybridisering, og etter helseforetaksreformen i 2002 kan man argumentere for at modellen for styring av helseforetak i Norge ble ytterligere hybridisert (Byrkjeflo & Jespersen, 2014). Ved en slik hybridisering er man avhengig av å kunne samordne mål og verdier på tvers av grensene mellom ulike logikker (Weisel & Modell, 2014, referert i Grossi et al., 2020).

På sykehus vises det ofte til to ulike definerte kulturer. En administrativ kultur, som bygger konsekvenslogikk, og en klinisk kultur, ledet av sykepleiere og leger, som bygger på logikken om hva som er riktig eller hensiktsmessig (March & Olsen, 1976, referert i Nyland & Pettersen, 2004). Den administrative kulturen fremmer verdier som kostnadseffektivitet og effektivitet i drift, mens reorganisering av klinisk praksis for å øke kvaliteten på pasientbehandling er et eksempel på en respons fra profesjonelle og kliniske verdier (Sartirana, 2019). Slike ulike kulturer kan videre skape utfordringer for de aktørene som befinner seg innenfor helsefaglige organisasjoner.

Det har tradisjonelt vært en mangel på gjensidig forståelse og åpenhet mellom ledere og klinikere i helsefaglige organisasjoner, og dette har gitt opphav til interessekonflikter mellom de to kulturene (Llewellyn, 2001). Individuelle aktører kan ha ulike verdier og handle i henhold til ulike logikker (Grossi et al., 2020; Llewellyn, 2021), og i slike situasjoner kan det oppstå en mangel på transparent kommunikasjon mellom aktørene (Loytard, 1984, referert i Llewellyn,

2001). Ettersom sender og mottaker har ulike rammer for meningsskapning, kan det være vanskelig å forstå hverandres budskap. Llewellyn (2001) beskriver det slik:

Klinikere og ledeses sammensetning av kliniske og ledelsesmessige domener er forskjellig. Dette innebærer at både klinikere og ledere bor i det samme miljøet - sykehuset - men at det samme miljøet presenterer ulike agendaer for hver gruppe. Innenfor disse ulike erfaringsbakgrunnene er budskapet fra ledere til klinikere kodet fra settet av ideer som tilhører ledelsen, men dekodet i henhold til teoriene i bruk av klinikere. En slik situasjon gir ikke transparent kommunikasjon. (Llewellyn, 2001, s. 616, vår oversettelse).

For å kunne etablere et samarbeid mellom aktørene på tvers av logikker må beskjeder «dekodes» av en mottaker som de gir mening for (Lemert, 1994, s. 596 sitert i Llewellyn, 2001). Eksempelvis fremkom det i en engelsk studie fra 2001 at medisinske ledere som kun tok utgangspunkt i sin kliniske kunnskap ville hindre kommunikasjonen mellom den kliniske og administrative logikken i sykehus (Llewellyn, 2001), og det er funnet at en slik mangel på transparent kommunikasjon bidrar negativt på effektiviteten i medisinske organisasjoner (Young & Saltman 1985; Abernethy & Stoelwinder, 1990, referert i Llewellyn, 2001). Samarbeid mellom klinikere og ledere har blitt identifisert som en avgjørende aktivitet i helseorganisasjoner etter fremveksten av fokus på regnskapstall (Shortell et al. 1990; Pettigrew et al., 1992, referert i Llewellyn, 2001). Samtidig viser Llewellyn til en antakelse om at klinikere vil respondere bedre på forslag som kommer fra en klinisk leder, fremfor en leder uten klinisk bakgrunn (Llewellyn, 2001).

3.2.1 Hybride aktører og hybridiserende praksiser

Flere argumenterer for at ledelsesreformene (NPM) førte til at den profesjonelle kulturen ved sykehusene ble underlagt en ledelseslogikk. Tidligere forskning rettet seg mye mot dette, men senere har man gradvis beveget seg over til å se hvordan aktører klarer å sammenstille og blande de ulike verdiene, logikkene og praksisene som befinner seg i de to verdenene. I sin studie definerer Begkos og Antonopoulou (2022) hybriditet som noe organisasjoner eller individer *har*, og hybridisering som noe individer *gjør* i deres daglige aktiviteter. Kliniske ledere arbeider ved siden av sine kliniske kollegaer, men de har også et ansvar som ledere overfor dem. De kommuniserer både med kollegaer på klinisk nivå og ledelsespersonell, og de

får rollen som hybride gjennom deres kliniske, økonomiske og ledelsesmessige kunnskap (Begkos & Antonopoulou, 2022). Artikkelen til Nyland og Pettersen (2004) omtaler kliniske ledere som “formidlende personer”, som i praksis jobber med logikker fra både den kliniske og økonomiske verdenen, med en oppgave å forene disse kulturene (Nyland & Pettersen, 2004). Slike mellomledere har vist seg å ha en krevende oppgave ettersom de befinner seg på grensen mellom de to kulturene på sykehuset (Nyland & Pettersen, 2004), og dermed må forsøke å balansere og samle de to logikkene (Llewelyn, 2001).

Nyland og Pettersen (2004) uttaler at kliniske ledere, i tillegg til å evalueres etter klinisk prestasjon, ofte blir evaluert etter deres evne til å nå budsjettmålene. På det norske sykehuset som ble studert (2004), observerte de at toppledelsen og klinisk personale hadde to ulike oppfatninger av virkeligheten. Først og fremst mente toppledelsen at det økonomiske tankesettet til klinikerne på avdelingene var viktigere enn det mellomlederne mente. Videre opplevde mellomlederne at de ikke hadde noe særlig tilhørighet til budsjett, og at forpliktelsen knyttet til den kliniske praksisen var langt sterkere (Nyland & Pettersen, 2004). Studien til Begkos og Antonopoulou (2022) teoretiserer at medisinske ledere står overfor en tvetydighet, ettersom det er vanskelig å gi entydige tolkninger og forståelser av de ulike formålene med deres hybride identitet. Med "tvetydig" referer forfatterne til uklare og motstridende forståelser av organisatoriske mål, og at medisinske ledere som opererer på grensen dermed står ovenfor flertydige krav og forventninger knyttet til deres rolle (Begkos & Antonopoulou, 2022). I helsevesenet viser studier at regnskap kan mediere konflikter og legge til rette for en felles forståelse mellom klinikere og toppledelsen, selv når målene om lønnsomhet og opprettholdelse av kvaliteten på behandlingene virker motstridende (Begkos et al., 2019, 2020, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022).

Begkos og Antonopoulou (2022) har studert hvordan noen medisinske ledere benytter deres hybride rolle for å tettere koble den kliniske og administrative logikken i sykehus. Gjennom en hybridiserende praksis kan medisinske ledere fremme et engasjement for regnskap og prestasjonsmåling ved å forsone de to fagene. Ved å tolke og viderefremme økonomiske og kliniske mål, kan de fremme synergiene mellom dem, og på den måten kan de bidra til å redusere friksjon og negativt stigma rundt økonomenes fokus på kostnadseffektivisering (Begkos & Antonopoulou, 2022). Studien til Sartirana (2019) viser hvordan hybrider kan innarbeide organisatoriske prinsipper som andre klinikere ikke oppfatter som “fremmede” knyttet til deres praksis, men som profesjonelle og nyttige. En norsk studie viser blant annet at

mellomlederne tilpasser kommunikasjonen ettersom hvem de snakker med, ved å blant annet filtrere informasjon, endre vokabular og tilpasse identiteten sin (Nyland & Pettersen 2004). Kliniske ledere kan dermed fungere som en slags bro mellom administrasjonen og det kliniske personalet gjennom måten de hybridiserer de ulike profesjonene som omgir dem, samt knytter pasientopplevelse og behandling opp mot de økonomiske følgene (Begkos og Antonopoulou, 2022).

Llewellyn (2001) introduserte begrepet "to-veis vindu" for å referere til og forstå kliniske ledere som jobber med ideer fra både det økonomiske og medisinske faget. Llewellyn beskriver at en aktør med en to-veis rolle opparbeider seg kunnskap fra begge logikkene, og har muligheten til å tolke og videreformidle denne informasjonen, og dermed kan bidra med å skape en transparent kommunikasjon mellom sender og mottaker. De kliniske lederne får tilgang til ideene som tilhører ledelseslogikken, og står derfor ansvarlig for å styre de nye forståelsene som oppstår når denne logikken integreres med det medisinskfaglige. Llewellyn uttaler at settet med ideer fra ledelsen blir "kanalisert" gjennom de kliniske lederne og nedover til de andre klinikerne. Kliniske ledere opptrer som "to-veis vinduer" i den grad de evner å overføre og virkeliggjøre verdier og ideer tilhørende både klinikere og ledere (Llewellyn, 2001). På den andre siden har ikke ledere og økonomiarbeidere tilsvarende tilgang til ideene fra klinisk praksis. En slik situasjon øker maktgrunnet til de kliniske lederne, ettersom de kan inkludere lederoppgaver i sin praksis, mens ledere uten klinisk bakgrunn derimot ikke har mulighet til å utføre kliniske oppgaver (Thorne, 1997, referert i Llewellyn, 2001).

Den hybride rollen til klinikere vokste frem da de fikk makten til å delta i beslutninger om ressursallokering, og styre deres enheter (Llewellyn, 2001). Denne rollen økte klinikernes ansvarlighet for ressursforbruk, samt endret profesjonelle identiteter (Eve & Hodkin, 1997; Broadbent et al., 1997, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Hybridisering handler ikke om å gjøre klinikere om til regnskapsførere, men at klinikere ledere supplerer sine tradisjonelle ferdigheter med nye teknikker som øker deres kunnskap (Kurunmaki, 2004). Forskere fra flere vestlige land skiller ofte mellom «villige», og «motvillige» eller tilfeldige hybrider (Sartirana, 2019). «Villige» hybrider er entusiastiske i tilnærmingen til lederrollen, og de er villige til å omdefinere sin profesjonelle identitet og utfordre de tradisjonelle praksisene. De føler seg trygge i posisjonen sin, og ser på det som en mulighet til å initiere endringer og bidra til strategi og retning for sykehuset. I motsetning er «motvillige» og tilfeldige hybrider mer reaktive og

passive. De ser på ledelse som noe de *må* gjøre, og foretrekker å ikke delta i strategiutvikling og komplekse beslutninger (McGivern et al., 2015, referert i Sartirana, 2019).

Begkos og Antonopoulou (2022) har særlig sett på hvordan medisinske ledere tar i bruk balanserende (oversatt fra: equivocalizing) og avstigmatiserende aktiviteter i sin hybridiserende rolle for å lette klinikernes engasjement med regnskap og fremme bruk av regnskapsinformasjon i klinisk praksis. Balanserende aktiviteter ble brukt når man ønsket å nå ut til klinikerne som var nølende, men villige til å tilegne seg økonomisk og ledelsesmessig kunnskap. Slike aktiviteter brukes på klinikere som i utgangspunktet er nølende grunnet manglende økonomisk forståelse og kunnskap, men som uttrykker engasjement når regnskapsinformasjon først blir presentert. Aktivitetene innebærer dermed å forklare, og oppmuntre til diskusjon rundt de økonomiske følgene av klinikernes aktiviteter og beslutningstaking i praksis. Avstigmatiserende aktiviteter argumenteres for å være hensiktsmessig i møte med klinikere som er sterke motstandere av regnskapsinformasjon og prestasjonsmåling. Slike praksiser tar sikte på å redusere den negative stigmatiseringen knyttet til klinisk engasjement med regnskap, slik som frykt for de-profesjonalisering (Jones & Dewing, 1997; Kitchener, 2000, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Hybride ledere kan bidra til avstigmatisering ved å knytte regnskapsmessige forståelser opp mot klinisk identitet, eksempelvis gjennom å vise fordelene som regnskap kan ha i forsøk på å forbedre kliniske resultater og å skape bedre pasientbehandling (Begkos & Antonopoulou, 2022). Med andre ord forsøker de å forene forståelser med hensyn til ulike mål, prioriteringer og motivasjoner.

Kunnskap og forståelse av regnskap blant klinikere muliggjør en forsoning av kliniske og ledelsesmessige logikker (Kurunmaki 1999, 2004, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Hybridisering av aktører er imidlertid tydeligere når regnskapsinformasjon direkte kan knyttes til kliniske resultater og mulige forbedringer av klinisk praksis (Begkos & Antonopoulou, 2022).

3.2.2 Grensesubjekter og grenseobjekter

Laine et al., (2016) utdyper at organisasjoner kan sees på som systemer med flere barrierer eller grenser som legger føringer for interaksjoner på tvers av aktører med ulike faglige og sosiale bakgrunner. Med dette sikter forfatterne til grenser mellom aktører eller aktørgrupper, eksempelvis mellom interne team eller funksjoner tilknyttet organisasjonen. For å håndtere disse grensene er det nødvendig å få til et samarbeid mellom aktørene på tvers av dem.

Grensesubjekter er enkeltpersoner som befinner seg ved grensene mellom ulike enheter innad i en organisasjon (Laine et al., 2016). Grensesubjekter spiller en sentral rolle i å etablere et felles språk blant aktørene, redusere eksisterende barrierer, og bringe aktører ved grensene nærmere hverandre. Grensesubjekter kan betraktes som interne meglere i den grad de evner å kommunisere med ulike aktører å skape en felles forståelse på tvers av grensene (Huzzard et al., 2010, referert i Laine et al., 2016). Grenseobjekter er verktøy som aktører i organisasjoner utnytter til informasjonsdeling og for å skape et samarbeid (Laine et al., 2016). Målet med disse verktøyene er å gi klarhet i hva som påvirker forretningsresultatene, og fungere som plattformer for kommunikasjon og forståelse av aktørers perspektiver. Regnskapsinformasjon kan eksempelvis klassifiseres som et grenseobjekt.

I en casestudie fra 2015 utforsker Laine et al. (2016) hvordan grensesubjekter og -objekter supplerer hverandre ved oversettelse av regnskapsinformasjon på tvers av aktørgrupper og grenser. Casestudien viser hvordan grensesubjekter kan etablere relasjoner med aktører, bryte ned barrierer og legge til rette for effektivt samarbeid og kommunikasjon innad i organisasjonen. Forskerne argumenterer videre for at dette kan skje gjennom definering og etablering av grenseobjekt. I tillegg til å analysere og vurdere økonomiske fakta, kan regnskapsfakta som et grenseobjekt hjelpe aktører med å forstå og kommunisere ulike verdier og mål knyttet til økonomiske muligheter. Ved å synliggjøre slike økonomiske muligheter for aktørene kan man fremme et samspill på tvers av grensene.

Laine et al. (2016) argumenterer for at utviklingen av regnskapsfakta ikke utelukkende er en «topp-ned-prosess», men heller en dialog mellom ulike aktører. Valg og utdypning av regnskapsfakta er tydelig påvirket av individuelle aktørers synspunkter, som igjen formes av deres verdier og verdivurderinger (Nørreklit et al., 2010, referert i Laine et al., 2016). Systematisk bruk av grensesubjekter- og objekter kan samle aktørenes perspektiver og bidra til forståelse (Laine et al., 2016). Slik forståelse vil videre kunne støtte utviklingen av nye regnskapsfakta, forbedre bruk av regnskapsdata i praksis, og samtidig fremme god kommunikasjon mellom aktørene.

3.2.3 Hybride aktører og grensesubjekter

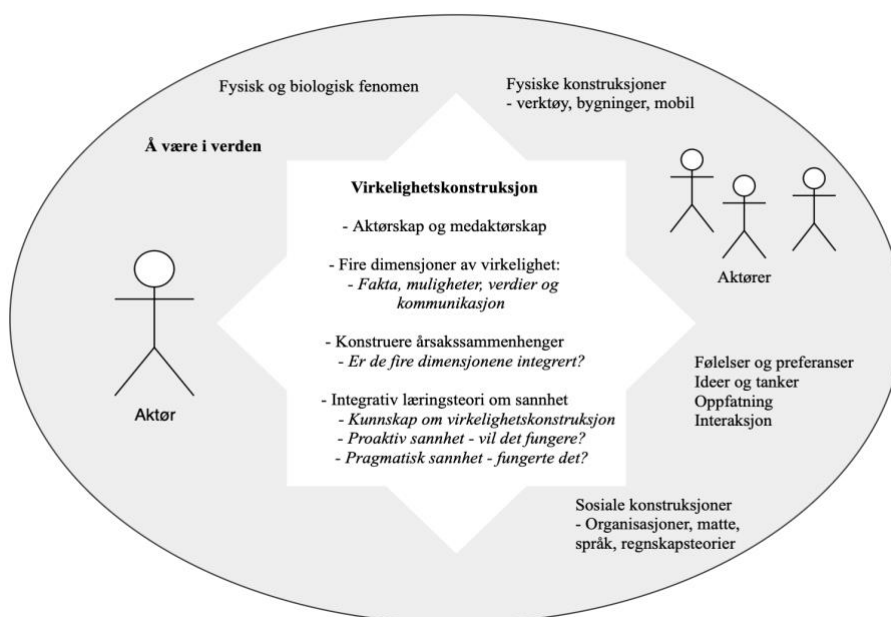
Med utgangspunkt i ovennevnte teori kan man slå fast at hybride aktører og grensesubjekter begge opptrer på tvers av faglige eller organisatoriske grenser. Grensesubjekter er individer som opererer på grensene, og dermed samarbeider mellom ulike faglige eller organisatoriske grupper (Laine et al., 2016). Dette gir dem evnen til å forstå, og kommunisere på tvers av de ulike områdene, og videre oversette krav og konsepter mellom gruppene. Hybride aktører er de som besitter en kombinasjon av kunnskap eller egenskaper fra ulike faglige fagområder, og ved hybridiserende praksiser evner de å integrere elementer fra flere logikker (Begkos og Antonopoulou, 2022). Medisinskfaglige mellomledere anses først og fremst som grensesubjekt, ettersom de opererer mellom klinikerne og ledelsen (Laine et al., 2016). Videre anses de også som hybride, da de kombinerer oppgaver og kunnskap fra de to gruppene (Byrkjeflo & Jespersen, 2014).

Ifølge Llewellyn (2001) er klinisk kunnskap nødvendig for å ta beslutninger i klinisk praksis, og ledelsen kan dermed ikke komme unna autoriteten til klinikerne. Llewellyn argumenterer videre for at ledere på sykehus, uten klinisk bakgrunn, kun har en en-veis rolle, ettersom de ikke kan utføre kliniske oppgaver, og ikke har god nok kunnskap eller innsikt i dem. Dermed kan man argumentere for at ledere og økonomimedarbeidere i mindre grad er hybride, men kun rene grensesubjekt. For å kommunisere med klinikerne kan ledere uten medisinskfaglig bakgrunn ta i bruk budsjett og regnskapsfakta som et grenseobjekt (Laine et al., 2016). Llewellyn (2001) presiserer at den medisinskfaglige kunnskapen til kliniske ledere vil kunne være avgjørende i utforming av budsjett, og ved bestemmelsen av hva som er sannsynlige utfall. Ved at ideer fra klinikere og ledelsen implementeres i budsjettet, vil budsjettet kunne fremstå som et to-veis vindu (Llewellyn, 2001), og gjennom en slik prosess vil også budsjettet hybridiseres (Grossi et al., 2020).

4 Konseptuelt rammeverk

Det teoretiske rammeverket fra forrige kapittel legger til grunn et aktørperspektiv, og belyser hvordan enkeltaktørers adferd og handlinger kan bidra til å binde sammen de to ulike kulturene i helseforetaket. Sentralt i denne diskusjonen er utfordringene knyttet til det å tilby styringsinformasjon som er forståelig og relevant for klinikerne, og slike utfordringer krever god kommunikasjon mellom aktørene fra begge kulturene. Kommunikasjonen kan dessuten bidra til at aktørene etablerer en felles virkelighetsforståelse, som videre danner grunnlag for samhandling. For at vi som forskere skal forstå samspillet mellom aktørene vi studerer, tar vi utgangspunkt i pragmatisk konstruktivisme som et rammeverk.

Pragmatisk konstruktivisme fungerer som et rammeverk for å studere, forstå og teoretisere organisatorisk praksis som er konstruert gjennom aktørers aktiviteter (Nørreklit, 2017). Organisatorisk praksis er et resultat av handlinger, konstruksjoner og integrasjonen av aktører i organisasjonen. Rammeverket beskriver virkeligheten som et velfungerende forhold mellom aktørene og verden. Ved å fokusere på konstruksjonen av et vellykket aktør-verden-forhold, presenterer pragmatisk konstruktivisme noen konseptuelle grunnprinsipper for å forstå og undersøke hvordan aktørene konstruerer virkeligheten. Disse prinsippene er følgende: praksis konstruert gjennom aktørskap og medforfatterskap (4.1), integrasjon av fire dimensjoner i en virkelighetskonstruksjon (4.2), samt en læringsteori om sannhet som inkluderer proaktiv og pragmatisk sannhet (4.3), se figuren under.



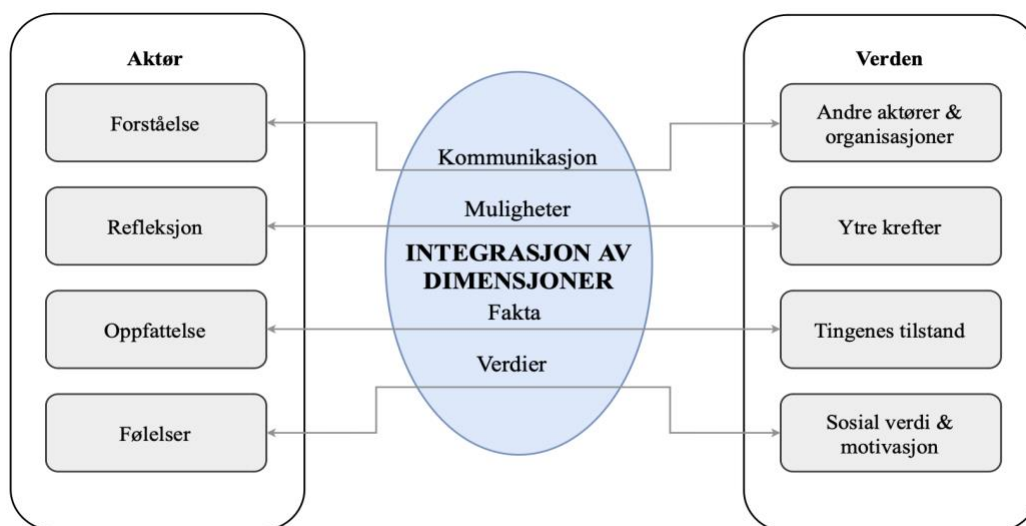
Figur 4.1 - Kjernekonsepter av pragmatisk konstruktivisme (Nørreklit, 2017, vår oversettelse)

4.1 Pragmatisk konstruktivisme forutsetter en reflekterende aktør

Organisasjoner blir ifølge Nørreklit (2017) konstruert gjennom det komplekse nettverket av interaksjoner og handlinger som aktører utfører. En aktør er en person som skaper og kontrollerer aktiviteter i samspill med omgivelsene gjennom sine egne intensjoner og refleksjoner (Arbnor & Bjerke, 1997, referert i Nørreklit, 2017). Med en intensjon om å delta i utformingen av den verdenen vi lever i, engasjerer aktørene seg i ulike aktiviteter.

Ettersom aktører handler i den menneskelige livsverdenen, innebærer dette ofte et behov for å samhandle med andre aktører for å oppnå ulike mål (Nørreklit, 2017). Hver aktør konstruerer sin egen virkelighet, og dersom to eller flere aktører samarbeider, må tillit og en felles forståelse av verden utvikles til en felles virkelighetskonstruksjon. Denne fusjonerte konstruksjonen blir rammeverket for aktørenes samhandling og “medforfatterskap”. Medforfatterskap er en sosial prosess som kan innebære subjektivering, eksternalisering og objektivering. Subjektivering handler om at aktørene aktivt reflekterer over og analyserer de andre deltakende aktørene. Eksternalisering innebærer at aktørene deler og uttrykker sine ideer, tanker og perspektiver med hverandre gjennom en åpen og gjensidig dialog, der målet er å oppnå en felles forståelse og en akseptabel løsning. Objektivering handler om å gjøre noe klart og tydelig i uttrykk for at aktørene kan ta en beslutning om hvordan den nye konstruksjonen skal defineres.

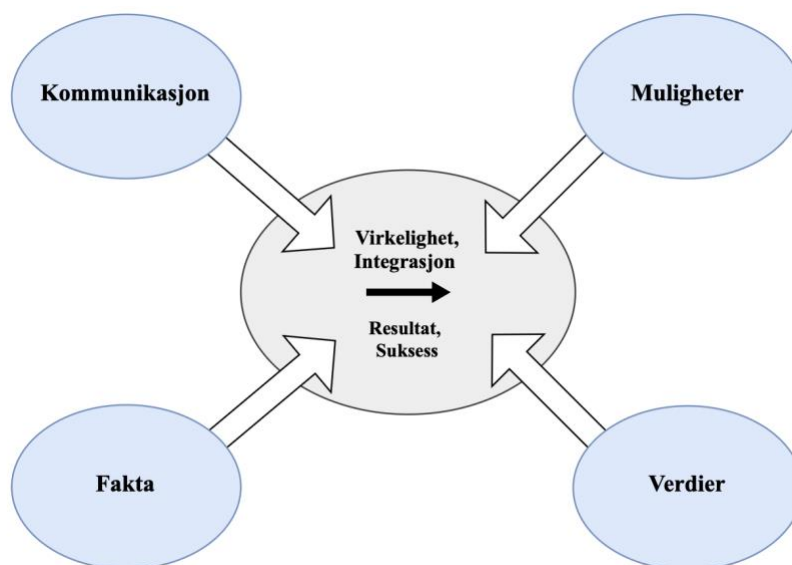
Aktørene skaper sin relasjon til verden gjennom virkelighetskonstruksjon (se f.eks. Jakobsen et al., 2019; Nørreklit, 2017). Konseptualiseringen av relasjonen mellom aktørene og verden kalles deres *topoi* (Nørreklit, 2017c, referert i Jakobsen et al., 2019). Topoi representerer de ledende ideene og tankene som veileder aktørene når de konstruerer sin forståelse av virkeligheten. Topoi er retningsgivende når aktørene navigerer i sine omgivelser og samhandler med andre aktører. Et forenklet eksempel er at aktørene på et sykehus kan ha noen overordnede ideer om hva “pasientomsorg” betyr, og reflekterende aktører vil dermed bruke dette topoi som retningslinjer for å reflektere over sin virkelighetskonstruksjon og integrasjon. Relasjonen mellom aktøren og verden kan illustreres i Figur 4.2.



Figur 4.2 - Aktør-verden-relasjoner (Nørreklit, 2017, vår oversettelse)

4.2 De fire dimensjonene av integrasjon

For at konstruksjonen av aktør-verden-relasjonen skal være vellykket, må fire dimensjoner av virkeligheten integreres: forankring i *fakta*, analytisk refleksjon av *muligheter*, å hensynta aktørens *verdier*, og at *kommunikasjonen* er tilstrekkelig (Jakobsen et al., 2019; Nørreklit, 2011). Dersom disse dimensjonene ikke integreres, impliserer teorien at aktørene oppnår en mislykket konstruksjon av virkeligheten.



Figur 4.3 - Integrasjon av de fire dimensjonene av virkeligheten (Nørreklit, 2011, vår oversettelse)

Fakta, muligheter, verdier og kommunikasjon

Når vi referer til noe som et faktum, tillegger vi det en spesiell status som forteller andre at faktumet er pålitelig, og noe de kan stole på (Nørreklit, 2017). *Fakta* er svært ettertraktet som et grunnlag for praksis. I et sykehus kan eksempelvis regnskapsdata, statistikk over pasientbehandling og ventelister kategoriseres som fakta. Fakta kan være ethvert fenomen, og “faktum” er ikke nødvendigvis en spesifikk ontologisk kategori. Beviset for fakta må være observerbart, testbart og leselig. Dersom en ikke har et faktisk grunnlag er arbeidet basert på fiksjon (Nørreklit, 2011). Utover det å skille mellom fakta og fiksjon, må man skille mellom det som er mulig, og ikke mulig. Det må finnes et utvalg av faktiske *muligheter*, hvilket innebærer at mulighetene må integreres i faktagrunnlaget slik at de kan realiseres gjennom tilgjengelige aktiviteter. Eksempelvis må mulighetene til medisinske mellomlederne reflekteres gjennom regnskapsdata slik at de kan realiseres i pasientbehandlingen.

Videre må mulighetene representere *verdier* som er viktige for aktørene, og som motiverer vedkommende til å velge en mulighet fremfor en annen (Nørreklit, 2011). Når verdier integreres med muligheter og fakta, vil aktørene handle og verdiene kunne realiseres. Eksempelvis vil en mellomleder bruke ventelistedata til å iverksette tiltak for å redusere ventelistene, dersom han har tilgang på slik ventelistedata (fakta), har tilstrekkelige ressurser i sitt budsjett (muligheter) og dersom han har verdier som tilsier at han ønsker at flest mulig skal få pasientbehandling innen rimelig tid.

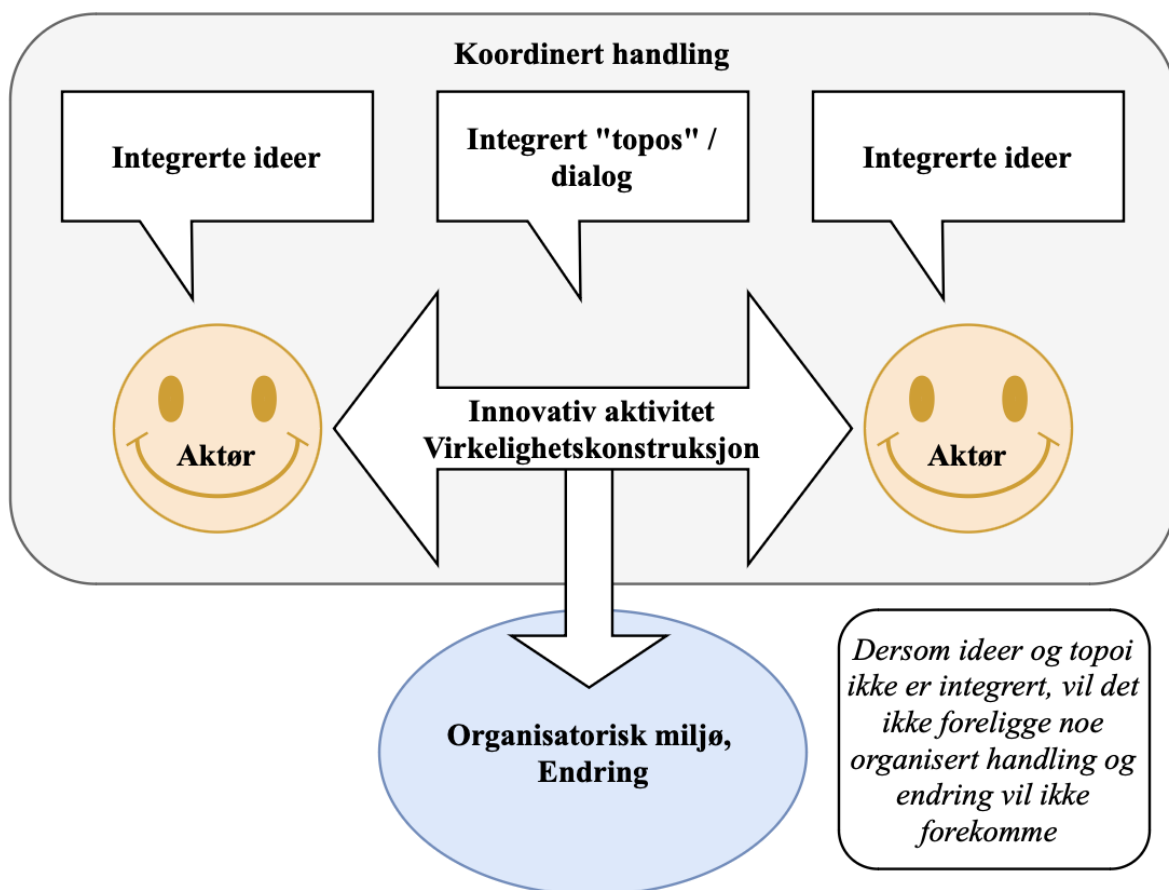
Den siste dimensjonen, *kommunikasjon*, er avgjørende for samhandling og organisert arbeid mellom aktører (Nørreklit, 2011). Dersom kommunikasjonen fra ledelsen integrerer faktagrunnlaget, mulighetene og verdiene, vil organisasjonens aktører samhandle og skape handling. Kommunikasjonen former organisasjonens kollektive meningsrom gjennom aktørenes topoi, eksempelvis vil kommunikasjonen mellom klinikere, mellomledere og kontrollere forme sykehusets kultur. I et godt organisatorisk meningsrom vil relasjoner bli kreative, dynamiske og effektive på en naturlig måte ettersom det gir aktørene energi. For styringen av en organisasjon, er det derfor sentralt å etablere en kollektiv meningsplattform. Dette kan sykehusets aktører sikre gjennom hyppig møtevirksomhet og spontane interaksjoner.

Tabellen under illustrerer Nørreklit (2011) sin eksemplifisering av hvordan de fire dimensjonene av virkeligheten kan opptre i medisinsk faglig praksis:

Fakta	En lege må ha konkret kunnskap om pasientens symptomer for å kunne være i stand til å behandle pasienten. For sykehusets ledelse, innebærer dette å sikre nødvendig med tid og ressurser slik at legen kan stille en diagnose.
Muligheter	Ledelsen må legge til rette for at det finnes muligheter for de ansatte til enhver tid. For klinikerne vil dette innebære at de er kjent med hvilke muligheter de har til å behandle pasientene, og at de er i stand til å utføre behandlingen med god kvalitet. For sykehusets ledelse innebærer dette at man må legge til rette for at klinikerne har den praktiske kunnskapen og de nødvendige ressursene, fasilitetene og tiden til å gjennomføre behandlingene med god kvalitet. Dersom ledelsen legger press på klinikerne ved å ikke gi tilstrekkelig med nødvendige ressurser, fasiliteter og tid, vil dette resultere i dårlig behandling. Det er helt avgjørende at samspillet mellom lederne og klinikerne fungerer på en måte som forbedrer de mulighetene som er tilgjengelige slik at helsetilbudet blir best mulig.
Verdier	Klinikerne bør motiveres av å gjennomføre pasientbehandlinger av best mulig kvalitet, og ikke kun med den hensikt å oppnå prestisje, provisjon eller forfremmelser. For ledelsen er det derfor viktig å være oppmerksom på at anerkjennelsen av klinikerne er avhengig av kvaliteten på arbeidet deres, og ikke kun av finansielle tall. Dersom det blir for mye fokus på kostnader og annen styringsinformasjon kan det føre til at klinikerne prøver å unngå å behandle kompliserte, tid- og kostnadskrevenende pasienter.
Kommunikasjon	Kvaliteten på kommunikasjonen er avgjørende i organisasjoner med høy arbeidsdeling, slik som i helsesektoren. God pasientbehandling avhenger av kvalitet i kommunikasjonen på alle nivåer, eksempelvis kan feil i kommunikasjonen mellom klinikerne medføre feil i behandlingen. For sykehusets ledelse er det derfor avgjørende å bygge en organisasjonskultur basert på tydelige og pålitelige kommunikasjonskanaler, samt eliminere kaotiske prosesser slik at organisasjonen kan håndtere utfordrende og komplekse situasjoner.

Nødvendigheten av integrasjon

Dersom en aktør skal oppnå suksess med sine aktiviteter, må vedkommende kombinere fakta, muligheter og verdier i en integrert struktur, og dersom aktører skal samhandle, må kommunikasjonen benyttes for å koordinere disse fire dimensjonene (Nørreklit, 2011). Det er i denne helhetlige tilstanden at integrasjon er en nødvendig betingelse for at aktiviteter skal gjennomføres og lykkes, se Figur 4.4. Gjennom integrering av aktørenes ideer og topoi, vil man oppnå organisert handling, innovativ aktivitet og endring. Nørreklit hevder videre at integrasjon er årsaken til at aktiviteter lykkes, mens desintegrasjon er årsaken til mislykkede aktiviteter. Ledelsen bruker dermed integrert kommunikasjon som et verktøy for å danne en aktørbasert ledelse.



Figur 4.4 - Virkelighetskonstruksjon som integrasjon (Nørreklit, 2011, vår oversettelse)

4.3 En læringsteori om sannhet: proaktiv og pragmatisk sannhet

Læringsteorien om sannhet tilsier at observerte avstander mellom proaktiv og pragmatisk sannhet gir aktørene en mulighet for læring, og potensiell forbedring av deres praksis (Nørreklit, 2017a; Nørreklit et al., 2012, referert i Jakobsen et al., 2019). Proaktiv sannhet er en form for sannhet for å ta beslutninger og handle på forhånd, ettersom det vil være urealistisk å vente på etterprøving av alle studier og uttalelser før en foretar handlinger. I et sykehus kan budsjettet være en form for proaktiv sannhet. Budsjettet innebærer en forventning om ressursbruk og produksjon, og det er et verktøy for å sette mål og forutsi resultatene. Proaktiv sannhet er dermed en forestilling av sannheten basert på nåværende forståelse av de fire dimensjonene, og blir dermed en konklusjon om sannheten basert på en vurderingsprosess av hvorvidt ulike handlinger er mulige, og i samsvar med aktørens verdier. Når aktørene evaluerer budsjettet i etterkant, og identifiserer avvik mellom planlagte og faktiske resultater, beveger man seg nærmere en pragmatisk sannhet. Dersom forventede resultater faktisk realiseres gjennom handling, kalles uttalelsen for pragmatisk sann. Gjennom en kontinuerlig forbedringsprosess av proaktiv sannhet vil man forsøke å minske avstanden mellom pragmatisk sannhet og proaktiv sannhet. I et sykehus kan dette foregå ved at aktørene stadig konstruerer budsjettene i overensstemmelse med faktuelle muligheter.

Faktiske muligheter og subjektive verdier motiverer aktører til å konstruere nye virkeligheter, samt rettferdiggjøre disse overfor andre aktører, slik at man kan etablere en konstruktiv årsakssammenheng som kan gjøre dem sanne (Nørreklit, 2017). Ved å vektlegge de fire dimensjonene av integrasjon, samt den integrerte læringsteorien om sannhet, skiller pragmatisk konstruktivisme seg fra mange andre rammeverk, som vanligvis involverer reduksjon av dimensjoner.

5 Forskningsmetode

Som nevnt innledningsvis, ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

Hvordan kan medisinskfaglige mellomledere og kontrollere samhandle for å gjøre styringsinformasjon relevant for medisinskfaglig praksis?

Hensikten med kapittelet er å presentere og begrunne de metodiske valgene som masterutredningen bygger på (Johannessen et al., 2016). Vi vil først presentere vår aktørbaserte forskningsmetode, og deretter vil vi gå dypere inn på hvordan vi har opparbeidet oss kunnskap gjennom de tre fasene: forforståelse, forståelse og etterforståelse. Deretter vil vi redegjøre for begrensninger ved den aktørbaserte metoden, inkludert studiens validitet, logiske utvikling, pålitelighet og generalisering. Avslutningsvis vil vi beskrive hvordan vi har hensyntatt oppgavens etiske perspektiver.

5.1 Den aktørbaserte metoden

Selve arbeidet med det konseptuelle rammeverket presentert i forrige kapittel er praksis- og aktørorientert, og forutsetter den aktørbaserte metoden. Metoden kan bidra til å forstå aktørens beslutninger, handlinger og interaksjoner i ulike sosiale og organisatoriske sammenhenger (Nielsen et al., 2015). Den fokuserer på kompleksiteten i menneskelig beslutningstaking og atferd ved å studere aktørens handlinger og perspektiver. Metoden kan hjelpe oss med å svare på problemstillingen vår ved å øke vår forståelse for tankeprosessen og adferden til mellomledere og kontrollere på et norsk sykehus.

Et pragmatisk konstruktivistisk perspektiv på virkeligheten er et aktørbasert paradigme, og innebærer at fakta, muligheter, verdier og kommunikasjon må integreres for at aktøren skal være i stand til å konstruere et vellykket aktør-verden-forhold (Nørreklit, 2011; Jakobsen et al., 2019). I likhet med pragmatisk konstruktivisme, vurderer den aktørbaserte metoden kommunikasjon som grunnleggende. Vi som forskere kan kun oppfatte fakta, reflektere over muligheter og vurdere ulike aktørers verdier gjennom samhandling og kommunikasjon. Ved å bruke den aktørbaserte forskningsmetoden, vil vi sikre detaljerte beskrivelser av aktørens tanker og refleksjoner om bruken av økonomisk styringsinformasjon i medisinskfaglig praksis. Hensikten bak den aktørbaserte metoden er dermed ikke å teste en hypotese eller ulike

årsakssammenhenger, men i stedet forsøke å forstå hvilke tankeprosesser og type engasjement som styrer aktørenes tanker og beslutningsatferd (Nørreklit, 1986; Arbnor & Bjerke, 1997, referert i Nielsen et al., 2015).

Valg av forskningsdesign

Formålet ved denne studien er å gå i dybden på hvordan formidling av styringsinformasjon og samhandling mellom klinikere og økonomer foregår i praksis, hvilket er et komplekst og ustrukturert tema. Samtidig vet man lite om fenomenet som studeres fra før av, og vi ønsker å videreutvikle problemstillingen vår og undersøke den underveis i forskningsprosessen. Disse momentene tilsier derfor at det kan være hensiktsmessig å benytte et eksplorativt design.

Ettersom vi har valgt en kompleks problemstilling, og at verken den eller fenomenet er godt etablert i teorien, vil en induktiv tilnærming være gunstig. Ved en slik tilnærming forsøker man å forstå meningen som klinikerne og økonomene knytter til handlinger, konsekvenser og utfall i medisinskfaglig praksis, og lage teorier ut fra dette (Saunders et al., 2019).

Som følge av at vi har valgt et eksplorerende design og en induktiv tilnærming, ble det videre naturlig å gå for en kvalitativ metode. Metoden brukes for å utvikle ny kunnskap basert på noen få respondenters oppfatning av virkeligheten (Adams, Raeside & Khan, 2014), hvilket sammenfaller med vårt formål om å utforske virkelighetsoppfatningen rundt styringsinformasjon hos et fåtall aktører i sykehuset. For å skape beskrivende skildringer rundt enkelte aktørers tanker rundt styringsinformasjon i medisinskfaglig praksis, er det derfor avgjørende å være tett på fenomenet.

En annen karakteristika ved kvalitativ metode er at man tar i bruk ikke-numeriske data som tekst, ord og kategorier, og gir disse mening, fremfor kvantitativ tilnærming som tar i bruk numeriske data som tall og statistikk (Saunders et al., 2019). I stedet for å formulere hypoteser, benytter vi oss av en holistisk tilnærming der vi forsøkte å være åpen for alt i virkeligheten under datainnsamlingen vår.

Videre har vi valgt å utføre en casestudie. I følge Yin (2009), er en casestudie definert som; *“en empirisk undersøkelse som gransker et samtidsfenomen grundig og innenfor dens virkelige livskontekst ”* (s. 18, vår oversettelse). I vår casestudie opparbeider vi oss detaljert og omfattende dybdekunnskap av en spesifikk kirurgisk klinikk i et norsk helseforetak. Ved å undersøke samspillet mellom mellomlederne og controller i den medisinskfaglige konteksten,

kan vi generere en forståelse av noe komplekst. Som forskere har vi relativt frie tøyler, da det ikke eksisterer noen fasit for hvordan caset skal gjennomføres (Johannessen et al., 2016). Dette legger til rette for at vi kan endre og tilpasse forskningen vår etter hvert som vi tilegner oss kunnskap underveis.

Tre iterative faser: Forforståelse, forståelse og etterforståelse

På samme måte som pragmatisk konstruktivisme, forutsetter den aktørbaserte metoden at aktører veksler mellom refleksjon og kommunikativ interaksjon. Arbnor og Bjerke (1997, referert i Nielsen et al., 2015) utdyper at denne vekslingsprosessen består av tre iterative faser; forforståelse, forståelse og etterforståelse. Disse fasene har vi som forskere fulgt når kunnskapen vår har blitt konstruert. Først har vi opparbeidet oss en forforståelse av ulike styringsproblemer i helseforetak gjennom en bred litteraturgjennomgang. Deretter har vi gjennom datainnsamlingen gjennomgått en dynamisk og reflekterende prosess for å forstå problemet, aktørens perspektiver og måter å samhandle på. Til slutt har vi avsluttet forskningsprosessen med utvikling og konseptualisering av ulike styringsproblemer i helseforetaket som utgjør etterforståelsen vår (Jakobsen et al., 2019; Nielsen et al., 2015). Strukturen på prosjektet vårt vil bli forklart under.

5.1.1 Forforståelse: Bakgrunnstudier og case-utvelgelse

Innledningsvis var fokuset vårt knyttet opp til hvordan styringsinformasjon anvendes i medisinsk faglig praksis, og forberedelsesfasen innebar dermed en gjennomgang av litteraturen som omhandlet økonomistyring i helsesektoren. Her fokuserte vi særlig på hvordan informasjonen ble anvendt nedover på mellomledernivå (se f.eks: Nyland & Olsen, 2017; Nyland & Pettersen, 2004). Debatten rundt effektivisering og bruk av finansielle tall i helsesektoren ble også studert i ulike tidsskrifter og artikler. Bakgrunnstudiene viste blant annet til at mellomlederne manglet kunnskap om styringsinformasjon, samt tid og interesse for å engasjere seg (se f.eks. Begkos & Antonopolou, 2022). Etter et bredt litteratursøk, ble vi heftet på et sykehus som var interessert i å bidra med videre forskning. Her gjennomførte vi semistrukturerte bakgrunnsintervjuer med nøkkelpersoner i sykehuset for å forbedre vår forforståelse rundt bruken av styringsinformasjon i praksis. Disse innledende intervjuene er ikke inkludert i analysen som presenteres i oppgaven vår, men ble kun brukt for å forme vår problemstilling og deretter vår intervjuguide.

Videre måtte vi avgjøre hvilken klinikk og avdeling som vi ønsket å sikte oss nærmere inn på. Av flere grunner falt valget på en av avdelingene under kirurgisk klinikk. Først og fremst fant vi en undersøkelse av økonomistyring i norske sykehus, hvor 90% av direktørene hevdet at kirurgi i stor grad genererer helseforetakets underskudd (Riksrevisjonen, 2009). Samtidig skiller kirurgiske fag seg fra andre i den grad de har mer målbare aktiviteter.

5.1.2 Forståelse: Bruk av styringsinformasjon i vårt sykehus

Innsamling av data: Utvalg

For å utforske hvordan styringsinformasjon benyttes i praksis i vårt helseforetak, er det relevant å se på hvordan formidlingen av informasjonen foregår på de ulike nivåene i sykehuset. Vi har snevret oppgaven inn ved å se på hvordan dialogen foregår på mellomledernivå, altså ledere på 3.- og 4. nivå (henholdsvis avdelingssjef og seksjonsledere). Vi har også samlet inn data fra leder på 2. nivå (klinikksjef) og klinikkens controller for å belyse dette. Kriteriet for seleksjonen av utvalg er pragmatisk (Nørreklit et al., 2016), og informantene våre er altså valgt basert på det som er praktisk gjennomførbart for studien.

For å komme i kontakt med de ulike informantene, har vi benyttet oss av den såkalte snøballmetoden (Saunders et al., 2019). I tråd med det dynamiske og fleksible forskningsdesignet vårt, er dette en aktuell metode ettersom vi ikke på forhånd vet hvem i sykehuset som kan gi oss den aktuelle kunnskapen for å forstå problemstillingen vår. Prosessen med å finne informanter kan dermed justeres underveis. Forskningsteamet vårt hadde allerede en pågående dialog med en nøkkelperson på det aktuelle sykehuset. Ved å koble oss på vedkommende fikk vi videre tips om hvilke klinikker og avdelinger som kunne passe til vår problemstilling, og derfra rullet ballen videre. Vi tok kontakt med avdelingssjefen på en bestemt kirurgisk avdeling, som sammen med controller organiserte at vi fikk være observatører på noen av avdelingens månedlige møter. Samtidig fikk vi kontaktinformasjonen til klinikksjef og seksjonslederne på avdelingen, og fikk dermed organisert individuelle intervjuer med flesteparten av disse.

Ved å benytte snøball-metoden har vi fått et utvalg som ikke er representativt (Saunders et al., 2019). Formålet med oppgaven er imidlertid ikke å generalisere til en hel populasjon, hvilket vi kommer tilbake til i kapittel 5.2.4. I stedet er informantene valgt spesifikt fordi vi ønsker å

belyse hvordan formidling av styringsinformasjon foregår mellom mellomledere på ulike nivåer (4., 3. og 2. nivå), samt mellom mellomledere og klinikkens controller.

Under følger en oversikt over hvilke informanter vi har intervjuet og observert, samt dato, fagområde, type, sted og varighet:

Dato	Informant	Fagområde	Type	Sted	Varighet
01.06.23	Sentral økonomiarbeider	Økonomi	Bakgrunnsintervjuer	Teams	30 min
24.08.23	Sentral økonomiarbeider	Økonomi	Bakgrunnsintervjuer	Teams	40 min
21.09.23	Avdelingssjef	Klinikk	Pilotintervju	Teams	25 min
19.10.23	Seksjonsleder 1, Avdelingssjef, Controller	Klinikk og Økonomi	Observasjon	Sykehuset	60 min
19.10.23	Avdelingssjef	Klinikk	Uformell samtale	Sykehuset	80 min
20.10.23	Seksjonsleder 2, Avdelingssjef, Controller	Klinikk og Økonomi	Observasjon	Sykehuset	60 min
20.10.23	Controller	Økonomi	Dybdeintervju	Sykehuset	40 min
07.11.23	Seksjonsleder 2	Klinikk	Dybdeintervju	Teams	45 min
09.11.23	Seksjonsleder 1	Klinikk	Dybdeintervju	Teams	30 min
13.11.23	Seksjonsleder 3, Avdelingssjef, Controller	Klinikk og Økonomi	Observasjon	Sykehuset	60 min
13.11.23	Seksjonsleder 2, Avdelingssjef, Controller	Klinikk og Økonomi	Observasjon	Sykehuset	60 min
13.11.23	Klinikksjef, Avdelingssjef, Controller	Klinikk og Økonomi	Observasjon	Sykehuset	60 min
13.11.23	Avdelingssjef	Klinikk	Dybdeintervju	Sykehuset	50 min
14.11.23	Klinikksjef	Klinikk	Dybdeintervju	Teams	45 min
14.11.23	Controller	Økonomi	Dybdeintervju	Sykehuset	80 min

Tabell 5.1 - Oversikt over informanter og type datainnsamling

Innsamling av data: Kombinasjon av observasjon og intervjuer

Et gjennomtenkt valg av metode er helt avgjørende for å sikre høyest mulig grad av validitet for oppgaven vår (Lund & Haugen, 2006). Vi har valgt en kombinasjon av observasjon og semi-strukturerte intervjuer for å innhente data, med lik vektlegging. Data som genereres gjennom både observasjon og semistrukturerte intervjuer kan gi en dypere innsikt i fenomenet som studeres, samt legge til rette for at forskeren kan se fenomenet fra ulike synsvinkler (Johannessen et al., 2010). Det argumenteres dessuten for at intervju og observasjon kan utfylle hverandre (Denzin & Lincoln, 2005).

Både den aktørbaserte metoden og pragmatisk konstruktivismen gir en dypere forståelse av hvordan aktører oppfatter, tolker og utfører handlinger i en dynamisk og kontekstuell virkelighet (Jakobsen et al., 2019). Ved å kombinere intervjuer og observasjoner, kan vi som forskere skape et utfyllende grunnlag for å forstå tankegangen bak klinikere og kontrolleres atferd rundt styringsinformasjon i helseforetaket. Ved først å observere samhandlingen mellom klinikere og controller på økonomimøter, etablerte vi et grunnlag for påfølgende intervjuer. Vi fikk dermed mulighet til å stille spesifikke oppfølgings spørsmål til aktørene vi observerte på økonomimøtene, og en slik struktur la til rette for at vi fikk oppnå forklaringer bak utsagn, reaksjoner eller annen observert atferd. Intervjuene fungerer på denne måten som en respondentsjekk, hvor vi får muligheten til å validere og konfrontere observasjonsmaterialet vårt (Fangen, 2010).

Observasjon

Observasjon handler om at forskere samler inn data ved å avdekke og registrere menneskers atferd i ulike situasjoner (Lund & Haugen, 2006). Hormess et al. (2018) skiller mellom deltakende og ikke-deltakende observasjon. I deltakende observasjon er personene som observeres klar over at det er forskere til stede, og forskerne veksler ofte mellom passiv observasjon og aktiv utspørring. Deltakerne kan imidlertid bli påvirket av observatør-effekten, der deltakernes atferd påvirkes av tilstedeværelsen av en forsker.

På den andre siden tar forskerne under ikke-deltakende observasjon en mer distansert rolle til forskningsdeltakerne. De samhandler ikke med forskningsdeltakerne, og oppfører seg i stedet som en "flue på veggen". Slik ikke-deltakende observasjon kan være åpen eller skjult, hvor sistnevnte innebærer å observere forskningssubjekter uten at de er klar over at det er forskere til stede (Hormess et al., 2018). Skjult metode kan foretrekkes da den minimerer risikoen for

at deltakere påvirkes av observatøreffekten. Imidlertid kan metoden by på etiske utfordringer da man observerer noen som ikke har gitt sitt samtykke.

På bakgrunn av at det ikke var mulig med skjult observasjon av økonomimøtene, har vi valgt åpen, ikke-deltakende observasjon. I åpen, ikke-deltakende observasjon vet aktørene i sykehuset at vi som forskere er til stede, men vi har ingen interaksjon med hverandre. Vi reiste til sykehuset ved to anledninger, med en måneds mellomrom. Her var vi observatører på henholdsvis to og tre økonomimøter. Ved å kombinere disse observasjonene med påfølgende dybdeintervjuer, har vi forsøkt å opparbeide oss en forståelse av aktørenes virkelighetsforståelser.

Hvorfor observasjon?

I forskning handler observasjon om å oppdage, avsløre og dokumentere hva personer gjør, hvordan de samhandler med hverandre og hvilke sosiale klima de styres av (Lund & Haugen, 2006). Observasjonsmetoden kan være både tid- og ressurskrevende (Fangen, 2010), men den var likevel svært gunstig for oss da vi gjennom førstehåndserfaringer fikk direkte tilgang til fenomenet som ble studert (Robson, 2011).

Til tross for at intervjuer kan være gunstig for å innhente informasjon om informantens egne erfaringer og opplevelser med formidling av styringsinformasjon i praksis, er det ikke nødvendigvis slik at informantens utsagn reflekterer faktisk atferd. Johannessen et al. skisserer dette gjennom sitatet: “Det er ikke sikkert at det vi sier vi gjør, er det vi faktisk gjør” (2010, s. 119). Observasjon gir oss som forskere tilgang til informantens faktiske atferd, hvilket et intervju ikke nødvendigvis ville fanget opp på samme måte. Fangen (2010) poengterer at gjennom observasjon kan forskere avdekke informasjon om forhold som forskningssubjektene ikke ønsker å snakke om.

Ved utarbeidelse av feltnotater, var vi nøye med å skille mellom første- og andre-nivå konstruksjoner. Første-nivå konstruksjoner er ubehandlede rådata som baserer seg på hva vi objektivt ser og hører, mens andre-nivå konstruksjoner er data som er påvirket av våre egne tolkninger eller følelser (Hormess et al., 2018). Som forskere var vi nøye på å være objektive og fokusere på det som faktisk foregikk i de nøytrale observasjonene (Thagaard, 2013), og under økonomimøtene forsøkte vi å følge vår utarbeidede observasjonsguide (se vedlegg 5). Likevel er det viktig å være bevisst på at observasjon som metode aldri kan være objektivt fullt

ut, da observasjonen vil påvirkes av våre fagbegreper og teoretiske perspektiver, samt verdier, følelser og fordommer (Ringdal, 2009).

Semi-strukturerte intervjuer

Vi gjennomførte semi-strukturerte, interaktive intervjuer for å samle inn data fra hver av de ulike informantene. Slike intervjuer kategoriseres som ikke-standardiserte intervjuer, og de gir rom for fleksibilitet og spontane spørsmål. Ved å velge denne metoden fikk vi som forskere muligheten til å tilpasse spørsmålene underveis, og dermed gå mer i dybden på temaene og informasjonen som kom frem i løpet av intervjuene. Dette var svært nyttig ettersom informantene tok opp temaer og begreper som vi ikke hadde kunnskap om i forkant (Saunders et al., 2019).

For hver av de fem aktørene vi intervjuet, utarbeidet vi individuelle intervjuguiden. Intervjuguidene inneholdt både overordnede temaer som vi ønsket å dekke, samt noen mer detaljerte spørsmål med tema vi potensielt kunne gå inn på. Denne guiden ble kun benyttet som en veiledning, og ettersom intervjuene i stor grad ble en dialog mellom oss og intervjuobjektene, ble ikke de utarbeidede intervjuguidene representative for hva som faktisk ble diskutert under intervjuene. Vi har derfor valgt å kun legge ved et eksempel av den siste generelle intervjuguiden som vi utarbeidet (se vedlegg 4).

5.1.3 Etterforståelse: Analyse og konseptualisering

I fasen med etterforståelse har vi reflektert over funnene våre, og forsøkt å skape en helhetlig forståelse med støtte i teori. Diskusjonen i kapittel 7 tilhører vår etterforståelse, og i dette kapitlet konseptualiserer vi våre funn ved å forstå dem i lys av nåværende teorier. Ved den aktørbaserte metoden skjer det en kontinuerlig utvikling av forståelsen vår som observatører, og resultatene av studien er ikke nødvendigvis konsistent med det vi i første omgang antok (Nørreklit, 1983). Fokusområdet til studien var definert på forhånd, men gjennom vår holistiske tilnærming til problemstillingen, har vi ikke prøvd å bekrefte eller avkrefte en hypotese, men derimot forsøkt å forstå *hva* vi har observert med støtte i det teoretiske rammeverket. Vi identifiserte aktørene som grensesubjekter og styringsinformasjonen som et grenseobjekt mellom aktørene (Laine et al., 2016). Samtidig identifiserte vi økonomimøtene som et dialogisk rom, og avdelingssjef som en hybrid aktør og et to-veis vindu (se f.eks. Begkos & Antonopolou, 2022; Llewellyn, 2001).

5.2 Begrensninger til den aktørbaserte metoden

I aktørmetoden kan ikke vårt formål løsrives fra det faktum at aktørenes virkelighetsoppfatning er en dynamisk utviklingsprosess, og dermed også aktørenes egne formål (Nørreklit et al., 1983). Dette kan medføre noen begrensninger knyttet til utredningens kvalitet.

Nørreklit et al. (1983) hevder at aktørmetoden er underlagt en rekke generelle kvalitetskriterier, som etterprøvbarehet, systematikk og klarhet, men trekker imidlertid frem to kriterier som særlig bør studeres: validitet og logisk utvikling. Saunders et al. (2019) trekker også frem at det kan være utfordringer tilknyttet pålitelighet ved bruk av observasjoner og semi-strukturerte intervjuer i kvalitative studier. Videre har casestudie som forskningsdesign blitt kritisert for manglende evne til generalisering (Yin, 1994). Basert på dette, er det hensiktsmessig å redegjøre for oppgavens validitet, logiske utvikling, pålitelighet og generalisering.

5.2.1 Validitet

Validitet handler om forskningsdesignets gyldighet og relevans, altså hvorvidt studiet har grepet fatt i virkeligheten (Saunders et al., 2019). I aktørmetoden er ikke dette validetskriteriet basert på at andre forskere skal komme frem til tilsvarende resultat dersom de hadde utført den samme undersøkelsen, slik som det ofte antas innenfor objektive undersøkelser (Nørreklit et al., 1983). Årsaken bak dette er at aktørmetoden innebærer en utviklingsprosess hos både aktør og forsker, samt at vi som forskere er subjektive. I stedet vil validetskriteriet i aktørmetoden sikte seg mot å utvikle aktørenes egen virkelighetsoppfatning gjennom å opprettholde deres engasjement. Dersom vi som forskere lykkes med dette, har studiet grepet fatt i virkeligheten, og våre tolkninger er dermed virkelighetsnære. Engasjementet til deltakerne kan opprettholdes eller vekkes gjennom å gi dem mulighet til å prate fritt og åpent om deres tanker og opplevelser i fortrolige omgivelser. Dette har blitt forsøkt oppnådd gjennom å hensynta informantenes anonymitet, tillit og etiske forhold (Nørreklit et al., 1983).

Valideringen er en løpende prosess som vi som forskere har observert nøye på hvert trinn i datainnsamlingen. *Deltakerbias* kan være vanskelig å unngå, og kan ha svekket oppgavens troverdighet. Det kan være en risiko for at informantene plutselig endrer sin oppfatning av vår karakter, og i stedet betrakter oss som et middel for å oppnå visse mål. Et eksempel på dette kan være dersom en kliniker eller controller gir oss feilaktig informasjon for å påvirke egen

situasjon til sin fordel. I slike tilfeller ønsker ikke lengre aktøren å dele egen oppfatning av virkeligheten, med mindre det vil tjene de manipulerende målene. Deltakerbias kan også oppstå som et resultat av at informantene representerer sitt sykehus, og dermed ikke ønsker å uttrykke personlige meninger. Dette kan føre til at studiet mister forankringen i virkeligheten (Nørreklit et al., 1983).

Våre semi-strukturerte intervjuer kan også være utsatt for såkalte forskerfeil (Saunders et al., 2019). Dersom våre oppfatninger er feilaktige, ved at vi ikke har forstått det aktørene faktisk mener med sine utsagn, kan det føre til en feilaktig tolkning av deres virkelighetsoppfatning. For å øke studiens validitet har vi gjennom respondentsjekk bekreftet om tolkningen vår stemmer. Dette har vi gjort gjennom å raskt avdekke og benytte det samme språket som aktøren bruker, for deretter å teste denne forståelsen av aktørens språk og sikre at den er akseptert (Nørreklit et al., 1983). Eksempelvis lagde vi en modell som viste vår tolkning av møtevirksomheten på klinikken, og presenterte denne for avdelingssjefen for bekreftelse. Dessuten har vi ettersendt samtlige sitater og annen bruk av data til informantene for godkjenning.

Til tross for at vi har snevret oss inn på en bestemt klinikk og avdeling, har vi forsøkt å styrke studiens validitet ved å basere utvalget på flere informanter med forskjellige roller og kompetanse innenfor avdelingen. Blant annet har vi sett synspunktene til tre seksjonsledere, en avdelingssjef og en klinikk-sjef med helsefaglig bakgrunn, samt klinikkens controller med økonomifaglig bakgrunn. Klinikken har kun én controller, og det var derfor vedkommende som var med på alle møtene. På samme måte har vi kun observert en avdelingssjef, ettersom vi kun valgte å se på en avdeling. Det faktum at vi kun har intervjuet og observert én controller og én avdelingssjef svekke validiteten vår. Imidlertid kan det argumenteres for at dette er hensiktsmessig, ettersom vi særlig ønsker å analysere og tolke atferden til disse aktørene under økonomimøtene.

5.2.2 Logisk utvikling

Logisk utvikling betyr at tankegangene endrer seg fra et begrepsmessig eller logisk mønster til et annet (Nørreklit et al., 1983). For aktøren vil dette bety den utviklingsprosessen vedkommende går gjennom, mens for oss forskere handler det om tolkningsprosessen. Oppfatningene våre av formidlingen av økonomisk styringsinformasjon mellom kontrollere og

klinikere på et tidlig tidspunkt skiller seg fra oppfatningene våre på et senere tidspunkt. Dette gjelder også for informantene våre. Etersom vi skriver en tverrsnittstudie, får vi ikke gjenspeilet denne utviklingsprosessen på samme måte som ved en longitudinell studie. Vi følger kun informantene våre over en kort periode, og noen av disse har vi bare snakket med én gang, hvilket kun gir et øyeblikksbilde over deres virkelighetsoppfatning. Det vil derfor ikke være rasjonelt for verken oss eller andre forskere å få tilsvarende resultater av fenomenet ved senere anledning.

5.2.3 Pålitelighet

Det er ifølge Saunders et al. (2019) en risiko for at vi kan påvirke informantenes svar gjennom bestemte tonefall, kommentarer eller kroppsspråk. Det kan være at vi som intervjuere ønsket å få frem bestemte svar tilknyttet samhandlingen mellom controller og klinikere, gjennom å stille ledende spørsmål, eller tolke svarene i ønsket retning. For å unngå slike *forskerbias*, har vi fokusert på å stille åpne spørsmål i intervjuene. Tübingen (1975, sitert i Nørreklit, 1983, s. 16) illustrerer åpenhet i hvert spørsmål gjennom sitatet: “For å kunne spørre må man ønske å vite, det vil si vite at man ikke vet (...)” (vår oversettelse). Dersom det ikke er åpenhet, er det ifølge Tübingen et ugyldig spørsmål, som ikke har noe formål. Åpenhet ble hensyntatt blant annet ved å ekskludere spørreord som “*hvorfor*”, da disse ofte impliserer fakta, og informantene vil strebe etter å gi et riktig svar (Saunders et al., 2019). I stedet har vi omformulert og spurt “*hva tenkte du da dette skjedde?*”, og videre henviser til objektive momenter vi har observert på møtene. Dessuten fokuserte vi på å si minst mulig, slik at informantene kunne dele sine erfaringer og tanker om temaet uten vår påvirkning. Dette førte til at responsene i større grad ble forankret i deres virkelighetsoppfatning, hvilket øker troverdigheten (Jacobsen, 2022).

For å redusere *deltakerfeil*, altså faktorer som kan påvirke informantenes prestasjoner negativt (Saunders et al., 2012), har vi forsøkt å gjennomføre intervjuer på informantenes premisser. Vi har vært svært bevisste på at informantene har en travel hverdag, og har derfor sendt ut forespørsler til intervjuer i god tid, og tilpasset oss etter deres timeplan. Hensikten med dette var å sikre at de selv kunne velge et tidsrom der sjansen for at de forstyrres av andre faktorer er minimal. Flere av de individuelle intervjuene ble dermed gjennomført på teams, og en mulig konsekvens av dette kan være at reliabiliteten ble svekket som følge av digitale intervjuer. Dette aspektet veies derimot opp av det faktum at intervjuene i det hele tatt var mulig å gjennomføre, samt at informantene selv fikk bestemme det tidsrommet som passet dem best.

Det er forsøkt å sikre høy stabilitet gjennom å foreta datainnsamlingen og -analysen på ulike tidspunkt (Grønmo, 2016). Ved å ha tidsrom på ca. én måned mellom de to turene til sykehuset, samt legge til rette for individuelle intervjuer i mellomtiden, vil vi kunne redusere muligheten for at ekstraordinære faktorer spiller inn på resultatet. Samtidig vil dette sikre at vi får tid til å reflektere over foreløpig datamateriale, bearbeide ny kunnskap, samt tilpasse intervju- og observasjonsguide. På denne måten reflekterer dette den logiske utviklingen vi som forskere gjennomgår, og fører til dypere kunnskap rundt problemstillingen vår.

Videre har vi forsøkt å gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig for leseren. Gjennom å inkludere beskrivelser og sitater fra observasjonsmøtene, samt utsagn fra intervjuene, har vi gitt leseren tilgang til datamaterialet vårt, slik at det er mulig å se grunnlaget for våre tolkninger (Fangen, 2010). Thagaard (2013) understreker viktigheten av at vi som forskerne reflekterer over hvordan subjektive momenter kan påvirke dataen. Når vi noterte under observasjonsmøtene, fokuserte vi på å skille mellom nøytrale observasjoner på den ene siden i notatblokken, og egne refleksjoner og tanker på den andre siden. Dette var for å påvirke de objektive momentene i minst mulig grad (Hormess et al., 2018). Ettersom lydopptakene fanget opp selve dialogen i rommet, fokuserte vi på andre fysiske aspekter som kroppsspråk og hvordan fremleggelsen av budsjettene foregikk. Blant annet forsøkte vi å skrive ned konkrete gjengivelser av de ulike oppsettene for styringsinformasjon som controller la frem, samt hvordan hen forklarte de ulike postene. I tillegg observerte vi hvilket kroppsspråk klinikerne hadde når den økonomiske informasjonen ble diskutert. Ettersom vi var flere som noterte, sørget dette for at vi kunne sammenligne tolkningene våre i etterkant og få utfyllende beskrivelser. Dessuten valgte vi å kategorisere observasjonsmaterialet, sammen med transkriberingene fra lydopptakene, i etterkant av møtene slik at egne tolkninger ikke skulle forstyrre selve observasjonen.

Lydopptak fra både intervju og observasjoner har medført at vi har fått ordrette transkriberinger, og dermed ble ingen momenter av samtalen overlatt til egen tolkning. Dette sikret avstanden til datamaterialet slik at det ikke skulle bli påvirket av våre holdninger og tanker, hvilket har økt datamaterialets pålitelighet. Samtidig kan det hevdes at lydopptakene har redusert observasjonseffekten. Tanken bak dette er at ved å ta opptak, trengte vi ikke å skrive ned alle sitater og utsagn der og da, hvilket potensielt kunne føre til at informantene ble mer observante på at forskere var til stede.

5.2.4 Generalisering

Innen forskning eksisterer det et stort fokus på evnen til generalisering, hvilket betraktes som fundamentet for anvendelse av forskning i praksis. Generalisering handler om å gjøre kunnskap anvendbar for aktiviteter over tid og sted (Payne & Williams, 2005, referert i Nørreklit et al., 2016). Kvalitative studier kritiseres for å være mindre anvendbare i praksis, ettersom slike studier undersøker spesifikke fenomener uten å vise at funnene kan generaliseres til andre situasjoner. Tilhengere av kvalitative studier kan imidlertid hevde at ettersom studiene tar for seg fenomener i den virkelige verden, kan de avsløre hva som faktisk skjer i praksis (Nørreklit et al., 2016). Merriam (1998) argumenterer for at målet ikke nødvendigvis er å generalisere til et utvalg, men heller å utarbeide detaljert og nyansert kunnskap omkring et fenomen: “I kvalitativ forskning velges en enkelt sak eller et lite ikke-tilfeldig utvalg nettopp fordi forskeren ønsker å forstå det spesifikke grundig, og ikke for å finne ut hva som generelt er sant for mange.” (Merriam, 1998, s 208, vår oversettelse). Hensikten ved vår studie er ikke å generalisere til sykehusene generelt, men heller generalisere til teori ved å avsløre de unike egenskapene ved samhandlingen mellom klinikerne og controlleren i vårt spesifikke helseforetak.

Mot dette har det blitt argumentert at forskere ikke har nok kunnskap om de spesifikke momentene som praktikere anser som viktige for å kunne overføre forskningsresultatene til den spesifikke miljømessige og organisatoriske konteksten (Lincoln & Guba, 1985, referert i Nørreklit et al., 2016). Vår kompetanse innen sykehusdrift og helsesektoren er noe begrenset. For å øke vår kompetanse har vi forberedt oss grundig gjennom et bredt litteratursøk innen helsesektoren, samt gjennomført flere kartleggingsintervjuer som skal øke vår kunnskap relatert til problemstillingen. Dessuten har vi fått god hjelp fra resten av forskningsteamet vårt, som har opparbeidet seg dyp kunnskap om økonomistyring i helsesektoren over en lengre periode.

For å anvende generalisering fra slike empiriske studier med det formål å organisere praksis, må forholdene som generaliseringene bygger på være kjent (Nørreklit et al., 2016). Vi har derfor forsøkt å redegjøre for relevante forhold ved vårt fenomen, samtidig som vi ivaretar etiske aspekter som anonymitet. Mer spesifikt har vi valgt å avsløre hvilket medisinsk fag vi har studert, altså kirurgi, slik at studiet i større grad kan være overførbart til lignende fag, men uten å nevne hvilket sykehus eller andre momenter som kan identifisere informantene våre.

5.3 Ethiske perspektiver

Thagaard (2013) presiserer at det er viktig å ivareta personvernet til forskningsdeltakerne, og at forskningspraksisen må være etisk forsvarlig.

For å ta høyde for vårt etiske ansvar ved gjennomføringen av studien, sendte vi først inn en søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for å få godkjent forskningsprosjektet vårt. Deretter utarbeidet vi et samtykkeskjema som ble sendt til, og følgelig signert av, samtlige informanter (se vedlegg 3). Informantene som deltok i forskningen ble dermed forsikret om at dette var en konfidensiell prosess, hvor intervjuobjektene ble holdt anonymt. For å opprettholde anonymiseringen har vi blant annet utelatt spesifikke karakteristikk i sitatene som potensielt kunne avsløre hvem informantene er. Intervjuobjektene ble samtidig opplyst om at de kunne trekke seg fra studien, uten videre begrunnelse.

Samtykkeskjemaet inneholdt overordnet informasjon om formålet med prosjektet og hvem som var ansvarlig. Det inneholdt også mer detaljert informasjon om hvorfor informantene ble spurt om å delta, hva deltakelsen innebar og ikke minst hvordan personopplysningene deres skulle bli behandlet i etterkant av datainnsamlingen.

Intervjuobjektene fikk også tilsendt sitatene som ble planlagt å bruke i oppgaven, slik at disse kunne godkjennes før oppgaven ble ferdigstilt.

6 Analyse av sykehuscasen: Samhandling mellom klinikere, medisinskfaglige mellomledere og controller ved kirurgisk klinikk

I dette kapittelet vil vi ta utgangspunkt i våre empiriske funn for å analysere hvordan samhandlingen mellom klinikerne, de medisinskfaglige mellomlederne og controller på det utvalgte sykehuset fungerer. I den første delen vil vi plassere aktørene våre i organisasjonen, og deretter presentere hvordan styringsinformasjonen formidles på tvers av leddene, hvilken styringsinformasjon mellomlederne får presentert, samt virkelighetsforståelsen til aktørene. I den neste delen vil se nærmere på hvordan dialogen mellom aktørene er avgjørende for at de kan handle etter faktuelle muligheter, og belyse hvordan faste økonomimøter med mellomlederne og controller er en arena for god samhandling. Videre vil vi utdype rollene til controller og avdelingssjef, og se på hvorfor disse aktørene er viktige for å oppnå samhandling på tvers av leddene i helseforetaket.

Helseforetaket vi har studert er sammensatt av ulike profesjonelle enheter som samarbeider for å løse de komplekse utfordringene i helsesektoren. Vi har snevret inn oppgaven ved å fokusere på den kirurgiske klinikken ved helseforetaket, og videre siktet oss inn på en av avdelingene her. Aktørene som vi har vært i kontakt med er plassert i organisasjonen på følgende måte:



Figur 6.1 - Aktørenes plassering i vårt helseforetak

På 1. nivå finner vi administrerende direktør for sykehuset, og på 2. nivå finner vi sykehusets klinikker med tilhørende klinikksjefer. Hver klinikk består av flere avdelinger med tilhørende avdelingssjefer på 3. nivå, som videre deles inn i seksjoner med seksjonsledere på 4. nivå. Som redegjort for i innledningen vil vi benytte både mellomledere og medisinskfaglige mellomledere som begreper for å omtale avdelingssjef og seksjonsleder. Seksjonslederne har ansvar for sin seksjon og tilhørende klinikere, og kommuniserer videre til avdelingssjefen som er deres nærmeste sjef. Avdelingssjef fungerer dermed som et bindeledd mellom seksjonsleder og klinikksjef. Sykehuset har også flere støttefunksjoner, som eksempelvis HR, teknologi og økonomi. Sykehusets kontrollere tilhører økonomiavdelingen, og hver klinikk får koblet på en eller flere kontrollere fra denne avdelingen.

Sykehuset er organisert slik at seksjonslederne, controller og avdelingssjef sitter i separate bygg. Seksjonslederne får tildelt et eget kontor ved deres seksjon inne i hovedbygget. Her sitter de tett opp mot legene, sin sengepost, inntakskontoret, resepsjonen og mottak. Avdelingssjefene sitter sammen med klinikksjef i et eget bygg på sykehusområdet, et par minutter unna hovedbygget. Tidligere var også controller plassert inne på sykehusområdet, men sammen med økonomiavdelingen, sitter controller nå i et separat bygg et stykke unna sykehuset.

Det kommer frem at en slik organisering skyldes at man tar ut det som ikke *må* være pasientnært. Imidlertid kan denne fysiske avstanden oppleves utfordrende. Avdelingssjef forteller: «*Det gjør noe med dynamikken å ha sånn avstand*», og uttrykker videre at hen føler seg isolert fra resten av personalet. Seksjonslederne deler samme oppfatning som avdelingssjefen, og en av dem beskriver det slik: «*Noen av de skulle jeg ønske var litt nærmere, i hvert fall avdelingssjef hadde vært greit å ha i samme bygget*» (Seksjonsleder 2). Controller uttrykker at det kunne vært fordelaktig å sitte inne i sykehusmiljøet, men at det viktigste er å sitte sammen med de andre controllerne ettersom de sparrer med hverandre på tvers av klinikker. Slik det er nå, ser mellomlederne kun controller under faste økonomimøter.

Mellomlederne opplever derimot ikke at det er problemer med å få tak i hverandre, og det er lav terskel for å ringe eller sende e-post. En av seksjonslederne uttaler blant annet følgende:

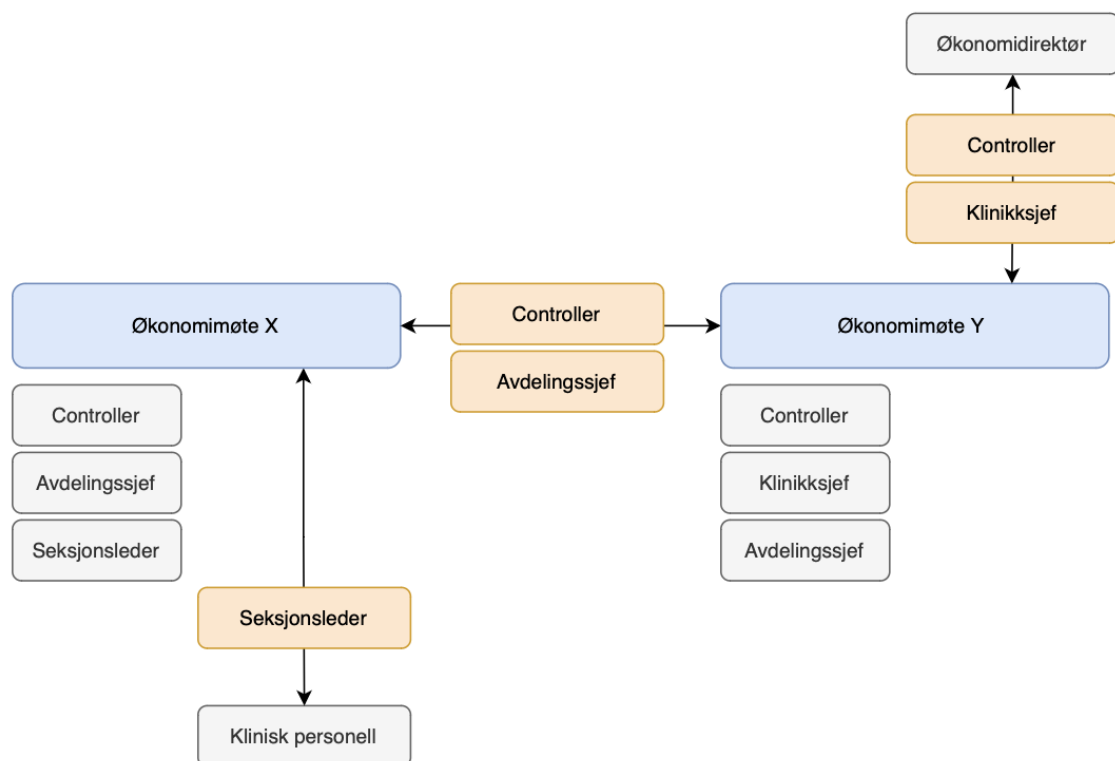
«Jeg har en god dialog med [controller]. Hvis jeg trenger noen tall, så hender det at jeg spør om noen ting, og da er [controller] på ballen og svarer som best hen kan. Så jeg synes jo egentlig at det fungerer bra også». (Seksjonsleder 2)

6.1 Formidling av styringsinformasjon på kirurgisk klinikk

Formidlingen av styringsinformasjon foregår gjennom hvert av leddene i sykehusets ledelseshierarki, og det skjer typisk en oversettelse på hvert ledd. Dessuten foregår det en språktilpasning avhengig av hvorvidt aktørene snakker med økonomer eller klinikere. Controller forteller:

«Det er jo sånn at når du er inne på det der med økonomistyring og hvordan det liksom går gjennom ledd, så er det ikke noe særlig tvil om at informasjon på en måte oversettes underveis i de leddene. Du kan ikke bruke samme formidlingen til de ulike nivåene». (Controller)

Figur 6.2 illustrerer hvordan informasjonen deles mellom de ulike aktørene i helseforetaket:



Figur 6.2 - Formidling av informasjon mellom aktører i helseforetaket

Som kliniker med lederansvar går mye av hverdagen til møtevirksomhet der økonomi og ulike driftsutfordringer diskuteres. I tillegg til fagdager, ledersamlinger og ledermøter, gjennomføres det månedlige økonomimøter når resultatet for foregående måned er klart. Controller jobber tett sammen med mellomlederne og klinikksjefen på disse møtene som dermed danner grunnlag for kommunikasjon mellom aktører på tvers av ulike enheter. Controller og avdelingssjef har typisk først et møte med seksjonsleder, før controller og avdelingssjef har et påfølgende møte med klinikksjefen. I Figur 6.2 har vi gitt disse møtene fiktive navn, henholdsvis Økonomimøte X og Økonomimøte Y.

Over de siste årene har det vært en økende samhandling mellom controller og seksjonslederne, hvor controller nå har blitt koblet mer systematisk på seksjonsledernivået: *“Det har ikke vært alle seksjoner som har hatt direkte møte med controller før de møter meg, og det har vi satt tynge i system”* (Klinikksjef). Controller opplever at seksjonslederne anser disse møtene (Økonomimøte X) som nyttige, og at etterspørselen etter dem er stor. En av seksjonslederne forteller: *“Jeg har jo prøvd å få til en gang i måneden, men det er ikke alltid man har fått det til da, men jeg synes jo egentlig at det er et minimum”* (Seksjonsleder 2). Dersom man ikke har fått til et møte en måned, er de raske med å etterspørre neste:

«Det er jo følt, men etterspørselen etter møter er jo nesten mer enn det jeg klarer å tilby, så jeg får jo nesten litt dårlig samvittighet, ikke sant? For jeg kunne tenke meg å tilby enda mer støtte fordi de faktisk har det behovet. Det er veldig greit at de ønsker den støtten, at de tar det på alvor». (Controller)

Det er seksjonsleder som har mesteparten av dialogen med klinisk personell på seksjonen, og er dermed den som bringer ulike utfordringer og annen informasjon fra driften inn i økonomimøtene. Videre er det controller og avdelingssjef som videreformidler informasjonen fra seksjonsleder (Økonomimøte X) til klinikksjef (Økonomimøte Y). Utover dette formelle oppsettet for videreformidling av informasjon kan aktørene samhandle med hverandre på tvers av nivåene. Det hender eksempelvis at klinikksjef ved spesielle tilfeller deltar i økonomimøtene med seksjonsleder, eller at controller blir invitert til å snakke med klinikerne på gulvet.

Under møtene med seksjonsleder presenterer controller ulike oppsett for styringsinformasjon. Mer spesifikt tar controller i bruk to ulike verktøy: et internt regnskapsprogram og et excel-

dokument med oversikt over aktivitetene på de ulike seksjonene (se vedlegg 1 for mer detaljer om styringsverktøyene).

Sykehusets interne regnskapsprogram viser en oversikt over kostnader og inntekter, budsjett og avvik fra budsjett. Dette verktøyet er hva man normalt anser som et resultatregnskap, og inntekter og kostnader fordeles ut på de ulike regnskapspostene. Eksempelvis har man ulike poster for salgs- og driftsinntekter for å skille mellom inntekt fra blant annet dag, døgn og poliklinikk, samt gjestepasienter. Resultatet ses opp mot budsjett, og verdiene er uttrykt i kroner og øre. Verktøyet gir mulighet for å hente informasjon fra ulike perioder og se trender ved å sammenlikne data fra ulike år og måneder. Regnskapsprogrammet er tilgjengelig for samtlige ansatte i økonomiavdelingen, samt lederne fra 4. til 1.nivå.

Det andre verktøyet som controller tar i bruk, er et excel-dokument med oversikt over aktivitetene. Oppsettet viser aktivitetsdata for hver klinikk, og fordeler informasjonen videre inn til de tilhørende seksjonene. For hver seksjon kan man se hvor mange pasienter som har vært inne på døgn-, dag- og polikliniske opphold, altså hvor stor produksjon seksjonen har hatt. Videre gir verktøyet mulighet til å sammenlikne månedens faktiske produksjon opp mot budsjetterte tall. Denne informasjonen ligger tilgjengelig for alle de ansatte på sykehusets intranett.

Begge styringsverktøyene legger til rette for at mellomlederne får nødvendig og konkret kunnskap om regnskapsmessige tall som inntekter og kostnader, men også aktivitetstall som antall pasientopphold (dag, døgn og poliklinikk). Verktøyene gir mellomlederne muligheten til å kartlegge hva som driver inntekter og kostnader, hvor eventuelle flaskehalsen ligger, og hvor tiltak bør settes inn.

Til tross for at seksjonslederne har tilgang til begge verktøyene, forteller avdelingssjefen at de færreste aktivt går inn for å holde seg oppdatert på tallene på egen hånd. Imidlertid er seksjonslederne mer opptatt av å være oppdaterte på seksjonens ventelister, og de har jevnlig kontakt med inntakskontoret som sitter med ventelistedata.

På Økonomimøte X foregår det en budsjettoppfølging, samt utarbeidelse av neste års budsjett for seksjonene. Det diskuteres blant annet avvik fra budsjetterte tall, inkludert årsaken til avvik og iverksetting av eventuelle tiltak: «*Hvordan gikk forrige måned? Hvilke trender finnes? Hva*

gjør du av tiltak? Er det nye utfordringer? Ligger vi på budsjett?» (Avdelingssjef). Ved en slik interaksjon kommer controller tett på utfordringene til de ulike seksjonene, men møtene er også viktige for at mellomlederne skal få et innsyn i hvordan pasientbehandlingen og kliniske valg påvirker budsjettene.

Budsjettansvaret er delegert ned til seksjonslederne på 4. nivå, og de signerer en årlig lederavtale. Dette er et budsjett som inneholder mål for ressursbruk, årlig produksjon, samt lengde på ventetid. Seksjonslederne måles med andre ord også på parametere utover det rent økonomiske. Det er flere ting som virker inn som kostnadsdrivere i helsevesenet (Controller), og seksjonene har særlig etter pandemien slitt med å nå gitte budsjetttrammer og aktivitetsmål. Problemene forverres av utfordringer knyttet til økt pasienttilstrømming og fravær blant de ansatte:

«Vi har jo også et oppdrag i å levere på økonomi, og det er klart at sykehuset har jo en ramme, hvor vi strever med å levere innenfor den rammen, og det har faktisk blitt veldig forsterket gjennom pandemien og ut nå på andre siden, og vi ser jo at pasienttilstrømming og pasientbehov er større enn det vi klarer å levere på».
(Klinikkssjef)

Videre uttaler controller:

«Det er jo det som er litt vrient med budsjettene at de har blitt litt marginale over år, ikke sant? Og at dette med fravær øker (...) hvert fall i legegruppen, i forhold til hva det var tidligere, så får vi en situasjon hvor vi har budsjetter som ikke er lagt opp til det nivået av fravær». (Controller)

Vi har observert at seksjonsledernes erfaringsnivå i stillingene, samt utfordringene som de står i, er styrende for møtet. Seksjonslederne har ulik økonomisk kompetanse, og avdelingssjef og controller tilpasser språk og økonomisk vanskelighetsgrad basert på hvilken seksjonsleder som deltar i møtet. Videre har vi observert at seksjonslederne kan ha ulike utfordringer tilknyttet det spesifikke kirurgiske fagområdet, størrelsen på seksjonen og den organisatoriske konteksten. Noen spesifikke kirurgiske fagområder har hyppigere og større endringer knyttet til medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder enn andre, hvilket påvirker aktivitets- og produksjonstallene. Størrelse på seksjonen kan også påvirke møtene da en større seksjon

eksempelvis kan generere inntekter og kostnader i et større omfang enn en mindre gruppe. Til slutt kan organisatoriske faktorer som bemanningsutfordringer også farge møtene.

På Økonomimøte Y med klinikk sjef går controller og avdelingssjef gjennom budsjettene og utfordringene til klinikkens seksjoner, og det skjer i stor grad en viderefremidling av det som er blitt diskutert på Økonomimøte X med seksjonsleder. Oppklaringer, eller eventuelle manglende forklaringer bak avvik, tas dermed videre til klinikkledelsen, og eventuelt økonomienheten og øvrig ledelse. På dette møtet formidler også klinikk sjef relevante momenter fra økonomienheten som videre tas ned til seksjonene på neste møte. På spørsmål om det hender at klinikk sjefen deltar i møtene med seksjonsleder, svarer hen følgende:

«Ja altså, dette varierer litt da, men stort sett så er jeg opptatt av at avdelingssjefene skal ha kontroll og styring på sine seksjoner, men det hender hvis det er spesielle utfordringer (...). Men i all hovedsak så er det avdelingssjefens ansvar å både bringe opp utfordringer på seksjonsnivå og å ta de ned igjen». (Klinikk sjef)

Avdelingssjefen forsøker å ha møtene med seksjonslederen i forkant av møtene med klinikk sjefen, ettersom det gir mer diskusjonsgrunnlag inn i møtet med sistnevnte. Controller forteller imidlertid at det kan være utfordrende å få dette til i praksis, da det er vanskelig å rekke alle møtene på noen få dager etter at månedsslutresultatet foreligger: *«Så derfor er det veldig vanskelig å få dette her til fordi jeg rekker jo ikke å ha alle disse møtene før [Klinikk sjefen] vil ha sine (...) alt skal liksom skje i løpet av få dager»* (Controller).

6.1.1 Aktørenes topoi og virkelighetsforståelse

Aktørenes rolle og arbeidshverdag

For å tre inn i rollen som mellomleder stilles det verken krav til økonomisk eller klinisk bakgrunn. Samtlige av mellomlederne som vi har intervjuet har utdanning innen medisin, og en tittel som overlege, men de har imidlertid ingen økonomifaglig utdanning. En av seksjonslederne uttrykker at hen har forståelse for de økonomiske termene som presenteres: *«Det er jo kanskje ikke sånn kjempehøyt nivå, så jeg føler at jeg forstår mesteparten, men det er ikke til å stikke under en stol at jeg ikke har noe økonomiutdanning»* (Seksjonsleder 2). Den økonomiske kunnskapen blir opparbeidet når man trer inn i stillingen, samt gjennom veiledning

fra controller, avdelingssjef og tidligere rolleinnhaver. Som ny seksjonsleder er særlig veiledningen fra controller sentral for å opparbeide seg økonomisk forståelse: *«Da forsto jeg jo litt mer, i den sparringsperioden ... Men før det, så skjønte jeg ikke noe ... hadde ingen innsikt»* (Avdelingssjef).

Mellomlederne har en arbeidshverdag hvor de veksler mellom administrativt og pasientnært arbeid. Avdelingssjefen, som kun har besittet rollen i kort tid, forteller at arbeidshverdagen innebærer mye faste møter, prosjekter, intern undervisning og oppfølging med seksjonsleder. Dessuten har klinisk arbeid måtte nedprioriteres: *«Jeg pleier å sette av tirsdag til klinisk arbeid, men det blir ikke så mye av det lenger»* (Avdelingssjef).

Videre tar den administrative delen i økende grad over mesteparten av arbeidsoppgavene til en seksjonsleder: *«Det har blitt så mye administrasjon og mange formelle krav til det å være ledere, og det blir mindre og mindre klinikk på disse seksjonslederne. Det er veldig synd egentlig»* (Avdelingssjef). Avdelingssjefen beskriver hverdagen til seksjonslederne slik: *«Du har operasjonsdagen hvor du jobber som kirurg, og så har du noen pasienter på poliklinikken en annen dag, og så skal du takle fraværet på morgenen, og så er det masse møter (...)*» (Avdelingssjef). Beskrivelsen fra avdelingssjefen bekreftes av seksjonslederne. Avveiningen mellom administrativt og pasientnært arbeid varierer derimot fra seksjon til seksjon. En av seksjonslederne som har besittet rollen over noen år, uttalte:

«Da jeg begynte i denne stillingen, så tenkte jeg at man bruker ett år på å bli kjent med hvordan ting er, og så går jeg tilbake til klinikken. Det har det ikke blitt. Så det er administrativt [arbeid] stort sett hele tiden». (Seksjonsleder 2)

En annen seksjonsleder er kun konstituert, og uttaler følgende: *«Jeg har 3 dager i uken med administrasjon, og så er det 2 dager i uken med klinikk».* (Seksjonsleder 1)

Mellomlederne trives i varierende grad med mengden av administrative oppgaver som følger med stillingen, og det er en konsensus om at de gjerne vil bruke mer tid til klinisk arbeid. Den konstituerte seksjonslederen svarer følgende på et spørsmål knyttet til hvorvidt hen ønsker å fortsette i stillingen:

«Men hvis du spør meg om det her er noe som jeg har lyst til å fortsette å være, så er svaret definitivt nei. Jeg har ikke noen ambisjon om å fortsette som seksjonsleder. Det blir for mye administrasjon. Du er nødt til å ha så mye administrasjon for å kunne rekke over og for å gjøre en god nok jobb. Og jeg har ikke lyst (...). Jeg har lyst til å behandle pasienter. Det liker jeg». (Seksjonsleder 1)

Avdelingssjefen har forståelse for at rollen som avdelingssjef innebærer mye administrasjon, og at det må være slik. Likevel er savnet etter det kliniske arbeidet stort:

«Jeg savner det kliniske ja. Hvis jeg skal sitte i den stillingen her, så kommer jeg til å kombinere det. Jeg kan ikke forlate kirurgien egentlig for min egen del. Jeg kunne godt tenke meg å jobbe som avdelingssjef hvis jeg kan kombinere det med klinikk». (Avdelingssjef)

For sine klinikker er controllerne ansvarlige for utarbeidelse og rapportering av seksjonenes regnskap og budsjett. Controllerne har ikke beslutningsmyndighet, og de rapporterer kun videre opp til økonomidirektøren. Vår controller har ikke noe medisinskfaglig utdannelse, og den kliniske kunnskapen og forståelsen er opparbeidet gjennom interaksjon med mellomlederne: *«Jeg er helt avhengig av den der interaksjonen [med mellomlederne] fordi jeg ikke har noe helsebakgrunn (...) så det er altså det å prøve og forstå de sammenhengene som gir økonomiske effekter da»* (Controller). Ettersom det kan være vanskelig for controller å være oppdatert på den faglige utviklingen som skjer, er det viktig at seksjonslederne videreformidler endringer som skjer på seksjonen:

«Innenfor hvert fag så er det veldig mange diagnoser, også er det kanskje bare noen helt spesifikke ting de legger om til enhver tid, sånn at det ville vært umulig for oss [controllere] å klare og være inne i alle de loopene da». (Controller)

Det er imidlertid ikke alltid klinikerne vet hva de bør kommunisere videre til controller, og hva som gir endringer i det faktuelle grunnlaget. Controller utdyper: *«De vet ikke alltid hva de skal rapportere videre, og det er ikke alltid de ser når de gjør en endring at “oi, det fikk jo økonomiske konsekvenser”».* Controller forteller at det kan være tilfeller hvor hen ikke blir informert om endringer som skjer på seksjonen, og at dette først er noe som oppdages i

tallgrunnlaget. Derimot ser det ut til at jo mer erfarne seksjonslederne er, jo mer forståelse har de for hvilken informasjon som er nødvendig å videreformidle til controller.

Aktørenes virkelighetsforståelse

Blant klinikerne som jobber på klinikken uten lederansvar, det vil si overleger og vanlige leger, oppleves det varierende holdninger knyttet til relevansen av økonomisk styringsinformasjon i helsefaglige beslutninger. En seksjonsleder som nylig har påtatt seg rollen, forteller at leger er relativt uinteresserte i økonomi:

«(...) Det er jo en sånn legeting, tror jeg, at når du jobber som lege, i hvert fall når du ikke driver din egen business, så er det egentlig ikke så interessant. Altså ikke sånn på den måten, men det er sånn vi leger er, vi gjør jobben og er fornøyd hvis vi har en avdeling som fungerer bra. Akkurat den økonomiske biten, det skal jeg ærlig innrømme at der er leger flest relativt uinteresserte. Meg selv inkludert». (Seksjonsleder 1)

Tilsvarende uttaler avdelingssjefen:

«Jeg tror ikke de oppsøker det. Jeg tror ikke at de har noe aktivt forhold til det, men erfaringsmessig de siste årene, så setter de pris på å få vite hvordan det går - For de vil gjerne vite om det går bra eller dårlig med oss». (Avdelingssjef)

Flere av informantene opplever at legene leser avisene og er nysgjerrige på hvordan det går med sykehusets økonomi: *«Nå er det stort underskudd, og da spør legene: "Hvordan går det med oss? Jeg hører det går så dårlig"» (Avdelingssjef).*

En seksjonsleder uttaler videre:

«Det er klart at økonomi er jo et ... hva skal jeg si? Et tema som diskuteres heftig da, ikke sant? Alle har sine tanker, og noen har kanskje ikke like mye innsikt og en del har veldig god innsikt - og alle har en mening». (Seksjonsleder 2)

Avdelingssjefen forteller at klinikerne stort sett er skeptisk til andre fagområder:

«Leger hører ikke så lett på økonomer (...). De er skeptiske til andre fagområder, stort sett. De tenker at økonomer ikke kan noe om medisin, og de tenker at “de må jo forstå at vi må behandle pasientene på denne måten som vi gjør nå, og vi kan ikke endre oss bare fordi en økonom sier at vi skal tjene mer penger. For de tenker bare penger, mens vi ser jo faktisk hele pasienten, og vi forstår hvordan vi skal gjøre dette best”».
(Avdelingssjef)

Controller har en oppfatning av at det er helt naturlig at legenes fokusområde er pasienten, og at økonomien dermed kan bli et irritabelt punkt:

«Jo tettere du kommer på pasienten og jo mer av arbeidsdagen du bruker der (...). Så det er klart at du blir irritabel på den der forstyrrelsen i rammer og for lite folk til stede, det sier seg selv - og det er helt naturlig». (Controller)

Funnene våre viser at parallelt som klinikere påtar seg lederansvar, enten som seksjonsleder eller avdelingssjef, ser de i økende grad nytten av å bruke økonomisk styringsinformasjon i praksis:

«Jeg tror jo, hvert fall når du snakker om ledere, så ser de kanskje i større grad [relevansen av økonomien] enn den jevne [lege]. Men når du har tatt det lederansvaret, så synes jeg at de stort sett klarer å veie det likt». (Controller)

Da vi spurte en av seksjonslederne om hvorvidt det hadde vært nyttig at klinikerne på seksjonen hadde forstått relevansen av økonomisk styringsinformasjon i praksis, forteller vedkommende: *«Egentlig, men det er noe du oppdager først når du sitter som leder»* (Seksjonsleder 1). En annen seksjonsleder uttrykker at hen ønsker å jobbe for en god økonomi, men uttrykker at det er vel så viktig med god pasientbehandling og reduserte ventelister:

«Jeg tenker litt sånn at du tjener ikke penger på å drive et sykehus, men samtidig så har vi jo noen rammer vi må forholde oss til, og at vi da bør få mest mulig ut av det vi har. Jeg sitter ikke og gråter over at jeg har minus (...). Men det er klart at jeg vil at vi skal gjøre det bra, men jeg ser at vi gjør det greit i forhold til pasientbehandlingen - at vi treffer på antall og ikke har lange ventelister - og det betyr jo mer enn kroner og øre, tenker jeg». (Seksjonsleder 2)

Videre forteller vedkommende:

«(...) Dersom man kanskje ikke treffer helt på budsjettet, men treffer på ventelister og ventetider - at man gir god pasientbehandling - så får man kanskje litt mer aksept for at man ikke treffer helt på kroner og øre». (Seksjonsleder 2)

I tråd med dette forteller avdelingssjefen at pasientbehandling og reduserte ventelister må stå i første rekke: *«Altså oppdraget vårt er jo å ivareta pasientsikkerheten, så det må jo stå i første rekke. (...) Det er det viktigste. Det vil si etterslep og ventelister» (Avdelingssjef).*

Utvikling i aktørenes virkelighetsforståelse over tid

Flere av informantene våre mener at det har vært en holdningsendring knyttet til økonomi i helsesektoren. Blant annet ble avdelingssjefen fostret opp til at økonomi og klinisk arbeid skulle holdes fra hverandre:

«Jeg hadde alltid hørt og blitt fostret opp på at vi bør skåne klinikerne fra å presentere budsjettall, altså at de skal slippe å forholde seg til budsjett. De skal bare være klinikere, og så får lederne ta støytten når det gjelder budsjettet (...) så jeg ble litt fostret opp på den tanken og ideen der, men så var jeg litt uenig i det». (Avdelingssjef)

Avdelingssjefen påpeker det samfunnsansvaret som klinikerne har i form av å forvalte de offentlige skattepengene på en forsvarlig måte, og at det derfor kan være fint at klinikerne holdes oppdatert om økonomien:

«Jeg bare ser at det er en del av hverdagen vår, og vi har et samfunnsansvar i forhold til å forvalte de helsepengene på en ordentlig måte, og hvis alle de som jobber her på sykehuset ikke har peiling på noe av det som skjer, hvorfor vi bruker pengene som vi gjør, så blir det veldig mye unødvendig støy og misnøye da (...) det er minst like viktig at klinikerne egentlig forstår at vi har et budsjett å forholde oss til også». (Avdelingssjef)

På samme måte forteller controller at det var et sterkere skille mellom økonomi og medisin tidligere:

«Det var veldig sånn uttrykk den gangen - det var liksom blårussen, og så var det rødrussen, hvem som styrte verden her. Veldig lenge siden jeg har hørt det uttrykket nå, altså, men det var jo ulike roller. (...). Det er større aksept nå enn da jeg begynte for at økonomi også er et fag. (...). Det kom nok gradvis, men det var liksom litt mer dere versus oss før enn det er nå, fordi de stort sett verdsetter det da, at vi er her for å bidra, ikke for å peke ut eller ...». (Controller)

Klinikksjefen tror at utover en sterk tilknytning til samfunnsoppdraget om å utføre god pasientbehandling, så påvirker økonomien i større grad klinikernes tankesett og praksis:

«Og så tror jeg at ganske mange av klinikerne har en sterk opplevelse av at de har et samfunnsoppdrag. Og at både dette med økonomi og etter hvert også større grad av miljøperspektiv påvirker hvordan de tenker og jobber. Det tror jeg». (Klinikksjef)

På spørsmål om vedkommende opplever en endring i tankesettet fra tidligere, svarer hen:

«Jeg tror jo at mange opplever at organisasjonene er ganske presset, og at de på den måten opplever at økonomien er strammere (...). Sengepostene er stort sett fulle, de har mye å gjøre, og jeg tror det er en opplevelse av at økonomien er stram (...). Jeg tror at de opplever at rammene er såpass utfordrende at de ikke helt klarer å se hvordan de skal få det til riktig». (Klinikksjef)

Samtidig opplever avdelingssjefen at økonomiledelsen har hatt et fornuftig økende fokus på å ta igjen etterslepet på ventelister:

«Jeg synes at fokus på etterslep og ventelister har vært fornuftig økende de siste årene. Jeg synes den balansen er ganske god egentlig, for man må kunne ha begge tankene i hodet samtidig (...). For 10 år siden var det mye mer fokus på tall, og ikke så mye på ventetider og etterslep». (Avdelingssjef)

Klinikksjefen drar følgende paralleller mellom god pasientbehandling og god økonomi:

«Jeg tror jo at hovedfokuset til klinikere er å gi pasienter god behandling, og så tror jeg at de i økende grad er opptatt av å behandle de riktige pasientene. Både til rett tid og holdt på å si på riktig måte. Og det er klart, da betyr det også god økonomi».
(Klinikksjef)

6.2 Dialogen som sentrum for konstruksjonen av et styringsgrunnlag for å handle etter faktuelle muligheter

6.2.1 Økonomimøter som en arena for samhandling

I forrige delkapittel har vi sett at aktørene har ulike faglige bakgrunner, verdier og virkelighetsforståelser. Slik asymmetri kan skape kommunikasjonsbarrierer og hindre gjensidig forståelse mellom partene. For å bygge bro mellom aktørene og deres ulikheter, samt sørge for effektiv samhandling, finner vi at økonomimøtene står sentralt. Den betydelige avstanden mellom kontorene, samt en travel arbeidshverdag, kan også forsterke behovet for slike planlagte økonomimøter.

«Tiden for å tenke strategisk er ikke alltid til stede som seksjonsleder, og disse møtene blir da en arena hvor man får satt seg ned og blir orientert om tallene hvis man ikke har hatt anledning til å sette seg inn i de selv. Så har vi en god gjennomgang av tallene, og så får man fulgt med, enten man vil eller ikke. Det er en bra ting». (Avdelingssjef)

På møtene presenterer controller et styringsgrunnlag (se vedlegg 3) som kan legge til rette for at de medisinskfaglige mellomlederne kan handle etter faktuelle muligheter. Med andre ord kan controller formidle hva som er mulig, og hva som ikke er mulig:

«Vi er jo budbringerne om at noen ting er mulig, og at noen ting ikke er mulig. Altså, vi prøver å bringe det videre, men det er klart at veldig ofte så handler det jo om å klare seg innenfor de rammene man har, og få til noe som gjør at det er mulig». (Controller)

I forbindelse med presentasjon av budsjettets faktuelle muligheter, presenterer controller også eventuelle budsjettavvik. Dialogen legger til rette for at de medisinskfaglige mellomlederne og controller kan samhandle for å finne årsaken bak disse budsjettavvikene. Ettersom mellomlederne sitter tett opp mot den kliniske praksisen, har de gode forutsetninger for å komme med faglige og driftsmessige forklaringer bak tallene, samt fremme tiltak basert på det faktuelle grunnlaget som controller presenterer. Controller kan på sin side forsøke å forstå de økonomiske effektene av det kliniske arbeidet, samt avdekke hvilke avvik som er varige og som dermed bør være styrende for fremtidig budsjett. På denne måten kan dialogen brukes til å konstruere et styringsgrunnlag som inkluderer faktuelle muligheter.

I forbindelse med konstruksjonen av et slikt styringsgrunnlag, har aktørene blant annet diskutert viktigheten av korrekt koding og at styringsinformasjonen er oppdatert i henhold til medisinskfaglig utvikling, samt identifisering av faktuelle muligheter på seksjonene ved eksempelvis ansettelse av en ny legeressurs. Vi vil videre gå nærmere inn på de to sistnevnte diskusjonene.

Samhandling for å tilpasse styringsinformasjon i henhold til medisinsk utvikling

I klinikken skjer det hyppige endringer i bruk av nye medisinske metoder. Ettersom controller verken har medisinskfaglig bakgrunn eller mulighet til å holdes oppdatert på den medisinske utviklingen til enhver tid, vil det være avgjørende med vellykket kommunikasjon fra klinikerne for å sikre god samhandling. Dette inkluderer klinikernes evne til å kommunisere det faktuelle grunnlaget videre. I et individuelt intervju forteller controller:

«Det er en sånn voldsom endring i medisin hele tiden, så det er ikke sånn at vi liksom sitter og får diskutert hver minste ting (...). Men jeg vil veldig gjerne ha tilbake igjen, slik at jeg kan ligge i forkant i budsjettene, og særlig hvis det er litt større ting».

(Controller)

Controller forteller at å sitte fysisk sammen er grunnlaget for at klinikerne og controllerne klarer å forstå hverandre, og særlig at controller forstår årsakene bak tallene. I et økonomimøte forteller hen: *«Jeg tenker jo, at det er det at vi sitter sammen som gjør at vi klarer å forstå det, for jeg er jo sjanseløs hvis ikke jeg får påfyll på hva dere faktisk gjør»* (Controller). Dersom denne kommunikasjonen fra klinikerne til controller er mangelfull, kan det føre til svekket samhandling.

På flere av møtene har vi imidlertid observert at de kliniske mellomlederne uoppfordret meddeler endringer i det medisinske faget som de tror kan ha utslag på økonomien. På et av økonomimøtene observerte vi eksempelvis en seksjonsleder meddele at seksjonen ikke ville klare å oppnå budsjettert produksjon på dagkirurgi. Dette mente hen skyldtes at det var noen inngrep som ikke lenger blir utført sett fra et medisinskfaglig perspektiv. Samtidig «*gjør man kanskje litt mer og større ting enn hva man gjorde tidligere, men det gjør at man bruker lenger tid, og at man ikke får igjennom like mange som man hadde tenkt*» (Seksjonsleder 2). Vedkommende formidlet derfor et ønske om å redusere plantallene, slik at de oppleves som mer realistiske.

Dialogen på møtene er avgjørende for at controller og mellomlederne kan forstå hverandres virkelighetsoppfatninger og forsøke å koordinere disse for å iverksette tiltak. I tillegg til at kommunikasjon fra mellomleder til controller er avgjørende for at sistnevnte kan holdes oppdatert med hensyn til faglige endringer, er controllers evne til å engasjere seg i dialog avgjørende. Controller bruker dialogen til å forsøke å få en forståelse av det seksjonslederen formidler:

Controller: «*Så du sier jo egentlig at det antallet er for høyt?*»

Seksjonsleder 2: «*Sant - og det var det jeg prøvde å skrive i mailen ... Det er for høyt antall. Men det er klart, hvis vi reduserer antallet, så kommer vi jo ikke i mål med det vi har budsjettert heller (...). Det er ikke helt samkjørt da. Før så gjorde vi [operasjoner], men de gjør vi ikke lenger*»

Controller: «*Når du sier at dere ikke gjør det lenger, så er det fordi man ikke har helt troen på at det hjelper? (...) så det du sier er jo egentlig at den utviklingen, den snur ikke den?*»

Seksjonslederen bekrefter dette.

Controller: «*Det burde vi egentlig prøvd, over tid i hvert fall, å få justert ned i budsjettet*»

Denne dialogen reflekterer aktørenes læringsteori om sannhet, der budsjettet er en form for proaktiv sannhet. Når det viser seg at budsjettet ikke reflekterer den faktiske medisinske utviklingen, må tidligere forståelse av sannheten forbedres, slik at man forsøker å minske

avstanden mellom proaktiv og pragmatisk sannhet. Med andre ord har dialogen lagt til rette for at styringsinformasjonen kan konstrueres slik at det reflekterer de faktuelle mulighetene.

På samme måte har vi observert at en annen seksjonsleder uoppfordret informerer om et nytt medikament som vil påvirke behandlingsforløpet, og følgelig aktivitetstallene. I dialog med controller og avdelingssjef under et av økonomimøtene, forteller seksjonslederen at de nylig har begynt å bruke et nytt medikamentet der leverandøren påstår at pasienten vil behøve sjeldnere behandling. Controller og avdelingssjef noterer ned underveis:

Seksjonsleder 3: *«Vi har jo fått et nytt medikament å spille på, hvor leverandørene sier at man skal kunne trenge sjeldnere behandling (...). Vi har ikke sett den effekten på den medisinen ennå. Så hittil er det ikke fullt så lovende som produsentene sier... men vi har jo ikke veldig mange pasienter gjennom ennå»*

Controller: *«Men da skal det egentlig bety at de kommer sjeldnere inn (...). For å få den dosen som ikke koster noe mer enn den de [tidligere] måtte ta hver tredje måned, eller hva det er»*

Avdelingssjef: *«Men si det en gang til, da kan de ta det hver 16. uke kanskje ... Er det det produsentene sier?»*

Ettersom dette nye medikamentet kan føre til effektivitetsforbedringer i pasientbehandlingen og dermed påvirke produksjonstallene, vil det være viktig å inkludere dette i utarbeidelsen av neste års budsjett. Ved at controller noterer og fanger opp informasjonen fra seksjonsleder, kan hen bli bedre rustet til å utarbeide budsjettene i fremtiden. Samtidig vil det være nyttig informasjon i kommunikasjon med klinikkledelsen og øvrige økonomimedarbeidere.

I begge eksemplene ovenfor, har de to seksjonslederne uoppfordret kommunisert sine respektive ønsker om å endre budsjettene slik at de reflekterer det endrede faktagrunnlaget. Ved at aktørene uttrykker sine ideer og perspektiver med hverandre, foregår dialogene som et tilfelle av eksternalisering (Nørreklit, 2017). Gjennom åpen og gjensidig dialog, er målet å konstruere et styringsverktøy som er i overensstemmelse med faktuelle muligheter og aktørenes verdier. Med andre ord blir kommunikasjonen nøkkelen til å koordinere fakta, muligheter og aktørenes verdier slik at styringsinformasjonen reflekterer medisinske endringer og gjøres mer realistiske, samt at verdiene som driver aktørenes handlinger blir mulige.

Samhandling for å få aksept for ny legeressurs

Det mangfoldige kompetansegrunnlaget blant klinikere og kontrollere utgjør en styrke ved prosesser som krever både klinisk og økonomisk ekspertise. Prosessen rundt ny legeressurs på en av klinikkens seksjoner kan brukes til å illustrere hvordan konstruksjonen av proaktiv sannhet kan foregå, samt hvordan de fire dimensjonene av virkeligheten kan integreres for å skape informerte beslutninger og vellykket handling (Nørreklit, 2017).

En bestemt seksjonsleder hadde et ønske om å få inn en ny legeressurs på poliklinikken, slik at denne legen kunne operere et visst antall pasienter for å redusere ventelistene. For å undersøke hvorvidt det var mulig å realisere verdiene om pasientbehandling for flere, måtte man argumentere for dette. Sammen med avdelingssjef og controller, utarbeidet seksjonslederen en søknad til sykehusets ledergruppe der man måtte sannsynliggjøre «full dekning og helst litt overskudd knyttet til den stillingen» (Controller). Mer spesifikt måtte man lage et oppsett som viste hva man forventet å tjene inn som følge av økt produksjon sammenlignet med hvilke utgifter en ekstra lege ville medføre. Dette oppsettet kan være en form for proaktiv sannhet (Jakobsen et al., 2019), der aktørene forestiller seg forventede resultater basert på nåværende forståelse av hvorvidt økt produksjon er mulig, og dermed kan realisere aktørenes verdier knyttet til et ønske om reduserte ventelister.

På flere møter har vi observert at controller har presentert et slikt tallgrunnlag når effekten av nye stillinger diskuteres. I vedlegg 2 ligger et fiktivt eksempel på et tallgrunnlag som kan brukes i vårt sykehus for å beregne hvilke kostnader og inntekter som ekstra personell vil medføre. Vi vil heretter forklare de ulike beregningene som ligger bak en slik diskusjon. Først tar vi utgangspunkt i kostnadene:

Kostnad - personell/varer	Sum lønn inkl sos avg	Grunnlønn	Ind tillegg	Vakt	UTA
Overlege - 100%	1 490 000	921 500	30 000		145 000
Sykepleier - 60%	460 000	342 600			
SUM lønn - inkl sos.avg	1 950 000				
Varekostnad - polikl	280 000				
Varekostnad	180 000				
Sum varekostnad	460 000				
Sum kostnader	2 410 000				

Figur 6.3 - Kostnadsberegning - ny legeressurs

Tabellen viser et fiktivt eksempel der man får inn en ekstra overlege i 100% stilling, samt en ekstra sykepleier i 60% stilling. Det beregnes en sum lønn som består av sosiale avgifter, grunnlønn, individuelle tillegg, vakt og UTA (utvidet arbeidstid). Varekostnadene representerer det økte vareforbruket som følge av netto økning i produksjon på poliklinikk og dagkirurgi.

Videre ser vi på inntektsberegningene:

Inntekt ny aktivitet - ifm tilførte ressurser personell	Inntekt	Antall	Vekt
Lege - Ordinær polkl	730 000	1 155	0,032
+ egenandeler	450 000	1 155	386
Inngrep i lokalanestesi	940 000	560	0,085
+ egenandeler	220 000	560	386
SUM Inntekt ny aktivitet	2 340 000		
		DRG 40%:	19 794
Inntekt aktivitet - endret bruk av legeressurs Øker 1 dag m/dagkir-reduksj 1 dag polikl kons	Inntekt	Antall	Vekt
Dagkir (prosedyrekode [X])	360 000	120	0,150
+ egenandeler	50 000	120	386
Dagkir (prosedyrekode [Y])	930 000	120	0,392
+ egenandeler	50 000	120	386
Polikl	-390 000	588	0,033
+ egenandeler	-230 000	588	386
SUM Inntekt - endret aktivitet	770 000		
Sum inntekter	3 110 000		
Netto gevinst	700 000		

Ant. Kons./dag	Ant. dag/uke	Ant. uker
11	2,5	42 *
7	2	40 **

Ant. inngrep, kons/dag	Ant. dag/uke	Ant. uker
3	1	40 ***
3	1	40
14	1	42 ****

Innspill fra leder:
 * 1 poliklinikk á 11 stk/dag 2,5 dager pr uke i 42 uker
 ** 7 lokalinngrep/dag 2 dager pr uke i 40 uker
 *** 6 dagopr/dag 1 dag pr uke i 40 uker, 50/50 fordeling enkle/kompliserte
 **** 1 poliklinikk á 14 stk/dag 1 dag pr uke i 42 uker

Figur 6.4 - Inntektsberegning - ny legeressurs

Til venstre i figuren ser vi beregninger gjort for inntekt av ny aktivitet i forbindelse med tilførte ressurser i form av personell. Her beregner man inntekten en ny lege vil tilføre gjennom ordinær poliklinikk (+ egenandeler), samt inngrep i lokalanestesi (+ egenandeler). Til høyre ser vi inntekter som genereres fra endret bruk av legeressurs ift. dagkirurgi og poliklinisk konsultasjon. Mer spesifikt vil endringen bestå av økning i dagkirurgi med ulike prosedyrekoder (+ egenandeler), samt reduksjon i poliklinikk og tilhørende egenandeler.

For å komme frem til "Inntekt" for hver enkelt beregning, multipliseres Antall * Vekt * DRG 40%. For å illustrere, tar vi for oss beregningen gjort for "Lege - Ordinær poliklinikk" (se rad markert i grønt). Ny inntekt fra ordinær poliklinikk på 730 000 er et resultat av å multiplisere $Antall (1\ 155) * Vekt (0,032) * DRG\ 40\%-refusjon (19\ 794)$. Antallet på 1 155 er igjen beregnet basert på $Antall\ konsultasjoner\ per\ dag (11) * Antall\ dager\ per\ uke (2,5) * Antall\ uker (42)$, hvilket er beregnet med utgangspunkt i innspill fra klinisk leder. Vekt handler om hvilken indeks den aktuelle aktiviteten gir. Egenandelene finner man ved å multiplisere Antall * Vekt. Beløpet er dermed eksklusiv DRG-refusjon, ettersom dette er egenandelsbetaling fra pasienter, og dermed ikke medfører refusjon fra staten.

Til slutt finner man en netto gevinst (eller tap) gjennom å ta sum inntekter fra ny og endret ressursbruk, og trekke fra sum lønns- og varekostnader. Controller forteller at nettoeffekten gjerne skal komme ut i en gevinst, da de både har et krav til å dekke de økte utgiftene, samt effektivisere.

Ettersom beregningene er basert på innspill fra seksjonslederne og avdelingssjefen, er det en risiko for at dette blir for optimistisk. I tallgrunnlaget over er det en forventning om at en ekstra lege på ordinær poliklinikk skal klare 11 konsultasjoner per dag i 42 uker. Controller forteller: *“hvis jeg har regnet på 52 uker for eksempel her da, så er det veldig urealistisk, eller de [klinikerne] sier at de klarer 18 pasienter på en poliklinikk”*. I dette tilfellet lager controlleren beregningene sammen med klinikkens ledere, og det er klart at klinikerne er drevet av sitt pasientfokus om å få redusert ventelistene og økt produksjonen. Dette kan påvirke regnskapsfakta i form av et for optimistisk anslag i beregningene. Controller forteller:

«Det ligger liksom i naturen til de der ute å være litt for positive i det de legger fram, fordi de vil gjerne ha fremmet sakene sine, ikke sant? Så det er jo lett å undervurdere kostnadene og overvurdere inntektene». (Controller)

Controller presiserer videre at hen verken tar beslutningen eller fremmer sakene, men at hen fremstiller tall som peker på realistiske muligheter:

«Det er jo ofte ikke jeg som fremmer sakene, altså jeg gjør jo beregningene og er med liksom i utformingen ... men sakene fremmes av klinikkensjefen (...). Jeg tar jo heller ikke beslutninger, jeg kan jo bare sannsynliggjøre og tro på, eller ikke tro på, ut fra det jeg ser i tallgrunnlaget». (Controller)

Til tross for at controlleren ikke fremmer sakene, hender det at hen får spørsmål fra økonomidirektøren rundt realismen i beregningene. Ettersom klinikerne ofte er litt for positive når tallgrunnlaget utarbeides, er det viktig at controller stiller kritiske spørsmål underveis i utarbeidelsen:

«[Klinikkledelsen] kan jo i enkelte saker ha en liten bias, ikke sant? Så det er jo viktig at jeg på en måte tør å si at “du kan ikke legge det frem sånn. Vi må prøve å være litt

mer balansert i måten vi legger det fram på, så ikke du liksom legger det fram som et for positivt bidrag inn i økonomien da” ». (Controller)

I dette tilfellet var det imidlertid også en avveining ettersom det var «*et behov for en sånn type kvalitetstankegang knyttet til å få en ekstra lege inn*» (Controller), og dette måtte veies opp mot tallgrunnlaget. Mer spesifikt var det et fokus fra administrerende direktør på å få redusert etterslepet fra koronatiden. Under et møte hvor den nye legeressursen ble diskutert, formidlet controller følgende til klinikerne:

«Pasientene har krav på behandling, og nå er det pasienter som ikke får den behandlingen de skal til den tiden de skal ha det, og de parameterne blir vi jo også målt på. Det er ikke bare økonomi. Heldigvis». (Controller)

En av seksjonslederne delte denne oppfatningen, og uttalte følgende:

«Nå tror jeg ikke den gikk sånn veldig i pluss, men den taper seg i hvert fall ikke. Det vi får gjennom med en ekstra som går i null, er jo at vi får ned ventetidene på pasientene. Vi får mange av de som sitter og venter igjennom systemet, og det er jo bra pasientbehandling, ikke sant? Vi får det gjennom uten at sykehuset tjener på det, men vi skal heller ikke tape på det». (Seksjonsleder 2)

Bakgrunnen for prosessen var en drivkraft om få et handlingsrom som åpnet for en ny legeressurs slik at seksjonens ventelister kunne reduseres. For at tiltaket skulle muliggjøres, måtte det argumenteres for at en ekstra lege kunne øke produksjonen, og at dette ikke medførte et netto tap. Ved å utarbeide et slikt tallgrunnlag, konstruerte aktørene en proaktiv sannhet basert på deres nåværende forståelse av hvilke effekter en ekstra lege ville medføre på produksjon. Tallgrunnlaget var dermed med på å overbevise ledelsen om å tilføre seksjonen en ny legeressurs, og som følge av dette gjennomslaget, ble det lagt til rette for at verdiene ble mulige å realisere. Med andre ord førte dialogen til at mulighetene ble forankret i fakta, og verdiene ble mulige. Det gjenstår enda å se om forventede resultater realiseres, men dersom dette blir tilfellet, kan tallgrunnlaget reflektere en pragmatisk sannhet.

6.2.2 Controllers tillit og integritet legger grunnlag for god samhandling

Tidligere har vi identifisert at klinikerne stort sett er skeptiske til andre fagområder, og at dette kan prege holdningene knyttet til relevansen av økonomistyring i praksis. Blant annet har vi funnet generelle holdninger som at klinikerne tenker at økonomene ikke kan noe om det medisinske faget, og at de kun har et pengefokus, i motsetning til klinikerne som ser hele pasienten. Videre mistenker controller at det ikke er alle som er like begeistret for funksjonen til controller: *“Selv om de gir uttrykk for at de setter pris på funksjonen, er det jo ikke alle som er like glad i den funksjonen, tenker jeg”* (Controller). Slike virkelighetsforståelser kan hindre effektiv samhandling mellom controller og klinikere. For å bryte disse barrierene, og styrke samhandlingen mellom de to aktørene med ulike profesjoner, understreker vi betydningen av at controller etablerer og styrker tilliten hos klinikerne.

I vår case er controller den aktøren som bringer økonomisk informasjon mellom økonomiledelsen og klinikerne på mellomledernivå, og vedkommende er derfor den økonomiarbeideren som mellomlederne har mest dialog med. Følgelig er det avgjørende at controller kan formidle budsjett og økonomiske avgjørelser på en slik måte at klinikerne føler seg informerte og forstått.

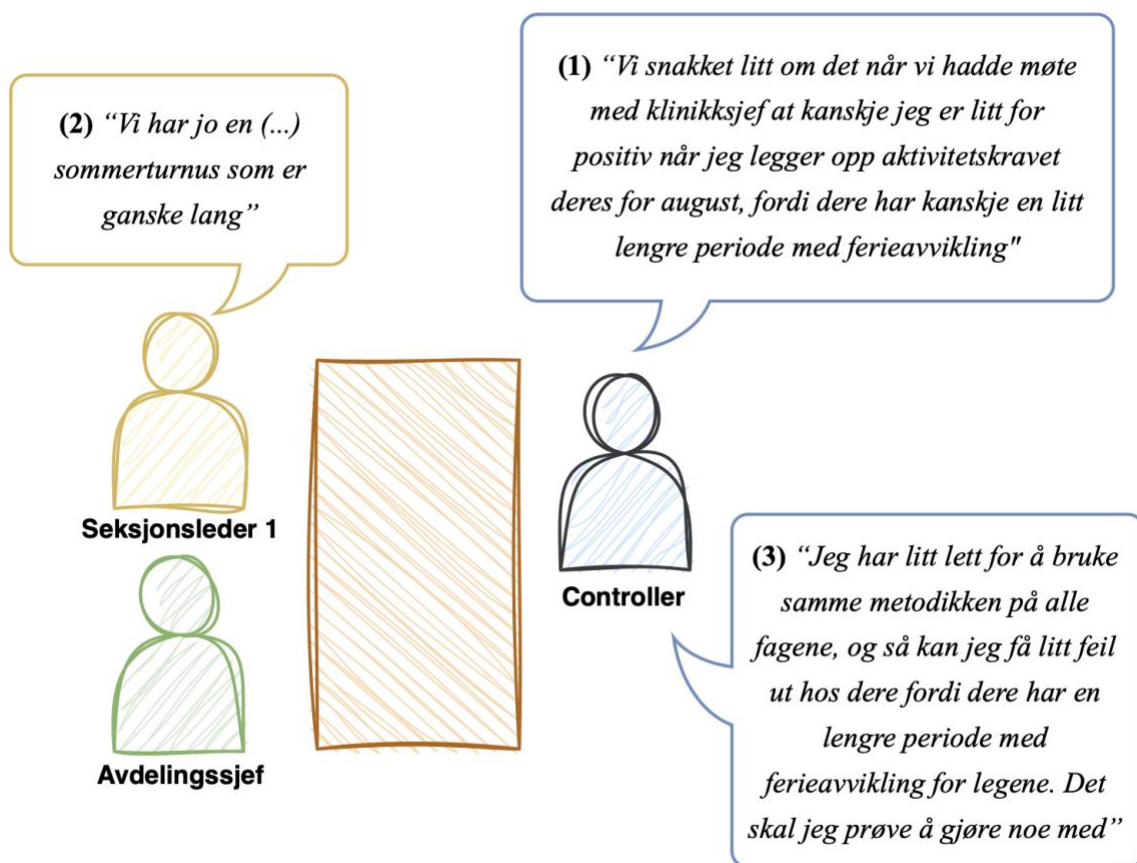
Avdelingssjef forteller at controller har opparbeidet seg medisinskfaglig kunnskap etter de mange årene på kirurgisk klinikk, og at dette er en stor fordel sammenlignet med en som ikke forstår driften: *«Controller har jo bare jobbet her kjempelenge, så det er jo derfor hen er god da»* (Avdelingssjef). Kunnskapen som controller besitter om sykehusdrift, samt kjennskapen til de økonomiske rammene, legger til rette for rask identifisering av hvilke driftsendringer som får konsekvenser for budsjett. Dette kan øke troverdigheten til det faktuelle grunnlaget som controller presenterer. Gjennom dialog med klinikerne ønsker controlleren å fange opp hvilke avvik og endringer som er varige, og hvilke som er midlertidige. Controller forklarer det slik: *«Det handler veldig mye om sånn felles dialog da, det er faktisk kjempeviktig, og for meg så handler det om å prøve å fange opp, ikke sant?»*.

Et eksempel på hvordan controller har fanget opp elementer fra klinikerne som har medført endring i neste års budsjett, observerte vi på to økonomimøter med hhv. seksjonsleder og klinikkssjef, med en måneds mellomrom. På seksjonsmøtet i oktober, diskuterte de avvik for poliklinikken i august:

Controller: «Vi snakket litt om det når vi hadde møte med klinikkssjef at kanskje jeg er litt for positiv når jeg legger opp aktivitetskravet deres for august, fordi dere har kanskje en litt lengre periode med ferieavvikling»

Seksjonsleder 1: «Vi har jo en (...) sommerturnus som er ganske lang»

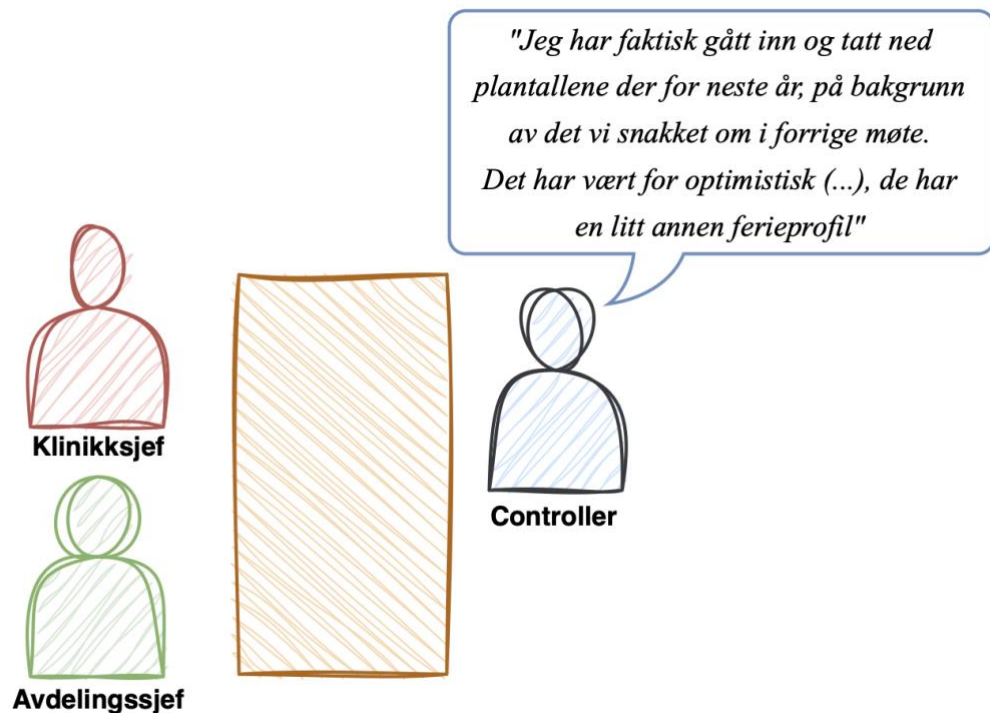
Controller: «Jeg har litt lett for å bruke samme metodikken på alle fagene, og så kan jeg få litt feil ut hos dere fordi dere har en lengre periode med ferieavvikling for legene. Det skal jeg prøve å gjøre noe med»



Figur 6.5 - Dialog under Økonomimøte X

Videre, på november-møtet med klinikkssjef, observerte vi at controller hadde foretatt nevnte budsjettjustering:

Controller: «Jeg har faktisk gått inn og tatt ned plantallene der [poliklinikk i august] for neste år, på bakgrunn av det vi snakket om i forrige møte. Det har vært for optimistisk (...), de har en litt annen ferieprofil»



Figur 6.6 - Dialog under Økonomimøte Y

I dette tilfellet har controller lyttet til klinikernes innspill om at produksjonskravet for august er for optimistisk, og dermed justert budsjettet i tråd med disse tilbakemeldingene. Dette kan gi klinikerne en følelse av at deres innspill har betydning for overordnet styring, hvilket kan etablere en tillit til controller. Økt tillit til controllers beslutninger kan motivere klinikerne til å aktivt engasjere seg i fremtidige økonomimøter og bringe opp momenter fra driften, hvilket vil fremme god samhandling.

Den lange erfaringen ved klinikken har gitt controller en forståelse av hvordan man bør imøtekomme klinikerne for å kapre deres tillit. Blant annet trekker hen frem viktigheten av å anerkjenne deres fag og arbeid for å skape en tillitsfull dialog:

«Jeg tror veldig på det at den dialogen er viktig – at de har tillit til meg. For jeg tror jo at hvis de ikke stoler på meg, så vil de heller ikke åpne seg. (...) Det er jo viktig arbeid de driver med, så det å belære for mye, det ... da må en istedenfor prøve å få inn budskapet på en annen måte tenker jeg». (Controller)

Controller utdyper at legene og sykepleierne tilhører sterke faggrupper: *«De har stor faglig integritet, og stor tro på liksom det de driver med»* Hen forteller videre at det er lov å stille spørsmålstegn rundt ressursbruken til klinikerne, men at legene har et sterkt kort når det kommer til pasientbehandlingen:

«(...) Vi må få lov til å stille spørsmålstegn ved det da, men jeg kan ikke ... det er de som står med ansvaret for pasienten, altså forsvarligheten, fagligheten ... så jeg kan alltid mene mye, men er forsiktig med det ... og det er skummelt fordi de veldig fort kan bruke det der med helse [helsekortet]». (Controller)

Samtidig vektlegger controller at det er viktig å ikke miste økonomens faglige integritet: *«Og det er viktig å ikke miste økonomens faglige integritet da (...). Jeg gir meg jo ikke på alt hele tiden»* (Controller).

Videre er controllers evne til å lytte til klinikernes behov og bekymringer viktig for å etablere og opprettholde tillit og respekt. For flere av klinikkens seksjoner er det lange ventelister, og pasientbehovet er større enn det klinikken klarer å levere på. I tillegg går klinikken med store budsjettunderskudd. Et smalt handlingsrom kan medføre at klinikernes verdier om god og rask pasientbehandling for samtlige pasienter ikke blir mulig å oppnå. Dette kan føles demotiverende, og kan påvirke kommunikasjonen med controller.

I flere av økonomimøtene har vi observert controllers empati og forståelse for mellomledernes utfordringer. For en relativt stor seksjon ble det diskutert utfordringer knyttet til lønnsavvik i form av overforbruk, samt betydelige fraværstall blant legene. I den forbindelse, uttalte controller:

«Det er et kjempe puslespill for deg, rett og slett (...). Det er jo en voldsomt stor aktivitet du administrerer her, så det å treffe blink er ikke så lett. Det er et krevende budsjett å strekke seg mot». (Controller)

Videre kommuniserte controller at dersom seksjonslederen ikke opplever tallene som oppnåelige eller realistiske, er det viktig å få kommunisert dette videre:

«Men det jeg ønsket å signalisere er at det er krevende å legge det budsjettet, og jeg må jo holde meg til de rammene som er der, og så er det greit å vite at det kanskje ikke er tilstrekkelig at det går og (...) det er bare viktig å få kommunisert det, og at vi kommuniserer det videre til [klinikksjef] så man vet hva man går inn i». (Controller)

Samtidig var controller opptatt av å vektlegge hvilken betydelig utvikling det har vært budsjettmessig, da fjorårets underskudd ble redusert betydelig:

«Men nå har vi pekt på mye sånne negative ting, det er jo akkurat det du sier, med at ting er jo i klar bedring og det er full forståelse oppover, sånn som jeg leser det hvert fall, til klinikksjefens nivå for den situasjonen, og man ønsker jo å gi deg spillerom sånn at du kommer til en enda bedre drift». (Controller)

I et påfølgende intervju har vi spurt controller om hvordan hen ordlegger seg når styringsinformasjon skal videreformidles til klinikerne:

«Man prøver å ikke fokusere bare på økonomi, selv om man er økonom. Hvis man blir invitert ut til å snakke med de på gulvet (...), er ikke så ofte jeg gjør det, men da er det jo å trække litt mer med varsomhet, (...) og i hvert fall med å være påståelig med overforbruk, fordi opplevelsen av at man løper, det ser man jo i medier hele tiden, og deres opplevelse er jo deres opplevelse». (Controller)

6.2.3 Avdelingssjef videreformidler essensen i økonomi ut til klinikerne

Flere av informantene uttrykker at det er viktig med et mellomledd mellom controller og klinikere som kan oversette essensen i økonomien til praksis: *«Jeg tror det fungerer bedre med et mellomledd nettopp for å på en måte fordøye hva som er essensen i økonomi, ikke sant? Da krever jo det at du har mellomlederen som kan videreformidle»* (Seksjonsleder 1).

På økonomimøtene fungerer avdelingssjefen som et bindeledd mellom controller og seksjonsleder. Ettersom avdelingssjefen er utdannet lege og har jobbet som vanlig overlege i mange år, har vedkommende sterke kliniske ferdigheter, samt god kjennskap til klinisk drift. Dette etablerer en tillit og integritet hos seksjonslederen. Deretter, gjennom sin rolle som seksjonsleder, fikk vedkommende opparbeidet seg administrative og økonomiske ferdigheter.

Disse egenskapene blir forsterket gjennom rollen som avdelingssjef, da hverdagen i enda større grad består av møtevirksomhet og administrativt arbeid, samt at man blir koblet tettere på klinikkledelsen og controller. Begge disse momentene legger til rette for at avdelingssjef forstår både seksjonsledernes og controllers perspektiver og tanker, hvilket gjør avdelingssjefen til en viktig oversetter mellom de to aktørene.

Til tross for at det ikke stilles krav til at mellomlederne skal ha en klinisk bakgrunn, forteller informantene våre at det er et viktig poeng å ha en med helsefaglig bakgrunn som sjef: *«At det er helsepersonell, tenker jeg stort sett er et minimum, men jo høyere opp du kommer, jo lettere er det å ikke være helsepersonell»* (Avdelingssjef). Det faktum at mellomlederne har klinisk bakgrunn kan gi økt troverdighet blant klinikerne, hvilket kan føre til at klinikerne i større grad aksepterer økonomiavdelingens innspill dersom mellomlederne også argumenterer for dette:

«(...) hvis du har en kirurg da, som ser litt fra begge sider, så er det kanskje lettere å argumentere for at jo, vi kan jo endre på det da, ikke sant? Vi trenger ikke å sende alle disse pasientene til [stort sykehus], vi kan håndtere det her ... for det er faglig forsvarlig, samtidig så korter vi ned på konsultasjonen sånn at vi får flere inn, og det er rettferdig overfor de som står og venter i kø (...) altså sånn type argumentasjon da».
(Avdelingssjef)

På flere av økonomimøtene observerer vi at avdelingssjefen tydeliggjør økonomisk informasjon overfor seksjonsleder. I et tilfelle der det ble snakket om relevansen av koding i praksis, trekker avdelingssjefen frem en økonomisk indeks som sykehusets analyseavdeling hadde laget:

Avdelingssjef: *«Hvor mye ressurser bruker du på en pasient i forhold til hvor mye du får igjen, og så ble det en indeks. Og det kommer veldig bra ut på [den aktuelle seksjonen]»*

Seksjonsleder 1: *«Var det ut ifra reelle tall, eller ut ifra hva man kunne gjøre?»*

Avdelingssjef: *«Det var driften nå ... Koster det en hundrelapp for en pasient, så får du igjen kanskje 103 kroner på [den aktuelle seksjonen], men betaler du 100 kroner i behandling for én pasient, så får du kanskje 93 kroner på andre seksjoner»*

Avdelingssjefen har en oppfatning av at folk flest “*skjønner kroner og øre*”, og dette eksempelet illustrerer hvordan tilsynelatende kompliserte økonomiske termer som DRG-poeng blir forenklet til et mer forståelig språk.

Et annet eksempel er under en diskusjon rundt bedre utnyttelse av operasjonsstuen på en av seksjonene. Her trekker avdelingssjefen frem for seksjonsleder konsekvensene av dårlig utnyttelse av stuen:

«En sånn standard operasjonsstue på et stort sykehus koster cirka 30.000 kroner å drifte i timen. Og si at du lar det stå nede i 2 timer da, så er det 60.000 kroner i tap. Og det er jo kjempemasse penger». (Avdelingssjef)

Allerede i sin tidligere rolle som seksjonsleder, var avdelingssjef opptatt av at klinikerne skulle ha et forhold til sitt økonomiske samfunnsansvar om å forvalte de offentlige helsemidlene på en forsvarlig måte. Gjennom å presentere økonomiske tall til legene på seksjonen sin, trosset hen dermed skepsisen mot at klinikerne skulle forholde seg til budsjett. Først begynte hen forsiktig på fagdagene:

«Så tenkte jeg at kanskje det er lurt å i hvert fall presentere de enkleste tallene, så prøvde jeg å finne en form å gjøre det på, så jeg begynte forsiktig på de fagdagene hvor jeg har gjennomgått driftstall (...), så sier jeg sånn: “Ja, her er vi (...), nå skulle vi nådd det måltallet der, og så klarte vi ikke det, men vi havnet her, men det er bedre enn i fjor, og vi har økt sånn i absolutte tall. Så har vi økt produksjonen vår”». (Avdelingssjef)

Da den daværende seksjonslederen opplevde at dette ble godt mottatt blant legene, begynte hen å oppdatere om produksjonstall på månedlige seksjonsmøter. Noe av det som ble presentert var produksjon i form av antall opphold fordelt på dag, døgn og poliklinikk, samt ventelister og etterslep.

«Og så ble det veldig godt mottatt for folk synes det var interessant, og det hadde jeg ikke trodd. Og så begynte jeg faktisk å gjøre det på månedlige seksjonsmøter hvor jeg samlet alle på min seksjon for å presentere de her driftstallene (...)». (Avdelingssjef)

I tillegg presenterte den daværende seksjonslederen økonomiske aspekter som kan være relevant for praksis, som eksempelvis de økonomiske konsekvensene av å ikke utføre korrekt medisinskfaglig koding. Dette ble særlig gjort i de periodene der seksjonen gikk glipp av den refusjonen de skulle ha hatt grunnet manglende eller feilaktig koding. Avdelingssjefen forteller: *«Da har jeg tatt opp det på de seksjonsmøtene og sagt at nå er det mange som ikke har kodet (...) da sier vi nei takk til penger på en måte»*. Vedkommende illustrerer hvordan hen typisk la opp dialogen og formidlingen av budskapet til klinikerne:

«Så kommer jeg med et regnestykke, så skriver jeg det opp på en powerpoint slide, og sier “ok, de fleste av dere koder med denne koden. Det gir 2100 kroner. Men her finnes det en kode som er mer spesifikk for akkurat det du gjør. Den koden gir 7300 kroner. Du gjør akkurat samme, men du koder mer korrekt, og da får du 5000 kroner mer. Det at vi får 5000 kroner mer, det tilsvarer så og så mange vanlige polikliniske konsultasjoner” har jeg oversatt det til, det vil si at ved å kode riktig en sånn dag, tjener du like mye som på 5 hele dager med poliklinikken (...) den har gått gjennom noen ganger da» (Avdelingssjef).

På spørsmål om den daværende seksjonslederen merket endring i tankesettet til klinikerne etter at de økonomiske tallene ble presentert, svarte vedkommende:

«Mitt generelle inntrykk er at overlegene i hvert fall skjønner litt mer av driften nå enn de gjorde tidligere. Men jeg blir jo stadig forbløffet over hvor liten systemforståelse mange har. Jeg synes ikke det er rart, men det er litt synd da» (Avdelingssjef).

En av dagens seksjonsledere deltok tidligere på disse møtene som vanlig overlege, og forteller følgende om opplevelsen: *«Det synes jeg var interessant. [Avdelingssjef] har vært flink til å holde hele seksjonen orientert om økonomien. Altså hatt regelmessige møter, hvor hen ikke har [presentert] noe komplisert og ikke på veldig sånn detaljnivå» (Seksjonsleder 1).*

Nå som informantene har overtatt rollen som avdelingssjef, blir det vedkommendes oppgave å motivere seksjonslederne til å formidle styringsinformasjon videre, da det er seksjonslederne som har den største kontakten med legene. Imidlertid fremkommer det at nåværende seksjonsledere ikke presenterer funnene på samme måte: *«Jeg tror kanskje at de ikke tar det opp så mye skal jeg være ærlig» (Avdelingssjef).*

7 Diskusjon av empiriske funn

I den første delen av kapittelet retter vi oppmerksomheten mot de organisatoriske rammene som controller og mellomlederne opererer innenfor, med et særlig fokus på økonomimøtene. Vi har tidligere under kapittel 6.2.1 sett hvordan økonomimøtene fungerer som en plattform for å gjøre styringsinformasjon i praksis, og vi vil følgelig ta et dypdykk i møtenes struktur, dynamikk og eventuelle barrierer som legger rammer for samhandlingen under møtene.

I kapittelets andre del vil vi gå dypere inn på rollene til controller og avdelingssjef. Først vil vi drøfte hvorfor controller har en sentral posisjon ved å formidle styringsinformasjon, og undersøke hvordan vedkommendes kunnskap, erfaring og personlige egenskaper bidrar til å muliggjøre den hybride rollen til de medisinskfaglige mellomlederne. Videre vil avdelingssjefen bli fremhevet som den sentrale hybride aktøren i samhandlingen mellom klinikere og controller. Vi vil argumentere for hvordan avdelingssjefens hybride rolle er avgjørende for å implementere styringsinformasjon i klinisk praksis, samt hvilke aktiviteter som tas i bruk.

7.1 Økonomimøtenes dialogiske rom bidrar til å gjøre styringsinformasjonen relevant

Funnene våre viser at det skjer en månedlig dialog med de tre aktørene (avdelingssjef, controller og seksjonsleder) under strukturerte økonomimøter (Økonomimøte X), og at disse møtene kan være en løsning på potensielle utfordringer som kan oppstå ved kommunikasjonen av styringsinformasjon på tvers av ledd. Møtene skaper en arena hvor aktører fra ulike enheter, nemlig økonomienheten og klinikken, kan komme sammen og skape et samarbeid på tvers av de ulike enhetene i organisasjonen. Vi har observert et svært godt samarbeid mellom controller og mellomlederne på disse møtene, og i våre øyne skjer det en dialog mellom tre aktører som alle har gjensidig respekt og forståelse for hverandre. Vi observerer ikke at aktørene stiller seg negative til innspill eller tanker fra hverandre, tvert imot opplever vi at de tre aktørene sammen forsøker å finne løsninger på felles problemer. Med andre ord foregår det en diskusjon mellom tre likeverdige aktører.

Å sitte sammen skaper grunnlag for å nyttiggjøre styringsinformasjon

Mellomlederne har uttrykket at den fysiske avstanden mellom kontorene gjør noe med dynamikken, og vi kan argumentere for at fysisk avstand til dels hindrer den uformelle og spontane kommunikasjonen mellom aktørene. Slik uformell kommunikasjon kan være sentral i en organisasjon for å skape fellesskap, bygge relasjoner og formidle informasjon på en rask og uformell måte (Kreitner & Kinicki, 2016). For å legge til rette for en effektiv kommunikasjonsprosess i organisasjonen, blir det essensielt å redusere barrierer og skape et miljø der aktørene kan samhandle sømløst. Korte avstander mellom kontorene til ulike aktører blir derfor ikke bare praktisk, men også teoretisk begrunnet, da det kan gi opphav til spontan og rask utveksling av ideer. På denne måten blir fysisk nærhet en strategisk tilnærming for å fremme en dynamisk kommunikasjonspraksis mellom aktørene.

De faste økonomimøtene fungerer som en formell kommunikasjonsplattform (Robbins et al., 2017) mellom aktørene. Det kommer frem at seksjonslederne har en travel hverdag bestående av møter, håndtering av fravær og organisering av seksjonen. Som seksjonsleder er det ikke alltid tilstrekkelig med tid til å tenke strategisk eller studere seksjonens regnskapstall. Økonomimøtene fungerer dermed som en plattform hvor seksjonslederne blir «tvunget» til å sette seg ned å se på tallene, og med hensyn til den fysiske avstanden mellom kontorene, kan disse møtene være en viktig styringsmekanisme som bidrar til å skape god kommunikasjon mellom aktørene.

Klinikken har utarbeidet en gjennomtenkt møtestruktur hvor møtene med seksjonsleder legges i forkant av klinikksjefmøtene, slik at avdelingssjef og controller skal få et større diskusjonsgrunnlag når de senere møter klinikksjef. Ut ifra observasjonene bidrar denne rekkefølgen til at avdelingssjef og controller både må formidle ting ned på seksjonsledernivå, og ta dem opp igjen til klinikkledelsen. Til tross for at vi ikke avdekket betydelige mangler i videreformidlingen, kan det potensielt være en risiko for at meningen bak seksjonslederens utsagn forsvinner i videreformidlingen ved at viktige elementer blir misforstått eller faller bort. I slike tilfeller kan det være fordelaktig at informasjonen blir hørt direkte fra seksjonsleder.

Økonomimøtene skaper et samarbeid på tvers av aktører med ulik bakgrunn

De medisinskfaglige mellomlederne besitter en kombinasjon av kunnskap fra det medisinske og økonomiske faget, og teori omtaler slike aktører som hybride (Begkos & Antonopoulou, 2022). I den hybride rollen, sitter våre mellomledere på tvetydige oppgaver og forventninger

knyttet til deres rolle da de må balansere det økonomiske ansvaret opp mot ønsket om å ivareta pasientsikkerheten.

Våre funn viser at mellomlederne i stor grad ser relevansen av å tilegne seg økonomisk kunnskap, og at de ikke stiller seg motvillige til det. Særlig opplever vi at aktørenes interesse og kunnskap for økonomi øker etter hvert som de blir trygge i rollen og tilegner seg mer kunnskap. Imidlertid finner vi at det økonomiske aspektet ofte nedprioriteres i en travel hverdag, med hensyn til pasientansvaret. Dette funnet kan støttes av studiene til Begkos og Antonopoulou (2022) og Nyland og Pettersen (2004), hvor de finner at mellomlederne følte på en sterkere forpliktelse knyttet til pasientbehandling og deres kjernefaglige identitet, fremfor budsjett. Samtidig har vi funnet at dersom mellomlederne skal bli værende i stillingen, må de få viet nok tid til pasientbehandling. Med andre ord eksisterer det en frykt for å tape de kirurgiske ferdighetene som følge av for mye administrativt arbeid. Dette resonnerer med Llewellyn's funn om at ledere kan ha en motvilje rettet mot det å engasjere seg i administrative oppgaver grunnet en frykt for å miste deres kliniske ferdigheter (Llewellyn, 2001).

Seksjonslederne har tilgang til ulike styringsverktøyet (se vedlegg 1), men det kommer frem at seksjonslederne ikke aktivt går inn for å se på tallene på egen hånd. Dette kan i tilfeller skyldes klinikernes manglende økonomiske kunnskap, men også at de kan sitte på verdier og holdninger som ikke er knyttet til økonomi. Derimot finner vi at seksjonslederne i større grad ønsker å diskutere disse tallene på møter, slik at de kan få veiledning fra controller. Til tross for at etterspørselen etter møter er stor, finner vi at seksjonsledernes involvering med økonomisk informasjon i større grad anses som noe de *må* gjøre, og en slik tilnærming til den hybride rollen kan resonnerer med McGivern et al. (2015, referert i Sartirana, 2019) sin definisjon av "tilfeldige" hybrider. Imidlertid er ikke alltid tiden tilstrekkelig for slike møter, hvilket også støttes av Riksrevisjonen (2009) som viser at man sliter med å gi nok opplæring til klinikere med lederansvar.

Regnskap og budsjett som grenseobjekt

Aktørene som deltar på økonomimøtene står i krysningspunktet mellom den kliniske og økonomiske enheten i sykehuset, og slike aktører kan ifølge teorien omtales som grensesubjekter (Laine et al., 2016). For å kommunisere med mellomlederne presenterer controller objektiv data som danner grunnlaget for diskusjonen. Slike fakta gir en nødvendig referanseramme og et klart bilde av de økonomiske realitetene. Mellomlederne, med deres

kliniske forståelse, har videre ansvaret for å se på muligheter og tiltak gitt de rammebetingelsene de har fått. På denne måten blir ikke styringsinformasjonen kun tall og statistikker, men gjennom dialog får budsjettet tildelt en mening og en kontekst for den daglige kliniske praksisen, noe som er viktig for å gjøre styringsinformasjonen relevant for mellomlederne. Vi kan dermed argumentere for at regnskap, aktivitetsdata og budsjett sammenfaller med det teorien omtaler som et grenseobjekt, ettersom de brukes for å samle aktørers perspektiver, og for å generere en klarhet i hva som påvirker resultatene (Laine et al., 2016).

Styringsinformasjonen som presenteres på økonomimøtene er viktig, men det er noe særegent med aktørene som gjør at de evner å kommunisere og samhandle på tvers av grensene. For å få frem essensen av informasjonen er man avhengig av aktører som evner å oversette budskapet, og dette ønsker vi å se nærmere på i de påfølgende delkapitlene.

7.2 Controller som samhandlende grensesubjekt

Controller tilhører økonomienheten til sykehuset, men inntre den kliniske enheten da hen har tett dialog med både klinikkjef, seksjonsleder og avdelingssjef. Som et grensesubjekt (Laine et al., 2016) mellom klinikken og økonomienheten, er controller ansvarlig for å videreformidle informasjon på tvers av grensene, og vi finner at den gode dialogen mellom controller og mellomlederne på økonomimøtene i stor grad er preget av controllers evne til å samhandle med dem.

Vi finner at controller er avhengig av innspill fra mellomlederne for å utarbeide budsjett og annen styringsinformasjon. Dette resonnerer med studien til Llewellyn (2001) som uttaler at ledelsen ikke kan komme unna autoriteten til klinikerne, og at deres kliniske kunnskap er nødvendig for å ta beslutninger i praksis. Ettersom controller verken kan utføre kliniske oppgaver, eller har tilstrekkelig med kunnskap eller innsikt i dem, kan man derfor argumentere for at vedkommende i mindre grad er hybrid, men kun et rent grensesubjekt, med en en-veis rolle (Llewellyn, 2001; Laine et al., 2016). For å legge til rette for at klinikerne faktisk kommer med nyttige innspill, vil det være viktig at controller opparbeider seg tillit ved å signalisere ydmykhet og respekt overfor deres arbeid og fag.

Controller oppfattes som svært bevisst på sin rolle i helseforetaket, og erkjenner sin plass i forhold til klinikerne. Ved å uttrykke en dyp respekt for klinikerne og deres arbeid, signaliserer controller at det er klinikernes kunnskap og ekspertise som er essensiell for å foreta beslutninger i praksis. Fremfor å belære og påtvinge instruksjoner om hvordan momenter skal løses, forsøker vedkommende å bidra med sin økonomiske kunnskap som et supplement inn diskusjonen, slik at aktørene sammen kommer frem til en løsning. Controller har respekt for arbeidet som klinikerne utfører, og er innforstått med at det er de som er best egnet til å ta beslutninger i klinisk praksis. Denne virkelighetsforståelsen reflekterer personlige egenskaper som gjør controller til en tillitsvekkende og verdifull samarbeidspartner, som videre styrker controllers rolle som et støttende organ i sykehusmiljøet.

I samspillet mellom de tre aktørene er det controllerens rolle å bidra med det tekniske aspektet, og å presentere det faktuelle grunnlaget. Klinikerne er stort sett skeptiske til andre fagområder, og det er dermed viktig at controller opparbeider seg en viss integritet for å kunne være en pålitelig budbringer av styringsinformasjon. Over mange år har controller opparbeidet seg forståelse for den medisinske praksisen og de faglige begrepene som mellomlederne bruker, hvilket skaper tillit og legitimitet blant mellomlederne. Samtidig vil controllers kjennskap til klinikkens drift også styrke troverdigheten av informasjonen som presenteres.

På samme måte vil kunnskapen som controller besitter om sykehusdrift være med på å legge til rette for rask identifikasjon av hvilke økonomiske følger som klinisk praksis vil ha. En konsekvens av dette kan være at klinikerne i større grad bringer videre informasjon knyttet til driftsendringer og medisinskfaglig utvikling, ettersom de har tillit til at controller tilpasser budsjettet slik at det reflekterer praksis. På denne måten vil gjensidig dialog være viktig for å sikre at styringsinformasjonen er basert på et faktisk grunnlag, slik at mulighetene oppleves som realistiske. Dette legger grunnlaget for god samhandling, og her er tillit og integritet grunnfundamentet.

Vi har sett at mellomlederne og klinikerne opplever handlingsrommet som svært utfordrende, og at dette begrenser deres verdier om å gi god pasientbehandling til flest mulig. I dialogen er det derfor avgjørende at controller møter klinikerne med empati og forståelse. Ved flere anledninger har vi både observert og blitt fortalt i intervjuer at controller evner å signalisere medfølelse overfor klinikernes utfordringer. Vi argumenterer for at dette kan ha en positiv innvirkning på kommunikasjonen mellom aktørene.

Controller er innforstått med at det er ulike holdninger og motvilje knyttet til den økonomiske enheten, og erkjenner at klinikerne kan se på den økonomiske funksjonen som forstyrrende. Slike negative holdninger resonnerer også med funn fra tidligere studier (se f.eks. Llewellyn, 2001). I møte med disse holdningene, er det derfor viktig at controller kjenner sin rolle som en formidler av styringsinformasjon, og med det unngår belæring. Ved å påta seg en tilbakeholden rolle i forhold til det å tvinge gjennom ulike tiltak, forsøker controller i stedet å tilpasse budsjettet basert på innspill fra klinikerne. Controller kjenner de økonomiske rammene og budsjettene godt, og ved å fokusere på å fremskaffe relevant styringsinformasjon, kan hen bistå klinikerne med å foreta informerte beslutninger i praksis. Denne rollefordelingen kan fremme samarbeid mellom aktørene, samt overvinne barrierene mellom økonomiske og kliniske perspektiver i sykehuset, slik Laine et al., (2016) også finner i sin casestudie.

For at mellomlederne uten økonomiutdannelse skal forstå styringsinformasjonen som presenteres under møtene, vil god samhandling ikke bare avhenge av controllers tekniske ferdigheter, men også av controllers evne til å engasjere seg i dialog på tvers av grensene (Laine et al., 2016). Ettersom informasjonen presenteres i økonomiske termer, er det controller sin oppgave å formidle det på en måte som gir mening for mellomlederne, og som de anser som relevant.

Vi opplever at controllers kombinasjon av forståelse for den medisinske driften, og den opparbeidede tilliten blant mellomlederne, gjør controller til en viktig tilrettelegger for hybride aktører. Controller setter mellomlederne i en situasjon til å ta informerte beslutninger, og våre funn tilsier at avdelingssjef er avhengig av controller for å få engasjere seg i rollen som hybrid.

7.3 Medisinskfaglig avdelingssjef som villig hybrid aktør

Gjennom både individuelle intervjuer og ikke-deltakende observasjoner har vi fått erfare hvordan enkeltpersoner kan få en stor og viktig rolle ved utforming og formidling av styringsinformasjon. Den formelle dialogen mellom avdelingssjefen, controller og henholdsvis seksjonsleder og klinikkssjef, fremhever avdelingssjefen som en sentral nøkkelperson.

Med sin forståelse og interesse for det kliniske og økonomiske faget, har avdelingssjef opparbeidet seg en legitimitet hos både controller og sine kliniske kollegaer. En slik posisjon gir avdelingssjefen en sentral rolle når kommunikasjon på tvers av grensene er avgjørende, og

vi argumenterer for at avdelingssjefen er å anse som den viktigste hybridene når kommunikasjon av styringsinformasjon skal finne sted. Imidlertid vil avdelingssjefens og controllers ulike profesjonelle bakgrunner legge et naturlig skille mellom aktørene. Poenget er dermed ikke at avdelingssjefen skal bli regnskapsfører, men heller at vedkommende skal påta seg en rolle som integrerer de to enhetene. Dette fenomenet resonnerer med Kurunmakis (2004) teoretisering om hybridisering.

Avdelingssjef forstår og integrerer de to fagene

Avdelingssjef sitter på en unik kombinasjon av kunnskap og interesse for både det medisinske og det økonomiske faget, og vedkommende evner å mekle mellom aktørene fra begge fagene. Basert på dette, anses avdelingssjefen som en viktig oversetter mellom controller og seksjonsleder, og kan dermed omtales som det Llewellyn refererer til som et «to-veis vindu» (Llewellyn, 2001).

Vi finner at mellomlederne har en ulik tilnærming til deres hybride rolle og vi observerer blant annet at avdelingssjef er svært entusiastisk i tilnærmingen til lederrollen. Vedkommende viser en genuin interesse for å bidra til strategiarbeid og å integrere endringer, og Sartirana (2019) påpeker at slike kliniske ledere kan kategoriseres som villige hybride. Avdelingssjefen ble tidligere fostret opp til at økonomi og klinisk arbeid skulle holdes fra hverandre, og omgivelsene lå dermed til rette for at hen skulle følge i det samme sporet. Imidlertid hadde vedkommende en oppfatning om at det var nyttig for klinikerne på seksjonen å være oppdatert på tallene, og at de visste at de hadde et budsjett å forholde seg til. For å kunne videreformidle styringsinformasjon ned til klinikerne på seksjonen, ønsket den daværende seksjonslederen å opparbeide seg kunnskap om regnskapstallene. Gjennom å aktivt engasjere seg i regnskapsverktøyene, ble den økonomiske kunnskapen gradvis opparbeidet, og dermed ble også den hybride rollen styrket. Dette fenomenet resonnerer med Begkos (2016, referert i Begkos & Antonopoulous 2022) sitt funn om “learning by doing”.

Det er de medisinskfaglige mellomlederne som binder sammen klinikk og økonomi, og som tidligere belyst kan ikke controller påta seg denne rollen fullt ut, grunnet manglende medisinsk utdanning. Controllers rolle begrenses til å fremstille det faktuelle grunnlaget, og det er derfor behov for medisinskfaglige aktører som evner å motta informasjonen og gjøre det relevant for den kliniske praksisen. Den økonomiske kunnskapen og interessen som avdelingssjefen sitter på gjør vedkommende til en sentral mottaker av controllers informasjon. Dermed oppleves

avdelingssjefen som en svært viktig sparringspartner for controller, og deres gjensidige tillit til hverandre er avgjørende for å oppnå god samhandling.

Våre funn tilsier at klinikerne stort sett er skeptiske til andre fagområder, og i en slik setting kan det oppstå utfordringer når informasjon fra økonomiavdelingen videreformidles til klinikerne. Flere av informantene uttrykker at det er viktig med et mellomledd mellom controller og leger som kan fordøye essensen i økonomien, og som kan oversette informasjonen. På denne måten spiller de hybride mellomlederne en avgjørende rolle i å oppnå transparent kommunikasjon mellom de to enhetene. Dette samsvarer med Llewellyn (2001) sin argumentasjon om at klinikere vil respondere bedre på forslag som kommer fra ledere med medisinsk faglig utdanning, og at slike aktører kan inkludere organisatoriske prinsipper som klinikerne ikke anser som fremmed (Llewellyn, 2001).

Avdelingssjef utøver hybridiserende aktiviteter

Vi finner at avdelingssjefen i stor grad utfører aktiviteter for å promotere regnskapsinformasjon og relevansen av det i praksis. Gjennom å fremme et engasjement for regnskap og belyse fordelene ved det, bidrar avdelingssjefen med å redusere gapet i holdninger og den negative stigmaen knyttet til klinikernes oppfattelse av økonomenes mål og prioriteringer. Vi finner at avdelingssjef utfører ulike aktiviteter avhengig av om promoteringen er rettet mot seksjonsledere, eller mot klinikere uten lederansvar. Aktivitetene som avdelingssjefen utfører resonnerer med det Begkos og Antonopoulou (2022) definerer som hybridiserende aktiviteter, og de to typene aktiviteter som vedkommende utfører kan kategoriseres som henholdsvis balanserende og avstigmatiserende aktiviteter (Begkos og Antonopoulou, 2022). Balanserende aktiviteter ble benyttet i samhandling med seksjonslederne da disse klinikerne oppfattes som nølende, men likevel med et ønske om å lære. Avstigmatiserende aktiviteter ble brukt i møte med klinikerne som stilte seg motvillig til å ta i bruk regnskap i sin praksis, og dette rettet seg primært mot klinikere uten lederansvar.

Først og fremst skjer det en form for balanserende aktiviteter i møte med seksjonslederne under økonomimøtene. Vi opplever at avdelingssjefen oversetter komplekse økonomiske data fra controller til et språk som er forståelig for den medisinske praksisen til seksjonslederen. Denne oversettelsesprosessen er nøkkelen til å forene økonomiske prinsipper og klinisk virkelighet. Gjennom motivasjon og veiledning forsøker avdelingssjefen å fremheve relevansen av økonomien i den daglige praksisen. Seksjonslederne ønsker å lære, og hybridiseringen skjer

ved å øke kunnskapen til seksjonsleder, samt vise engasjement for controllers viderefremming av regnskapsinformasjon. I tråd med dette, har vi observert ved flere anledninger at avdelingssjefen kobler den kliniske aktiviteten opp i økonomiske termer. Eksempelvis ble det informert om alternativkostnaden ved å la operasjonsstuen stå ubrukt, og formuleringene var primært basert på enkle formuleringer som kroner og øre. Dette kan både utfordre og inspirere seksjonslederne til å tenke i samme baner.

Videre argumenteres det for at avdelingssjefen gjennomfører avstigmatiserende aktiviteter i møte med klinikerne uten lederansvar, både direkte og indirekte. I sin tidligere rolle som seksjonsleder, var vedkommende i en posisjon til å kunne utøve direkte innflytelse på legene ved seksjonen. Dette foregikk hovedsakelig gjennom presentasjon av driftstall på månedlige møter med seksjonen, der dialogen ble tilpasset og presentert på en måte som kunne appellere til klinikerne. En slik tilpasning av dialog samsvarer med Llewellyn (2001) sin teori om at kliniske ledere kan "dekodere" informasjonen slik at den formidles på et språk som klinikerne kjenner seg igjen i. Som følge av en positiv respons fra seksjonens leger, har avdelingssjefen senere oppfordret de nåværende seksjonslederne til å gjennomføre tilsvarende aktiviteter. Vi opplever gjentatte ganger at både controller og avdelingssjef oppmuntrer seksjonsleder til å viderefremme styringsinformasjon ned til lavere nivå. På denne måten kan avdelingssjefen indirekte gjennomføre destigmatiserende aktiviteter, også i sin nåværende rolle som avdelingssjef. Dette kan illustrere hvordan mellomlederne sitter på en unik mulighet til å øke interessen og forståelsen for styringsinformasjon blant klinikerne, og at de kan redusere den negative stigmaen rettet mot økonomienheten.

Funnene våre tilsier imidlertid at denne negative stigmaen derimot er blitt redusert de siste årene, da klinikerne i økende grad ser relevansen av økonomien i praksis. Dette støttes også av teorien (Jacobs et al., 2004; Eldenburg et al., 2019; Robbins & Lapsley, 2015, referert i Begkos & Antonopoulou, 2022). Vi kan argumentere for at en slik endring i klinikers verdisyn kan gjøre det lettere for de hybride mellomlederne å gjennomføre hybridiserende aktiviteter.

Ideer fra ledelsen og økonomienheten blir på mange måter "kanalisert" (Llewellyn, 2001) gjennom avdelingssjefen og ned til klinikerne, og stiller avdelingssjefen i en særegen posisjon som et to-veis vindu. Gjennom hybridiserende aktiviteter, samt kunnskap og interesse for begge fag, evner avdelingssjefen gjennom sin hybride rolle å finne verdifulle løsninger som forener de to fagene.

8 Konklusjon

I forrige kapittel har vi forsøkt å besvare problemstillingen vår:

Hvordan kan medisinskfaglige mellomledere og kontrollere samhandle for å gjøre styringsinformasjon relevant for medisinskfaglig praksis?

Ved å få et unikt innblikk i aktørenes økonomimøter, har vi opparbeidet oss en dypere forståelse for rollene til medisinskfaglige ledere og kontrollere, samt hvilke utfordringer aktørene kan møte på når videreformidling av styringsinformasjon skal skje.

Først argumenterer vi for at faste økonomimøter kan redusere eventuelle konflikter mellom aktørene som kan oppstå ved frustrasjon over opplevelsen av manglende samhandling, slik Spehar (2016) finner i sin doktorgradsavhandling. Møtene fungerer som et dialogisk rom der aktørene kan konstruere et styringsgrunnlag i fellesskap slik at de medisinske lederne kan handle etter faktuelle muligheter. Styringsgrunnlaget opptrer dermed som et grenseobjekt, og kan føre til mest mulig informerte beslutninger i tråd med aktørenes verdier. Vi har sett at både klinisk og økonomisk kunnskap utgjør en styrke ved prosesser som krever både klinisk og økonomisk ekspertise, hvilket resonnerer med Llewellyn (2001) sine studier som vektlegger viktigheten av et godt samarbeid når kunnskapen til to ulike grupper er nødvendig for å løse problemer. Samtidig legger dialogen til rette for at aktørene kan minske avstanden mellom proaktiv og pragmatisk sannhet, gjennom en kontinuerlig forbedringsprosess av budsjettene. Med utgangspunkt i våre observasjoner opplever vi at økonomimøtene er sentrale for at aktørene fullt ut skal få nyttiggjøre rollen sin som grensesubjekter.

Det foregår et betydningsfullt samarbeid mellom controller og avdelingssjef på økonomimøtene, og ved formidlingen av styringsinformasjon er de gjensidig avhengig av hverandre. Først og fremst finner vi at controllers personlige egenskaper, samt den opparbeidede tilliten, skaper et miljø som legger til rette for en åpen dialog og gjensidig forståelse. Ved å samtidig presentere faktuelle muligheter, finner vi at controller muliggjør den hybride rollen til mellomlederne. Controller fungerer som et støtteapparat til den vi anser som den viktigste hybridene, nemlig avdelingssjefen. Vi argumenterer for at avdelingssjefen som villig hybrid er viktig når kommunikasjon på tvers av grensene er avgjørende. I forsøk på å

gjøre styringsinformasjonen relevant for klinikerne integrerer vedkommende elementer fra flere logikker gjennom hybridiserende aktiviteter. Avdelingssjef fungerer dermed som en brobygger mellom den kliniske og økonomiske enheten i måten hen hybridiserer de ulike fagene (Begkos & Antonopoulou, 2022).

En mulig begrensning ved vår masterutredning er at den kun reflekterer vår nåværende forståelse av problemstillingen, og illustrerer dermed en proaktiv sannhet. Gjennom vår dynamiske tilnærming, har denne sannheten vært gjenstand for en kontinuerlig forbedringsprosess gjennom prosjektets løpetid, men det er ikke nødvendigvis slik at vår forståelse er pragmatisk sann. Videre har vi basert våre funn på et fåtall informanter ved sykehuset. Vi har ikke intervjuet noen av klinikere uten lederansvar ved helseforetaket, og for å styrke våre funn kunne det vært interessant å få en dypere innsikt i deres perspektiver knyttet til relevansen av styringsinformasjon, og hvordan de oppfatter at mellomlederne videreformidler dette. Derimot var den konstituerte seksjonslederen nylig en “vanlig” overlege uten lederansvar, og vedkommende sine uttalelser kan potensielt gi et innblikk i synspunktene til noen av klinikerne på den aktuelle seksjonen. Dessuten kan det faktum at vi kun har studert én avdelingssjef og én controller, begrense evnen til å anvende studien i andre helseforetak. Derimot er ikke studiens formål nødvendigvis å generalisere til en større kontekst, men heller å tilegne oss dyp kunnskap om de spesifikke aktørenes roller og interaksjoner. Vi kan imidlertid argumentere for at implikasjonene av studien kan være at tillit og forståelse er viktige egenskaper når aktører med ulike bakgrunner samhandler med hverandre, samt at hyppige møter kan være sentralt for å gjøre styringsinformasjon relevant i helsefaglig praksis.

Til videre forskning kan det være interessant å studere samspillet mellom controller og mellomlederne på flere avdelinger innenfor vår kirurgiske klinikk, samt på avdelinger ved andre norske sykehus. Deriblant kan det spesielt være interessant å undersøke hvordan disse aktørene formidler styringsinformasjon på tvers av ledd i organisasjonen, samt hvordan den formelle møtestrukturen er. Videre kan man se på hvordan andre medisinskfaglige mellomledere tilnærmer seg den hybride rollen.

Referanser

- Adams, J., Raeside, R. & Khan, H. T. A. (2014) *Research Methods for Business and Social Science Students* (2.utg.). Sage Publications Pvt. Ltd.
- Begkos, C. & Antonopoulou, K. (2022). Hybridization as practice: clinical engagement with performance metrics and accounting technologies in the English NHS. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 35(3), 627-657.
- Bovim, G (2023, 02.februar) *Helsepersonellkommisjonen overleverte sin utredning* [Video]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helsepersonellkommisjonen-overleverte-sin-utredning/id2961748/>
- Brean, A (2023, 23.august). Når virkeligheten spriker. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2023. <https://www.doi.org/10.4045/tidsskr.23.0552>
- Byrkjeflo, H. & Jespersen, P. K. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 441-458.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, Inc.
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*. Fagbokforlaget.
- Grossi, G., Kallio, K., Sargiacomo, M. & Skoog, M. (2020). Accounting, performance management systems and accountability changes in knowledge-intensive public organizations. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 33(1), 256-280.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.
- Hormess, M. E., Lawrence, A., Schneider, J. & Stickdorn, M. (2018). *This is Service Design Doing - Applying Service Design Thinking in the Real World*. TISDD. <https://www.thisisservicedesigndoing.com/methods/non-participant-observation>
- Jakobsen, M., Mitchell, F., Nørreklit, H. & Trenca, M. (2019). Educating management accountants as business partners. Pragmatic constructivism as an alternative pedagogical paradigm for teaching management accounting at master's level. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 16(4), 517-541. <https://doi.org/10.1108/QRAM-10-2017-0099>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jia, Z., Kornstad, T., Leknes, S. & Rønning, M (2022). Kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapport 2022/32. Statistisk sentralbyrå (SSB). https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/_attachment/inline/d5ffb993-90f0-40c3-883c-dc070e5846c4:6854696385c82069e7135bc11ac81cae3b39c98d/RAPP2022-32.pdf
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag AS.
- Kreitner, R., & Kinicki, A. (2016). *Organizational Behavior*. McGraw-Hill Education
- Kurunmaki, L. (2004). A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3), 327-347.

- Laine, T., Korhonen, T., Suomala, P. & Rantamaa, A. (2016). Boundary subjects and boundary objects in accounting fact construction and communication. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 13(3), 303-329.
- Llewellyn, S. (2001) Two-way windows: Clinicians as Medical Managers. *Organisation Studies*, 22(4), 593–623.
- Lund, T. & Haugen, T. (2006). *Forskningsprosessen* (1. utg.). Unipub forlag.
- Merriam, S.B. (1998) *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. Jossey-Bass Publishers.
- Nielsen, L. B., Mitchell, F. & Nørreklit, H., (2015). Management accounting and decision making: Two case studies of outsourcing. *Accounting Forum* 39, 64–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.accfor.2014.10.005>
- NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- 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. & Olsen, T.E. (2017). Tettere styring i helseforetakene? En studie av mellomlederens holdninger til økonomistyring 2008-2014. *Praktisk økonomi & finans*, 33(1), 36-52.
- Nørreklit, L., Petersen S. L., Prangsgaard, B., & Tuft K. et al. (1983), *Aktørsmetoden: En indføring i erhvervsøkonomisk prosjektarbejde*, Aalborg universitetsforlag.
- Nørreklit, L. (2011) *Actors and reality: A conceptual framework for creative governance. An Actor's Approach to Management: Conceptual Framework akknd Company Practices*. Djøf. Jurist- og Økonomiforbundet, 7-38.
- Nørreklit, H., Nørreklit, L. & Mitchell, F. (2016), Understanding practice generalisation – opening the research/practice gap, *Qualitative Research in Accounting and Management*, 13 (3), 278-302.
- Nørreklit, H. (2017). *A philosophy of management accounting: A pragmatic constructivist approach*. Taylor & Francis.
- Riksrevisjonen (2009). *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Dokument 3(3), 2009-2010*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-20142015/styringpleieressursenehelseforetakene.pdf>
- Ringdal, K. (2009) *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Robbins, S. P., Coulter, M., & DeCenzo, D. A. (2017). *Fundamentals of Management*. Pearson.
- Robson, C. (2011). *Real World Research. A resource for Social Scientist and Practitioner-Researcher* (2.utg.). Blackwell Publishers.
- Sartirana, M. (2019). Beyond hybrid professionals: evidence from the hospital sector. *BMC Health Services Research* 19, 634 (2019).
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2012). *Research methods for business students* (6.utg.). Pearson Education Ltd.
- Saunders, M., Lewis, P. and Thornhill, A. (2019) *Research methods for business students* (8.utg.). Pearson Education Ltd.

Spehar, I., (2016). *Ledelse i norske helseforetak*. UIO.
<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2016/ledelse-i-norske-helseforetak.html>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and Methods* (2.utg.). SAGE Publications.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and Methods* (4.utg.) SAGE Publications.

Vedlegg

Vedlegg 1: Styringsinformasjon

Utklipp av styringsverktøy er utarbeidet med utgangspunkt i tilsendt materiale. Med hensyn til anonymisering av sykehuset er tallene fiktive

Forside	Rapporter	Detaljer			Pr. Ansvarssted		
202310	[Org.nivå: Budsjettsvarlig]	Standard transaksjon	Alle motparter		Kolononnemaler: Standard		
Alle prosjekter		Alle NS3454-koder		Ikke prosjekterrelatert			

Intranetrapport	Denne perioden			Hittil			Hele året
	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Budsjett
Basistilskudd	-	-	-	-	-	-	-
ISF inntekter, egen region	-1 350	-1 400	-50	-15 500	-15 540	-40	-18 000
ISF inntekter, gjester	-35	-40	-5	-600	-650	-50	-900
Polikliniske inntekter	-1 900	-1 800	100	-18 000	-17 890	10	-19 500
Øremerkede tilskudd	-	-	-	-	-	-	-
Andre inntekter	-	-	-	-	-	-	-
Driftsinntekter	-3 285	-3 240	45	-34 100	-34 080	-80	-38 400
Fast lønn	1 500	1 550	50	16 000	16 500	500	20 000
Variabel lønn	100	80	-20	350	500	150	800
Sosiale kostnader	420	500	80	3 400	3 500	100	4 900
Diverse lønn	-	-	-	-	-	-	-
Lønnskostnader	2 020	2 130	110	19 750	20 500	750	25 700
Varekostnad	80	75	-5	650	660	10	800
Andre driftskostnader	20	18	-2	200	250	-50	300
Driftskostnader	2 120	2 223	103	20 600	21 410	710	26 800
Finans	-	-	-	-	-	-	-
Resultat før avskrivninger	-1 165	-1 017	148	-13 500	-12 670	630	-11 600
Avskrivninger	-	-	-	-	-	-	-
Resultat	-1 165	-1 017	148	-13 500	-12 670	630	-11 600

Utklipp fra internt regnskapsprogram: resultatregnskap til en seksjon i oktober 2023.

Forside	Rapporter	Detaljer			Pr. Ansvarssted		
202310	[Org.nivå: budsjettsvarlig]	Standard transaksjon	Alle motparter		Kolononnemaler: Standard		
Alle prosjekter		Alle NS3454-koder		Ikke prosjekterrelatert			

(T) Total	Denne perioden			Hittil			Hele året
	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Faktisk	Budsjett	Avvik budsjett	Budsjett
(3) Salgs- og Driftsinntekter	-3 285	-3 240	45	-34 100	-34 080	-80	-38 400
(3000) Salgsinntekt, høy sats	-	-	-	-	-	-	-
(3001) Salgsinntekt, mellomhøye sats	-	-	-	-	-	-	-
(3010) Salgsinntekt tjenester, høy sats	-	-	-	-	-	-	-
(3017) Salgsinntekt tjenester, lav sats	-	-	-	-	-	-	-
(3100) Salgsinntekt varer avg.fritt	-	-	-	-	-	-	-
(3130) Salgsinntekt tjenester, utenfor avg. Området	-	-	-	-	-	-	-
(3200) ISF-refusjon egen helseregion, heldøgn	-500	480	20	-8 150	-8 000	150	-9 500
(3201) ISF-refusjon egen helseregion, dagbehandling	-900	-1 000	-100	-9 000	-9 200	-200	-10 000
(3202) ISF-refusjon egen helseregion, poliklinikk	-1 250	-1 200	50	-10 000	-11 000	-1 000	-13 000
(3207) ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	-	-	-	-	-	-	-
(3209) ISF-refusjon annet	-	-	-	-	-	-	-
(3210) Gjestepasientinntekter somatikk dag- og døgn	-	-	-	-	-	-	-
(4) Varekostnad	80	75	-5	650	660	10	800
(5) Lønn og godtgjørelser	2 020	2 130	110	19 750	20 500	750	25 700
SUM	-1 165	-1 017	148	-13 500	-12 670	630	-11 600

Utklipp fra internt regnskapsprogram: oversikt over regnskapspostene til en seksjon i oktober 2023.

ANTALL OPPHOLD							
Aktivitetsoversikt 2023	Denne måned			Hittil i år			Resultat for 2022
Oktober	Resultat	Plan	Avvik	Resultat	Plan	Avvik	
Kirurgisk klinikk - Heldøgn	1 000	1 100	-100	10 000	11 000	-1 000	9 000
Seksjon 1	300	320	-20	3 000	3 200	-200	2 989
Seksjon 2	400	430	-30	4 000	4 300	-300	2 901
Seksjon 3	300	350	-50	3000	3500	-500	3 110
Kirurgisk klinikk - Dag	800	950	-150	8 000	9 500	-1 500	7 500
Seksjon 1	200	300	-100	2 000	3 000	-1 000	1 800
Seksjon 2	400	350	50	4 000	3 500	500	3 900
Seksjon 3	200	300	-100	2 000	3 000	-1 000	1 800
Kirurgisk klinikk - Poli kons	10 000	11 000	-1 000	100 000	110 000	-10 000	95 000
Seksjon 1	2 500	3 000	-500	25 000	30 000	-5 000	22 500
Seksjon 2	4 000	4 200	-200	40 000	42 000	-2 000	39 200
Seksjon 3	3 500	3 800	-300	35 000	38 000	-3 000	33 300

Utklipp fra excel-dokument med oversikt over aktiviteter: aktivitetsoversikten til en seksjon i oktober 2023.

Vedlegg 2: Utregning av effekten ved ny legeressurs

Tallgrunnlag for utregning av effekten ved ny legeressurs er utarbeidet med utgangspunkt i tilsendt materiale. Med hensyn til anonymisering av sykehuset er tallene fiktive

Kostnad - personell/varer	Sum lønn inkl sos avg	Grunnlønn	Ind tillegg	Vakt	UTA
Overlege - 100%	1 490 000	921 500	30 000		145 000
Sykepleier - 60%	460 000	342 600			
SUM lønn - inkl sos.avg	1 950 000				
Varekostnad - polikl	280 000				
Varekostnad	180 000				
Sum varekostnad	460 000				
Sum kostnader	2 410 000				

Inntekt ny aktivitet - ifm tilførte ressurser personell	Inntekt	Antall	Vekt
Lege - Ordinær polkl	730 000	1 155	0,032
+ egenandeler	450 000	1 155	386
Inngrep i lokalanestesi	940 000	560	0,085
+ egenandeler	220 000	560	386
SUM Inntekt ny aktivitet	2 340 000		

Ant. Kons./dag	Ant. dag/uke	Ant. uker
11	2,5	42 **
7	2	40 **

Inntekt aktivitet - endret bruk av legeressurs Øker 1 dag m/dagkir-reduksj 1 dag polikl kons	Inntekt	Antall	Vekt
Dagkir (prosedyrekode [X])	360 000	120	0,150
+ egenandeler	50 000	120	386
Dagkir (prosedyrekode [Y])	930 000	120	0,392
+ egenandeler	50 000	120	386
Polikl	-390 000	588	0,033
+ egenandeler	-230 000	588	386
SUM inntekt - endret aktivitet	770 000		
Sum inntekter	3 110 000		

Ant. inngrep, kons/dag	Ant. dag/uke	Ant. uker
3	1	40 ***
3	1	40
14	1	42 ****

Netto gevinst	700 000
----------------------	----------------

Innspill fra leder:

* 1 poliklinikk á 11 stk/dag 2,5 dager pr uke i 42 uker

** 7 lokalinngrep/dag 2 dager pr uke i 40 uker

*** 6 dagopr/dag 1 dag pr uke i 40 uker, 50/50 fordeling enkle/kompliserte

**** 1 poliklinikk á 14 stk/dag 1 dag pr uke i 42 uker

Vedlegg 3: Samtykkeskjema til informanter

Vil du delta i forskningsprosjektet ”*Formidling av styringsinformasjon i et norsk helseforetak*”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hvordan styringsinformasjon kan gjøres relevant i medisinsk faglig praksis. I dette skrivet gir vi deg informasjon om malene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Høsten 2023 skriver vi (Amalie Skolt og Mari Heggheim) en masteroppgave i forbindelse med vår avsluttende mastergrad ved Norges Handelshøyskole i Bergen. Vi ønsker å gjøre et dypdykk i hvordan klinikere og økonomer kan samhandle for å gjøre økonomisk styringsinformasjon relevant i praksis. Som en del av forskningsteamet har vi også med oss Kari Nyland, Trond Bjørnenak, Jakob Liboriussen og doktorgradstudent Martine Kjenstad. Opplysningene vil bli benyttet til utarbeidelse av masteroppgaven vår, samt publikasjoner i samarbeid med forskningsgruppen til Nyland, Bjørnenak, Liboriussen og Kjenstad.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NHH, avdeling Regnskap og Revisjon (Amalie Skolt) og avdeling Økonomi og Administrasjon (Mari Heggheim) er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet er satt i gang i forbindelse med en mastergradsavhandling som gjennomføres av Amalie Skolt og Mari Heggheim, med professor Kari Nyland som hovedveileder og postdoktor Jakob Liboriussen som biveileder. Dette prosjektet utføres også i samarbeid med Handelshøyskolen NTNU i Trondheim, representert ved doktorgradstudent Martine Kjenstad.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget av respondenter er basert på bakgrunn av at vi ønsker å avdekke og analysere hvordan styringsinformasjon kan formidles mellom mellomledere og økonomimedarbeidere i et norsk helseforetak. I tillegg ønsker vi å se på om relevansen av slik informasjon kan avhenge av samhandling mellom partene. Med dette som utgangspunkt er det sentralt at informantene har ulike bakgrunner, kunnskap rundt økonomisk informasjon, roller og ansvarsnivå innad i organisasjonen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i dette prosjektet innebærer at du gjennomfører et personlig intervju, og/eller at noen i forskningsteamet vårt observerer et budsjettmøte mellom deg og relevante aktører.

Et personlig intervju vil ta ca. 40-60 minutter. Utgangspunktet for intervjuet er intervjuguiden som vil inneholde spørsmål knyttet til samhandling og kommunikasjon mellom deg og aktuelle parter vedrørende styringsinformasjon. Samtalen vil bli registrert elektronisk ved bruk av taleoptaker på mobiltelefon.

Et ikke-deltagende observasjonsmøte innebærer at representanter fra forskningsteamet er tilstede under budsjettmøtet og opptrer som “*en flue på veggen*”. Samtalen vil bli registrert elektronisk ved bruk av taleoptaker på mobiltelefon.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Ved NTNU vil de følgende personene ha tilgang til dataene innsamlet: Martine Kjenstad og Kari Nyland.
- Ved NHH vil de følgende personene ha tilgang til dataene innsamlet: Amalie Skolt, Mari Heggheim, Trond Bjørnenak og Jakob Liboriussen

- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste, adskilt fra de øvrige data. Du som deltaker i dette prosjektet identifiseres indirekte via din stillingstittel i tilfeller der den er unik på din arbeidsplass.
- Ved publisering vil din arbeidsplass bli anonymisert.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet avsluttes i slutten av desember 2023, i det masteroppgaven er levert. Datamaterialet vil deretter bli brukt i doktorgradsavhandlingen til Martine Kjenstad. Ved levert grad vil alle data brukt i forbindelse med doktorgradsprosjektet bli slettet, men kan i senere tid, via forskningsartikler bli anvendt til undervisningsformål. Datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres forløpende, og erstattes med fiktive kode/navn. Anonymiserte opplysninger slettes ikke, men vil mulig kunne gjenbrukes til videre forskning og undervisning. I så tilfelle, vil dataene kun bli brukt av forskningsgruppen oppnevnt i dette skrevet. Dataene forholdes anonymiserte i all fremtidig bruk og dataene vil bli lagret på ubestemt tid ved behandlingsansvarlig institusjon i krypterte filer/mapper.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NHH har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- *Amalie Skolt* (Amalie.Skolt@nhh.no) ved NHH
- *Mari Heggheim* (Mari.Heggheim@nhh.no) ved NHH
- *Martine Kjenstad* (martine.kjenstad@ntnu.no) ved NTNU Handelshøyskolen eller
- *Vårt personvernombud: personvernombud@nhh.no*

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Amalie Skolt & Mari Heggheim
(Forsker/Mastergradstudenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Formidling av styringsinformasjon i et norsk helseforetak*", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å invitere forskningsteamet inn som ikke-deltakende observatør(er)
- Du som deltaker i dette prosjektet identifiseres indirekte via din stillingstittel i tilfeller der den er unik på din arbeidsplass

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

Om intervjuobjekt

- Kan du fortelle litt om deg selv, og din stilling?
- Hva er din kunnskap rundt økonomistyring i sykehus?

Økonomisk ansvar

- Hva syns du om det økonomiske ansvaret som følger med stillingen?
- Føler du at du får nok tid til de ulike oppgavene som forventes av deg?

Du har jo et budsjett og er ansvarlig for at seksjonen din følger dette.

- Videreformidler du budsjettene til de under deg?
 - **Hvis ja:**
 - Når var sist du formidlet økonomiske tall til klinikerne i seksjonen din, og hva la du vekt på i formidlingen?
 - Hvordan opplevde du at dette ble tatt imot?
 - **Hvis nei:** Hva er årsaken til det?
 - Hva er din generelle oppfatning av klinikere sine holdninger knyttet til relevansen av økonomisk informasjon i praksis?
 - Hva tenker du om å motivere de under deg til å hensynta økonomisk styringsinformasjon i klinisk praksis?
 - Har du et eksempel på situasjoner hvor du selv, eller andre rundt deg har stilt seg kritiske til innspill som kom fra økonomiavdelingen? Hvorfor?

Verdier:

- Hva er de viktigste faktorene for at du skal være fornøyd med ditt arbeid?
- Hva tenker du om bruk av økonomisk tall for å ta avgjørelser i klinisk praksis?
 - Har du et eksempel på at du/dine kollegaer har tatt en avgjørelse i praksis ut fra et økonomisk ståsted?
- Vi har skjønt det slik at dere måles på flere parametere. Hva syns du om vektleggingen mellom disse?
 - Oppfatter du at klinikerne har samme overordnede målsetningen som deg?

Avstand / dialog

- Hva syntes du om den fysiske avstanden mellom kontorene?
 - Er det lagt til rette for at rask dialog kan skje dersom det er behov for det?
- Dersom du er usikker på noe, hvor enkelt syns du det er å få svar/hjelp på møtene?
 - Hvordan er dialogen utenfor møtene, oppfatter du denne uformelle dialogen som viktig?
- Er det noe du synes burde bli bedre i kommunikasjonen mellom kontrollere og klinikere?

Økonomimøter

- Er du fornøyd med antall økonomimøter?
 - Initierer du til møter hvis du har behov for det?

- Dersom du lurer på noe utenfor økonomimøtene, hvem kontakter du da, og hvordan?
- Anser du disse møtene som nyttige og viktige for ditt arbeid?
- Forbereder du deg til disse møtene?
- Hvordan synes du det er å diskutere kliniske beslutninger med controller som ikke har helsefaglig bakgrunn?
- Har du et eksempel på når du har fått presentert noen tall på møtet og hvor du deretter har gått tilbake til seksjonen og forsøkt å finne løsninger eller tiltak for å bedre tallene?

Muligheter

- Hva tenker du om handlingsrommet du får, basert på budsjettet?
- Har du et eksempel på der det har blitt avvik fra din lederavtale?
- Hva er din motivasjon for å gjøre det bra budsjettmessig?

Avslutningsvis; Er det noe du vil tilføye, som du mener vi bør vite ang. samspillet (og kommunikasjonen) mellom kontrollere og mellomledere?

Vedlegg 5: Observasjonsguide

1. Kropsspråk
2. Rollene til de ulike partene
 - a. Oppleveres aktørene trygge i sin rolle
 - b. Rolig og forsiktig, eller selvsikker og tydelig
3. Hvordan formidles styringsinformasjon
 - a. Hvilke virkemidler og verktøy benyttes til dette
4. Hvem formidler styringsinformasjon
 - a. Hvordan formuleres informasjonen
 - b. Hvordan responderer de andre aktørene
5. Hvem styrer møtene
6. Hvem kommer med forslag til tiltak
7. Hvordan blir budsjettet fulgt opp
8. Hvordan kommer verdiene til de ulike deltakerne til uttrykk når det snakkes om økonomisk styringsinformasjon.
9. Hvordan ligger de an ift. budsjett
10. Blir lederavtalen diskutert
11. Hvordan flyter samtalen - løs eller strikt
 - a. Hvordan flyter samtalen før og etter møtet offisielt er i gang
12. Fysiske rammer rundt møtet (lengde, ordstyrer, eller annet)