



# Veien mot økt produktivitet i sykehus

**Anna Selnes og Johanne Pape Simenstad**

**Veileder: Kari Nyland**

Masterutredning i økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

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

## Sammendrag

I tiden fremover forventes en økning i den aldrende andelen av befolkningen samtidig som arbeidsstyrken og statlige inntekter forventes å falle. Det vil dermed være sentralt at den norske helsesektoren er i stand til å behandle flere pasienter med færre ressurser. De norske sykehusene er avhengige av å utnytte ressursene sine bedre for å øke produktiviteten slik at de kan imøtekomme denne utviklingen.

Denne masteroppgaven studerer hvordan styringssystemer i Akuttklinikken på OUS brukes for å oppnå økt produktivitet, og hva som oppleves som de sentrale styringsutfordringene. For å besvare problemstillingen har vi utarbeidet tre forskningsspørsmål. Det første spørsmålet retter seg mot hvilke styringsmekanismer som oppleves som sentrale i klinikken. Det andre dreier seg om hvordan disse styringsmekanismene brukes. Det tredje forskningsspørsmålet tar for seg hvilke styringsutfordringer våre informanter opplever som mest sentrale.

For å undersøke oppgavens problemstilling tar studien utgangspunkt i det teoretiske rammeverket Levers of Control samt teori om interorganisatorisk styring. Utredningen tar i bruk en kvalitativ forskningsmetode med utforskende og beskrivende forskningsdesign. Studiens datagrunnlag er samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med ledere på ulike nivåer i klinikken og en controller.

Studien viser at Akuttklinikken bruker budsjetter, prestasjonsmål og formell møtevirksomhet som sentrale styringsmekanismer. Budsjetter og prestasjonsmål brukes diagnostisk for å tilrettelegge for kontroll og sikre at arbeidet er i tråd med overordnede strategier. Klinikken har også et interaktivt bruk av diagnostiske styringssystemer, og møtevirksomheten er en del av det interaktive styringssystemet. Basert på opplysninger fra våre informanter tyder våre funn imidlertid på at bruken av de eksisterende styringsmekanismene forsterker silotankegang i klinikken.

Videre indikerer våre funn at klinikken har koordineringsutfordringer som særlig kommer til syne ved svikt i den horisontale kommunikasjonen. For å bedre oversiktsbilde over ressursene og øke produktiviteten, arbeides det med å utvikle et kontrolltårn. Studien vår viser imidlertid at mer styringsinformasjon nødvendigvis ikke vil være det som skal til for å øke produktiviteten, men at klinikken også må videreutvikle verdisystemet og det interaktive styringssystemet.

---

## Forord

Denne masterutredningen markerer avslutningen på den femårige siviløkonomutdanningen ved Norges Handelshøyskole (NHH). Oppgaven ble skrevet på høstsemesteret i 2023 og utgjør 30 studiepoeng.

Fra vi startet utdanningen på NHH i 2019 har vi utviklet et godt vennskap og en god samarbeidsrelasjon. Vi har hatt mange gode samarbeid i løpet av studietiden og deler flere av de samme interessene innenfor økonomi og administrasjon. Begge har hovedprofil i *økonomisk styring*, og vi bestemte oss tidlig for at vi skulle skrive masteroppgave sammen. Ettersom begge var særlig interessert i faget *BUS400 – Styring av større foretak*, ønsket vi å skrive om et tema vi hadde lært om i dette faget. Vi synes det var spennende med styring av komplekse organisasjoner og valgte dermed å skrive om sykehus.

Vi vil benytte anledningen til å takke vår veileder Kari Nyland, både for engasjement og veiledning gjennom arbeidet med oppgaven. Med din gode faglig kompetanse innenfor styring av helseforetak, har du bidratt med unik innsikt som har vært til stor nytte for vår masteroppgave. Vi vil også takke våre informanter på Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus for deres bidrag, innspill og erfaringer.

Avslutningsvis vil vi rette en stor takk til hverandre for et utmerket samarbeid gjennom hele semesteret, hvor vi har oppmuntret og støttet hverandre. Arbeidet har både vært utfordrende og spennende, og uten hverandre hadde ikke dette semesteret vært like innholdsrikt. Vi vil også takke familie og venner for støtte og motiverende ord.

Bergen, 18. desember 2023

---

Anna Selnes

---

Johanne Emilie Pape Simenstad

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>8</b>
1.1 BAKGRUNN OG MOTIVASJON .....	8
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING .....	10
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR .....	11
<b>2. ORGANISERING OG STYRING I SYKEHUS.....</b>	<b>12</b>
2.1 FINANSIERING OG ORGANISERING AV SYKEHUS.....	12
2.2 STYRING I SYKEHUS.....	15
<b>3. TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>17</b>
3.1 DEFINISJON AV STYRING.....	17
3.2 LEVERS OF CONTROL.....	20
3.2.1 <i>Verdisystemer</i> .....	21
3.2.2 <i>Grensesystemer</i> .....	22
3.2.3 <i>Diagnostiske styringssystemer</i> .....	23
3.2.4 <i>Interaktive styringssystemer</i> .....	26
3.2.5 <i>Samspillet mellom styringssystemene</i> .....	27
3.2.6 <i>Empiri og kritikk av Levers of Control</i> .....	29
3.3 STYRINGSUTFORDRINGER I INTERORGANISATORISKE RELASJONER.....	31
3.3.1 <i>Interorganisatorisk samarbeid</i> .....	31
3.3.2 <i>Koordinering</i> .....	32
3.3.3 <i>Styring av interorganisatoriske relasjoner</i> .....	33
<b>4. METODISK RAMMEVERK .....</b>	<b>35</b>
4.1 VITENSKAPSTEORETISK UTGANGSPUNKT .....	35
4.2 FORSKNINGSDESIGN .....	37
4.3 DATAINNSAMLING .....	40
4.3.1 <i>Primærdata</i> .....	40
4.3.2 <i>Sekundærdata</i> .....	41

---

4.4	DATAANALYSE .....	42
4.5	METODEKVALITET .....	43
4.5.1	<i>Pålitelighet</i> .....	44
4.5.2	<i>Gyldighet</i> .....	45
4.5.3	<i>Overførbarhet</i> .....	46
4.6	ETISKE VURDERINGER .....	47
<b>5.</b>	<b>CASEBESKRIVELSE.....</b>	<b>49</b>
5.1	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS OG AKUTTKLINIKKEN .....	49
<b>6.</b>	<b>EMPIRISKE FUNN.....</b>	<b>51</b>
6.1	BRUKEN AV BUDSJETTER SOM STYRINGSVERKTØY .....	51
6.2	PRESTASJONSMÅLING .....	53
6.3	KONTROLLTÅRNET .....	55
6.4	KOMMUNIKASJON OG KOORDINERING.....	58
6.5	ANSVARSFORDELING OG BESLUTNINGSMYNDIGHET .....	64
<b>7.</b>	<b>ANALYSE .....</b>	<b>66</b>
7.1	BRUKEN AV BUDSJETTER OG PRESTASJONSMÅL .....	66
7.2	EKSISTERENDE STYRINGSVERKTØY OPPLEVES Å FORSTERKE SILOTANKEGANG .....	69
7.3	OPPLEVDE KOORDINERINGSUTFORDRINGER.....	71
7.3.1	<i>Formalisering og spesialisering</i> .....	71
7.3.2	<i>Horisontale kommunikasjonsutfordringer</i> .....	72
7.3.3	<i>Vertikale kommunikasjonsutfordringer</i> .....	74
7.4	KONTROLLTÅRNET – BARE MER STYRINGSDATA? .....	76
7.4.1	<i>Kontrolltårnets potensielle gevinster</i> .....	76
7.4.2	<i>Viktigheten av kultur</i> .....	77
7.4.3	<i>Dialog rundt dataene</i> .....	78
7.5	OPPSUMMERING .....	80
<b>8.</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>82</b>
8.1	BESVARELSE AV PROBLEMSTILLING .....	82

8.1.1	<i>Hvilke styringsmekanismer oppleves som sentrale og hvordan brukes disse? .....</i>	82
8.1.2	<i>Hvilke styringsutfordringer oppleves som mest sentrale?.....</i>	83
8.2	BIDRAG OG IMPLIKASJONER .....	84
8.3	BEGRENSNINGER OG GYLDIGHET.....	85
8.4	FREMTIDIG FORSKNING.....	85
<b>LITTERATURLISTE.....</b>		<b>86</b>
<b>VEDLEGG.....</b>		<b>97</b>
VEDLEGG 1: SAMTYKKEERKLÆRING .....		97
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE .....		100
VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD .....		106

---

## Figuroversikt

Figur 1 - Handlingsrom .....	9
Figur 2 - Organisering av helseforetakene .....	12
Figur 3 - Styringsystemer som en pakke .....	19
Figur 4 - Transformering av mulighetsområdet til området for søk og innflytelse .....	23
Figur 5 - Strategistyring: Styringsobjekter som må analyseres .....	28
Figur 6 - Hierarkisk organisering i ledernivåer .....	50
Figur 7 - Avdelingene på Akuttklinikken .....	50
Figur 8 - Vertikal og horisontal kommunikasjon .....	75

## Tabelloversikt

Tabell 1 - Oversikt over informanter .....	41
Tabell 2 - Oversikt over sekundærdata .....	42
Tabell 3 - Oversikt over møteaktivitet .....	59

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og motivasjon

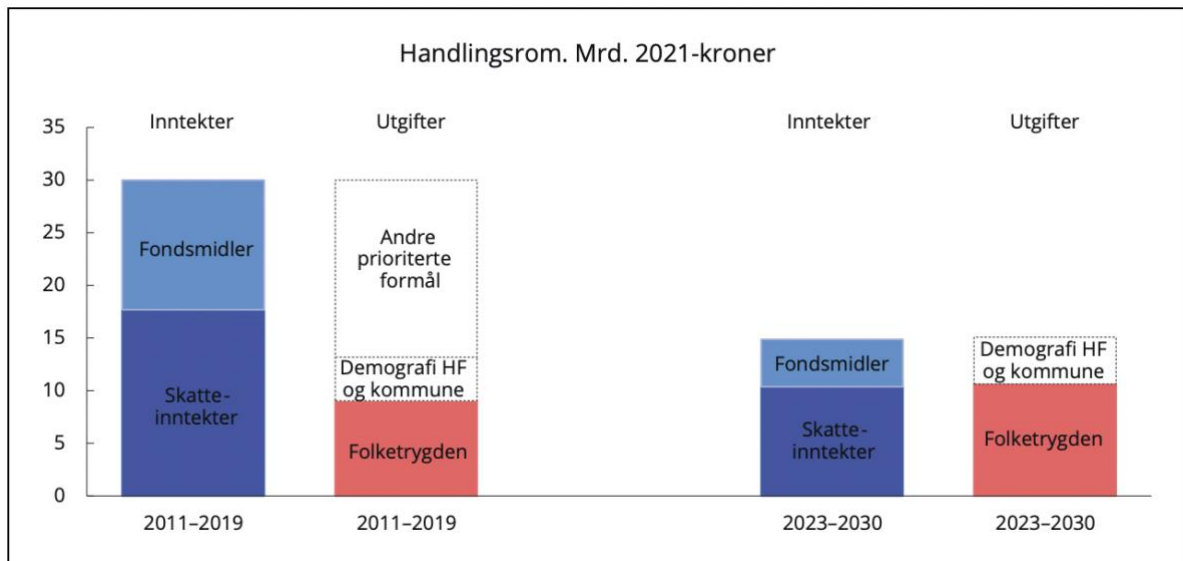
*De demografiske endringene, med høyere gjennomsnittsalder og lavere fødselsrate, er allerede merkbare, men de vil øke mot 2040 og ytterligere tilta i styrke etter dette. [...]. Ressursinnsatsen må vris inn mot de viktigste behovene, legge til rette for en rettferdig og god utnyttelse av personellet og gjennomføre investeringer som bidrar til økt produktivitet (NOU 2023: 4, s. 118).*

I 2022 ble i overkant av to millioner pasienter behandlet på norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2023a). Slik sitatet fra NOU 2023: 4 – *Tid for handling* viser, vil antall pasienter øke i de kommende årene. Regjeringens perspektivmelding for 2021 viser at 4,5% av befolkningen i dag er over 80 år, og denne andelen forventes å øke til nesten 12% i 2060 (Meld. St. 14 (2020-2021), s. 31). Samtidig ble det i 2022 målt at hver gjennomsnittlig kvinne fødte 1,41 barn, som er den laveste fødselsraten målt i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2023b). Det blir dermed færre yrkesaktive som skal finansiere en større andel eldre og pleietrengende enn tidligere. Sykehusene sliter videre med å rekruttere kompetent og spesialisert personell, noe som går utover intensivkapasiteten og fører til utsatte operasjoner og lange ventelister (NOU 2020: 2). Færre yrkesaktive, aldrende befolkning og mangel på personell understreker behovet for å optimalisere organiseringen og utnyttelsen av ressurser i helsesektoren slik at så mange pasienter som mulig kan tilbys en god helsetjeneste (NOU 2023: 4).

Figur 1 viser «*anslått årlig vekst i strukturelle skatte- og avgiftsinntekter, vekst i bruk av olje- og fondsinntekter, folketrygden og demografidrevne kostnader i helseforetakene og kommunesektoren*» (Meld. St. 14 (2020-2021), s. 183). Tidligere har differansen mellom statens inntekter og utgifter, som utgjør det økonomiske handlingsrommet i det årlige statsbudsjettet, vært tilstrekkelig til å dekke økte kostnader drevet av demografiendringer. Som figur 1 viser, er det derimot forventet at handlingsrommet vil reduseres i perioden 2023-2030. Bakgrunnen er at veksten i skatte- og avgiftsinntekter forventes å avta som følge av de demografiske endringene med færre yrkesaktive. I tillegg forventes det lavere petroleumsinntekter som vil resultere i redusert vekst i fondskapitalen. Samtidig vil demografiendringene, i form av en større andel eldre i befolkningen, resultere i økte kostnader



til folketrygd og helsesektoren. Disse faktorene bidrar til et redusert handlingsrom frem mot 2030 (NOU 2023: 4).



Figur 1 - Handlingsrom (NOU 2023: 4)

For å møte disse utfordringene er det behov for endring i helsesektoren (NOU 2023: 4). Sykehusene må innføre tiltak for å øke produktiviteten slik at de er i stand til å behandle flere med færre ressurser. God pasientbehandling fordrer at yrkesgruppene har et tettere samarbeid slik at kompetansen til hver enkelt utnyttes bedre. Det vil være behov for tettere samarbeid, økt kompetanse, bedre styringssystemer og nye innovative løsninger (NOU 2023: 8). Gjennom flere år har Stortinget lagt vekt på at de regionale helseforetakene skal ha en god kostnadskontroll for å oppnå en effektiv ressursutnyttelse (Nyland & Olsen, 2017). Tidligere studier om økonomistyring i helseforetak har imidlertid vist at økonomifokuset har vært godt nok innarbeidet i sykehusene. Noen av årsakene til dette forklares ved at linjeledere ofte er klinikere som kan ha lav forpliktelse og eierskap til budsjetter, samt en forventning om tilleggsbevilgninger (Nyland & Pettersen, 2004). For at sykehusene skal være i stand til å gjennomføre forbedringsarbeidet som kreves for å møte den demografiske utviklingen, er det derfor sentralt å forene de kliniske og de administrative aspektene ved styringen slik at de kan øke produktiviteten (Kurumäki, 2004).

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

Vår motivasjon for denne masterutredningen er å undersøke hvordan sykehus kan sikre seg en effektiv styring for å oppnå økt produktivitet slik at de kan håndtere landets demografiske utvikling. For å studere dette nærmere har vi gjort en casestudie av Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus. I utredningen vil vi besvare følgende problemstilling:

### **Hvordan bruker Akuttklinikken styringssystemene for å oppnå økt produktivitet og hva oppleves som de sentrale styringsutfordringene?**

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

*Hvilke styringsmekanismer oppleves som sentrale?*

*Hvordan brukes styringsmekanismene?*

*Hvilke styringsutfordringer oppleves som mest sentrale?*

Masterutredningen vil ta utgangspunkt i rammeverket Levers of Control (LoC) av Robert Simons (1995a), samt teori om interorganisatorisk styring. LoC er et anerkjent rammeverk for virksomhetsstyring og bidrar med en helhetlig forståelse av hvordan virksomheter benytter seg av styringssystemer. LoC tar utgangspunkt i fire styringssystemer og beskriver hvordan en balansert bruk av disse vil bidra til effektiv styring som både fremmer kontroll og innovasjon. Simons (1995a) sitt rammeverk fokuserer på den vertikale relasjonen mellom leder og underordnet, men i et sykehus vil det også være relevant å se på samhandlingen mellom ulike enheter på samme nivå. Oppgaven vil derfor bygge på supplerende teori om interorganisatorisk styring for å undersøke den horisontale dimensjonen av styring.

I studien vil vi gjennomføre en kvalitativ analyse med semistrukturerte intervjuer som primærmetode og relevante rapporter og dokumenter som sekundærmetode. Den kvalitative analysen vil danne grunnlaget for å svare på studiens problemstilling om hvordan Akuttklinikken bruker styringssystemene for å oppnå økt produktivitet og hva som oppleves som de sentrale styringsutfordringene. Vi har intervjuet en leder i toppledelsen på sykehuset, direktøren i Akuttklinikken samt en controller og ulike avdelingsledere på klinikken.

---

Studien vil bidra til ytterligere forskning på styring i sykehus og vil tilføre litteraturen verdi på tre ulike måter: (1) hvordan bruk av budsjetter og prestasjonsmåling kan forsterke silotankegang i helseforetak, (2) hvordan manglete horisontal kommunikasjon kan skape koordineringsutfordringer på tvers av sykehusenheter og (3) hvordan en vellykket utnyttelse av kontrolltårn i sykehus er betinget av samarbeidskultur og dialog rundt styringsinformasjonen.

### 1.3 Oppgavens struktur

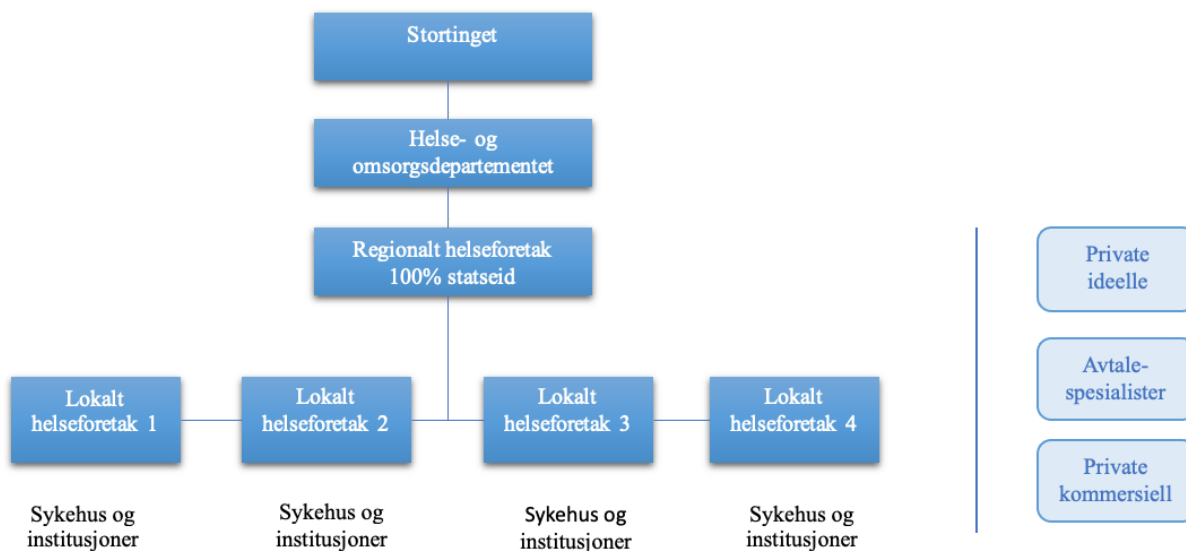
I kapittel 2 presenteres bakgrunn om finansiering, organisering og styring i helseforetakene, da vi anser det som hensiktsmessig med en slik innføring for å få en bedre forståelse for teorigrunnlaget. I kapittel 3 presenteres det teoretiske rammeverket som er grunnlaget for selve analysen senere i utredningen. Her går vi gjennom definisjon av styring, Simons (1995a) sitt rammeverk Levers of Control, samt teori om interorganisatorisk styring. I kapittel 4 gjennomgår vi det metodiske rammeverket for vår utredning. Hensikten er å synliggjøre vurderinger og valg vi har tatt som kan ha innvirkning på oppgavens validitet og resultater. I kapittel 5 introduseres oppgavens casebeskrivelse som vi skal bruke til senere analyse. I kapittel 6 presenterer vi studiens empiriske funn. Empirien er strukturert etter de mest fremtredende observasjonene fra intervjuene med klinikken. På bakgrunn av funnene i empirien vil vi, i kapittel 7, analysere funnene våre og knytte disse opp mot det teoretiske rammeverket LoC samt teori om interorganisatorisk styring. Her vil vi undersøke både hvordan de ulike styringsverktøyene brukes, utfordringer og samspillet mellom de ulike mekanismene. Vi vil også diskutere hvilke faktorer som kan påvirke utnyttelsen av sykehusets kontrolltårn. Til slutt vil vi, i kapittel 8, konkludere problemstillingen og forskningsspørsmålene med bakgrunn i funnene fra analysen. Avslutningsvis vil vi vurdere studiens bidrag, implikasjoner, og forslag til videre forskning.

## 2. Organisering og styring i sykehus

Finansiering og organisering er viktige rammebetingelser for styring i sykehusene, og vi anser dette som et nødvendig grunnlag for å analysere oppgavens problemstilling. Vi vil starte med å redegjøre for hvordan de norske helseforetakene finansieres og organiseres i delkapittel 2.1, før vi vil se på hvordan norske sykehus styres i delkapittel 2.2.

### 2.1 Finansiering og organisering av sykehus

De norske sykehusene har som oppgave å tilby befolkningen spesialisert behandling. I tillegg har sykehusene ansvar for forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende (Regjeringen, 2021). Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlige for å følge opp driften av de ulike regionale helseforetakene som er statlig eid. Sykehusene er organisert gjennom fire regionale helseforetak; Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Sør-Øst (Regjeringen, u.d.). Under de regionale helseforetakene finner vi de lokale helseforetakene, slik vi kan se fra figur 2.



Figur 2 - Organisering av helseforetakene (Nyland & Pettersen, 2018).

Spesialhelsetjenesten og de regionale helseforetakene finansierer gjennom statsbudsjettet, der det i 2023 ble bevilget rundt 201 milliarder kroner (Prop. 1 S (2022-2023)). Midlene fordeles fra staten og til de regionale helseforetakene, som igjen fordeler til de lokale helseforetakene (Nyland & Pettersen, 2018). De ulike regionale helseforetakene er selv ansvarlig for drift og investeringer, og står fritt til å prioritere bruken av midlene Stortinget har bevilget (NOU 2023: 8). Finansieringssystemet er todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert finansiering (Regjeringen, 2023). Basisbevilgningen er en årlig grunnbevilgning som har som hensikt å legge til rette for likeverdige helsetjenester i hele landet. Bevilgningen fordeles mellom de ulike regionale helseforetakene etter inntektsmodellen som årlig oppdateres med hensyn til befolkningstall, i tillegg til ulike helse og sosiale kriterier (Regjeringen, 2023). Den aktivitetsbaserte bevilgningen fordeles i hovedsak gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), som er en stykkprisfinansiering. Ved innsatsstyrt finansiering fordeles deler av budsjettet basert på hvor mange og hva slags pasienter som får behandling (Regjeringen, 2023). Her beregnes det en gitt takst per sykehusopphold basert på hvilken diagnoserelatert gruppe (DRG) pasienten tilhører (Helsedirektoratet, 2019). Finansieringen muliggjør driften av helseforetakene, og er utgangspunktet for hvordan helseforetakene fordeler midlene nedover i organisasjonsstrukturen.

De ulike helseforetakene har en hierarkisk organisasjonsstruktur som er organisert i ulike nivåer med tilhørende ledernivåer. Det øverste nivået på sykehuset utgjør nivå 1, hvor administrerende direktør og direktørens stab befinner seg. Nivå 2 består av de ulike klinikkene, og ledes av hver sin klinikkdirektør. Klinikkene er delt inn i ulike avdelinger, som utgjør nivå 3. Under de ulike avdelingene finner vi forskjellige seksjoner, som utgjør nivå 4 i organisasjonen. Hver seksjon kan deretter deles inn i ulike enheter, hvilket utgjør nivå 5 i den hierarkiske organisasjonsstrukturen (NOU 2023: 8).

Organisasjonsstrukturen i sykehusene er store og komplekse, og deles hovedsakelig inn etter medisinske spesialiteter, der de ulike klinikkene har bestemte medisinske fagområder (Bjørkquist & Fineide, 2019). Selv om de spesialiserte klinikkene er organisert nedover i organisasjonen, foregår pasientbehandlingen på tvers av enhetene. I en slik organisering ligger det en styringsutfordring ved at virksomhetens produksjon ikke er tilpasset organiseringsstrukturen. For å skape god logistikk på tvers av organisatoriske grenser blir tverrgående samarbeid og samspill derfor en sentral forutsetning (Bjørkquist & Fineide, 2019).

Ved behandlingen av en pasient involveres mange ulike profesjoner og aktiviteter som krever koordinering (Bjørkquist & Fineide, 2019). Dersom disse prosessene skal fungere i en sammenhengende kjede, er det sentralt at lederen er bevisst på dette koordineringsbehovet. Selv om klinikere er svært opptatt av kvalitet i helsetjenesten, er det en utfordring å løfte blikket og rette fokuset mot helheten i pasientforløpet (Bjørkquist & Fineide, 2019). Det er den samlede pasientopplevelsen som er avgjørende (Meld. St. 47 (2008-2009) s. 48). Dersom en pasient eksempelvis mottar en god behandling ved akuttmottaket, vil ikke dette være tilstrekkelig dersom behandlingen ikke følges opp godt nok på sengepost senere i kjeden. Å få de involverte enhetene i kjeden til å ha et helhetsperspektiv er dermed sentralt for å sikre en sammenhengende og effektiv pasientomsorg (Bjørkquist & Fineide, 2019).

Ved sterk faglig spesialisering og arbeidsdeling mellom enheter i sykehusene, kan det imidlertid oppstå silotenkning (Bjørkquist & Fineide, 2019; Lee et al., 2016). Silotenkning i helsetjenesten er et velkjent fenomen (Caseiro & Meneses, 2019; Christensen et al., 2015; Fugelsnes, 2010) og innebærer at avdelinger opererer som små og delvis selvstendige enheter i organisasjonen (Alm, 2022). Enhetene kan ha egen kultur, verdier, normer og insentiver som kan føre til splittelser i organisasjonen (Fenwick et al., 2009). Når siloer oppstår som følge av spesialisering kan det skape barrierer der deltakerne har vanskeligheter med å arbeide på tvers av organisasjonens grenser. Disse barrierene kan skape en «oss og dem»-tankegang og føre til at helhetsperspektivet og systematisk tenkning uteblir (Cilliers & Greyvenstein, 2012).

Tidligere studier fra Taylor og Steenporte (2007) viser at budsjettprosessen kan føre til en «oss og dem»-tankegang der det blir en intern konkurranse mellom ledere for å sikre seg ressurser. Dette samsvarer med studien til Scott og Mabin (u.d.) som forklarer at budsjetter kan føre til siloorganisering. En annen studie gjennomført av Serrat (2017) fremhever effekten av silotenkning, der siloer kan føre til at mål ikke stemmer overens med hverandre. Studien viser også at silotenkning kan fremme en kultur der insentivet er å maksimere siloens resultat, fremfor organisasjonens resultater.

## 2.2 Styring i sykehus

Spesialhelsetjenesten har som nevnt fire primære ansvarsområder (Regjeringen, 2021). I arbeidet med disse prosessene, og for å tilrettelegge for kvalitet og kontinuerlig forbedring, arbeider lederne systematisk med virksomhetsstyring gjennom de fire hovedprinsippene i ledelsessystemet. Disse prinsippene er: (1) planlegge, (2) gjennomføre, (3) evaluere og (4) korrigere (Nyland & Pettersen, 2018).

I planleggingsfasen skal ledelsen opparbeide en helhetlig oversikt over sykehusets mål, retning, og hvilke aktiviteter sykehuset skal gjennomføre. Årlig utarbeides oppdragsdokumenter for hver av sykehusets klinikker, som klargjør rammebetingelsene fra budsjett, mål og satsningsområder. I gjennomføringsfasen skal sykehusets mål, oppgaver og planer gjøres operative og kommuniseres ut til alle deler av sykehuset. Dette krever systematisk oppfølging fra lederen, og kan realiseres gjennom å utarbeide handlingsplaner med konkrete tiltak, tydelig ansvarsfordeling og fastsatte frister for oppfølging. I evalueringsfasen må lederen følge opp at oppgaver, tiltak og planer gjennomføres i tråd med den planlagte aktiviteten. Lederen er også ansvarlig for å vurdere enhetens prestasjon i forhold til fastsatte standarder og målsetninger. Dette utgjør en sentral del av lederansvaret på alle nivåer i sykehuset. I korrigeringsfasen skal eventuelle avvik fra standard og mål adresseres gjennom å iverksette tiltak. Disse tiltakene har som mål å forbedre rutiner, prosesser og tjenester, samtidig som de forebygger uønskede hendelser og reduserer risiko (Oslo universitetssykehus, 2022).

Som en del av det systematiske arbeidet med virksomhetsstyring betraktes budsjettstyring som den sentrale styringslogikken i offentlig sektor (Johansson & Siverbo, 2014). Bakgrunnen for dette er at sektoren i stor grad finansieres gjennom skatter og avgifter, slik at inntektene staten mottar vil ikke reflekterer markedsverdien av de tilbudte tjenestene (Nyland & Pettersen, 2010). Med statlig finansiering er det avgjørende at befolkningen har tillit til at beslutningene som tas på deres vegne tjener samfunnets interesser og at ressursene forvaltes på en hensiktsmessig måte. Økonomistyring i sykehus spiller følgelig en viktig rolle i å legitimere og sikre at midlene brukes effektivt og rettferdig (Nyland & Pettersen, 2010; Røvik 2002). Sykehusene kan styrke denne legitimiteten ved å øke aktiviteten og ivareta befolkningens behov for helsetjenester, fremfor å ha en streng budsjett disiplin overfor rammene de har (Nyland & Pettersen, 2010).

De siste tiårene har helsesektoren gjennomgått en rekke reformer som har resultert i at økonomisk styrings- og regnskapsinformasjon spiller en mer sentral rolle på lavere nivåer i sykehuset (Pettersen et al., 2008). De ulike avdelingene kan ha ulike virkelighetsoppfatninger av målene, og ved sterke profesjoner og normer i virksomheten kan det oppstå mål-middelkonflikter. I slike tilfeller vil uklarheter i målene gjøre det vanskelig å rapportere måloppnåelse ettersom profesjonene kan ha ulike oppfatninger om hvilke ressurser og virkemidler som er best egnet til å nå organisasjonens målsetning. Dette kan være til hinder for helhetstenkning og samarbeid mellom de ulike enhetene på sykehuset (Pettersen et al., 2008), hvilket kan redusere produktiviteten.



### 3. Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket vil fokusere på relevant litteratur som er essensielt for å opparbeide en innsikt i og drøfte masterutredningens problemstilling. Denne studien skal undersøke hvordan Akuttklinikken bruker ulike styringsmekanismer for å oppnå økt produktivitet og hvilke styringsutfordringer som oppleves som mest sentrale. Det vil derfor være hensiktsmessig å starte i delkapittel 3.1 med å beskrive hva vi mener med styring og hvordan styring blir definert i litteraturen. Vi vil også se nærmere på hva et styringssystem kan bestå av. I delkapittel 3.2 vil vi presentere Simons (1995a) sitt rammeverk, da vi mener Levers of Control er nyttig for å se hvordan styringssystemene i klinikken brukes for å oppnå økt produktivitet. Simons (1995a) ser imidlertid på den vertikale dimensjonen av styring, men i et sykehus vil det også være nødvendig å styre horisontalt ettersom pasientforløpet går på tvers av sykehusets enheter. Et sykehus er en stor organisasjon bestående av ulike profesjoner, og de ulike enhetene kan dermed ses på som frittstående, autonome enheter. På bakgrunn av dette anser vi derfor litteratur om interorganisatorisk styring som en nyttig tilleggsdimensjon for å undersøke studiens problemstilling, som presenteres i delkapittel 3.3.

#### 3.1 Definisjon av styring

I enhver organisasjon som ønsker å oppnå sine mål og samtidig arbeide effektivt, oppstår det et behov for kontroll og styring. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, (DFØ, 2011, s. 4) definerer styring som: *[...] de aktiviteter en organisasjon gjør for å sette mål, prioritere oppgaver, fordele ressurser og følge opp produksjonen i forhold til fastsatte mål og resultatkrav.*

Robert Anthony (1965) var en av de tidligere teoretikerne som introduserte begrepet «management control systems», som vi på norsk betegner som et styringssystem. Ifølge Anthony (1965) er et styringssystem et sett med verktøy og prosesser en leder kan benytte for å sikre effektivitet i anskaffelsen og utnyttelsen av bedriftens ressurser, slik at bedriften kan nå sine målsetninger og arbeide effektivt. Anthony og Young (2003) beskriver økonomistyring som en gjentakende og kontinuerlig prosess som foregår gjennom fire sammenkoblede faser. Disse fasene danner en syklus som gjentas regelmessig, og representerer teknikker en leder kan benytte for å realisere bedriftens målsetninger (Nyland &

Pettersen, 2010). De fire ulike fasene er målsettingsfasen, planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og evalueringsfasen, og er en utbredt praksis innenfor tradisjonell økonomistyring. Disse fasene utgjør også de fire hovedprinsippene for ledelsessystemet som benyttes i virksomhetsstyring av norske sykehus.

Det tradisjonelle perspektivet på styring har i hovedsak omhandlet finansiell oppfølging. I nyere tid ser man en utvikling i litteraturen som inkluderer en utvidet forståelse av styring som går utover det finansielle perspektivet. Malmi og Brown (2008) utfordrer Anthonys (1965) definisjon av styringssystemer ved å påpeke at den ekskluderer strategisk og operasjonell styring. Ifølge Malmi og Brown (2008, s. 290, egen oversettelse) kan et styringssystem defineres slik:

*«Styring inkluderer alle verktøy og systemer som ledelsen bruker for å sikre at de ansattes atferd og beslutninger er i tråd med organisasjonens mål og strategier, men ekskluderer systemer som utelukkende støtter beslutningstaking».*

Virksomheter kan benytte seg av et bredt utvalg av styringsverktøy for å nå sine mål. De ulike styringsverktøyene kan omtales som et styringssystem dersom de er utformet og tilpasset til å benyttes sammen. Hvis styringsverktøyene derimot anvendes av forskjellige interessentgrupper på ulike tidspunkter, definerer Malmi og Brown (2008) det som en «pakke» med styringssystemer.

I store og komplekse organisasjoner, slik som sykehus, kan det være nødvendig for en leder å benytte seg av forskjellige styringsverktøy. Malmi og Brown (2008) hevder at ved å betrakte styringssystemene som en pakke, kan man utvikle forskjellige verktøy som skal forbedre prestasjon, kontrollere aktiviteter og støtte organisasjonens mål. Det teoretiske rammeverket til Malmi og Brown (2008) deler bedriftens styringssystem inn i fem overordnede kategorier; kulturell styring, planlegging, kybernetisk styring, belønning og kompensasjon og administrativ styring (Johanson & Madsen, 2013).

<b>Kulturell styring</b>						
Klaner		Verdier			Symboler	
<b>Planlegging</b>		<b>Kybernetisk styring</b>				<b>Belønning og kompensasjon</b>
Langtidsplaner	Handlingsplaner	Budsjett	Finansielle målesystem	Ikke-finansielle målesystem	Hybride målesystem	
<b>Administrativ styring</b>						
Styringsstrukturer		Organisasjonsstruktur			Retningslinjer og prosedyrer	

*Figur 3 - Styringssystemer som en pakke (Malmi & Brown, 2008, s. 291, egen oversettelse)*

I den øverste delen av figur 3 finner vi den kulturelle styringsdimensjonen. Ifølge Malmi og Brown (2008) utgjør de kulturelle prinsippene det overordnede rammeverket for den totale styringspakken og har innvirkning på hele styringssystemet. Kulturell styring inkluderer bruk av symboler, verdier og normer som kan påvirke de ansattes atferd. Organisasjoner har mulighet til å utvikle både formelle og uformelle normer som kan påvirke de ansattes atferd, og dette gir opphav til klanstyring. Når kultur benyttes som et styringsverktøy kan det betegnes som et kontrollsystem (Malmi & Brown, 2008).

I midten av figur 3 finner vi de økonomiske styringsmekanismene, hvilket er styring gjennom planlegging, kybernetisk styring og belønning og kompensasjon (Malmi & Brown, 2008). Innenfor planlegging finner vi både langsiktige og kortsiktige handlingsplaner på hvordan bedriften kan oppnå sine mål. De kortsiktige handlingsplanene har et taktisk fokus, mens de langsiktige har et strategisk fokus. Den kybernetiske styringsfunksjonen omfatter bruken av budsjetter, finansielle og ikke-finansielle prestasjonsmålinger sammen med hybride målesystemer, og kan ses på som et kontrollsystem eller et informasjonssystem avhengig av hvordan det brukes (Malmi & Brown, 2008). Den siste økonomiske styringsmekanismen, belønning og kompensasjon, utgjør et viktig verktøy for å motivere og belønne ansatte i arbeidet med å nå bedriftens mål. Incentiver kan inkludere både finansielle og ikke-finansielle målekriterier, og belønningsstrukturer kan variere avhengig av om det er basert på individuell eller gruppebasert prestasjon (Malmi & Brown, 2008).

I den nederste delen av figur 3 finner vi de administrative styringsprinsippene, som beskriver strukturen i virksomheten gjennom ledelse-, organisasjon- og styringsstruktur. Administrative styringsmekanismer retter seg mot regler, prosedyrer og rutiner som regulerer virksomheten. Ifølge Malmi & Brown (2008) kan organisasjoner benytte seg av slike prinsipper for å klargjøre ansvarsforholdene i virksomheten, og representerer en byråkratisk tilnærming til styring av beslutninger og handlinger.

## 3.2 Levers of Control

Helsesektoren består av organisasjoner med profesjonelle aktører, kompleks teknologi og skiftende omgivelser. Slike organisasjoner vil imidlertid også være kulturbærende og verdistyrte (Nyland & Pettersen, 2018), og krever derfor et samspill mellom ulike styringssystemer. Vi har derfor i denne studien valgt å benytte oss av LoC-rammeverket til Simons. Vi vil starte med å presentere de fire styringssystemene i delkapittel 3.2.1- 4, før vi i delkapittel 3.2.5 ser på samspillet mellom styringssystemene. Avslutningsvis vil vi i delkapittel 3.2.6 presentere empiri og kritikk av LoC-rammeverket.

LoC er et helhetlig rammeverk for strategi- og virksomhetsstyring som er utarbeidet av Robert Simons (1995a). I sitt rammeverk, retter Simons oppmerksomheten mot hvordan ledere bør benytte seg av styringssystemer i virksomheter som har behov for fleksibilitet, kreativitet og innovasjon (Simons 1995a). Rammeverket består av fire styringssystemer; *verdisystemet*, *grensesystemet*, *det diagnostiske styringssystemet* og *det interaktive styringssystemet*. Grensesystemet og det diagnostiske styringssystemet har en begrensende funksjon, mens verdisystemet og det interaktive systemet har en muliggjørende funksjon. De ulike styringssystemene har egne styringsmekanismer og funksjoner som, ifølge Simons (1995a), må fungere i et samspill for å tilrettelegge for kontroll og innovasjon. Disse må analyseres og forstås for å muliggjøre en effektiv implementering av organisasjonens strategi (Simons 1995a).

### 3.2.1 Verdisystemer

Simons (1995a) argumenterer for at alle virksomheter er skapt med et formål og dette er ofte nedskrevet i selskapets vedtekter eller verdidokumenter. I den formative fasen til en virksomhet vil formålet kommuniseres hyppig ved interaksjon som bidrar til å tydeliggjøre formålet både internt og eksternt. I vekst- og modningsfasen vil imidlertid avstanden mellom ansatte øke, og kompleksiteten til selskapet bli større. Økende global konkurranse har ført til nye strategiske allianser og den teknologiske utviklingen har resultert i mer desentraliserte virksomheter for å håndtere raske omstillinger. Med økende kompleksitet i virksomheter blir det enda viktigere å kommunisere et felles og tydelig formål, men dette kan være utfordrende (Simons, 1995b).

Ifølge Simons (1995a) vil det være sentralt med bruk av verdssystemer for å sikre at virksomheter er i stand til å kommunisere formålet sitt og opprettholde organisatorisk stabilitet. Verdisystemer defineres av Simons (1995a, s. 34) som: *«explicit set of organizational definitions that senior managers communicate formally and reinforce systematically to provide basic values, purpose, and direction for the organization»*.

Verdisystemer omfatter kjerneverdiene til en virksomhet og er essensielt i arbeidet mot å nå de overordnede målsetningene (Simons, 1995b). Kjerneverdiene kommuniserer hva virksomheten ønsker å formidle med sin forretningsstrategi, og dette gjøres ved å definere grunnleggende verdier, ønsket retning og formål. Etablerte kjerneverdier vil fungere som en rettesnor for de ansatte der de kan få retningslinjer og veiledning slik at de kan håndtere og finne løsninger på problemer. Verdisystemene fungerer følgelig som en veileder i beslutningsprosesser og er derfor en forutsetning for desentralisering av beslutningsmyndigheten i virksomheter. Verdisystemer kan i tillegg bidra til å motivere de ansatte til å søke etter nye løsninger på hvordan virksomheten kan skape verdi (Widener, 2007). Dette vil ifølge Simons (1995a) være viktig i situasjoner når virksomheten har behov for problemløsning, men også i de tilfellene der det er fravær av problemer og nye løsninger kan forbedre dagens situasjon.

På sykehus vil verdier slik som kvalitet, trygghet og respekt være sentrale kjerneverdier. Innenfor helsesektoren er det særlig to ulike kulturer som dominerer; den kliniske og den administrative (Pettersen et al., 2008). Disse to dominerende kulturene kan føre til at ulike profesjoner har forskjellige verdier og normer. Dermed vil det være viktig for sykehus å

integreere verdisystemet som en del av styringen slik at strategien etterleves i hele organisasjonen, og de kan nå sykehusets overordnede målsetning.

Innovasjon og søken etter nye løsninger kan imidlertid føre til unødvendig bruk av ressurser eller at risikotakningen kommer til skade for virksomheten (Simons, 1995a). Et slikt inspirasjonsverktøy kan derfor medføre risiko, og for å begrense denne risikoen inkluderer Simons (1995a) også grensesystemer i Levers of Control.

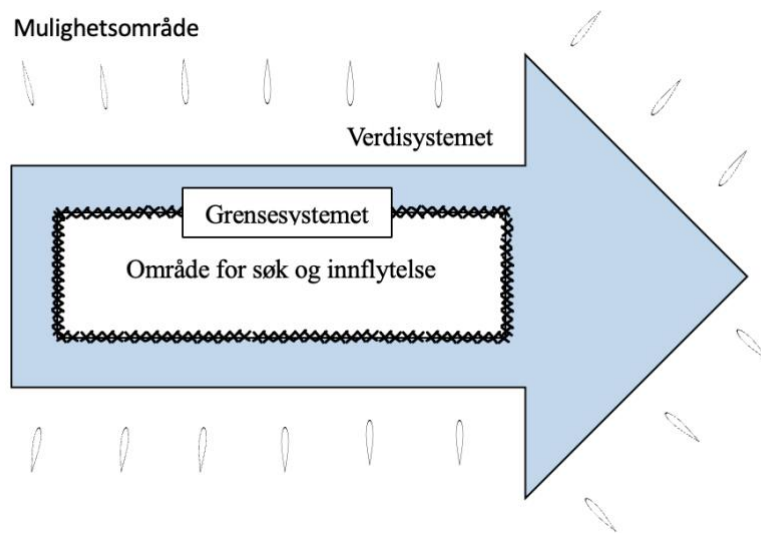
### 3.2.2 Grensesystemer

Grensesystemer defineres av Simons (1995a, s. 178) som: «*formally stated rules, limits, and proscriptions tied to defined sanctions and credible threat of punishment*». Det omfatter altså regler, grenser og påbud som setter begrensninger på deltakere i en organisasjon gjennom å hindre at ansatte handler utenfor et definert handlingsrom (Mundy, 2010). Grensesystemer vil derfor opptre som klare grenser, som igjen vil redusere risikoen for uønskede handlinger. Dersom uønskede handlinger oppstår, kan straff og sanksjoner benyttes. Simons (1995a) argumenterer imidlertid for at grensesystemer ikke må betraktes som detaljstyring der underordnede blir fortalt hva de bør gjøre, ettersom dette vil være til hinder for individuell tenkning, initiativ og kreativitet. Grensesystemet baseres derimot seg på ledelsesprinsippet «the power of negative thinking» (Christenson, 1972), der grenser er med på å fortelle ansatte hva de ikke skal gjøre, slik at innovativ tenkning fortsatt fremmes innenfor organisasjonens gitte grenser (Simons, 1995b).

Simons (1995a) deler grensesystemer inn i to hovedtyper av grenser: *grenser for forretningsskikk og strategiske grenser*. Grenser for forretningsskikk omfatter det grunnleggende grensesystemet som innfører etiske retningslinjer («codes of conduct»). De etiske retningslinjene vil påvirkes av organisasjonens verdisystem, samfunnets lover og normer i fagforeninger og bransjen. I et sykehus kan slike grenser eksempelvis være standardiserte prosedyrer ved pasientoverlevering eller retningslinjer om legemiddelhåndtering. Strategiske grenser omfatter derimot mulighetssøkende atferd som er i tråd med organisasjonens eksplisitte strategier. Slike grenser kan bidra til å avgrense søkeaktivitet og forhindre ineffektiv ressursbruk gjennom å definere hvilke søk som ikke aksepteres. Eksempler på slike strategiske grenser i et sykehus kan være retningslinjer rundt budsjettstyring, eller pålagte prosedyrer for kvalitetsregistrering. Ved bruk av grenser for forretningsskikk og strategiske grenser, vil ansatte kunne oppleve mer autonomi og

beslutningsmyndighet innfor det definerte handlingsrommet. I tillegg kan slike grenser oppmuntre ansatte til innovativ tenkning (Simons, 1995a).

Grensesystemet og verdssystemet må ifølge Simons (1995a) fungere i et samspill. Verdssystemet motiverer de ansatte til å være nytenkende og søke etter muligheter, som følgelig gir dem tilgang til hele mulighetsområdet. Dette mulighetsområdet blir imidlertid snevret inn av grensesystemet ved at organisasjonen definerer grenser for akseptabel handling (Mundy, 2010). Det mulige handlingsrommet blir derfor begrenset og kalles for «område for søk og innflytelse» ettersom deltakerne i organisasjonen har myndighet til å gjennomføre søk etter løsninger og dermed får innflytelse innenfor klare rammer (Simons, 1995a).



Figur 4 - Transformering av mulighetsområdet til området for søk og innflytelse (Simons, 1995a, s. 42, egen oversettelse)

### 3.2.3 Diagnostiske styringssystemer

Simons (1995a, s. 59) beskriver diagnostiske styringssystemer som stammen i den tradisjonelle virksomhetsstyringen og definerer slike systemer som: «*the formal information systems that managers use to monitor organizational outcomes and correct deviations from preset standards of performance*». Hensikten med de diagnostiske styringssystemene er at de skal sikre implementering av strategier og måloppnåelse gjennom at ansattes prestasjoner og resultater sammenlignes opp mot forhåndsdefinerte standarder (Simons, 1995a).

Diagnostiske styringssystemer kjennetegnes av tre egenskaper: (1) evnen til å måle prosessens output, (2) evnen til å formulere forhåndsbestemte standarder som kan brukes som sammenligningsgrunnlag opp mot resultater og (3) evnen til å korrigere avvik fra standardene. Slike styringssystemer vil følgelig inkludere både finansielle og ikke-finansielle styringsverktøy som eksempelvis bruk av budsjetter, balansert målstyring og målesystemer for prestasjon (Simons, 1995a).

De diagnostiske styringssystemene måler resultatet av en prosess for å overvåke at forretningsstrategien etterlevs. Dette vil være avgjørende for strategiimplementeringen. Det vil derfor være sentralt at diagnostiske styringssystemer utformes slik at de samsvarer med de valgte strategiene (Simons, 1995a). I tillegg må diagnostiske styringssystemer utformes slik at de måler riktige outputvariabler som representerer kritiske prestasjonsdimensjoner for en bestemt strategi. Dette kaller Simons (1995a, s. 63) for kritiske ytelsesvariabler og definerer det som: «*those factors that must be achieved or implemented successfully for the intended strategy of the business to succeed*». For at ledere og virksomheten skal kunne identifisere disse er det essensielt å analysere den overordnede strategien og hvilke spesifikke målsetninger som inngår i denne. Gjennom en slik analyse kan virksomheten se at kritiske ytelsesvariabler vil variere på tvers av strategiene, samt at de kan både være finansielle og ikke-finansielle. I tillegg vil man kunne avdekke at de kritiske ytelsesvariablene kan variere avhengig av organisasjonsnivåer (Simons, 1995a).

Det vil være essensielt for ledelsen å identifisere riktige KPI'er (Key Performance Indicators) slik at strategien kan kommuniseres på en effektiv måte, samtidig som KPI'ene kan oppmuntre til ønsket atferd hos de ansatte (Simons, 2005). For et helseforetak kan eksempler på KPI'er for kvalitet være *andel fristbrudd for pasienter på venteliste* eller *antall sykehusinfeksjoner på postoperativ*. Ved å følge opp slike KPI'er kan helseforetaket evaluere måloppnåelse av de definerte målene slik at de ansatte kan styres i riktig retning (Simons, 2005). I et sykehus kan utformingen av KPI'er derimot være utfordrende ettersom en stor del av aktivitetene vil være vanskelig å måle og dermed ikke fanges opp (Nyland, 2003). Eksempelvis kan det oppstå målproblemer ved kvalitetsbaserte mål, da KPI'er slik som de overnevnte ikke vil klare å fange opp den helhetlige kvaliteten på pasientbehandlingen, som er en del av virksomhetens overordnede mål.



Simons (1995b) argumenterer for at bruken av diagnostiske styringssystemer er viktig ettersom det legger til rette for måloppnåelse, overvåking og kontroll av ansattes ytelse, uten at ledere trenger å være sterkt involvert. Ved diagnostiske styringssystemer kan ledere vurdere måloppnåelse gjennom å måle kritiske ytelsesvariabler, i stedet for å overvåke selve arbeidsprosessen. Dette kaller Simons (1995a) for «*management-by-exception*», der det vil være optimalt med en høy «return on management», som er et mål på avkastning i forhold til tidsbruken ledelsen har investert.

Management-by-exception gjør, gjennom bruk av diagnostiske styringssystemer, at ansatte opplever autonomi (Simons, 1995a). Årsaken til dette er at diagnostiske styringssystemer kun måler ansatte på resultater slik at de blir ansvarlige for egne leveranser, men de kan selv velge ønsket fremgangsmåte. For at ledelsen skal tilrettelegge for autonomi bør de iverksette tre tiltak (Simons, 1995a). Ledelsen må for det første sette individuelle og tilpassede mål, i tillegg til å utarbeide insentivsystemer som kan kobles til måloppnåelse. For det andre må ledelsen sikre at de mottar oppdateringer månedlig og kvartalsvis slik at uønskede hendelser i fremtiden kan unngås. Det tredje tiltaket innebærer at ledelsen følger opp dersom det oppstår betydelige avvik i kritiske ytelsesvariabler. Ut ifra disse tiltakene kan derfor diagnostiske styringssystemer bidra til at ledere frigjøres fra å benytte for mye tid på de ansatte, med mindre det oppstår vesentlige avvik som krever deres oppmerksomhet (Simons, 1995a).

Simons (1995a) fremhever to sentrale momenter fra økonomistyringslitteraturen. For det første trekker han frem viktigheten av målinger for virksomhetsstyring. Det andre momentet handler derimot om at det kan oppstå vridningseffekter ved at ansatte vier sin oppmerksomhet til variabler som måles, mens arbeidsoppgaver som ikke måles blir nedprioritert. Gjennom bruk av diagnostiske styringssystemer kan ledelsen imidlertid rette ansattes oppmerksomhet mot aktiviteter som oppfyller kritiske ytelsesvariabler. Slik tilrettelegger diagnostiske styringssystemer for forutsigbarhet og kontroll, gjennom veiledning mot klart definerte mål, samtidig som det frigjør ledere fra unødvendig tidsbruk. Slike systemer kan imidlertid begrense innovasjon og problemløsende atferd hos ansatte (Simons, 1995a). For å stimulere ansatte til dette må virksomheter benytte seg av interaktive styringssystemer, som er det siste systemet i Simons (1995a) sitt rammeverk.

### 3.2.4 Interaktive styringssystemer

I motsetning til det diagnostiske styringssystemet, som primært benyttes for kontroll, kan det interaktive styringssystemet benyttes for å oppnå læring og innovasjon (Simons, 2005). Simons (1995a, s. 95) definerer interaktive styringssystemer som: «*formal information systems managers use to involve themselves regularly and personally in the decision activities of subordinates*». Behovet for et slikt styringssystem har den samme forklaringen som verdisystemer. Når virksomheter blir mer komplekse, desentraliserte og får større avstand mellom ansatte på ulike organisasjonsnivåer, oppstår behovet for etablerte kunnskapsdelingssystemer på tvers av virksomheten (Simons, 1995b; Widener, 2007). De interaktive styringssystemene er med på å skape et internt kommunikasjonsnettverk som bidrar til kontinuerlig dialog mellom ansatte, i tillegg til at det oppmuntrer til nytenkning (Simons, 1995a). Dette vil være sentralt for sykehus da organisasjonsstrukturen er kompleks med mange ledernivåer.

Det er ifølge Simons (1995a) ikke tilstrekkelig å identifisere og oppfylle ytelsesvariabler for at organisasjonen skal utnytte muligheter og reagere på eksterne sjokk. Organisasjoner må i tillegg gjøre noen antakelser om strategiske usikkerheter. Med strategiske usikkerheter menes usikkerheter eller faktorer som kan true den nåværende strategien til en virksomhet (Simons, 1995a). Gjennom bruk av interaktive styringssystemer kan organisasjonen holdes oppdatert og fokusere på strategiske usikkerheter slik at mulige risikofaktorer kan identifiseres. Dette kan bidra til diskusjon og læring i organisasjonen, i tillegg til at det kan stimulere ansatte til nytenkning og problemløsning for å overkomme slike trusler.

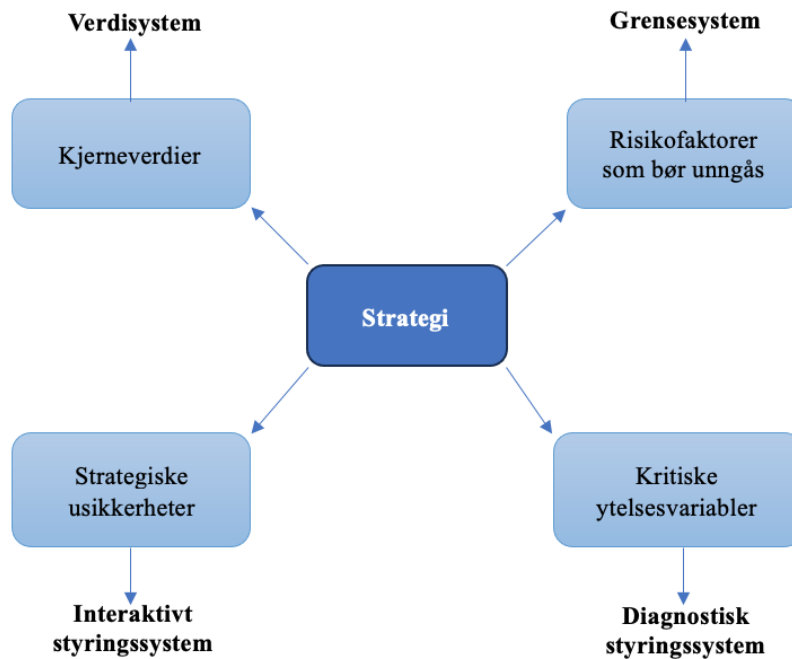
Simons (1995a) identifiserer fire karakteristiske egenskaper ved interaktive styringssystemer:

1. Den genererte informasjonen må være høyt prioritert og gjenspeile toppledelsens agenda.
2. Det interaktive styringssystemet krever regelmessig oppmerksomhet fra ledere på alle organisasjonsnivåer.
3. Data som genereres av systemet blir diskutert i møter ansikt-til-ansikt mellom ledere og øvrige ansatte.
4. Systemet fungerer som en katalysator for debatt og diskusjon av underliggende data, antakelser og handlingsplaner.

De interaktive styringssystemene kan derfor ikke betraktes som et unikt styringssystem, men heller en universell betegnelse for styringssystemer som ledere bruker interaktivt (Widener, 2010). Det er eksempelvis vanlig å bruke enkelte diagnostiske styringssystemer interaktivt. For at et styringssystem skal kunne brukes interaktivt må det ifølge Simons (1995a) ligge til grunn fem forutsetninger. For det første må nye prognoser om fremtiden utarbeides når systemet kommer med ny informasjon. For det andre må den kommuniserte informasjonen være lett å forstå for alle aktører. For det tredje må ledere på flere nivåer benytte det interaktive styringssystemet slik at det ikke bare kommer fra toppledelsen. For det fjerde må ny, tilgjengelig informasjon resultere i utarbeidelse av nye handlingsplaner. Til sist må systemet samle inn og generere informasjon om hvordan strategiske usikkerheter kan påvirke forretningsstrategien.

### **3.2.5 Samspillet mellom styringssystemene**

Samspillet mellom de fire ulike styringssystemene, og hvordan de utfyller hverandre, er en av de største styrkene innenfor LoC-rammeverket (Simons, 1995b). Hver enkelt virksomhet er ulik, og en leder må dermed tilpasse balansen mellom de fire systemene til den spesifikke virksomheten. Simons (1995a) argumenterer for at organisasjoner som lykkes med å finne en slik balanse, kan øke verdiskapningen uten at det går på bekostning av lederens kontroll. Lederens beslutninger kan dermed bli bedre og mer effektive ved å utnytte og finne en balanse mellom de unike momentene ved hvert styringssystem (Simons, 1995b). I et sykehus vil det være nødvendig å benytte seg av kontrollerende styringsmekanismer for å sikre pasientsikkerhet og at økonomiske rammer overholdes, men også muliggjørende styringssystem for å fremme nytenkning og innovasjon. Dette underbygges av Mundy (2010) som fant at balanse mellom det kontrollerende og muliggjørende styringssystemet tilrettela for dynamiske spenninger og unike organisatoriske evner.



Figur 5 - Strategistyring: Styringsobjekter som må analyseres (Simons, 1995a, s. 7, egen oversettelse)

Simons (1995a) argumenterer for at de ulike styringssystemene utgjør motstridende krefter, der grensesystemet og det diagnostiske systemet utgjør *yin*. De to systemene innenfor *yin* kan brukes for å sikre at de reglene og rutinene som allerede er definerte og setter begrensinger, følges av de ansatte. En leder kan dermed ha kontroll over virksomheten ved å følge med på at de definerte målene nås. Den motstridende kraften til *yin* i en organisasjon kaller Simons (1995a) for *yang*. *Yang* inkluderer verdisystemet og det interaktive systemet, og har som hensikt å motivere til innovasjon (Tessier & Otley, 2012). De to motstridende kreftene vil, ifølge Simons, skape en dynamisk spenning som er sentral for effektiv styring (Simons, 1995a).

For å illustrere samspillet mellom de to motstridende kreftene i praksis kan vi se på et eksempel ved et helseforetak. I et helseforetak vil bruken av standardiserte prosedyrer og sentraliserte regler være svært sentralt for å sikre behandlingskvaliteten og pasientsikkerheten. Slike regler og prosedyrer representerer *yin*. Hver behandling må derimot tilpasses den enkelte pasienten, og for å muliggjøre en slik tilpasning og øke fleksibiliteten i foretaket, kan de implementere en autonom strategi. En slik desentralisering og autonomi kan klassifiseres som *yang*.

Samspeilet mellom de ulike styringssystemene krever en vurdering og tilpasning basert på organisasjonens mål og kontekst for at de skal opptre i harmoni. Dette er derimot ikke alltid tilfellet, og dersom styringssystemene ikke har samme formål og fokus, kan de trekke i ulike retninger (Simons, 1995a). I et sykehus kan eksempelvis grensesystemet og det interaktive systemet komme i konflikt med hverandre. Grensesystemets lover og regler som danner standardiserte prosedyrer, står i kontrast til det interaktive systemet der ideen er økt autonomi for å åpne for nytenkning og tilpasning av enkeltpasienter. En slik konflikt kan også oppstå mellom verdisystemet og det diagnostiske systemet, ved at en kliniker og en økonom vil gjøre ulike avveininger mellom helseforetakets mål og verdier. Det kan tenkes at en kliniker vil prioritere ressurser og tid som brukes på pasienter, mens en økonomiansatt kan prioritere predefinerte mål. På samme måte kan det oppstå konflikt mellom grensesystemet og verdisystemet, hvor verdier og standardiserte prosedyrer kan vektlegges forskjellig blant de ulike yrkesgruppene.

### **3.2.6 Empiri og kritikk av Levers of Control**

Det har i senere tid blitt gjennomført studier for å undersøke gyldigheten til Simons (1995a) sin teori. Henri (2006) har i sin studie undersøkt sammenhengen mellom bruk av styringssystemer og organisatoriske evner, med særlig oppmerksomhet på det diagnostiske og interaktive styringssystemet. Studien indikerer at dersom virksomheter benytter seg aktivt av både diagnostiske og interaktive styringssystemer vil dette skape en dynamisk spenning. Den dynamiske spenningen er ifølge Henri (2006) positivt korrelert med prestasjon og fører til økt fleksibilitet og innovasjon. Dette stemmer overens med LoC-rammeverket til Simons (1995a). Studien til Henri (2006) viser imidlertid ikke hvordan de ulike styringssystemene kan påvirke hverandre, men dette forholdet er undersøkt av Widener (2007).

Widener (2007) gjennomførte en empirisk studie som baserte seg på et utvalg av 122 økonomidirektører. Funnene i studien indikerer at de fire styringssystemene i Simons sin Levers of Control både er komplementære og gjensidig avhengige av hverandre. Widener (2007) finner også i sin studie at gjennom aktivt bruk av interaktive styringssystemer vil man kunne få en positiv effekt på grensesystemet og det diagnostiske styringssystemet. Dette kan stimulere til læring og økt prestasjon i organisasjonen. Studien til Widener (2007) argumenterer også for at grensesystemet og diagnostiske styringssystemer skaper en struktur som er sentral for å bruke det interaktive styringssystemet effektivt. Studien indikerer at

verdisystemer kan ha positiv innvirkning på de andre styringssystemene. På bakgrunn av de overnevnte studiene kan det derfor tyde på at styringssystemene i LoC må eksistere i et balansert samspill slik at dynamiske spenninger oppstår, som igjen medfører at en effektiv virksomhetsstyring kan oppnås.

Til tross for empirisk støtte har Simon (1995a) sitt rammeverk også mottatt kritikk. Frow et al. (2010) trekker frem at Levers of Control-rammeverket baserer seg på hierarkisk organisering. Forfatterne hevder at det er toppledernes ansvar å avgjøre hvordan en virksomhet skal kombinere de ulike styringssystemene, og kritiserer at LoC-rammeverket ikke spesifiserer hvordan dette best kan gjennomføres. Når toppledere er ansvarlige for kombinasjonen av styringssystemene, kan ledere på lavere hierarkiske nivåer oppleve utfordringer knyttet til håndtering av samspillet mellom styringssystemene (Frow et al., 2010). Ledere på lavere nivåer er ifølge Simons (2005) spesielt viktige når det kommer til å sikre effektiv bruk av det interaktive styringssystemet. Simons (1995a) har imidlertid begrenset sine casestudier til å rette oppmerksomheten på toppleders aktiviteter og arbeid knyttet til strategispørsmål (Frow et al., 2010).

Noe av kritikken er også rettet mot at Simons (1995a) benytter seg av tvetydige begreper (Ferreira & Otley, 2009; Henri, 2006; Kruis et al., 2016). Ferreira og Otley (2009) påpeker at Simons's (1995a) bruk av begreper, slik som kjerneverdier, er diffuse og kan åpne muligheten for subjektiv tolkning. Simons (1995a) har også blitt kritisert for formuleringen «*balanserende bruk av styringssystemer*» da begrepet «*balanserende*» oppfattes som uklart og vanskelig å forstå. Kruis et al. (2016) understreker i deres studie at virksomheter kan oppnå balanse dersom man bruker de fire styringssystemene konsistent, men at det likevel kan være varierende bruk av disse systemene. Balansert bruk av styringssystemene kan derfor være oppnåelig ved ulike sammensetninger av systemene, og dette avhenger av den organisatoriske konteksten samt strategiske utfordringer (Kruis et al., 2016). Gjennom tidligere studier har derfor kritikere argumentert for at det kreves mer forskning for å bedre forståelsen av samspillet mellom de fire styringssystemene i Levers of Control (Ferreira & Otley, 2009; Henri, 2006; Kruis et al., 2016).

### 3.3 Styringsutfordringer i interorganisatoriske relasjoner

Som vi beskrev i kapittel 2 består sykehus av spesialiserte fagområder hvor hver enhet i sykehuset har eget budsjettansvar. En kan dermed se på de ulike enhetene i sykehuset som frittstående, autonome enheter. Videre i oppgaven ønsker vi å studere nærmere den horisontale dimensjonen av styring og hvordan kommunikasjon og samarbeid på tvers av enheter foregår. I dette delkapittelet vil vi derfor presentere relevant teori om interorganisatorisk styring for å fremheve den horisontale dimensjonen av styring på sykehus. Vi vil presentere litteratur om interorganisatorisk samarbeid, koordinering og styring av interorganisatoriske relasjoner i henholdsvis delkapittel 3.3.1, 3.3.2 og 3.3.3.

#### 3.3.1 Interorganisatorisk samarbeid

Interorganisatorisk samarbeid har de siste 15 årene vært et dominant tema i organisasjonslitteraturen (Pitsis et al., 2004). Organisasjoner og miljøene de opererer i blir stadig mer komplekse og preget av økt risiko og usikkerhet. Dette gjør at organisasjoner må tilpasse seg endringer og utarbeide nye strategier for å møte dagens utfordringer. En tilnærming for å håndtere disse utfordringene kan være gjennom interorganisatorisk samarbeid (Pitsis et al., 2004).

Det finnes en rekke definisjoner i litteraturen på interorganisatorisk samarbeid. Ifølge Mark Ebers (1997) vil to eller flere organisasjoner danne et interorganisatorisk nettverk dersom de er knyttet sammen gjennom markedsrelasjoner. Håkansson og Snehota (2006) definerer interorganisatoriske relasjoner som forskjellige former for samarbeid mellom organisasjoner som kan danne langvarige og nære relasjoner, sammenlignet med det vi kjennetegner som enkeltstående transaksjoner. Partene i en slik relasjon vil koordinere aktiviteter og dele på ressurser på tvers av de organisatoriske grensene, med formål om å oppnå et felles mål. Partene blir dermed gjensidig avhengig av hverandre (Håkansson & Snehota, 2006).

Et sykehus består av mange enheter på ulike hierarkiske nivåer med tilhørende ledere, og det vil dermed være behov for samhandling og koordinering. Gjennom interorganisatorisk samarbeid kan sykehuset styrke sin evne til å håndtere komplekse arbeidsoppgaver, øke organisasjonslæringen og effektivisere ressursbruken (Ebers, 1997; Provan & Kenis, 2007). Særlig organisasjoner som innehar spesialisert kompetanse, slik som Oslo universitetssykehus, vil kunne øke innovasjonsevnen gjennom samarbeid. Bakgrunnen for

dette er at samarbeid gjør det mulig å utveksle informasjon raskere internt i organisasjonen enn hvis hver enhet skulle handlet på egenhånd (Colbjørnsen, 2003).

Samarbeid på tvers av organisatoriske grenser, og styringen av disse relasjonene, har blitt mer fremtredende både i offentlig og privat sektor (Ahlgren et al., 2019). Slike samarbeid er vanlig innenfor helsesektoren, der et helseforetak formelt ledes gjennom vertikale styringslinjer. Utfordringene oppstår særlig når pasientforløpene skal koordineres både på tvers av sykehusavdelinger, men også over formelle organisasjonsgrenser. Dette representerer et klassisk styringsproblem, der verdiskapningen skjer i et krysningpunkt mellom de vertikale og horisontale organisasjonsenheter (Ahlgren et al., 2019). Slikt samarbeid krever koordinering og er en av de eldste problemene innenfor offentlig sektor (Bouckaert et al., 2010).

### **3.3.2 Koordinering**

Koordinering innebærer å plassere ulike elementer i et system riktig i forhold til hverandre (Nilstun, 2018). Ifølge Repstad (2004) handler koordinering om å få de ulike delene til å operere sammen og beskriver koordinering som et «gi- og ta-forhold». Koordinering er sentralt i arbeidet med tverrfaglig samarbeid og for å sikre en helhetlig tilnærming i styring og pasientbehandling (Ahlgren et al., 2019). Tidligere studier viser imidlertid at slik koordinering kan være utfordrende i sykehus (Repstad, 2004).

Repstad (2004) hevder at koordineringsproblemer oppstår som en konsekvens av de parallelle prosessene; formalisering og spesialisering. Formalisering innebærer at man deler bedriftens ressurser, slik som arbeidskraft og økonomi, inn i formelle avdelinger. En slik formalisering kan føre til en institusjonaliseringsprosess, hvilket kan hemme samarbeidet på tvers i organisasjonen. Når oppgaver samles i formelle enheter, vil man prioritere intern koordinering fremfor koordinering mellom enhetene (Repstad, 2004). Koordineringsproblemer kan også oppstå som følge av spesialisering. Organisasjoner blir i dag stadig mer komplekse hvilket øker behovet for arbeidsdeling. Arbeidsdelingen er med på å effektivisere organisasjonen, ved at ansatte har mulighet til å spesialisere seg og øke den faglige kompetansen. Når de ulike delene av en organisasjon består av spesialiserte enheter, kan det bli vanskelig å koordinere på tvers av fagområder.



Koordinering kan forekomme enten vertikalt eller horisontalt. Horisontal koordinering dreier seg om samordning på samme hierarkiske nivå, mens vertikal koordinering involverer samordning mellom de ulike nivåene i hierarkiet (Bouckaert et al., 2010). I komplekse organisasjonsstrukturer kan disse koordineringstilnærmingene kombineres. Fimreite et al. (2014) hevder at prosesser i en vertikal organisering også vil kreve horisontal handling. Det er imidlertid begrenset litteratur knyttet til hvordan en formell vertikal organisasjonsstruktur kan designes slik at den tilrettelegger for horisontal samhandling. En formell, vertikal inndeling kan oppfattes som en utfordring for det horisontale samarbeidet, men det vil ikke nødvendigvis være slik at samhandlingen blir mer effektiv uten strukturelle rammer (Ostroff, 1999; McNulty & Ferlie, 2002).

### **3.3.3 Styring av interorganisatoriske relasjoner**

Ved styring av en interorganisatorisk relasjon, overskrider styringen de organisatoriske, legale og kulturelle grensene i relasjonen (Ahlgren et al., 2019). Styring utenfor disse grensene kan være utfordrende, og Caglio og Ditillo (2008) peker særlig på tre utfordringer. De to første utfordringene knyttes til etableringen av samarbeidet. For det første er det utfordrende å få partene i den interorganisatoriske relasjonen til å arbeide mot felles mål. Dersom partene i stede forfølger egne mål, øker faren for at partene ikke opptrer i tråd med samarbeidets overordnede målsetninger. Den andre utfordringen knyttes til hvordan resultater og innsats skal fordeles. Den tredje utfordringen dreier seg om hvordan det daglige arbeidet i organisasjonen foregår, ved koordinering av praksis og håndtering av hendelser i samarbeidet (Caglio & Ditillo, 2008). Håndteringen og praksisen må ivaretas over tid for at organisasjonen kan nå de overordnede målsetningene. Tradisjonell styringslitteratur har sett på de nevnte styringsutfordringene i isolasjon, men det kan være hensiktsmessig å se de i et helhetsperspektiv (Ahlgren et al., 2019). For å redusere disse styringsutfordringene og øke sannsynligheten for felles måloppnåelse, kan det være hensiktsmessig å etablere et styringssystem som tilpasses partenes målsetninger, fordele innsats og resultater, samt kan koordinere håndtering av hendelser i samarbeidet (Ahlgren et al., 2019). Ved å få til en vellykket koordinering av aktiviteter og ressurser mellom enheter, vil dette kunne øke produktiviteten i virksomheten (Ahlgren & Lind, 2022).

Det finnes omfattende litteratur som undersøker bruken av ulike mekanismer i styringen av interorganisatoriske relasjoner (Dekker, 2004; Kraus & Lindholdt, 2010). Tidligere forskning indikerer at mekanismer slik som tillitt, uformell kommunikasjon, men også formelle

styringsmekanismer kan være sentrale i styringen (Cäker, 2008; Vosselman & Van der Meer-Kooistra, 2009). Ved et tillitsbasert styringssystem krever det ifølge Kamminga og Van der Meer-Kooistra (2007) at partene har relativt like målsetninger. Uformelle styringsmekanismer kan eksempelvis være felles normer og verdier som utarbeides gjennom uformell dialog, personlige relasjoner eller profesjonstilhørighet (Ahlgren et al., 2019). Dersom partene har ulike målsetninger og interesser, krever det imidlertid mer formell styring. Formelle styringsmekanismer kan eksempelvis være valg av organisasjonsform og struktur, bruk av rapportering, formelle møter og kontrakter mellom samarbeidspartene (Ahlgren et al., 2019).

Ifølge Dekker (2004) vil et høyt tillitsnivå i en relasjon redusere behovet for formelle styringsmekanismer når det gjelder håndtering av samarbeidsutfordringer. For utfordringene knyttet til å koordinere samarbeidspartenes atferd, argumenterer Caglio og Ditillo (2008) for at tillitt ikke vil kunne erstatte behovet for formelle mekanismer på tilsvarende måte. Nyland et al. (2017) fant at effekten av de ulike mekanismene, både formelle og uformelle, kan bygge på og understøtte hverandre.

## 4. Metodisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi presentere det metodiske rammeverket som danner grunnlaget for masterutredningen. Hensikten med metodekapittelet er å presentere og gi en begrunnelse for hvilke metodiske valg som danner grunnlaget for studien vår. Vi vil innledningsvis presisere problemstillingen og introdusere de tilhørende forskningsspørsmålene. Deretter vil vi presentere det vitenskapsteoretiske utgangspunktet i delkapittel 4.1. I delkapittel 4.2 – 4.5 vil vi gjennomgå henholdsvis valg av forskningsdesign, datainnsamling, analyse av data samt vurdere metodekvaliteten. Til slutt vil vi i delkapittel 4.6 diskutere hvilke etiske vurderinger som har vært en del av arbeidet med denne utredningen. Som nevnt tidligere, vil vi i denne masterutredningen besvare følgende problemstilling:

**Hvordan bruker Akuttklinikken styringssystemene for å oppnå økt produktivitet og hva oppleves som de sentrale styringsutfordringene?**

Problemstillingen vår tar utgangspunkt i LoC-rammeverket, samt teori om interorganisatorisk styring. Vi vil gjøre en casestudie av Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus for å undersøke styringen på klinikken. Med bakgrunn i problemstillingen har vi utarbeidet tre forskningsspørsmål som vil være utgangspunktet for forskningen vår:

*Hvilke styringsmekanismer oppleves som sentrale?*

*Hvordan brukes styringsmekanismene?*

*Hvilke styringsutfordringer oppleves som mest sentrale?*

### 4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Forskning har som formål å genere kunnskap om virkeligheten som både er gyldig og troverdig (Burrell & Morgan, 2017). Studiens metode vil beskrive hvordan en kan samle empiri om virkeligheten på en egnet måte. En utfordring med forskning er imidlertid at man vil foreta seg en rekke antakelser både bevisst og ubevisst, ettersom det er vanskelig å vite hvordan virkeligheten egentlig ser ut (Burrell & Morgan, 2017). Saunders et al. (2019) beskriver at slike antakelser kan knytte seg til menneskelig kunnskap, virkelighetsforståelse og hvordan egne verdier kan påvirke forskningen. Forskernes oppfatning og forståelse av

problemstillingen, valg av metode og tolkning av studiens funn kan bli påvirket av de underliggende antakelsene (Crotty, 1998). Denne masterutredningen vil basere seg på enkelte grunnleggende antakelser, og vi vil derfor presentere og beskrive disse antakelsene i dette delkapittelet.

Basert på forståelsen av virkeligheten, skiller man gjerne mellom to filosofiske tilnærminger i forskning: *positivisme* og *hermeneutikk* (Saunders et al., 2019). Positivisme baserer seg på naturvitenskap der det antas at det eksisterer kun én objektiv virkelighet. Forskerne vil være distanserte og uavhengig av fenomenet som studeres, og forsøker å finne kausale sammenhenger basert på observerbare og målbare fakta. I hermeneutikk vil man, i motsetning til positivisme, ta utgangspunkt i fortolkning i større grad. Her antas det at verden er kompleks og man vil forsøke å gi mening til fenomener som er uklare. Med en hermeneutisk tilnærming vil man være kritisk til å etablere universelle lover, og man ønsker heller å danne seg en bredere forståelse av den sosiale verden og konteksten. Gjennom tolkning av fenomener vil man kunne tilegne seg en mer helhetlig forståelse i hermeneutikken (Saunders et al., 2019).

I vår utredning har vi basert oss på en hermeneutisk tilnærming ettersom bruken av styringssystemer er et komplekst fenomen. Bruken av styringssystemene vil avhenge av blant annet virksomheten, organiseringen og konteksten. Det vil følgelig være utfordrende å definere én objektiv sannhet om hvilke styringssystemer som bør benyttes i Akutt klinikken for å oppnå økt produktivitet. For å besvare problemstillingen i studien, tar vi utgangspunkt i å tolke menneskers meninger, synspunkter og erfaringer. Disse vil være subjektive ettersom menneskene vil ha ulike oppfatninger og opplevelser av det samme fenomenet. Vi antar derfor at det ikke eksisterer én objektiv sannhet om bruken av styringssystemer, og det blir følgelig avgjørende at vi danner oss en dypere forståelse rundt problemstillingen. En hermeneutisk tilnærming vil dermed gjøre oss i bedre stand til å svare på problemstillingen i denne masterutredningen. Vi vil basere oss på denne tilnærmingen når vi går videre med det metodiske rammeverket i dette kapittelet.

## 4.2 Forskningsdesign

Forskningsdesignet til en studie er en helhetlig plan som beskriver hvordan problemstillingen skal undersøkes og besvares (Saunders et al., 2019). Før vi beskriver studiens forskningsdesign nærmere, vil vi tydeliggjøre formålet med forskningsdesignet. Et forskningsdesign kan utarbeides for å oppfylle *et utforskende, deskriptivt, forklarende eller evaluerende* formål, eller en kombinasjon av de nevnte formålene (Saunders et al., 2019). Forskningsdesignet som benyttes vil avhenge av hensikten med studien. Dersom man ønsker å få en klarere forståelse av et fenomen eller et problem, kan en utforskende studie være egnet å bruke. Forskning som er deskriptiv vil forsøke å beskrive et fenomen på en mest mulig nøyaktig måte. Forklarende studier forsøke å danne kausale sammenhenger mellom variabler, mens studier som er evaluerende studerer hvor godt noe fungerer (Saunders et al., 2019).

Ettersom vi ønsker å klargjøre forståelsen av hvordan Akuttklinikken bruker styringssystemer for å oppnå økt produktivitet og hvilke styringsutfordringer som oppleves som sentrale, vil vi ha et utforskende forskningsdesign. En fordel med å ha et utforskende forskningsdesign er at den vil være fleksibel og tilpasningsdyktig, som gjør det mulig at retningen på studien kan endres underveis dersom det avdekkes ny innsikt (Saunders et al., 2019). Videre i masterutredningen vil vi gjøre rede for noen begreper som kan bidra til å tydeliggjøre forståelsen av det som skal undersøkes, og vil følgelig også ha en beskrivende tilnærming. Forskningsdesignet i denne utredningen kan derfor betegnes som en kombinasjon av utforskende og beskrivende.

For å utarbeide et utforskende og beskrivende forskningsdesign er det fire elementer som må avklares. Disse fire elementene er beskrevet nedenfor.

### 1) Forskningsmetode

For det første må man bestemme om forskningsmetoden skal være *kvantitativ* eller *kvalitativ*. Ved kvantitativ forskning undersøkes forholdet mellom variabler, som typisk blir målt numerisk, og analysen av disse forholdene utføres ved hjelp av ulike statistiske og grafiske verktøy (Saunders et al., 2019). Fordelen med en slik metode er blant annet at man kan utforske bredt og analysere store datamengder (Dalland, 2020). I kvalitativ forskning vil man, i motsetning til kvantitativ forskning, bruke ikke-numerisk data der man undersøker deltakernes synspunkter og forholdet mellom disse (Sanders et al., 2019). Fordelen med kvalitativ metode er at det åpner for et større tolkningsrom av datainnholdet, og på den måten kan man oppnå en

mer nyansert beskrivelse av fenomenet. En ulempe er imidlertid at det kan være ressurskrevende å samle inn data (Jacobsen, 2022). En kvalitativ forskningsmetode fremstår som mest hensiktsmessig i vår utredning ettersom vi har en utforskende og beskrivende studie om styringssystemer og styringsutfordringer i Akuttklinikken. Med denne metoden får vi en mer åpen tilnærming til forskningen og kan i større grad tolke den innsamlede dataen. Dette vil gi oss en dypere forståelse av hvordan Akuttklinikken bruker styringsmekanismene, og hvilke utfordringer klinikken opplever.

## 2) Intensivt eller ekstensivt forskningsdesign

Ved bruk av kvalitative forskningsmetoder vil et intensivt forskningsdesign være egnet (Jacobsen, 2022). Intensive forskningsdesign går mer i dybden av fenomenet som skal undersøkes ved at man studerer mange nyanser, men med få enheter. Når man går mer i dybden av et fenomen, vil man kunne få en mer detaljert og grundig forståelse av virkeligheten. Både i form av hvordan den faktisk er, hvordan den oppfattes, samt avdekke sammenhenger mellom ulike fenomener. Ved et ekstensivt design derimot, går man bredere ut og samler inn data fra mange kilder. Et slikt forskningsdesign vil derfor ikke gå like mye i dybden av det som studeres. Datainnsamlingen og analysen kan ofte være ressurskrevende i kvalitative metoder og ifølge Jacobsen (2022) er det hensiktsmessig at studien har et intensivt forskningsdesign når man benytter seg av en kvalitativ tilnærming. Vi har derfor valgt et intensivt forskningsdesign i vår studie ettersom vi ønsker å oppnå en dypere forståelse av bruken av styringssystemer og styringsutfordringer i Akuttklinikken. Denne utformingen vil tillate oss å undersøke flere nyanser selv med en begrenset datamengde, hvilket gir oss muligheten til å undersøke problemstillingen grundig.

## 3) Tidsperspektiv

Et annet element som må avklares er tidsperspektivet. Ved en tverrsnittsstudie studerer man en tilstand på gitt tidspunkt i et utvalg, mens i en tidsseriestudie ser man på endringer i utvalgets tilstand over tid (Jacobsen, 2022). Ettersom vår masteroppgave kun strekker seg over ett semester, vil valget av tidsperspektiv være begrenset. For vår problemstilling vurderer vi en tverrsnittsstudie som passende ettersom vi i hovedsak ønsker å se på hvordan Akuttklinikken bruker styringssystemene for å oppnå produktivitet og hvilke styringsutfordringer klinikken opplever i dag. Det kunne imidlertid også vært interessant å gjennomføre en tidsseriestudie for å få frem hvorvidt bruken av styringssystemer og opplevde

---

utfordringer endrer seg over tid, men grunnet begrenset tid på masterutredningen vil ikke dette la seg gjennomføre.

#### 4) Forskningsstrategi

For å kunne besvare forskningsspørsmålet bør forskeren utarbeide en strategi for hvordan man ønsker å gå frem (Saunders et al., 2019). I denne masterutredningen anser vi det som hensiktsmessig å velge casestudie som forskningsstrategi. Formålet med en casestudie er å opparbeide en innsikt i fenomenet som studeres og hvordan det henger sammen med konteksten det oppstår i (Saunders et al., 2019). Når skillet mellom konteksten og fenomenet i studien ikke er tydelig definert, vil casestudier særlig være egnet (Yin, 2018). Ettersom vi i denne studien undersøker bruken av det helhetlige styringssystemet til Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus, vil det ikke være et definert skille mellom fenomenet og konteksten. Med dette som grunnlag vil det være nærliggende å gjennomføre en casestudie av Akuttklinikken på OUS.

Innenfor casestudier er det flere måter man kan strukturere studien på, og det skilles mellom fire ulike strategier innenfor to forskjellige dimensjoner. Den første dimensjonen innebærer valget mellom en *enkeltcase-* eller *flercasestudie* og den andre dimensjonen innebærer hvorvidt man skal velge et *integrert case* eller et *holistisk case* (Yin, 2018). Vi har i denne masterutredningen benyttet en enkeltcasestudie ettersom vi skal studere Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus.

Den andre dimensjonen, skiller mellom et holistisk eller integrert case, og referer til enheten som skal analyseres. Ved et holistisk case blir organisasjonen i sin helhet studert, mens man ved et integrert case studerer enkelte eller flere enheter eller avdelinger i organisasjonen (Saunders et al., 2019). I denne studien har vi valgt en integrert tilnærming fordi vi skal undersøke hvilke styringssystemer én klinikk ved Oslo universitetssykehus benytter og hvilke utfordringer denne klinikken opplever.

Forskningsstrategien vår er derfor å utforske og beskrive hvordan Akuttklinikken bruker styringssystemene for å oppnå økt produktivitet, og hva som oppleves som de sentrale styringsutfordringene. Dette gjør vi ved å gjennomføre en kvalitativ, integrert, tverrsnittsstudie av Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus. I de neste delkapitlene vil vi beskrive metodene vi benyttet oss av for datainnsamlingen.

## 4.3 Datainnsamling

For å kunne besvare oppgavens problemstilling må relevant data samles inn. Dataen kan både være primær og sekundær. Med primærdata refereres det til innsamlet data som er spesifikk for den aktuelle studien. Sekundærdata er data som i utgangspunktet er samlet inn av andre, og som kan tilføye studien supplerende informasjon (Saunders et al., 2019). I denne masterutredningen er primærdataen samlet inn ved semistrukturerte intervjuer, mens sekundærdataen omfatter aktuelle rapporter og dokumenter. Ved å kombinere primær- og sekundærdata på denne måten får studien et bredere datagrunnlag.

### 4.3.1 Primærdata

Vi har innhentet primærdata gjennom semistrukturerte intervjuer med aktuelle intervjuobjekter i Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus. Et semistrukturert intervju kan karakteriseres som en mellomting av dybdeintervjuer og strukturerte intervjuer (Saunders et al., 2019). I dybdeintervjuer etableres det ikke konkrete og detaljerte spørsmål før intervjuet, annet enn at tematikken for intervjuet er kjent på forhånd. Ved et strukturert intervju utarbeides detaljerte intervjuguider på forhånd, der man setter klare svaralternativer til spørsmålene som stilles. Ved semistrukturerte intervjuer utarbeider man en overordnet guide med spørsmål for å strukturere intervjuet, men når intervjuet gjennomføres er intervjuobjektet med på å forme intervjuet underveis i samtalen. Dette gjør at man kan få frem andre aspekter ved fenomenet som studeres som man ikke var bevisst over på forhånd (Saunders et al., 2019). En slik intervjuform gir derfor en dypere forståelse og innsikt av fenomenet som studeres, noe som er essensielt for å besvare studiens problemstilling.

I løpet av høsten 2023 har vi utført totalt ti semistrukturerte intervjuer. Vi har intervjuet fem personer fra Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus som utgjør primærintervjuene. I tillegg har vi hatt pilotintervjuer med to andre intervjuobjekter der den ene er fra OUS og den andre fra et annet sykehus. På forhånd av intervjuene ble det sendt inn et samtykkeskjema og en intervjuguide til de som skulle delta på intervjuene. I tillegg har Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjent forskningsprosjektet vårt. Vi kom i kontakt med klinikkdirektøren ved Akuttklinikken som skaffet oss aktuelle kandidater for intervjuene. Ved utvelgelsen av intervjuobjekter vektla vi relevante lederansvar, samt å snakke med personer fra ulike nivåer i sykehuset. Dette omtales som strategisk utvelgelse og benyttes ofte i



casestudier (Saunders et al., 2019). Vi har gjennomførte primærintervjuene ansikt-til-ansikt med varighet på rundt en time. Dersom det var behov for oppklaring eller ytterligere informasjon, gjennomførte vi et nytt intervju digitalt. De to pilotintervjuene ble gjennomført ansikt-til-ansikt eller digitalt. Tabell 1 viser en oversikt over de gjennomførte intervjuene.

Intervjuobjekt	Enhet	Intervjuform	Antall intervjuer
Intervjuobjekt 1	Klinikk	Ansikt-til-ansikt + Digitalt	2
Intervjuobjekt 2	Økonomi	Ansikt-til-ansikt	1
Intervjuobjekt 3	Avdeling	Ansikt-til-ansikt	1
Intervjuobjekt 4	Avdeling	Ansikt-til-ansikt + Digitalt	2
Intervjuobjekt 5	Direktørens stab	Ansikt-til-ansikt + Digitalt	2
Intervjuobjekt 6	Direktørens stab	Ansikt-til-ansikt	1
Intervjuobjekt 7	Klinikk	Digitalt	1

*Tabell 1 - Oversikt over informanter*

Før vi gjennomførte intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide, vedlagt i vedlegg 2. Intervjuguiden ble strukturert etter Levers of Control-rammeverket. Ettersom intervjuobjektene hadde noe ulike ansvarsområder og kompetanse utarbeidet vi intervjuguiden som var tilpasset dette. Eksempelvis ble det i intervjuet med controlleren et større økonomifokus sammenlignet med intervjuene med avdelingslederne. Vi benyttet oss av mest mulig åpne spørsmål i starten for å unngå å lede intervjuobjektene i en bestemt retning. Når samtalen tok form, kunne vi deretter gå mer i dybden på bestemte temaer. Under intervjuene tilpasset vi rekkefølgen på spørsmålene etter hva som passet seg og fulgte derfor ikke intervjuguiden slavisk.

### 4.3.2 Sekundærdata

Sekundærdataen vi har benyttet oss av består av rapporter og dokumenter som klinikken har gitt oss innsyn i. Disse rapportene er utarbeidet med et annet formål enn å besvare denne studiens problemstilling, og betegnes følgelig som sekundærdata (Saunders et al., 2019). Vi har kun brukt de delene av dataen som vi oppfatter som relevante. De innsamlede dokumentene fra klinikken har gitt oss en bredere forståelse av hvordan styringssystemene i

Akuttlinikken fungerer. I tillegg har dokumentene bidratt til å kontrollere intervjuobjektens utsagn, samt støtte opp under disse. I tabell 2 presenteres det en oversikt over sekundærdataen.

Rapporter	
1.	Budsjett for klinikken 2023
2.	Strategiplan
3.	Handlingsplan
4.	Målkort
5.	Avviksrapport

Tabell 2 - Oversikt over sekundærdata

## 4.4 Dataanalyse

Primærdataen i denne masteroppgaven er, slik som nevnt i delkapittel 3.3, i hovedsak basert på datainnsamling etter den kvalitative metoden (Grønmo, 2016). Kvalitativ data kjennetegnes ved at det er en relativt åpen informasjonsinnsamling, før dataen struktureres etter innsamling. Etter innsamling er det sentralt at dataen transkriberes, før den summeres, kodes og kategoriseres for å sikre en god analyse av dataen (Saunders et al., 2019). Dette delkapittelet tar for seg hvordan og hvilke hensyn vi har tatt ved gjennomføring av dataanalysen.

Ved innsamling av data i en kvalitativ utredning kan det oppstå utfordringer både før, under og etter innsamling (Jacobsen, 2022). Etter innsamlingen er gjennomført, er hovedutfordringen knyttet til analysen av den store datamengden (Jacobsen, 2022). Vi valgte å ta taleopptak av intervjuene for å få dokumentert informasjonen fra intervjuobjektene. I tillegg var hensikten med taleopptakene å få fanget opp tonefallet til respondentene for å få frem nyanser i svarene. Transkribering av intervjuer er ofte tidkrevende, og det finnes ulike elektroniske verktøy som kan transkribere intervjuene automatisk. Vi benyttet oss imidlertid ikke av elektroniske verktøy, og til tross for at det tok noe tid, valgte vi å transkribere alle intervjuene selv. Dette gjorde vi for å sikre at vi fanget opp ulike detaljer og sammenhenger som vi kanskje ikke hadde fanget opp under selve intervjuene.

Når en benytter seg av kvalitative analysemetoder, kan det være hensiktsmessig å bruke komplementære metoder (Saunders et al., 2019). Dette innebærer å velge to eller flere ulike tilnærminger til å analysere dataen, med et mål om å oppnå en dypere innsikt og rikere forståelse (Saunders et al., 2019). Saunders et al. (2019) fremhever særlig frem to ulike aspekter ved kvalitativ dataanalyse. Det første aspektet er tilnærming til teoriutviklingen som brukes i forskningen, mens den andre er den analytiske tilnærmingen som brukes i teknikken. Tilnærming til teoriutvikling vil bli diskutert i neste avsnitt. Den analytiske tilnærmingen, innebærer å velge mellom å fragmentere dataen eller ikke. Dersom man fragmenterer dataen, vil dataen forenkles og reduseres for å oppsummere datainnholdet før det gjennomføres analyser. Dette kan gå på bekostning av dataintegriteten. I vår masterutredning oppsummerte vi først den viktigste informasjonen fra intervjuene, før vi kategoriserte dataen i henhold til de fire styringsspakene fra Levers of Control. Slik sikret vi en systematisk gjennomgang av dataen og fikk kartlagt hvilke momenter som var de mest sentrale for vår analyse.

Når det gjelder tilnærming til teoriutviklingen som benyttes i forskning, skiller Saunders et al. (2019) mellom en deduktiv og en induktiv tilnærming. Ved den deduktive tilnærmingen ønsker man å opprette hypoteser basert på eksisterende teori, og deretter teste dem ut i den eksisterende verden. Ved den induktive tilnærmingen ønsker man derimot å samle inne data og deretter genere teorier basert på funnene for å undersøke et fenomen nærmere. En hermeneutisk tilnærming vil vanligvis være passende for en induktiv tilnærming, ved at man tar hensyn til kontekst og forsøker å forstå helheten (Dubois & Gadde, 2002; Saunders et al., 2019). Vi har benyttet oss av en induktiv tilnærming ettersom vi i denne studien skal undersøke hvordan styringssystemer i Akutt klinikken brukes og opplevde utfordringer ved styringen. Vi skal teste funnene fra intervjuene opp mot LoC og eksisterende litteratur om interorganisatorisk styring, og følgelig vil induktiv tilnærming være mest hensiktsmessig.

## 4.5 Metodekvalitet

En utfordring med forskning er at studier ikke alltid vil gi fullstendig objektive eller korrekte svar. Det vil derfor være hensiktsmessig å vurdere metodekvaliteten for en vitenskapelig studie, slik at man kan stille seg kritisk til kvaliteten på den innsamlede dataen. Ved en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer kan det oppstå utfordringer som relaterer seg til pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Dette kan være avgjørende for kvaliteten. Vi vil i denne delen reflektere rundt metodekvaliteten på studien vår.

### 4.5.1 Pålitelighet

Pålitelighet innebærer hvorvidt man kan stole på den innsamlede dataen og om andre forskere kunne fått lignende funn (Saunders et al., 2019). Ifølge Dalland (2020) kan det oppstå utfordringer knyttet til kommunikasjonen under selve intervjuet, lydopptakets kvalitet og transkriberingsfeil. For å sikre en god kommunikasjon under intervjuet var vi bevisste på at vi skulle la respondentene snakke ferdig før vi stilte nye spørsmål. For å sikre god kvalitet på lydopptakene tok vi opp lyden med to telefoner, i tillegg til at vi var nøye og brukte tid på transkriberingen av intervjuene.

For å styrke studiens pålitelighet har vi gjennomført intervjuer med ansatte som har god kjennskap til styringen i Akuttklinikken. Dette ga oss et helhetlig innblikk i den daglige driften i klinikken, samt hvilke utfordringer de ansatte møtte på i praksis. For å få frem ulike synspunkter og perspektiver har vi gjennomført intervjuer med ansatte på sykehuset som har ulik faglig bakgrunn og kompetanse. Vi har intervjuet ledere på de tre øverste nivåene på sykehuset samt en controller.

Selv om datakildene er gode, vil det imidlertid være en mulighet for at vi kan ha oppfattet og tolket noe av dataen feil. Ettersom vi er to personer som har arbeidet med dataanalysen har vi hatt mulighet til å drøfte momenter sammen og har derfor delt ulike synspunkter med hverandre. Dette kan redusere risikoen for at vi har feiltolket data, noe som styrker studiens pålitelighet. Vi brukte også mye tid på å tilegne oss kunnskap om helsesektoren og ulike styringsmekanismer i forkant av intervjuene. Ved å anvende eksisterende teori og kunnskap om styring, og studere dette opp mot dataen fra intervjuene, styrket dette påliteligheten til forskningen ytterligere. Vi har også snakket med to ulike direktører ved to forskjellige helseforetak på forhånd av primærintervjuene, som har gjort at vi har tilegnet oss mer kunnskap. Dersom det var uklarheter i etterkant av et intervju, sendte vi oppfølgingsspørsmål på e-post eller gjennomførte et nytt møte digitalt. Dette reduserte risikoen for misforståelser og feiltolkning av data.

Saunders et al. (2019) trekker også frem en annen utfordring knyttet til påliteligheten ved kvalitative studier. Dette retter seg mot at dataen kan bli påvirket av ulike «bias». Sanders et al. (2019) fremhever tre bias som kan oppstå: *intervjuerbias*, *respondentbias* og *deltakerbias*. Intervjuerbias innebærer at intervjueren kan påvirke intervjuobjektets svar gjennom egen atferd som eksempelvis tonefall, formulering av spørsmål eller ikke-verbal

atferd. For å hindre at dette skulle skje, hadde vi forberedt oss godt på forhånd og begge to deltok på intervjuene. For å sikre en god og nøytral formulering på spørsmålene som ble stilt, brukte vi mye tid på å utarbeide en intervjuguide med åpne spørsmål.

Respondentbias kan forekomme dersom intervjuobjektet ikke forteller den fulle sannheten om det som studeres (Sanders et al., 2019). Årsaken til slik atferd kan være at respondenten ikke ønsker å diskutere visse temaer eller at personen er taushetsbelagt. For å unngå respondentbias utarbeidet vi et samtykkeskjema som vi sendte dem på forhånd vedrørende informasjon om anonymitet og dataoppbevaring. Vi oppfordret også intervjudeltakerne til å oppholde seg i omgivelser der de ikke følte de ble overhørt. Bruken av lydopptak under intervjuene kan imidlertid ha påvirket svarene til respondentene til en viss grad, som kan ha en negativ effekt på studiens pålitelighet.

Deltakerbias innebærer at informantene gir ukorrekte svar for å forvrengte resultatet på forskningen (Sanders et al., 2019). Vår studie kunne fått deltakerbias dersom vi kun hadde snakket med samme type informant, for eksempel kun personer fra økonomiavdelingen. Ved å ha et representativt utvalg av respondenter, fikk vi imidlertid frem ulike perspektiver fra flere nivåer på klinikken, og på den måten reduserte vi risikoen for deltakerbias.

## 4.5.2 Gyldighet

Gyldigheten til studien handler om hvor valid studien er. Studiens gyldighet er todelt og handler for det første om hvorvidt dataen som benyttes i studien er egnet til å svare på problemstillingen (Saunders et al., 2019). Vi brukte et internt dokument som kunne understøtte deler av svarene til intervjuobjektene og dette gjorde at vi fikk avklart enkelte elementer som fremsto uklare. For å få så nøyaktig data som mulig stilte vi oppfølgingsspørsmål under intervjuene hvis noe var uklart. Dette gjorde vi også etter intervjuene. I etterkant av hvert intervju behandlet vi datamaterialet slik at vi kunne forberede nye spørsmål eller følge opp noe som ble sagt av en av respondentene. På denne måten kunne vi sikre oss at vi fikk den dataen vi trengte, samtidig som det reduserte sjansene for feiltolkning av intervjuobjektens svar.

Gyldighet handler for det andre om hvor godt funnene fra studien samsvarer med virkeligheten (Sanders et al., 2019). For å oppnå en helhetlig innsikt i styringen på Akuttklinikken benyttet vi oss av et variert datagrunnlag. Vi intervjuet personer med ulike roller som klinikkdirektør,

avdelingsledere og en controller for å få frem ulike perspektiver. Dette bidro til at vi fikk en dypere forståelse. Vi sørget også for at svarene til intervjuobjektene samsvarte med hva de virkelig mente ved å transkribere intervjuene ordrett og deretter sende dette på e-post for godkjenning. De sitatene vi har brukt i denne masterutredningen har blitt godkjent av de aktuelle respondentene og en slik godkjenning er essensielt for å styrke studiens gyldighet.

For å styrke gyldigheten til studien har vi også involvert flere personer i prosessen. Gjennom samtaler med vår veileder, Kari Nyland, har vi fått nye perspektiver og synspunkter rundt den innsamlede dataen. I tillegg har vi snakket med en bekjent i ledergruppen på OUS for å diskutere og reflektere rundt våre ideer og funn. Dette har gjort at vi har fått bekreftelse på korrekt analyse av datamaterialet samtidig som det har redusert risikoen for mulige feiltolkninger. Slike tiltak kan bidra til å styrke studiens gyldighet. Gyldigheten vi har diskutert over kategoriserer Saunders et al. (2019) som intern gyldighet. Vi vil videre gjøre rede for den eksterne gyldigheten, altså studiens overførbarhet.

### **4.5.3 Overførbarhet**

Studiens eksterne validitet eller overførbarhet forteller om studiens funn kan være aktuell for andre situasjoner, utvalg eller kontekster (Grønmo, 2016). Ved en kvantitativ studie ønsker man å vurdere hvor generaliserbare funnene i studien er, mens ved en kvalitativ studie er det mest relevant å vurdere den teoretiske generaliseringen. Ifølge Saunders et al. (2019) skyldes dette at et begrenset antall intervjuobjekter kan true den eksterne validiteten til studien. Som et resultat kan det være utfordrende å generalisere funnene fra en kvalitativ undersøkelse til en bredere populasjon. Når man kan oppnå ny konseptuell eller teoretisk innsikt gjennom forskningen, blir det mulig å overføre denne kunnskapen dersom de teoretiske innsiktene kan anvendes utenfor den spesifikke studien (Saunders et al., 2019).

En generell utfordring ved bruk av casestudier, er utfordringene ved å generalisere resultatene (Saunders et al., 2019). Et relevant spørsmål for vår studie er om funnene fra Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus ville vært tilsvarende ved andre helseforetak i Norge. Det er stor variasjon når det kommer til størrelse og spesialisering blant helseforetakene i Norge, og Oslo universitetssykehus er den klart største og håndterer mer komplekse pasienter enn andre lokalsykehus. Det er derfor naturlig å stille seg kritisk til om funnene vi gjorde i vår studie ville vært tilsvarende på en akuttklinikk i et mindre helseforetak.

For å øke studiens generaliserbarhet hadde det være hensiktsmessig å gjennomføre flere casestudier, som inkluderer ulike helseforetak av varierende størrelse. Likevel vil en del av styringen og utfordringsbildet på de ulike helseforetakene være de samme, og dermed vurderer vi studien som overførbart. Selv om en kvalitativ studie sjelden bidrar med generaliserbare funn, vil studien likevel kunne bidra med kunnskap som kan benyttes av andre. Dermed vil studien likevel kunne ha overføringsverdi (NEM, 2010). Vår studie bygger på tidligere studier i tilsvarende kontekst, i tillegg til at vi benytter oss av anerkjente teoretiske rammeverk, hvilket også kan gi overføringsverdi.

Det er naturlig å anta at ulike helseforetak også vil ha ulik organisasjonskultur, arbeidsmiljø og lederstil. Slike forhold kan påvirke hvordan koordineringen mellom klinikere og økonomiansatte utspiller seg, samt kommunikasjonen innad i helseforetaket. Dermed kan det stilles spørsmål ved hvorvidt våre funn om koordinering på Akuttklinikken vil være overførbare til andre helseforetak. Dette kan derfor være en mulig begrensning ved studien. Likevel kan det grunnleggende prinsippet om koordinering og kommunikasjon betraktes som overførbart og relevant for de fleste helseforetak, til tross for at utfordringsbildet på sykehus kan være forskjellig. Resultatene fra studien kan følgelig betraktes som et robust grunnlag for ytterligere analyse innenfor hvert enkelt helseforetak. Det bør imidlertid påpekes at hvert helseforetak bør foreta en individuell vurdering for å avgjøre om studiens resultat har en overføringsverdi.

## 4.6 Etiske vurderinger

En viktig del av forskningsdesignet handler om hvordan man håndterer ulike etiske dilemmaer som oppstår underveis i arbeidet med masterutredningen (Saunders et al., 2019). Som en følge av generell, norsk forskningsetikk er det primært tre krav som må etterleves: *informert samtykke, krav til privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt* (Jacobsen, 2022).

For å hensynta informert samtykke lagde vi et samtykkeskjema som ble signert av oss og deltakerne i studien. Dette er vedlagt i vedlegg 1. Hensikten med et slikt skjema er å sikre at intervjuobjektene er informert om at intervjuene er konfidensielle og at deltakerne vil anonymiseres. I tillegg fikk vi kommunisert at det er frivillig deltakelse i studien og at det er mulig å trekke seg. Vi ønsket også å informere om at alle notater og lydfiler fra intervjuene ville slettes etter studien var ferdig. Før vi gjennomførte intervjuene sendte vi også inn en

søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som vi fikk godkjent, se vedlegg 3. Søknaden ble utarbeidet for å ivareta informantenes personvern.

For å sikre at vi overholder kravet om korrekt gjengivelse, har vi fått godkjent bruken av sitater hos de aktuelle intervjuobjektene som ønsket dette. Dersom sitater tas ut av kontekst kan de fremstilles på en annen måte enn det den aktuelle respondenten mener, og det er derfor sentralt å få godkjent sitatene før bruk (Jacobsen, 2022). Det er kun gjort minimale endringer i sitatene, ved å gjøre sitatene mer konsise eller fjerne småord som ikke endrer meningen av sitatet. Vi har også sørget for at sitatene blir gjengitt på en måte som sikrer at vedkommende ikke kan identifiseres.

For å beskytte informantenes personvern har vi tildelt dem informantnumre i stede for å bruke deres reelle identiteter. Rekkefølgen på disse informantnumrene er tilfeldig, og derfor er den første informanten vi snakket med ikke nødvendigvis kalt «Intervjuobjekt 1». Vi har valgt å inkludere hvilken enhet informantene tilhører, da informasjon om hvilket ledernivå de tilhører kan være viktig for analyseformål. Etter råd og samtykke fra vår kontaktperson ved Akutt klinikken har vi valgt å ikke anonymisere helseforetaket. Bakgrunnen er at vi vurderer det som sentralt for studien å få frem at det er Akutt klinikken på Oslo universitetssykehus ettersom det er landets mest spesialiserte sykehus, hvilket er relevant for vår problemstilling og analyse. Til tross for at helseforetaket ikke er anonymt, er det viktig å merke seg at intervjuobjektene identiteter ikke kan knyttes til de siterte uttalelsene. Vi har vurdert dette som en etisk forsvarlig tilnærming og har derfor inkludert navnet på helseforetaket i studien.

Før vi startet med intervjuene formidlet vi formålet og rammene for vårt forskningsprosjekt til informantene. Informantene ble også tilbudt å få en kopi av masterutredningen ved studiens avslutning. Hensikten med dette var at respondentene skulle få mulighet til å bekrefte at deres bidrag ble behandlet på en ærlig og respektfull måte, samt dra kunnskap ut fra forskningsprosjektet.



## 5. Casebeskrivelse

I dette kapitlet presenteres casebeskrivelse om sykehuset og klinikken vi har undersøkt, hvilket er henholdsvis Oslo universitetssykehus (OUS) og Akuttklinikken. Vi vil presentere relevant informasjon om organisasjonsstruktur og hvilke primære ansvarsområder sykehuset og klinikken har.

### 5.1 Oslo universitetssykehus og Akuttklinikken

Vi har i denne masterutredningen gjennomført en casestudie av Akuttklinikken på Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus er et regionsykehus i Helse Sør-Øst som består av Aker sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. Som landets største sykehus har de over 24 000 ansatte og et budsjett på omkring 27,5 milliarder kroner årlig (Oslo universitetssykehus, 2023a).

OUS er en del av spesialhelsetjenesten og har fire primære ansvarsområder; pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. Sykehuset skal levere gode og likeverdige spesialhelsetjenester til alle som har behov for det. For at OUS skal være i stand til å foreta kritiske vurderinger og levere gode behandlingstilbud vil forskning være helt avgjørende (Regjeringen, 2021). Oslo universitetssykehus har noen av landets fremste forskningsmiljøer med flere nasjonale og regionale kompetansesentre og spesialfunksjoner (Oslo universitetssykehus, 2023b). Oslo universitetssykehus har ansvar for å utdanne helsepersonell og jobber tett med utdanningsinstitusjoner. Dette omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjenester, spesialutdanning samt ulike kurs. Ved kronisk eller langvarig sykdom har også OUS ansvar for opplæring av pasienter og pårørende (Regjeringen, 2021).

Oslo universitetssykehus er organisert i fire nivåer med tilhørende ledernivåer, vist i figur 6. Nivå 1 består av toppledelsen på sykehuset med administrerende direktør i spissen. Nivå 2 består av 16 ulike klinikker med deres tilhørende klinikkdirektører. Klinikkene er igjen delt inn i flere avdelinger som består av ulike seksjoner. Disse utgjør henholdsvis nivå 3 og 4 på sykehuset og har tilhørende ledere.



Figur 6 - Hierarkisk organisering i ledernivåer

Akuttklinikken inngår i nivå 2 og er en serviceklinikk som behandler pasienter som tilhører alle klinikker ved OUS. Klinikken befinner seg på alle de fire sykehusene, men har det største akuttmottaket på Ullevål sykehus. Virksomheten i klinikken spenner seg over ulike kliniske områder som eksempelvis prehospital akuttmedisin, traumatologi, intensivmedisin, anestesivirksomhet og smertevirksomhet (Oslo universitetssykehus, u.d.). Klinikken har over 1700 ansatte og er delt inn i 12 ulike avdelinger. Disse avdelingene er vist i figur 7. Det årlige klinikkbudsjettet er på ca. 2 milliarder kroner og klinikken disponerer 100 fysiske operasjonsstuer som er fordelt på de fire sykehusene. Årlig opereres rundt 57 000 pasienter. Klinikken er involvert i både elektive operasjoner og operasjoner av øyeblikkelig hjelp pasienter. Av den samlede operasjonsaktiviteten utgjør operasjoner av øyeblikkelig hjelp pasienter i underkant av 30% årlig (Intervjuobjekt 1).



Figur 7 – Avdelingene på Akuttklinikken

## 6. Empiriske funn

I dette kapittelet skal vi presentere sentrale funn fra de semistrukturerte intervjuene vi har gjennomført. Empirien danner grunnlaget for analysen i kapittel 7. Vi vil strukturere de empiriske funnene etter de mest fremtredende observasjonene fra intervjuene våre. Vi starter i delkapittel 6.1 med å ta for oss bruken av budsjetter som styringsverktøy, før vi i delkapittel 6.2 ser på bruken av prestasjonsmåling. Deretter tar vi for oss empiri om kontrolltårnet i delkapittel 6.3, etterfulgt av kommunikasjon og koordinering i delkapittel 6.4. I det siste delkapittelet, 6.5, tar vi for ansvarsfordeling og beslutningsmyndighet på Akuttklinikken. Hvert delkapittel vil starte med å presentere de sentrale funnene.

### 6.1 Bruken av budsjetter som styringsverktøy

I dette delkapittelet vil vi presentere funn fra Akuttklinikken bruk av budsjetter som styringsverktøy. Hovedfunnene er at klinikken bruker budsjetter til planlegging og fordeling av ressurser der de ulike seksjonslederne har eget budsjettansvar som rapporteres oppover i lederhierarkiet. Ved budsjettavvik arbeider klinikken aktivt med tiltak, men opplever det som utfordrende å iverksette tilstrekkelig tiltak for å redusere kostnader. Ifølge våre informanter brukes budsjetter på en måte som ikke tilrettelegger for optimal ressursutnyttelse, ettersom det oppleves som vanskelig å nå budsjettmålene.

Ifølge informantene brukes budsjetter aktivt til planlegging av driften og aktivitetene. Ved bruk av budsjetter kan den enkelte enhet planlegge og prioritere sin egen ressursbruk. I tillegg bruker sykehuset budsjettene for å måle prestasjon og evaluere resultater ved periodeslutt. Dette muliggjør forbedringsarbeid og utvikling ved å komme med tiltak for neste budsjettperiode. Intervjuobjekt 2 sier: «*Budsjettene våre er jo på en måte utgangspunktet vårt for planleggingen av ressursbruk og aktiviteter*». Intervjuobjekt 1 deler det samme synspunktet og hevder: «*Budsjettene gjør at vi har kontroll på økonomien vår og de er jo en stor del av økonomistyringen her*».

Funnene tyder på at budsjettene baserer seg på historisk data. Ved utarbeidelse av nytt budsjett tar sykehuset utgangspunkt i fjorårets tall. Store deler av budsjettet består av lønnskostnader, og som følge av en relativt stabil bemanning, vil budsjettet variere lite fra år til år. Eventuelle endringer i budsjettet diskuteres, men dersom det ikke er spesielle faktorer som påvirker

kostnads- eller inntektssiden vil budsjettene ofte samsvare med fjorårets budsjett. Intervjuobjekt 2 og 3 forteller:

*Vi prøver å se på endringer, men som oftest så blir det bare til at vi tar utgangspunkt i fjoråret. [...]. Vi starter med bemanning også sier vi at hvis dere ikke har noen konkrete planer som gjør at det blir endringer i aktiviteten så er bemanningen as-is. Også budsjetterer vi forventingsrett på variabel lønn. (Intervjuobjekt 2)*

*Jeg får nesten utdelt et budsjett lik fjorårets også skal vi ha noen tiltak hvert år. Vi klarer ikke å finne tiltak slik at budsjettene blir ganske like og slik har det nesten vært i 20 år. (Intervjuobjekt 3)*

Informantene forklarer at seksjonslederne har et helhetlig lederansvar for sin seksjon og økonomiske tall skal rapporteres opp til avdelingsleder. Avdelingslederen rapporterer disse tallene til en controller på klinikken, som tar informasjonen videre til klinikkdirektøren. Deretter blir informasjonen diskutert med klinikkdirektør, en controller, finansdirektør og administrerende direktør. Rapporteringsprosessen følger dermed kommunikasjonslinjen oppover i ledernivåene. Intervjuobjekt 2 sier: «Vi prøver å kjøre en bottom-up-prosess på dette her». Intervjuobjekt 2 legger til: «Rådgiverne våre har budsjettmøter med seksjonsledere, mens avdelingen rapporterer til en controller hva tiltakene er for avdelingen. Også rapporteres det videre oppover i tårnet. Så det er sånn styringsdialogen foregår da».

Empirien indikerer videre at sykehuset jobber kontinuerlig med oppfølging av budsjettavvik og utarbeidelse av tiltak. Aktuelle ledere samles på budsjettmøter for å vurdere hvorvidt avviket er en enkelthendelse eller en oppadgående trend. Ved budsjettavvik som skyldes dårlig planlegging av ressurser, utarbeider lederne en oversikt over økonomiske tiltak som må risikovurderes. Intervjuobjekt 1 sier: «Vi jobber aktivt med tiltak på budsjettavvikene. Når vi kommer med tiltak så må alle tiltakene risikovurderes både i forhold til sannsynligheten for at de blir gjennomført og den nødvendige effekten og konsekvensen for andre».

Samtlige intervjuobjekter trekker imidlertid frem at budsjetter som styringsverktøy kan være utfordrende, ettersom klinikken opplever å gå i store underskudd hvert år. Den største utgiftsposten er lønnskostnader og det er lite ønskelig å kutte ned bemanningen, noe som gjør at de opplever vanskeligheter med å finne tiltak ved budsjettavvik. Noen av våre informanter forteller derfor at til tross for budsjettets aktive bruk i økonomistyringen, oppleves det ikke som et godt styringsverktøy som fremmer produktivitet. De økonomiske rammene oppleves

som trange og informantene hevder derfor at det er vanskelig å få til en effektiv prioritering og utnyttelse av ressurser. Budsjettene kan derfor ifølge våre informanter virke begrensende på de ansattes atferd. Intervjuobjektene forteller:

*Klinikken har et budsjett på to milliarder kroner, og det er vel 1% av det totale sykehusbudsjettet i Norge. Det er ganske mye penger for så vidt, men det meste er bundet opp i lønn. Omtrent 70% er vel lønnskostnader. [...]. På klinikken her går vi med 100 millioner i underskudd. (Intervjuobjekt 1)*

*Budsjettet i min avdeling består hovedsakelig av kostnader til personell og varer. Vi har ikke funnet tiltak og har 30 usalderte stillinger som betyr at dersom alle stillingene er dekket går jeg likevel nesten 30 millioner over. Og da blir liksom ikke budsjett noe godt styringsverktøy. [...]. Men vi følger opp hva vi bruker penger til likevel altså. (Intervjuobjekt 3)*

*Vi klarer ikke komme med tilstrekkelige tiltak for å saldere budsjettet helt. [...]. Si at vi har budsjettert med 100 anestesisykepleiere, men vi har egentlig bare råd til 97, da blir dette synliggjort som tre stillinger som man ikke har finansiering for. (Intervjuobjekt 2)*

Noen av våre informanter opplyser i tillegg at oppfølgingen av budsjettene er lite fremtidsfokusert. Ved budsjettavvik fokuseres det mer på å forklare avvikene i stedet for å se fremover. Intervjuobjekt 4 sier: «*Mye av tiden går til å rapportere historiske tall og bortforklare avvik. Det er veldig lett å si hva som har skjedd i stedet for å være mer proaktiv og fokusere på prognose*». Opplysninger fra våre informanter tyder imidlertid på at klinikken benytter seg av andre styringsmekanismer som er mer fremtidsfokuserte, slik som prestasjonsmålinger.

## 6.2 Prestasjonsmåling

I dette delkapittelet presenterer vi funn fra Akuttklinikken bruk av måleindikatorer for prestasjon. Hovedfunnene er at klinikken måler og rapporterer store mengder prestasjonsindikatorer. Prestasjonsmålene utarbeides i tråd med klinikkens overordnede strategi, og informantene opplyser om at de aktivt arbeider med forbedringstiltak.

Enhetene på Akuttklinikken utvikler handlingsplaner og strategidokumenter som inneholder overordnede mål for prestasjon. For å måle prestasjonen og de målene som er satt, benytter klinikken seg av en rekke indikatorer. Måleindikatorerne brukes til å måle prestasjon gjennom blant annet å sammenligne opp mot egne historiske måltall eller andre sykehusenheter. Slike målinger kan sikre at ledelsen har et innblikk i nåsituasjonen, og kan følge opp arbeidet mot konkrete mål. Intervjuobjekt 2 hevder «*Altså det er enormt med indikatorer, for det er helt vanvittig hvor mye vi måler*». Slike målinger kan for eksempel være respiratordøgn, intensivdøgn, andel styrkninger på operasjoner, fristbrudd og andel operasjoner gjennomført med trygg kirurgi. Intervjuobjekt 1 forteller: «*Vi er sikkert oppe i et par 100 sånne indikatorer som vi følger med på*». Intervjuobjekt 5 underbygger dette og hevder:

*Ja, vi har mange indikatorer. Nasjonalt finnes det rundt 52-53 registre, som vi også leverer til som gjelder for hele kongeriket [...]. Dette brukes i såkalte helseatlas som sammenligner regioner og sykehus imellom for å se om noen skiller seg ut med for dårlige resultater eller ikke bruker registrene slik de skal.* (Intervjuobjekt 5)

Ifølge våre informanter er det svært mange måleindikatorer som skal følges med på, men til tross for dette er det få overordnede indikatorer som omfavner alle avdelingene på klinikken som en helhet. Flere informanter hevder at avdelingene, som følge av spesialiserte fagområder, har vanskeligheter for å finne felles indikatorer for hele klinikken. Intervjuobjekt 3 hevder «*Det er vanskelig å finne noen å bli enige om. For det som er en god indikator et sted er kanskje ikke den viktigste et annet*». Intervjuobjekt 5 presiserer:

*Dette er veldig langt ut i organisasjonen fordi vi er en stor kunnskapsbedrift, så dette ligger ute i fagmiljøene hvor de gjør en vurdering av hva slags data de trenger for å drive god behandling i sitt fagmiljø.* (Intervjuobjekt 5)

Akuttklinikken benytter seg av måleindikatorer for økonomi, men de måler også kvaliteten de leverer på pasienttjenestene. Noen av informantene forteller imidlertid at de opplever at det fokuseres mest på indikatorer som er enkle å måle. Intervjuobjekt 1 sier: «*Det er jo mye enklere å måle kostnader enn kvalitet da. For kostnader kan du jo regne ut ifra regnskapet ditt til nærmeste 50-øring, mens kvalitet er det vanskeligere å regne på*».

Et overordnet mål for sykehuset er å øke produktiviteten med 10% på operasjonsstuene samtidig som de skal sikre pasientkvaliteten. Informantene forteller at de jobber mot dette

målet ved å eksempelvis redusere andelen strykninger av elektive operasjoner på Akuttklinikken. En styrkning referer til en kansellering av en planlagt operasjon etter den er satt på operasjonsprogrammet. Informant 2 hevder «Målsetningen vår er jo å ha under 6% stryk, men vi er nok mye høyere enn det. Så det jobber vi veldig aktivt med nå». Informant 1 underbygger dette og sier: «Vi jobber med tiltak slik at pasientene skal være godt sjekket ut på forhånd slik at man slipper slike strykninger i siste liten».

Arbeidet med å redusere styrkninger er viktig som følge av den økonomiske kostnaden den ledige kapasiteten fører med seg. Ifølge våre informanter vil en strykning ha ringvirkninger og påvirke en rekke ulike enheter. Eksempelvis trekker en informant frem at en strykning kan føre til at ressurser som er satt av til en aktuell pasient, slik som røntgen, lab-prøver og ressurser på sengepost vil gå ubenyttet. Uttalelser fra informantene våre indikerer derfor at en strykning vil påvirke en rekke aktiviteter, utover operasjonen i seg selv, og vil derfor påvirke klinikkens produktivitet. Informantene legger til at det også vil være belastende for en pasient som har gjennomgått forberedelser til en operasjon. Intervjuobjekt 3 hevder:

*For det første har du da en operasjonsstue som koster kanskje 40 tusen i timen med team på minimum fem kjempedyre ressurser som da ikke blir benyttet. I tillegg har du det økonomiske tapet av pasienten som ikke blir operert og som du ikke får penger for. Slik at konsekvensen av at plassen blir stående tom blir svært stor da. [...]. Tanken er at vi skal kunne kanalisere og utnytte alle ressurser slik at vi får pakket og komprimert programmet, sånn at dersom det er en ledig plass på slutten av dagen kan vi få til en ekstra operasjon av en pasient som er sjekket og klar». (Intervjuobjekt 3)*

### 6.3 Kontrolltårnet

I dette delkapittelet presenterer vi funn om logistikkutfordringer i Akuttklinikken og hvordan det digitale planleggingsverktøyet, kontrolltårnet, ifølge våre informanter kan løse en del av disse utfordringene. Hovedfunnene er at informantene opplever utfordringer med logistikken og mener at kontrolltårnet kan redusere utfordringene med en høy andel strykninger, uoversiktlige ventelister, og et manglende oversiktsbilde over ressursbehovet. Ifølge våre informanter kan klinikken gjennomføre bedre prioriteringer og dermed utnytte ressursene mer effektivt ved å etablere et kontrolltårn.

I arbeidet mot å øke produktiviteten på sykehuset, pågår det et arbeid med å etablere et «kontrolltårn». Ledere på Akuttklinikken deltar aktivt i arbeidet med dette prosjektet. Kontrolltårnet omtales som et digitalt verktøy for planlegging av operasjonsvirksomhet. Inspirasjonen til prosjektet kommer fra kontrolltårnet på en flyplass, hvor de ansatte har muligheten til å etablere et oversiktsbilde over alle flyvninger i sanntid for så å kunne øke aktiviteten på en sikker måte. Ifølge empirien er hensikten med bruk av kontrolltårnet å øke produktiviteten, slikt at sykehuset kan gjennomføre flere operasjoner som leder til økte inntekter. Informant 1 sier:

*Jeg har ikke råd til å ha for mange operasjonsstuer som ikke går, og jeg har ikke råd til å ikke styre det. Så det vi driver med nå er å teknologistyre virksomheten vår. Vi lager et stort styringssystem som vi kaller kontrolltårnet. Med kontrolltårnet kan vi hele tiden se i sanntid hva som foregår på sykehuset, slik at vi kan forbedre planleggingen. (Intervjuobjekt 1)*

Flere informanter opplever utfordringer med logistikk og planlegging av ressursbruk på klinikken. Informant 3 og 1 sier:

*Jeg synes at vi strever med logistikken. [...]. Og det er ikke fordi vi ikke har de rette hjelpemidlene, men vi ligger etter de som har jobbet mye med logistikk før. Vi har laget prosedyrer, men de blir ikke fulgt av alle og da funker det ikke. Så jeg tror faktisk at det er der potensialet vårt for forbedring er i størst grad. (Intervjuobjekt 3)*

*Vi ser at 6-10% av den reelle kapasiteten vi har ikke blir brukt fordi det er dårlig styring og planlegging nede. Altså når dårlig planlegging kolliderer med dårlig styring nede, og du har litt dårlig organisasjonssystemer som ligger langt unna i vertikalt nivå, så øker dette risikoen for dårlig måloppnåelse. Det er det liten tvil om. (Intervjuobjekt 1)*

Empirien tyder på at dårlig planlegging og uoversiktlige ventelister kan føre til at elektive operasjoner strykes. Organisering av store virksomheter er svært krevende og krever koordinering for at jobbflyten skal fungere best mulig. Våre funn indikerer at dette er en utfordring på Akuttklinikken og at kontrolltårnet kan brukes som et verktøy for å møte noen av disse utfordringene. Informantene trekker særlig frem utfordringer med lange ventelister, manglende kommunikasjon og utdaterte IT-løsninger som resulterer i en høyere andel strykninger enn ønsket. Intervjuobjekt 3 hevder «Det er ingen som har godt nok oversikt over



---

*ventelistene, det står hundrevis av mennesker der og det er usikkert hvor godt kvalitetssikret listene er».*

Lange ventelister kan føre til at pasienter ikke får nødvendig behandling i tide, og empirien indikerer at denne utviklingen går i feil retning. Akuttklinikken har i dag egne operasjonsplanleggere som fordeler antall mulige operasjoner basert på varighet i et tidsskjema. Pasienter prioriteres basert på en behovsprøvd venteliste. Prosessen er svært manuell, og det har vært få forbedringer over de siste 35 årene ifølge informantene våre. Ved uoversiktlige og feilinformerte ventelister kan dette føre til at operasjoner må strykes. Dette trekker intervjuobjekt 1 frem som en utfordring:

*Vi burde ha oversikt over ressursene sånn at vi unngår styrk. Vi ser tydelig at en god del av strykningene våre skyldes dårlig planlegging, at pasientene ikke er godt nok utredet sånn at vi ikke kan begynne å skjære i dem. (Intervjuobjekt 1)*

Funnene indikerer altså at det er et behov for koordinering i klinikken. Intervjuobjekt 2 underbygger dette og trekker frem at «*Vi mangler dataverktøyet for å virkelig kunne koordinere alt*». Intervjuobjekt 2 forteller videre:

*Det handler om prioriteringer, og hvordan disse prioriteringene snakker sammen. Og har vi liksom god nok data til å ta slike prioriteringer i dag? Det er jeg litt usikker på [...]. Har vi egentlig god nok objektiv informasjon om ventelistene sånn at vi kan ta de viktigste pasientene først? Det er jeg usikker på. (Intervjuobjekt 2)*

Intervjuobjekt 1 hevder at kontrolltårnet kan fungere som et verktøy for å løse disse utfordringene. Kontrolltårnet har som hensikt å etablere et helhetlig oversiktsbilde over operasjonell aktivitet på en digital plattform, og sikre at sykehuset har de nødvendige ressursene tilgjengelig ved gjennomføring av operasjoner. Ifølge våre informanter skal kontrolltårnet bidra til økt produktivitet på sykehuset samtidig som pasientsikkerheten blir ivaretatt. Intervjuobjekt 1 hevder:

*Hvis du har fått hjerteinfarkt eller har sukkersyke så må sykehusene vite om det på forhånd. Du kan heller ikke kalle inn folk som er døde eller operert i fjor, og det gjør vi støtt og stadig. Så det er en haug med ting som vi løser på en manuell måte, og dette er svært bemanningskrevende fordi manuelle rutiner nytter ikke i stordrift. Så det er dette vi forsøker å konvertere til med kontrolltårn. Planleggingen skal foregå digitalt*

*fremfor manuelt, men også registrere all nødvendig informasjon digitalt slik at operasjoner ikke må strykes. (Intervjuobjekt 1)*

I kontrolltårn samler man inn all tilgjengelig informasjon i en beslutningsarena. Den tilgjengelige informasjonen mates inn i et datasystem som danner grunnlag for å prioritere den aktuelle ressursen. Ved operasjoner som varer lenger enn planlagt eller må flyttes, er intensjonen at dataprogrammet skal kunne omprioritere slik at de tilgjengelige ressursene kan utnyttes. Informant 1 sier:

*Den innsamlede informasjonen i beslutningsarenaen kan bidra til bedre samhandling ved at den kommuniseres ut til enheter som ligger i en kjede i en behandlingsprosess. Enhetene kan få et oversiktsbilde over hvilke pasienter som er på vei inn til enheten, slik at de involverte i pasientforløpet kan planlegge hvor de skal befinne seg til gitte tidspunkter. (Intervjuobjekt 1)*

## 6.4 Kommunikasjon og koordinering

I dette delkapittelet presenteres det funn om kommunikasjonen og koordineringen på Akuttklinikken. Hovedfunnene tyder på at møtevirksomheten på klinikken gjennomføres jevnlig. Funnene våre indikerer at det er utfordringer knyttet til den vertikale og horisontale kommunikasjonen. Flere intervjuobjekter opplever stor distanse mellom de ulike nivåene. Våre funn indikerer også at de ulike enhetene på klinikken tenker mest på sin egen enhet og mangler helhetstenkning. Intervjuobjektene trekker også frem at de horisontale kommunikasjonsutfordringene påvirker koordineringen av aktiviteter som kan resultere i feil ved pasientoverlevering og strykninger av operasjoner.

Klinikken gjennomfører jevnlig møter for å koordinere aktiviteter og økonomi mellom ulike organisatoriske enheter, både vertikalt og horisontalt. I tabell 3 kan vi se en oversikt over møtene som vanligvis finner sted, samt hyppigheten av disse møtene. Møtene er sentrale for styring, beslutningstaking og koordinering innenfor Akuttklinikken.

Deltakere	Hypighet
<b>Avdelingsleder og klinikkleder</b>	Ukentlig
<b>Avdelingsledere</b>	Annen hver uke
<b>Controller og avdelingsleder</b>	Månedlig
<b>Klinikkleder, økonomileder og HR-leder</b>	Månedlig
<b>Personalmøte</b>	Ukentlig
<b>Avdelingsleder og seksjonsleder</b>	Ukentlig
<b>Klinikkleder, avdelingsleder, administrerende direktør og direktørens stab</b>	Halvårlig
<b>Seksjonens treffpunkt</b>	Daglig

Tabell 3 - Oversikt over møteaktivitet

Intervjuobjektene forteller at mye av innholdet i møtevirksomheten handler om planlegging og kartlegging av aktiviteter. Klinikken har hyppig møtevirksomhet både horisontalt og vertikalt der aktuelle ledere og ansatte involveres. Utover de fastsatte møtene legger informantene til at de har daglig dialog med hverandre der de diskuterer og kommer med innspill til aktuelle problemstillinger. Intervjuobjekt 3 sier:

*«I kommunikasjonen sideveis så deler jeg jo kontor med enkelte andre avdelingsledere og vi prater mye fordi vi sitter i den samme skvisen på en måte. Jeg synes det er svært nyttig å ha noen å lufte og sparre med».* (Intervjuobjekt 3)

Når det kommer til den vertikale kommunikasjonen, har klinikken ukentlige møter med nærmeste leder. Særlig seksjonsmøtene kan gi et viktig innblikk i hvordan hverdagen er for de ansatte lengst nede i organisasjonen, og fungerer dermed som en vertikal kommunikasjonskanal. Intervjuobjekt 4 forteller: *«Jeg har 8 seksjonsledere og vi har ukentlige møter alle sammen. Også har jeg individuelle møter hvor jeg reiser ut til dem og er der med dem en og en».* På disse møtene tas ulike temaer opp slik som behandlingskvalitet, sykefravær, personalsaker og ventetider.

Intervjuobjekt 2 og 4 forteller at de har ukentlige avdelingsledermøter med klinikkleder og deler av staben. I disse møtene er hensikten at klinikkleder og deler av staben skal få et innblikk i hva som skjer lenger ned i organisasjonen, samtidig som det er en mulighet til å skape dialog mellom de ulike nivåene. Det gir også mulighet til å diskutere eventuelle korrigeringer som må gjennomføres, og legger dermed til rette for vertikal kommunikasjon i klinikken. Funn fra våre intervjuer indikerer at disse møtene til tider oppleves som lite produktive og nyttige for deltakerne. Intervjuobjekt 4 og 2 hevder:

*Jeg vet jo fra erfaring at det er sjelden det er mye tung og spennende diskusjon på disse møtene. (Intervjuobjekt 4)*

*Man har vel sett at disse møtene ikke egentlig har vært så fruktbare. Sånn at man prøver også å gå over til en ny styringsdialog sånn at man kan være mer spisset i kommunikasjonen om fremtidig drift, og ikke bare bruker tid på å bortforklare avvik for tidligere perioder som uansett ikke kan korrigeres da det stort sett dreier seg om lønnskostnader. (Intervjuobjekt 2)*

Akuttklinikken er en av mange klinikker på Oslo universitetssykehus og har en rekke avdelinger og seksjoner under seg. Med en stor virksomhet er kommunikasjonen mellom de ulike nivåene svært viktig, men også krevende. Intervjuobjekt 5 beskriver:

*Det er akkurat så krevende som man kanskje må forvente. Husk at sykehuset har like mange ansatte som Ålesund by. Du kan tenke deg om borgermesteren i Ålesund stilte seg på torget og sa; Nå skal alle kjøpe den nye bilen til Škoda. Det vil jo bare være en brøkdell som hører, og forferdelig få som gjør det vedkommende sier. Og du kan jo bare tenke deg hvor mange som ikke vet hvem borgermesteren er en gang. (Intervjuobjekt 5)*

Disse utfordringene tilknyttet den vertikale kommunikasjonen underbygges av flere intervjuobjekter som opplever at de har dårlig kommunikasjon til nærmeste leder og at de ikke får særlig støtte oppover i systemet. Intervjuobjekt 2 sier: «*Det oppleves at det er lang vei til tårnet kan man si*». Ved problemer med den vertikale kommunikasjonen kan det bli vanskeligere for ledelsen å styre effektivt, da man mister innsikten i hva som faktisk foregår lenger ned i organisasjonen.

Informantene trekker også frem at den vertikale kommunikasjonen blir svært viktig ved omstillinger. Oslo universitetssykehus planlegger å bygge ut nye sykehus og for å kunne investere i dette er de avhengig av å gå i overskudd. Dette krever at de øker produktiviteten. Det er sentralt å få kommunisert utover i organisasjonen at en omstilling er nødvendig. Intervjuobjekt 4 sier følgende rundt omstilling:

*Jeg tror at dersom du skal få til omstilling, så er det viktig at flest mulig forstår at det er behov for det og ufarliggjør det det egentlig handler om. For man tenker ofte at det handler om at hver enkelt skal jobbe fortere, og det er ikke egentlig det som er poenget. Det handler mye om at lederne må jobbe litt smartere rett og slett (Intervjuobjekt 4).*

Ved svak vertikal kommunikasjon blir det utfordrende for ledelsen å få kommunisert hensikter og planer nedover, som gjør det vanskelig å forankre omstillingsprosesser hos de ansatte som treffes av konsekvensene. Intervjuobjekt 5 hevder: «Alle er for omstilling, men så fort det treffer den enkelte så er de veldig imot.» Funnene fra våre intervjuer kan dermed tyde på at endringsprosesser blir vanskeligere å gjennomføre som en følge av utfordringene ved den vertikale kommunikasjonen.

Våre informanter forteller videre at klinikken har dialog på tvers av avdelinger og seksjoner. Fellesmøtene med de ulike seksjonslederne er en horisontal kommunikasjonskanal som kan benyttes som en arena der de ansatte kan dele sin kunnskap med hverandre. Møtene med seksjonslederne bidrar til å fremme åpen kommunikasjon ved å oppfordre til å komme med innspill, forslag og bekymringer. Intervjuobjekt 3 sier:

*Jeg tenker at alle har noe kompetanse som andre ikke har så jeg er veldig opptatt at vi skal dele på det. [...]. Dersom vi for eksempel ser at vi har en vanskelig sak, så er det alltid noen som har opplevd noe lignende og har en erfaring de kan dele og gi råd fordi man har erfart selv. Så det er litt sånn vi prøver å gjøre det. (Intervjuobjekt 3)*

Empirien tyder imidlertid på at klinikken opplever utfordringer med koordinering av arbeidsoppgaver. Intervjuobjektene forteller om utfordringer knyttet til helhetstenkning, ansvarsfordeling og pasientoverleveringer. Flere intervjuobjekter påpeker at de ulike seksjonene og avdelingene er mest opptatt av sin egen enhet og ikke den helhetlige virksomheten i klinikken. Intervjuobjekt 1, 3 og 4 forteller:

*De tenker stort sett på seg selv i dette stykket oppi denne strukturen, enten om det er min avdelingsstruktur eller om det er klinikkene. Så det er i tillegg en silosturktur her både internt i klinikkene og mellom klinikkene. [...]. Sånn at det er åpenbare utfordringer i å styre en sånn virksomhet. (Intervjuobjekt 1)*

*Vi kan godt sitte og diskutere i vårt felles ledermøte hvordan vi skal gjøre ting, også noen ganger så opplever jeg at de går hvert til sitt og gjør sånn de vil uansett. (Intervjuobjekt 3)*

*Alle er jo opptatt av seg selv, og jeg forstår jo det. [...]. Så jeg tror vi av og til blir så opphengt i vår egen seksjon, avdeling eller klinikk at vi mister litt synet på helheten. (Intervjuobjekt 4)*

Informantene opplever at det kan oppstå uenigheter rundt hvilken enhet som skal stryke en operasjon og at de er fornøyde med at strykningene ikke skjer i deres avdeling. Intervjuobjekt 2 og 4 sier:

*Men det går jo litt på hva skal styrkes ikke sant. Hva lønner det seg å stryke av operasjoner og da må du jo ha litt kjennskap til det. Og det er jo flere fagområder på hver operasjonsavdeling og de kniver jo med hverandre. Ingen vil stryke sine pasienter. (Intervjuobjekt 2).*

*[...] men vi er stolte over at det er sjelden at det er på grunn av oss. Sykehuset måler hvor mange strykninger på manglende postoperativ kapasitet det er i måneden, og så er det kanskje 30 per måned. Og ingen av dem er på grunn av oss. (Intervjuobjekt 4)*

Operasjonsteam består av spesialisert personell, som tilhører ulike avdelinger og klinikker. Det er dermed nødvendig med en god kommunikasjon mellom enhetene for å sikre at operasjonsstuen bemannes av et komplett team. Sviktende kommunikasjon og dårlig planlegging på tvers av enhetene kan føre til at operasjoner må strykes. Intervjuobjekt 2 forteller:

*«Hvis du ikke har et operasjonsteam som er komplett med den nødvendige kompetansen så er det en no-go. Så hvis man ikke har en anestesisykepleier så kan man*

---

*ikke bare sette inn en anestesilege i stedet for, så da blir operasjonen strøket da».*  
(Intervjuobjekt 2)

Empirien tyder på at utfordringer knyttet til koordineringen også viser seg ved sviktende kommunikasjon angående ansvarsfordeling. Intervjuobjektene forteller at det er uklart hvilke arbeidsoppgaver som tilhører de ulike enhetene og at kommunikasjonen på tvers kan svikte. I operasjonsrommet skal det registreres at man har utført såkalt «Trygg kirurgi». Ved registreringen av dette indikerer empirien at det kan oppstå uklarheter rundt hvem som skal utføre slikt arbeid. Intervjuobjekt 5 sier: *«Også er det litt krangel om hvem som skal utføre registreringen. Hvis ikke operasjonssykepleierne skal gjøre det, skal de på anestesi gjøre det da? Også gjør ikke de det, dermed blir det ikke gjort».* Intervjuobjekt 3 opplever også tilsvarende koordineringsutfordringer ved oppfølging av avvik på pasientsikkerhet og forteller:

*Og det som er spesielt utfordrende er avvik som involverer andre avdelinger på tvers av oss. Hvis du for eksempel oversender avviket til en annen avdeling eller ber om en kommentar, så forsvinner det bare også får du det ikke.* (Intervjuobjekt 3)

Utfordringer ved koordineringen utspiller seg også ved pasientoverlevering fra en enhet til en annen. Intervjuobjektene peker på at det er tilfeller der de riktige beskjedene ikke blir gitt ved overlevering. Dette kan føre til at undersøkelser blir gjennomført flere ganger enn nødvendig, eller at viktig informasjon om pasientens helsetilstand ikke blir tilstrekkelig kommunisert. Intervjuobjekt 3 og 4 forteller:

*Vi har en del sånne standarder på vurdering av pasienten som man skal gjøre ved overlevering. [...]. Og det skal gjøres når du avleverer pasienten og det skal gjøres når man tar imot pasienten. Men saken er at det er ved overgangen fra en avdeling eller seksjon til en annen på sykehuset de fleste feil eller uavklarte situasjoner oppstår i forhold til pasientene.* (Intervjuobjekt 3)

*Feilene skjer ofte i overlevering fra et sted til et annet. Typisk er det fra operasjon til postoperativ eller fra postoperativ til sengpost at ikke de riktige beskjedene blir tatt med. [...]. Men vi skal overlevere pasienten til noen andre som tenker litt annerledes enn oss. For det er jo spesialisert ikke sant. Så det er en veldig sann reell problemstilling dette her.* (Intervjuobjekt 4)

Empirien tyder også på at samspillet mellom den vertikale og horisontale samhandlingen kan være utfordrende. Organisasjonsstrukturen til klinikken er preget av en matriseorganisering, noe som oppleves som utfordrende når det kommer til kommunikasjon på tvers og nedover i organisasjonsnivåene. Intervjuobjekt 1 forteller:

*Problemet hos meg er at det både er en vertikal og en horisontal distanse. Det gjør det vanskelig å få styringssignaler nedover og bortover i nivåene. [...]. Organisasjonen er kompleks, og noe av det mest krevende og omfattende i en sånn menneskelig kompetanseorganisasjon er å få folk til å jobbe under strategisk ledelse. (Intervjuobjekt 1)*

Ved en slik kompleks organisasjonsstruktur vil det derfor være viktig med god kommunikasjon og koordinering. For å muliggjøre dette vil det være sentralt å avklare ansvarsfordeling og beslutningsmyndighet på klinikken.

## 6.5 Ansvarsfordeling og beslutningsmyndighet

I dette delkapittelet vil vi presentere funn om ansvarsfordelingen og beslutningsmyndigheten på Akuttklinikken. Hovedfunnene er at beslutningsmyndigheten er preget av den hierarkiske organiseringen på sykehuset og at flere opplever manglende handlingsrom til å fatte beslutninger.

Beslutningsmyndigheten på Akuttklinikken er preget av en toppstyrt organisering. På det øverste nivået sitter administrerende direktør som har ansvar for den daglige ledelsen. Administrerende direktør har fullmakt til å fatte beslutninger som inngår i den daglige driften og ledelsen av foretaket. Sammen med toppledelsen, har administrerende direktør størst beslutningsmyndighet og kan organisere, lede, delegere og kontrollere arbeidet til sine underordnede i sykehuset. Ledere på klinikk-, avdeling- og seksjonsnivå har ansvar for den daglige ledelsen av sin organisasjonsenhet. Disse lederne har et helhetlig ansvar for blant annet drift, utvikling, personell, økonomi, resultat og samhandling.

Flere av informantene forteller at de er klar over ansvaret og myndigheten sin, men opplever at de ikke har nok handlingsrom til å fatte beslutninger som følge av økonomien deres. Intervjuobjektene forteller:



---

*Jeg vet hva som er mitt ansvar, men så får jeg ikke løse ting som jeg vil. Da sitter man jo og føler på at det handlingsrommet er redusert, ikke sant. Men samtidig da, denne klinikken har jo over to milliarder i budsjett. Dette er kjempe mye penger og vi burde jo få til noe innenfor det. (Intervjuobjekt 2)*

*Jeg har frie rammer og myndighet til å ta beslutninger innenfor rammene. Men rammene er veldig trange, og de økonomiske rammene er ekstra trange nå. Jeg har jo jobbet som leder i mange år på et nivå under det jeg er nå, og jeg synes jeg hadde større frihet der enn det jeg har nå. (Intervjuobjekt 3)*

En informant fra nivå 1 i sykehuset hevder imidlertid at ikke handlingsrommet benyttes godt nok av ledere på lavere nivåer og at det er uklare oppfatninger om hvem som skal ta konkrete beslutninger. Intervjuobjekt 5 sier:

*Innenfor det budsjettet de har og innenfor det faglige ansvarsområde de har, står de jo fritt til å gjøre dette her. Men jeg synes ikke de bruker det. [...]. Det er for mange beslutninger som kommer opp på vårt nivå, og lederne er nødt til å ta flere beslutninger lenger ned. Så beslutningene sparkes litt opp og ned. (Intervjuobjekt 5)*

Intervjuobjektet underbygger denne påstanden ved å trekke frem et eksempel der sykehuset planla å bygge ut isolater. Ifølge vår informant endret derimot denne planen seg når en hospiterende finsk lege spurte hvorfor de ikke sendte pasientene hjem for å isolere seg i stedet. Vår informant trekker dette frem som et eksempel på at fagmiljøene ikke er nytenkende og benytter seg av det tilgjengelige handlingsrommet på eget initiativ. Intervjuobjekt 5 sier:

*Vi hadde besøk fra Finland fordi vi skulle bygge ut isolatene, også var det noen av finnene som spurte: Hvorfor gjør dere det sånn? For de hadde begynt å sende pasienter hjem. [...]. Også bestemte vi oss for at vi skulle prøve ut dette og enden på visen er at disse pasientene nå er hjemme, så sant de har en omsorgsperson som kan føre tilsyn med dem. [...]. Og pasientene er mye mer fornøyde, de er mye friskere, infeksjonsraten har gått ned, og vi slapp å bygge flere isolater. Så det er et glanseeksempel på bare vi tenker litt ut av boksen, så er det noen muligheter til å finne gode løsninger som både er bedre for sykehuset og pasienten. (Intervjuobjekt 5)*

Slik eksempelet illustrerer vil man kunne fremme nytenkning og innovasjon dersom beslutningsmyndigheten og ansvarsfordelingen blir tydelig kommunisert.

## 7. Analyse

Vi vil i dette kapittelet analysere hvordan Akuttklinikken bruker de ulike styringssystemene for å oppnå økt produktivitet og hva som oppleves som de sentrale styringsutfordringene. For å etablere et variert datagrunnlag og styrke analysens pålitelighet og gyldighet, vil analysen basere seg på utsagn og innsikt fra samtlige informanter. Vi vil først undersøke hvordan Akuttklinikken bruker budsjetter og prestasjonsmål, før vi ser på hvordan bruken av disse kan forsterke silotankegang på klinikken. Deretter vil vi analysere observerte koordineringsutfordringer, ved å se på den vertikale og horisontale kommunikasjonen i klinikken. Avslutningsvis vil undersøke om innføringen av kontrolltårnet kan bidra til å nå klinikkens mål om å øke produktiviteten. I analysen vil vi knytte teori fra Levers of Control samt litteratur om interorganisatorisk styring opp mot de empiriske funnene våre.

### 7.1 Bruken av budsjetter og prestasjonsmål

Informantene våre trekker særlig frem budsjetter og prestasjonsmål som de sentrale styringsmekanismene i klinikken. Både budsjetter og prestasjonsmål brukes for å sikre at de ansatte følger klinikkens overordnede mål og strategi. Ved avvik fra budsjettet eller prestasjonsmål følger ledere opp dette og sørger for at tiltak iverksettes.

Tidligere studier viser at økonomistyring som følger de vertikale linjene i organisasjonshierarkiet betegnes som vertikal økonomistyring (Vosselman, 2002). Organisasjoner skal ideelt styres etter forhåndsdefinerte mål som oversettes til budsjetter og styringssystemer for prestasjon (Vosselman, 2002). Linjeledere har ifølge Otley (1994) og Vosselman (2002) ansvar for at disse innfris. Det kan dermed trekkes paralleller mellom en slik vertikal økonomistyring og LoC-rammeverket til Simons (1995a) om diagnostisk styring.

Ettersom det fattes mange beslutninger i en organisasjon hver dag, hevder Simons (1995a) at det er hensiktsmessig at beslutninger tas på lavere nivåer i ledelseshierarkiet. Diagnostiske styringssystemer er viktige fordi de legger til rette for måloppnåelse, overvåking og kontroll av ansattes ytelse, uten sterk involvering fra toppledere (Simons, 1995b). Våre funn tyder på at Akuttklinikken bruker budsjetter og prestasjonsmål for at ledere kan ha kontroll over ansattes ytelse. Prestasjonsmål utarbeides av ledere på avdelings- og seksjonsnivå, der klinikkdirektøren og sykehusets toppledelse ikke er sterkt involvert. Dette er i tråd med

Simons (1995a) og indikerer at prestasjonsmål brukes som en del av det diagnostiske styringssystemet. Budsjettprosessen i klinikken tilrettelegger også for at økonomiske beslutninger kan fattes på lavere nivåer, hvilket er en indikasjon på at budsjettene brukes diagnostisk. Dette samsvarer med tidligere studier som sier at budsjetter er et sentralt diagnostisk styringssystem i sykehus (Pettersen & Solstad, 2015).

Ifølge Simons (1995a) kjennetegnes diagnostiske styringssystemer av tre egenskaper: (1) evnen til å måle prosessens output, (2) evnen til å formulere forhåndsbestemte standarder som kan brukes som sammenligningsgrunnlag opp mot resultater og (3) evnen til å korrigere avvik fra standardene. Våre funn indikerer at Akuttklinikken bruker budsjetter for å sette mål og jobber kontinuerlig med oppfølging av budsjettavvik og utarbeidelse av tiltak. Ledere samles på budsjettmøter for å vurdere avvik og hvorvidt dette er en enkelthendelse eller en oppadgående trend. Ved budsjettavvik som skyldes dårlig planlegging av ressurser, utarbeider lederne en oversikt over økonomiske tiltak som må risikovurderes. Funnene våre tyder også på at prestasjonsmål brukes diagnostisk i klinikken. Måleindikatorene for prestasjon brukes til å sette mål og sammenligne ytelsen internt mot historisk data eller opp mot andre helseforetak. Klinikken jobber også aktivt med tiltak dersom det er avvik i prestasjonsmålene. Disse funnene forsterker argumentet om at budsjetter og prestasjonsmål er en del av den diagnostiske styringen på klinikken.

Simons (1995a) legger også vekt på at diagnostiske styringssystemer skal måle resultatet av en prosess for å overvåke at forretningsstrategien etterlevs og dette vil være avgjørende for strategiimplementeringen. Det er derfor viktig at diagnostiske styringssystemer utformes slik at de samsvarer med valgte strategier (Simons, 1995a). Ved diagnostiske styringssystemer kan ledelsen vurdere måloppnåelse gjennom å måle kritiske ytelsesvariabler, i stedet for å overvåke selve arbeidsprosessen. Dette kaller Simons (1995a) for «management-by-exception». Ved bruk av management-by-exception kan ledere overvåke de ansatte for å avdekke avvik i prestasjon i forhold til forventingene, og griper kun inn dersom det oppstår et problem (Bobe & Kober, 2018).

Våre funn tyder på at Akuttklinikken styring av prestasjonsmål og budsjetter brukes diagnostisk for å følge med på de ansatte og sikre at målene som settes samsvarer med overordnede mål og strategi. Klinikken har som overordnet mål å øke produktiviteten og ifølge våre informanter utarbeides budsjett- og prestasjonsmål i henhold til dette. Klinikken jobber eksempelvis aktivt med tiltak for å redusere strykninger på operasjoner for å øke

produktiviteten. Funnene våre tyder også på at styringen av Akuttklinikken inneholder elementer fra management-by-exception. Lederne på avdelings- og seksjonsnivå utarbeider budsjetter og prestasjonsmål, men kan selv velge ønsket fremgangsmåte. Den økonomiske informasjonen følges opp og kontrolleres av nærmeste leder der eksempelvis seksjonsleder rapporterer resultater til sin avdelingsleder. Dermed holdes de ansvarlig for resultatene ved at det stilles krav til at de må iverksette tiltak ved avvik fra målene. Dette er i tråd med Simons (1995a) som sier at de diagnostiske styringssystemene skal virke begrensende på de ansattes atferd, samtidig som de ansatte kan oppleve autonomi gjennom at de selv velger hvordan arbeidsoppgaver skal utføres.

Basert på informasjon fra våre informanter tyder funnene våre også på at budsjetter og prestasjonsmål, som er en del av det diagnostiske styringssystemet, brukes interaktivt. Ifølge Simons (1995a) er det fem forutsetninger som må ligge til grunn for at et styringssystem skal brukes interaktivt. Våre funn viser at klinikken har et interaktivt bruk av diagnostiske styringssystemer ettersom: (1) klinikken utarbeider nye prestasjonsmål og korrigerer budsjettet dersom ny informasjon blir tilgjengelig, (2) ledere sørger for at den kommuniserte informasjonen er lett å forstå for alle aktører ved at ledere kommuniserer viktigheten av å innføre tiltak og følge opp budsjetter og prestasjonsmål, (3) ledere på ulike nivåer i klinikken benytter seg av det interaktive systemet ved at de har dialog rundt økonomisk informasjon, (4) den tilgjengelige informasjonene resulterer i nye handlingsplaner ved at tiltak iverksettes og (5) klinikken sørger for at budsjetter og prestasjonsmål er i tråd med overordnende strategi og kan tilpasses strategiske usikkerheter (Simons, 1995a).

Flere av intervjuobjektene understreker imidlertid at en utfordring med bruken av budsjetter er at de opplever å gå i store underskudd hvert år. Den største utgiftsposten er lønnskostnader, og det oppleves som vanskelig å finne tiltak ved slike budsjettavvik ettersom man ikke ønsker å redusere bemanningen. På bakgrunn av dette opplever flere av informantene våre at budsjettene oppleves som trange og setter begrensinger på handlingsrommet deres. Flere studier om økonomistyring i sykehus viser at selvom klinikledelsen skal holdes ansvarlige for budsjettet formelt sett, vil underskudd gi få konsekvenser (Nyland & Pettersen, 2004; Pettersen & Solstad, 2015). Våre funn samsvarer med tidligere studier fra Nyland og Østergren (2008) der avdelingsledere opplever det som vanskelig å finne tiltak ved budsjettavvik. I studien svarte kun 40% av utvalget at de som avdelingsledere har god mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnader til budsjettet (Nyland & Østergren, 2008). Som følge av den opplevde stramme økonomien hevder informantene derfor at det er vanskelig å få til en

effektiv prioritering og utnyttelse av ressurser. Budsjettene kan følgelig virke begrensende på de ansattes atferd. Ifølge Simons (1995a) skal det diagnostiske styringssystemet fungere begrensende for de ansatte ved at systemet legger føringer, kontrollerer og overvåker. Dette samsvarer dermed med våre funn.

Funnene våre indikerer videre at flere av informantene våre opplever at det fokuseres mest på indikatorer som er enkle å måle. Intervjuobjekt 1 forteller: «*Det er jo mye enklere å måle kostnader enn kvalitet da. For kostnader kan du jo regne ut ifra regnskapet ditt til nærmeste 50-øring, mens for kvalitet er det vanskeligere å regne på det*». Simons (1995a) fremhever to sentrale momenter fra økonomistyringslitteraturen. For det første trekker han frem viktigheten av målinger for virksomhetsstyring. Det andre momentet handler derimot om at det kan oppstå vridningseffekter ved at ansatte vier sin oppmerksomhet til variabler som måles, mens arbeidsoppgaver som ikke måles blir nedprioritert. Gjennom bruk av diagnostiske styringssystemer hevder Simons (1995b) at ledelsen imidlertid kan rette ansattes oppmerksomhet mot aktiviteter som oppfyller kritiske ytelsesvariabler. Slik tilrettelegger det diagnostiske styringssystemet for forutsigbarhet og kontroll, gjennom veiledning mot klart definerte mål, samtidig som det frigjør ledere fra unødvendig tidsbruk (Simons, 1995a). Dette stemmer imidlertid ikke overens med våre funn ettersom det kan oppstå vridningseffekter til tross for at ledere på de ulike enhetene i klinikken setter mål som retter de ansattes oppmerksomhet mot sentrale aktiviteter.

Empirien tyder på at en mulig årsak til de observerte vridningseffektene er enhetenes ensidige fokus på egen enheten slik at målene som er viktigst for enheten prioriteres. I det neste delkapittelet skal vi diskutere hvordan de eksisterende styringsverktøyene, slik som prestasjonsmål og budsjetter, kan oppleves å forsterke silotankegangen i klinikken.

## 7.2 Eksisterende styringsverktøy oppleves å forsterke silotankegang

Empirien indikerer at de ulike enhetene har eget budsjettansvar og ansvar for utarbeidelse av prestasjonsmål. Som følge av den opplevde trange økonomien og de ambisiøse produktivitetmålene forteller flere av informantene at det blir diskusjoner på tvers av enheter om hvilke operasjoner som skal strykes. De ulike enhetene ønsker ikke å stryke sine pasienter både med hensyn til pasientkvaliteten, men også som følge av de store kostnadene dette

medfører. Basert på utsagn fra informantene våre tyder det på at bruken av budsjetter og prestasjonsmål oppleves å forsterke silotankegangen i klinikken.

Silotenkning i helseforetak er et velkjent fenomen (Caseiro & Meneses, 2019; Christensen et al., 2015; Fugelsnes, 2010). Tidligere studier fra Taylor og Steenporte (2007) viser at budsjettprosessen kan føre til en «oss og dem»-tankegang der det blir en intern konkurranse mellom ledere for å sikre egne ressurser. Dette samsvarer med en annen studie som forklarer at budsjetter kan føre til siloorganisering (Scott & Mabin, u.d.). Videre trekker Serrat (2017) frem effekten av silotenkning, der siloer kan føre til at mål ikke stemmer overens med hverandre. I tillegg fremmer det en kultur der incentivet er å maksimere siloens resultat, fremfor organisasjonens resultater. Dette observerer vi også i vår studie der de ulike enhetene har eget budsjettansvar og målsetninger. Funnene tyder på at de ulike enhetene er opptatt av sin egen enhet og som følge av knappe ressurser, egne budsjetter og prestasjonsmål, forsterker dette silotankegangen i klinikken. Flere informanter forteller at enhetene er mer opptatt av å ikke stryke «sin pasient», ettersom dette gir en negativ effekt på både budsjett- og prestasjonsmål for den enkelte enhet. En strykning vil derimot påvirke en rekke ulike aktiviteter i klinikken, og vil følgelig ha store økonomiske konsekvenser utover det økonomiske tapet enheten påføres. Et slikt ensidig tankesett kan indikere en silotankegang med manglende helhetsperspektiv der enhetene er mer opptatt av å maksimere egne resultater fremfor klinikkens resultater.

De ulike avdelingene i Akuttklinikken er delt inn i spesialiserte fagområder og dette kan i seg selv skape en silotankegang. Ifølge Repstad (2004) kan arbeidsdeling og spesialisering i en organisasjon medføre at ansatte kun fokuserer på egne avgrensede arbeidsområder. Da kan de miste interessen for, eller ignorere de overordnede målene til organisasjonen. Over tid kan det dermed utvikles en silotankegang der ansatte har et ensidig fokus på hva som er optimalt for egen enhet (Repstad, 2004). Dette støttes opp av forskningen til Bolman og Deal (2009) som påpeker at hver enkelt enhet kan være tilbøyelig til å fokusere på egne prioriteringer, hvilket kan føre til suboptimalisering hvor enhetene kun er opptatt av å nå egne mål. Våre funn indikerer derfor at klinikken, som allerede er preget av en siloorganisering som følge av spesialiserte fagområder, kan få en forsterket silotankegang gjennom bruken av budsjetter og prestasjonsmål.

En slik silotankegang som vi observerer, kan bidra til å skape utfordringer for koordinering og kommunikasjon på tvers av enhetene i klinikken. Ifølge Simons (1995a) er det viktig å

balansere bruken av de ulike styringssystemene slik at de fungerer i et samspill. Vi har til nå undersøkt hvordan budsjetter og prestasjonsmål brukes diagnostisk for å kontrollere og begrense de ansatte. Funnene tyder også på at klinikken har et interaktivt bruk av budsjetter og prestasjonsmål. Ifølge Simons (1995a) vil organisasjonen, ved å inkludere verdisystemet og det interaktive systemet, også kunne gi rom for innovasjon og nytenkning. I det neste delkapittelet vil vi fokusere på det interaktive styringssystemet og se på hvordan koordinerings- og kommunikasjonsutfordringer kan hemme en effektiv styring og samhandling mellom enhetene.

## 7.3 Opplevde koordineringsutfordringer

### 7.3.1 Formalisering og spesialisering

I en kompleks organisasjon, slik som sykehus, oppstår det behov for koordinering mellom ulike enheter (Nyland & Pettersen, 2006). Basert på utsagn fra informantene opplever klinikken at de må stryke planlagte operasjoner som følge av dårlig planlegging og utnyttelse av ressurser. Med bakgrunn i empirien er det flere faktorer som tyder på at klinikken har utfordringer med koordineringen og samarbeidet.

Ifølge Repstad (2004) oppstår koordineringsproblemer som en konsekvens av de parallelle prosessene; *formalisering og spesialisering*. Formalisering innebærer at man deler bedriftens ressurser, slik som arbeidskraft og økonomi, inn i formelle avdelinger. En slik formalisering fører til en institusjonaliseringsprosess, hvilket kan hemme samarbeidet på tvers i organisasjonen. Når oppgaver samles i formelle enheter, vil man prioritere intern koordinering fremfor koordinering mellom enhetene (Repstad, 2004). Som vi har diskutert tidligere har avdelingene og seksjonene ved Akuttklinikken eget budsjettansvar og utarbeider egne handlingsplaner med prestasjonsmål. Dette kan føre til at de ulike enhetene blir opphengt i egen enhet og mister et helhetlig perspektiv. Argumentet kan underbygges ved en av informantenes uttalelse ved at ingen vil stryke sine pasienter ettersom det er kostbart for enheten og påvirker ytelsen og målene enheten har satt. En slik formalisering kan derfor skape en silotankegang som gjør at det oppstår koordineringsutfordringer på tvers av enhetene i klinikken som hindrer samarbeid.

Våre informanter forteller at de ansatte i Akutt klinikken i stor grad arbeider i spesialiserte, tverrfaglige team som også kan skape utfordringer med koordinering. Når et operasjonsteam settes sammen kan det bestå av ansatte fra ulike avdelinger og klinikker, slik at samarbeidet går på tvers av den formelle organisasjonsstrukturen. Dersom de tverrfaglige teamene skal arbeide effektivt og sømløst sammen, krever dette ifølge Repstad (2004) et betydelig koordineringsarbeid ved at man fokuserer på helheten i pasientforløpet. Funnene våre indikerer at operasjoner ofte må strykes som et resultat av dårlig koordinering mellom de ulike avdelingene og klinikkene, da operasjoner med ufullstendige team ikke kan gjennomføres. Tidligere studier viser at sykehusets komplekse organisasjonsstruktur med medisinske spesialiteter kan skape tvetydige ansvarsforhold knyttet til kliniske aktiviteter (Abernethy & Stoelwinder, 1995). Dette kan ifølge forskningen skape spenninger og koordineringsutfordringer (Combs, 1987; Dewing & Jones, 1997; Järvinen, 2016; Kraus et al., 2017). Tidligere studier samsvarer følgelig med våre funn der spesialiserte operasjonsteam gjør det vanskeligere for de ulike enhetene å koordinere operasjonsaktiviteten, hvilket kan føre til strykninger på operasjoner.

### **7.3.2 Horisontale kommunikasjonsutfordringer**

Basert på diskusjonen over tyder våre funn på at formalisering og spesialisering i klinikken kan føre til at enhetene opplever utfordringer med koordineringen. Noen av disse koordineringsutfordringene kan skyldes at klinikken har utfordringer med den horisontale kommunikasjonen. Dette kommer spesielt til syne ved at informantene opplever at det skjer feil ved pasientoverleveringer og at operasjoner må strykes som følge av dårlig planlegging. Ved pasientoverleveringer opplever informantene at riktige beskjeder om pasienten ikke alltid blir overlevert til enheten som skal ta imot pasienten. Disse funnene representerer dermed en utfordring knyttet til den horisontale informasjonsflyten og samarbeidet mellom de ulike enhetene.

Funnene våre indikerer imidlertid at klinikken har noen tiltak for å sikre at all nødvendig informasjon følger med pasientene. Ifølge informantene våre benytter klinikken seg blant annet av sjekklister og standardiserte prosedyrer for pasientoverleveringer. Dette er i tråd med Ahn et al. (2020), som argumenterer for at standardisert dokumentasjon, bør være en integrert del av overleveringsprosessen for å sikre at all kritisk informasjon følger med pasienten. Dette støttes også av Simons (1995a) der grensesystemet kan benyttes interaktivt for å sørge for at



den essensielle informasjonen følger med videre i pasientforløpet. Målet er dermed å redusere misforståelser som kan lede til dårligere produktivitet ved at arbeidsoppgaver må gjennomføres flere ganger på grunn av mangelfulle sjekklister. Likevel forteller informantene våre at det kan skje feil til tross for disse standardiserte sjekklisene, hvilket kan indikere kommunikasjonsutfordringer ved pasientoverleveringer.

Informantene våre forteller også at de jobber aktivt med tiltak for å hindre styrkninger av operasjoner. De har egne møter der de kan planlegge og diskutere ressursallokering. Dette muliggjør horisontal kommunikasjon på klinikken, og kan dermed være en koordineringsarena. Informantene våre opplever likevel at disse møtene ikke alltid er like nyttige ettersom de ulike enhetene iblant ikke gjør det som er avtalt. Empirien indikerer at noe av bakgrunnen for dette kan forklares ved silotenkning, der de ulike enhetene ikke tenker på klinikken som helhet.

Ifølge tidligere litteratur vil formell og uformell kommunikasjon være viktige styringsmekanismer i interorganisatoriske relasjoner (Cäker, 2008; Vosselman & Van der Meer-kooistra, 2009). Våre funn indikerer imidlertid at det er utfordringer med kommunikasjonen på tvers av enhetene og dette gjør at klinikken opplever utfordringer med koordineringen. For å hindre styrkninger av operasjoner og feil ved pasientoverleveringer, må klinikken derfor tilrettelegge for mer og bedre kommunikasjon mellom enhetene. De ulike lederne må kommunisere bedre sammen for å sikre god informasjonsflyt ved overleveringer, i tillegg til å bedre planlegging og allokering av ressurser. Ved å lykkes med en bedre horisontal kommunikasjon kan noen av de observerte koordineringsutfordringene løses (Ahlgren et al., 2019; Van de Ven & Walker, 1984).

Forskningen viser også at tillitt er en mekanisme som er sentral i styringen av interorganisatoriske relasjoner. Ved et tillitsbasert styringssystem krever det ifølge Kramminga og Van der Meer-Kooistra (2007) at partene har relativt like målsetninger. Uttalelser fra våre informanter indikerer imidlertid at klinikken preges av silotankegang der de er mest opptatt av egne mål. Dette kan derfor tyde på at det ikke er tilstrekkelig tillitt i klinikken. Dette vil ifølge Caglio & Ditillo (2008) kunne påvirke kommunikasjonen mellom de ulike enhetene, og kan derfor være noe av årsaken til de observerte utfordringene med den horisontale kommunikasjonen. For å bedre den horisontale kommunikasjonen bør lederne derfor kommunisere felles normer og verdier nedover i klinikken som kan bidra til å øke

tillitnivået. Dette vil være i tråd med Simons (1995a) som sier at verdisystemet og det interaktive styringssystemet er sentrale styringssystemer for å nå klinikkens overordnede mål.

### **7.3.3 Vertikale kommunikasjonsutfordringer**

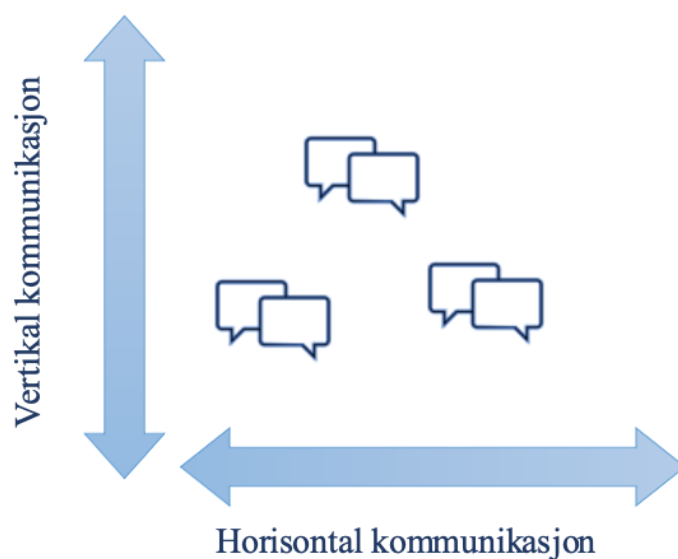
I tillegg til utfordringer med den horisontale kommunikasjonen, tyder våre funn på at klinikken også opplever utfordringer med den vertikale kommunikasjonen. Dette underbygges av intervjuobjekter som opplever en vertikal distanse som gjør det vanskelig å få styringssignaler oppover og nedover i nivåene. For å få til en effektiv kommunikasjon må klinikken balansere mellom horisontal og vertikal kommunikasjon (Bartsel et al., 2010).

Ifølge Simons (1995a) er det sentralt å tilrettelegge for det interaktive styringssystemet med et velfungerende vertikalt kommunikasjonssystem for å sikre fornyelse og vekst. Når virksomheter blir mer komplekse, desentraliserte og får større avstand mellom ansatte på ulike nivåer, oppstår behovet for etablerte kunnskapsdelingssystemer på tvers av virksomheten (Simons, 1995b; Weidener, 2007). Eksempelet en informant på øverste nivå i sykehuset trakk frem om isolasjon etter operasjoner tyder imidlertid på at beslutningsmyndigheten ikke blir tydelig nok kommunisert mellom nivåene. Informanten uttrykte frustrasjon over at de ansatte i fagmiljøene synes å være avhengig av inspirasjon utenfra for å tenke nytt, og at dette indikerer en manglende evne til å skape innovative og nytenkende ideer internt. Samtidig formidlet informanter på lavere nivåer i sykehuset at de opplevde begrensinger innenfor sin arbeidsramme, som gjorde at de ikke følte at de hadde mulighet til eller ansvar for å komme med slike endringsforslag.

Basert på disse uttalelsene virker det imidlertid ikke som at den vertikale kommunikasjonen fungerer optimalt, da enkelte av funnene våre indikerer at beslutningsmyndighet og handlingsrommet er underkommunisert. Dette underbygges av ulike informanter som opplever stor avstand til ledere på høyere nivåer. Ifølge Simons (1995a) kan dette hemme fornyelse og vekst i klinikken. Dersom Akuttklinikken skal fremme en kultur for innovasjon med avklarte ansvarsområder, er det dermed sentralt å sikre en effektiv vertikal kommunikasjon mellom de ulike nivåene i organisasjonen. Dette vil gjøre at de ansatte har tilstrekkelig støtte og handlingsrom for å gjennomføre de endringene de ønsker. Samtidig vil en tydelig kommunisert ansvarsfordeling fra ledere kunne bedre koordineringen mellom enheter ved at ansatte vet hva som er deres ansvar og hva som er en annen enhet sitt ansvar.

Våre funn indikerer imidlertid at det avholdes jevnlig møter mellom ledere og ansatte i de ulike nivåene. Temaer som diskuteres på slike møter er blant annet planlegging av aktiviteter, behandlingskvalitet og ventetider. Dette er i tråd med de tre første egenskapene Simons (1995a) beskriver om interaktive styringssystemer. Den fjerde egenskapen Simons (1995a) peker på er at det interaktive systemet skal fungere som en katalysator for debatt og diskusjon av underliggende data, antakelser og handlingsplaner. Dette samsvarer imidlertid ikke med våre funn der intervjuobjekter sier at «*det er sjelden det er mye tung og spennende diskusjon på disse møtene*» og at møtene ikke er så fruktbare. Slike utsagn kan dermed indikere at det interaktive systemet ikke er effektivt når det kommer til å fremme meningsfull debatt, og at det derfor kan være utfordringer knyttet til den vertikale kommunikasjonen.

Basert på empirien indikerer våre funn at det er en opplevd horisontal og vertikal distanse i kommunikasjonen, som gjør det utfordrende å få styringssignaler nedover og bortover på klinikken. Simons (1995a) sitt rammeverk fokuserer primært på den vertikale kommunikasjonsflyten og tar ikke hensyn til den horisontale dimensjonen. I komplekse kompetansebedrifter, der informasjonsflyten både foregår oppover og på tvers i organisasjonen, blir den horisontale kommunikasjonen like vesentlig (Bartsel et al., 2010). Akuttklinikken er et eksempel på en slik organisasjon, og det er nødvendig å etablere en tilnærming som adresserer begge dimensjonene for å styrke kommunikasjonen i klinikken. Som vi skal se i neste delkapittel vil dette være avgjørende for en vellykket utnyttelse av kontrolltårnet.



Figur 8 - Vertikal og horisontal kommunikasjon

## 7.4 Kontrolltårnet – bare mer styringsdata?

Akuttklinikken er avhengige av å utnytte ressursene sine mer effektivt for å nå sykehusets overordnede mål om å øke produktiviteten. Ifølge informantene våre er utviklingen av kontrolltårnet en viktig del av arbeidet mot økt produktivitet i sykehuset. Kontrolltårnet omtales som et digitalt verktøy for planlegging av operasjonsvirksomhet, der man etablerer et helhetlig oversiktsbilde over operasjonell aktivitet i sanntid på en digital plattform. Empirien tyder på at avdelingsledere opplever logistikkutfordringer og som et resultat av dette strykes operasjoner. I dette delkapittelet skal vi diskutere om innføringen av kontrolltårnet kan bidra til å øke produktiviteten og aktiviteten på sykehuset.

### 7.4.1 Kontrolltårnets potensielle gevinster

Tidligere studier viser at flere sykehus har utviklet kontrolltårn eller lignende digitale verktøy der man etablerer et dashboard med sanntidsinformasjon om pasienter og ressurser (Adam & Rosow, 2019; Buccioli & Traldi, 2016). Adam & Rosow (2019) har undersøkt hvordan innføring av digitale «bed management control dashboards» kan øke prestasjonen og redusere kostnader gjennom å optimalisere ressursene tilknyttet sengeposter, redusere ventetid på akuttmottak og unngå at pasienter blir omdirigert. Forskningen viser at «bed management control dashboards» kan forbedre den operasjonelle produktiviteten i de ulike sykehusenhetene, men også for sykehuset som helhet. Tilsvarende funn finner Buccioli og Traldi (2016) som i sin studie har sett på hvordan en kontrolltårn-tilnærming bidro til effektivisering av operasjonsstuen gjennom kostnadsreduksjoner på et italiensk sykehus. Studien fant at ved å få kontroll og overvåke det kirurgiske pasientforløpet, slik at man vet hvem, hvor og når det skal gjøres noe med pasienten, kan man øke produktiviteten på operasjonsstuen.

Det er også flere studier som viser hvordan virksomheter innenfor vare- og transportindustrien kan øke produktiviteten og forbedre logistikken ved hjelp av kontrolltårn (Hofman, 2014; Topan et al., 2018). Det kan dermed argumenteres for, basert på tidligere forskning, at innføring av kontrolltårn i sykehuset kan føre med seg en rekke fordeler. Basert på andre studier om kontrolltårn i sykehus kan innføringen av det digitale verktøyet i OUS derfor potensielt bidra til bedre oversikt over pasienter, ventelister og ressurser slik at de kan planlegge operasjonsaktivitetene bedre. Dette vil kunne øke produktiviteten på klinikken.

## 7.4.2 Viktigheten av kultur

Meekings og Briault (2013) vektlegger imidlertid at felles engasjement fra klinikere, ledere og toppledelsen, samt utvikling av en samarbeidskultur innen kliniske spesialiteter, er viktige suksessfaktorer for å lykkes med en kontrolltårn-tilnærming i sykehus. Som tidligere diskusjon viser, har Akuttklinikken utfordringer med koordineringen på tvers av enhetene og dette skyldes blant annet en sviktende horisontal kommunikasjon. I tillegg har hver enkelt avdeling spesialiserte fagmiljøer, egne budsjetter og prestasjonsmål noe som gjør at de preges av en kultur der ansatte ser på sine egne resultater og ytelse i stedet for klinikken og sykehuset som helhet. Basert på Meekings og Briault (2013) sin forskning kan det virke som at klinikken må jobbe med verdisystemer for å fremme en samarbeidskultur slik at de kan utnytte bruken av kontrolltårnet. Dette underbygges også av Simons (1995a) som sier at for å få til en effektiv styring så må man ha et samspill mellom styringssystemer.

Basert på empirien og diskusjon over tyder funnene våre på at klinikken preges av en kultur der hver enkelt enhet har en silotankegang noe som ikke tilrettelegger for samarbeid og koordinering. Dette underbygges blant annet av sitatet fra intervjuobjekt 4 som sier at: *«Alle er jo opptatt av seg selv, og jeg forstår jo det. [...] Så jeg tror vi av og til blir så opphengt i vår egen seksjon, avdeling eller klinikk at vi mister litt synet på helheten»*. Vi observerte lignende holdninger når det kommer til strykninger av elektive operasjoner. Intervjuobjekt 2 hevder at *«[...]ingen vil stryke sine pasienter»* og intervjuobjekt 4 som trekker frem at de er fornøyde med at en strykning sjelden skjer på grunn av deres avdeling. Disse holdningene kan indikere en organisasjonskultur som mangler et tilstrekkelig helhetsperspektiv og felles målsetninger. Disse funnene er sammenfallende med tidligere forskning der spesialiserte sykehusavdelinger kan bidra til oppblomstring av subkulturer hvor enhetene har størst eierskap til avdelingens egne mål (Lee et al., 2016).

Simons (1995a) vektlegger viktigheten av å balansere de fire ulike styringssystemene slik at de fungerer i et samspill. Ifølge Simons (1995a) utgjør de ulike styringssystemene motstridende krefter, der grensesystemet og det diagnostiske systemet utgjør yin og verdisystemet og det interaktive systemet utgjør yang. Grensesystemet og det diagnostiske systemet skal virke begrensende for de ansattes atferd ved at ledere kan kontrollere og overvåke de ansatte. Verdisystemet og det interaktive systemet skal derimot være muliggjørende ved å oppmuntre til innovasjon og nytenkning. De to motstridende kreftene vil,

ifølge Simons, skape en dynamisk spenning som er sentral for effektiv styring (Simons, 1995a).

Dersom kontrolltårnet skal bidra med å øke produktiviteten på sykehuset, vil det være sentralt at klinikken skaper en samarbeidskultur med felles verdier og normer. På denne måten kan de bevege seg bort fra silotenkningen og få et mer helhetlig perspektiv. Dette vil kunne løse noen av koordineringsutfordringene som vi har observert i studien. Klinikken bør derfor arbeide med å videreutvikle verdisystemet slik at de kan oppnå de ønskede effektene av kontrolltårnet. Dette er i tråd med Simons (1995a). Ledere bør derfor kommunisere felles verdier og normer nedover i de hierarkiske nivåene.

Hermawan et al. (2021) har i sin studie studert hvilken rolle verdisystemet spiller for lederes prestasjoner og styring. Resultatene fra studien viser at verdisystemet spiller en avgjørende rolle for styringen i organisasjoner og at et velfungerende verdisystem kan virke positivt for lederes prestasjoner. Denne studien underbygger derfor vårt argument om viktigheten av å jobbe med kultur og verdisystemet i klinikken, som også er i tråd med Simons (1995a) sin tilnærming for å oppnå effektiv styring.

### **7.4.3 Dialog rundt dataene**

Kontrolltårnet skal som nevnt bidra til en bedre ressursutnyttelse som kan øke produktiviteten på operasjonsstuene. Informant 1 opplyser om at kontrolltårnet skal gi enhetene et oversiktsbilde over hvilke pasienter som er på vei inn til enheten, slik at de involverte i pasientforløpet kan planlegge hvor de skal befinne seg til gitte tidspunkter.

Selv om hensikten med kontrolltårnet er gi et bedre oversiktsbilde av sykehusets ressurser for å muliggjøre planlegging, vil gevinstene av et slikt oversiktsbilde være betinget av at informasjonen kan kommuniseres og koordineres mellom ulike enheter. Våre funn indikerer at klinikken har utfordringer med koordineringen og kommunikasjonen hvilket kan føre til at informasjon ikke når frem. Kontrolltårnet vil derfor ikke automatisk føre til at det blir mer interaktiv styring dersom man ikke møtes rundt dataene og har dialog mellom enhetene. Klinikken må aktivt jobbe med å tilrettelegge for bedre kommunikasjon på tvers av enhetene slik at de kan planlegge og koordinere ressursbruken sin sammen med de andre enhetene (Ahlgren et al., 2019; Van de Ven & Walker, 1984).

---

Ved å bedre den horisontale kommunikasjonen kan klinikken løse deler av dagens koordineringsutfordringer. Tidligere studier viser at god koordinering mellom helsepersonell kan gi gevinster for sykehuset (Øvretveit, 2011; Gittell et al., 2000). Basert på forskningen til Øvretveit (2011) vil forbedret koordinering føre til reduserte kostnader og kliniske kvalitetsforbedringer. Dette understøttes av Gittell et al. (2000) som i deres studie undersøkte effekten av koordinering på ni ulike sykehus. Studien konkluderte med at koordinering i sykehuset var forbundet med forbedret behandlingskvalitet og kortere liggetid på sykehuset. Studien undersøkte også hvordan disse koordineringsgevinstene kunne realiseres gjennom en styrket kommunikasjon og relasjoner mellom nøkkelpersonell på kirurgiske avdelinger (Gittell et al. 2000). Disse funnene tyder derfor på at ved å jobbe med den horisontale kommunikasjonen og koordineringen i klinikken kan dette føre med seg gevinster som kontrolltårnet også har som hensikt å løse.

For at klinikken skal lykkes med å øke produktiviteten på operasjonsstuene og få en bedre ressursutnyttelse har studien vår vist at det kreves mer enn et kontrolltårn i sykehuset. Til tross for at tidligere forskning viser at kontrolltårn kan øke produktiviteten og sykehusets prestasjoner, tyder funnene våre på at klinikken må jobbe med å videreutvikle verdisystemet og det interaktive styringssystemet for å lykkes med kontrolltårnet og den overordnede målsetningen. Dersom klinikken forbedrer kommunikasjonen og skaper en kultur for samarbeid i stedet for silotenkning, kan dette sammen med kontrolltårnet øke produktiviteten på klinikken. Dermed tyder våre funn på at det ikke nødvendigvis er sikkert at mer styringsdata, i form av et kontrolltårn, vil løse dagens problemer. Klinikken må også legge inn et arbeid for å videreutvikle verdisystemet og det interaktive styringssystemet.

## 7.5 Oppsummering

Våre funn fra analysen indikerer at Akuttklinikken benytter seg av budsjetter og prestasjonsmåling diagnostisk. Dette skal tilrettelegge for økonomisk kontroll, samtidig som man flytter myndighet lenger ned i organisasjonen gjennom management-by-exception. Ved avvik fra prestasjonsmålene og budsjettet forteller informantene at de iverksetter tiltak, noe som også tyder på at disse styringsmekanismene brukes diagnostisk. Vi har også sett at klinikken bruker de diagnostiske styringssystemene interaktivt ved at bruken av budsjetter og prestasjonsmål tilfredsstiller de fem forutsetningene til Simons (1995a) om interaktivt bruk av styringssystemer. Våre informanter opplever imidlertid at det kan være utfordrende å finne tiltak som følge av budsjettunderskudd, og at budsjettene derfor virker begrensende på de ansattes atferd. Ifølge Simons (1995a) skal diagnostiske styringssystemer virke begrensende på atferden til ansatte. Ved bruk av prestasjons- og kvalitetsindikatorer indikerer våre funn at det er de målbare indikatorene som i hovedsak følges opp, hvilket kan føre til vridningseffekter.

Analysen har også diskutert hvordan budsjetter og prestasjonsmålene oppleves å forsterke silotankegangen i klinikken. De ulike avdelingene er delt inn etter spesialiseringer og har eget ansvar for budsjett og utarbeidelse av handlingsplaner med prestasjonsmål. Funnene tyder på at de ulike enhetene er mest opptatt av sin egen enhet, og som følge av knappe ressurser, egne budsjetter og prestasjonsmål, forsterker dette silotankegangen i klinikken. Dette viser seg spesielt ved at de ulike enhetene diskuterer hvilke operasjoner som skal strykes, der ingen vil stryke sine pasienter som følge av den økonomiske kostnaden som påføres enheten.

Våre funn indikerer også at informantene våre opplever koordineringsutfordringer på tvers av enheter i klinikken. Ifølge informantene våre strykes operasjoner som følge av dårlig planlegging, og som vi har sett kan slike koordineringsutfordringer skyldes formalisering og spesialisering. Analysen har også diskutert at noe av årsaken til koordineringsutfordringene forårsakes av problemer med den horisontale kommunikasjonen. Klinikken opplever feil ved pasientoverleveringer og at operasjoner må strykes, og funnene indikerer at dette skyldes blant annet sviktende kommunikasjon mellom enhetene. Ifølge litteraturen om interorganisatorisk styring vil både formell og uformell kommunikasjon, i tillegg til tillit, være viktig for å få til en vellykket koordinering i klinikken.



---

Basert på opplysninger fra informantene våre tyder det også på at klinikken har utfordringer med den vertikale kommunikasjonen. Ifølge Simons (1995a) er det interaktive styringssystemet viktig for å fremme innovasjon og vekst, men vår studie finner imidlertid at beslutningsmyndighet og ansvarsfordeling ikke blir tydelig nok kommunisert nedover i nivåene. Dette gjør at informantene opplever at de ikke kan komme med forslag til endringer. Våre funn indikerer videre at klinikken har møtevirksomhet som skal tilrettelegge for vertikal kommunikasjon, men at møtene ikke fungerer som en katalysator for debatt og diskusjon (Simons, 1995a).

Avslutningsvis i analysen har vi diskutert hvordan innføringen av kontrolltårnet kan bidra med å øke produktiviteten på klinikken. Flere av våre informanter mener at kontrolltårnet kan løse en del av logistikkutfordringene i klinikken, og at produktiviteten derfor kan øke ved å få bedre oversikt over ressursene. Dette støttes av tidligere studier (Adam & Rosow, 2019; Buccioli & Traldi, 2016). Funnene i empirien tyder imidlertid på at klinikken har et underutviklet verdisystem og at de derfor må utvikle en felles kultur som oppmuntrer til samarbeid. Vi har også sett hvordan kontrolltårnet fortsatt vil kreve bedre koordinering og kommunikasjon på tvers av enhetene.

Funnene fra analysene viser derfor at dersom klinikken forbedrer kommunikasjonen og skaper en kultur for samarbeid i stedet for silotenkning, kan dette sammen med kontrolltårnet øke produktiviteten i klinikken. Disse funnene er i tråd med Simons (1995a) som sier at for å få en effektiv styring må ledere balansere mellom de fire styringssystemene. Dermed viser våre funn at det ikke nødvendigvis er sikkert at mer styringsdata, i form av et kontrolltårn, vil løse dagens utfordringer. Klinikken må også legge inn et arbeid for å videreutvikle verdisystemet og det interaktive styringssystemet.

## 8. Avslutning

I dette avsluttende kapittelet skal vi starte med å besvare studiens problemstilling gjennom de tre forskningsspørsmålene våre. Deretter vil vi diskutere studiens bidrag og implikasjoner, før vi til slutt vil redegjøre for begrensinger av studien og presentere forslag til videre forskning.

### 8.1 Besvarelse av problemstilling

Formålet med denne masterutredningen har vært å få en dypere innsikt i hvordan styringssystemene i Akuttklinikken brukes for å oppnå økt produktivitet og hvilke styringsutfordringer som er sentrale. Vi har definert og besvart følgende problemstilling:

**Hvordan bruker Akuttklinikken styringssystemene for å oppnå økt produktivitet og hva oppleves som de sentrale styringsutfordringene?**

For å besvare denne overordnede problemstillingen har vi svart på følgende tre forskningsspørsmål:

*Hvilke styringsmekanismer oppleves som sentrale?*

*Hvordan brukes styringsmekanismene?*

*Hvilke styringsutfordringer oppleves som mest sentrale?*

#### 8.1.1 Hvilke styringsmekanismer oppleves som sentrale og hvordan brukes disse?

I vår studie har vi observert at klinikken opplever budsjetter, prestasjonsmål og formell møtevirksomhet som de sentrale styringsmekanismene. Informantene forventer også at kontrolltårnet vil fungere som et viktig styringsverktøy når det innføres på sykehuset. Budsjetter og prestasjonsmål brukes diagnostisk ved at ledere kan ha kontroll på aktivitetene og økonomien i klinikken. Budsjettene og prestasjonsmålene er i tråd med den overordnede strategien til klinikken med fokus på å øke produktiviteten. Seksjonsledere og avdelingsledere har eget budsjettansvar, og ansvar for utarbeidelse av prestasjonsmål. Gjennom bruken av disse styringsmekanismene tilrettelegger derfor klinikken for at beslutninger kan fattes på

lavere nivåer, som tyder på at styringen inneholder elementer fra management-by-exception. Klinikken jobber systematisk med avvik og iverksettelse av tiltak noe som indikerer et diagnostisk bruk av styringsmekanismene. Dette er i tråd med Simons (1995a) og tidligere litteratur om økonomistyring i sykehus (Pettersen & Solstad, 2015). Vi har også sett at Akuttklinikken har møter og dialog rundt budsjetter og prestasjonsmål. Funnene indikerer derfor at klinikken har en interaktivt bruk av diagnostiske styringssystemer. Våre funn viser videre at møtevirksomheten tilrettelegger for horisontal og vertikal kommunikasjon. Vi har sett at møtevirksomheten brukes interaktivt ettersom de kjennetegnes av de tre første egenskapene til det interaktive styringssystemet til Simons (1995a).

### **8.1.2 Hvilke styringsutfordringer oppleves som mest sentrale?**

Gjennom vår studie har vi sett at de mest sentrale styringsutfordringene i klinikken ligger på det horisontale planet. Vi har observert at de eksisterende styringsmekanismene oppleves å forsterke enhetenes silotenkning. Flere informanter trekker frem at det er manglende helhetstenkning på klinikken der enhetene eksempelvis fokuserer på den økonomiske konsekvensen av en strykning for egen enhet, fremfor klinikken som en helhet. Denne silotankegangen kan være med på å skape koordineringsutfordringer horisontalt. Studien tyder videre på at disse koordineringsutfordringene kan oppstå ved at den horisontale kommunikasjonen svikter. Slike kommunikasjonsutfordringer mellom ulike enheter på klinikken, kommer særlig til syne gjennom strykninger og feil ved pasientoverleveringer. Når det kommer til den vertikale kommunikasjonen, hevder noen av våre informanter at ansvarsområder ikke kommuniseres godt nok nedover i systemet. En konsekvens av de vertikale kommunikasjonsutfordringene kan være at de ansatte ikke opplever at de har mulighet til å komme med forbedringsforslag. De observerte horisontale og vertikale kommunikasjonsutfordringene kan derfor representere en hindring i arbeidet med å øke produktiviteten på klinikken.

For å øke den operasjonelle aktiviteten skal klinikken innføre et kontrolltårn slik at de får en bedre oversikt over ressursene sine. Vår studie indikerer imidlertid at verdisystemet og det interaktive systemet er underutviklet på klinikken. For å lykkes med utnyttelsen av kontrolltårnet, må klinikken derfor jobbe med de observerte styringsutfordringene. Mer styringsdata i seg selv vil ikke kunne føre til økt produktivitet, og det er dermed sentralt at klinikken legger ned et arbeid i å videreutvikle verdisystemet og det interaktive styringssystemet.

## 8.2 Bidrag og implikasjoner

*«De demografiske endringene, med høyere gjennomsnittsalder og lavere fødselsrate, er allerede merkbare, men de vil øke mot 2040 og ytterligere tilta i styrke etter dette. [...]. Ressursinnsatsen må vris inn mot de viktigste behovene, legge til rette for en rettferdig og god utnyttelse av personellet og gjennomføre investeringer som bidrar til økt produktivitet» (NOU 2023: 4, s. 118).*

Som utsagnet poengterer, vil den demografiske utviklingen kreve bedre ressursutnyttelse på sykehusene. For å lykkes med dette må ledere jobbe med å finne effektive styringsmekanismer som tilrettelegger for samarbeid og koordinering slik at produktiviteten kan økes. Denne utredningen har studert hvordan styringssystemene i Akuttklinikken brukes for å oppnå økt produktivitet og hva som oppleves som de sentrale styringsutfordringene. I dette delkapittelet vil vi trekke frem studiens bidrag og implikasjoner.

Et bidrag ved vår studie er at vi har undersøkt hvordan en sviktende horisontal kommunikasjon kan skape koordineringsutfordringer på tvers av avdelinger og klinikker i sykehus. I et høyspesialisert sykehus vil det være mange enheter med hvert sitt fagområde, og samarbeid på tvers av disse er essensielt for å oppnå en bedre ressursutnyttelse. Ved en forbedret ressursutnyttelse kan klinikerne bruke tiden mer effektivt slik at flere pasienter kan behandles. Dette vil være nødvendig når det økonomiske handlingsrommet reduseres og den eldre andelen av befolkningen som behøver helsetjenester øker. En slik produktivitetsforbedring vil dermed ha en positiv påvirkning på pasient, pårørende, helseforetaket og samfunnet generelt.

Et annet bidrag ved vår studie er at vi har sett på hvordan en implementering av kontrolltårn i norske sykehus kan skape et oversiktsbilde over pasienter, ressurser og aktiviteter. Studien viser at en vellykket utnyttelse av kontrolltårnet derimot er betinget av at sykehuset utvikler en kultur for samarbeid og møtes rundt styringsdataene for dialog.

En implikasjon av studien er derfor at felles verdier, normer og kultur vil være sentralt for å skape de ønskede effektene av kontrolltårnet. Våre funn indikerer dermed at det ikke nødvendigvis er mer styringsinformasjon som kan løse utfordringer med produktivitet og ressursutnyttelse på sykehus. Det er i tillegg sentralt å ha et velfungerende verdisystem og interaktivt styringssystem.

### 8.3 Begrensninger og gyldighet

En begrensning ved vår studie er at tidsrammen på masterutredningen setter begrensninger på antall intervjuer som kan utføres. Vi har kun snakket med én klinikk og et lite utvalg kan påvirke studiens overførbarhet negativt. Dette gjør at vi ikke kan konkludere med at funnene er gjeldende for OUS som helhet eller for andre helseforetak. I tillegg har vi kun snakket med ledere og en controller, og ikke leger eller sykepleiere som jobber med pasientene daglig. Dette kan påvirke studiens gyldighet ved at vi ikke får frem like mange perspektiver som vi kunne fått dersom vi hadde snakket med flere som jobber med pasienter til daglig.

En annen begrensning ved studien er at en av informantene våre arbeider med utviklingen og etableringen av kontrolltårnet. Dette kan øke risikoen for at noe av informasjonen blir subjektiv, da informanten har en sterk overbevisning om at det digitale verktøyet kan øke produktiviteten på klinikken. Studiens gyldighet kan dermed bli noe svekket som følge av dette. Vi har imidlertid utarbeidet en intervjuguide på forhånd av intervjuene slik at alle informantene har fått tilnærmet like spørsmål. Dermed har vi snakket om kontrolltårnet med flere informanter slik at vi har fått frem flere synspunkter.

### 8.4 Fremtidig forskning

I litteraturen finnes det tidligere forskning som undersøker hvordan ulike sykehus har tatt i bruk en kontrolltårn-tilnærming eller lignende digitale verktøy for å etablere et dashboard med sanntidsinformasjon om pasienter. Forskningen er derimot hovedsakelig gjennomført på utenlandske sykehus, der det kan være annen organisasjonsstruktur, kultur og finansiering sammenlignet med norske sykehus. Implikasjonen av disse studiene kan derfor ha begrenset overførbarhet til den norske helsesektoren. Til fremtidig forskning kan det dermed være interessant å undersøke hvordan kontrolltårn vil påvirke produktiviteten på norske sykehus.

I økonomistyringslitteraturen er det forsket mye på LoC og hvordan de ulike styringssystemene fungerer i samspill. Det kunne imidlertid vært interessant å forske videre på hvordan samspillet mellom de ulike styringssystemene til Simons (1995a) påvirkes av at et av styringssystemene er underutviklet. I vår studie har vi funnet at verdisystemet og det interaktive systemet er noe underutviklet, og det kunne dermed vært interessant å undersøke hvilke konsekvenser dette får for styringen.

## Litteraturliste

- Abernethy, M. A. & Stoelwinder, J., U. (1995, januar). *The role of professional control in the management of complex organizations*. Accounting, Organizations and Society. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(94\)E0017-O](https://doi.org/10.1016/0361-3682(94)E0017-O)
- Adam, J. & Rosow, E. (2019). *Real- Time Executive Dashboards and Virtual instrumentation: Solutions for Health Care Systems*. Elsevier Academic Press. [https://www.inf.ufpr.br/Imperes/2017\\_2/ci167/no\\_exam/The\\_Clinical\\_Engineering\\_Handbook\\_Joseph\\_Dyro.pdf](https://www.inf.ufpr.br/Imperes/2017_2/ci167/no_exam/The_Clinical_Engineering_Handbook_Joseph_Dyro.pdf)
- Ahlgren, P. C & Lind, J. (2022, 29. mars). *Økonomistyring i interorganisatoriske relasjoner – et nordisk perspektiv*. Idunn. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/pof.38.1.9>
- Ahlgren, P. C, Lind, J & Nyland, K. (2019). *Styrings av samarbeid i offentlig sektor*. Fagbokforlaget.
- Ahn, J. W, Jang, H. H, & Son, Y. J (2020). *Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta synthesis*. Journal of Nursing Management. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.13207>
- Alm, L. (2022, 13. juni). *5 tiltak for å rive siloene mellom marked og salg*. Markedssjefene. <https://www.markedssjefene.no/blogg/rive-siloene-mellom-marked-og-salg/>
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: A framework for analysis*. (11. pr). Boston: Harvard University.
- Anthony, R. N. & Young, D. W. (2003). *Management control in nonprofit organizations* (7. ed.). McGraw-Hill/Irwin.
- Bartsel, J., Peters, O., Jong, M., Pruyn, A. & Molen, M. (2010, 9. februar). *Horizontal and vertical communication as determinants of professional and organizational identification*. Personnel Review. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/00483481011017426/full/html>
- Bjørkquist, C. & Fineide, M., J. (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Cappelen Damm AS.

- 
- Bobe, B., J. & Kobe, R. (2018). *Does gender matter? The association between gender and the use of management control systems and performance measures*. Accounting & finance. <https://doi.org/10.1111/acfi.12365>
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. (4.utg.). Gyldendal akademisk.
- Bouckaert, G., Peters, B.,G. & Verhoest, K. (2010). *The coordination of public sector organizations. Shifting Patterns of Public Management*. Palgrave Macmillan.
- Buccioli, M. & Traldi, L. (2016). *Control tower to surgical theater: clinical engineer as a leader of productive process in operating room block*. De Gruyter. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/cdbme-2016-0077/html>
- Burrell, G. & Morgan, G. (2017). *Sociological Paradigms and Organizational Analysis: Elements of the Sociology of Corporate Life*. Routledge.
- Caglio, A. & Ditillo, A. (2008). *A review and discussion of management control in inter – firm relationships: Achievements and future direction*. Accounting, Organization & society. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2008.08.001>
- Caserio, J. & Meneses, R. (2019). *Is Silo Mentality Relevant in Healthcare? The Healthcare Professional's View*. Strategica 2019. [https://www.researchgate.net/profile/Alexandra-Zbucnea/publication/339041758\\_Strategica\\_2019\\_Proceedings\\_Upscaling\\_Digital\\_Transformation\\_in\\_Business\\_and\\_Economy/links/5e3a4a98a6fdccd96587f439/Strategica-2019-Proceedings-Upscaling-Digital-Transformation-in-Business-and-Economy.pdf#page=637](https://www.researchgate.net/profile/Alexandra-Zbucnea/publication/339041758_Strategica_2019_Proceedings_Upscaling_Digital_Transformation_in_Business_and_Economy/links/5e3a4a98a6fdccd96587f439/Strategica-2019-Proceedings-Upscaling-Digital-Transformation-in-Business-and-Economy.pdf#page=637)
- Cäker, M. (2008). *Intertwined coordination mechanisms in interorganizational relationships with dominated suppliers*. Management Accounting Research. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.06.003>
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Christenson, C. (1972). *The Power of Negative Thinking*. Harvard University.

- Cilliers, F. & Greyvenstein, H. (2012). *The impact of silo mentality on team identity: An organizational case study*. SA Journal of Industrial Psychology. [https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-07632012000200010&nrm=iso](https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-07632012000200010&nrm=iso)
- Colbjørnsen, T. (2003). *Fleksibilitet og forutsigbarhet: Arbeid og organisasjoner i endring*. Universitetsforlaget.
- Combs, J., A. (1987). *Accounting for the control of doctors: Management information systems in hospitals*. Accounting, Organizations and Society. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(87\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0361-3682(87)90026-2)
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. SAGE Publications Inc.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (NEM). (2010. 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetiske komiteer. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dekker, H. C. (2004). *Control of inter – organizational cooperation challenging hierarchical accountability: the dominated actors in a municipal joint venture*. Management Accounting Research. <https://doi.org/10.1111/faam.12115>
- Dewing, I., P. & Jones, C., S. (1997). *The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls*. Financial Accountability & Management. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1468-0408.00037>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). (2011, juni). *En beskrivelse av styringsmodellen i et departement*. (Rapport Nr 2). Finansdepartementet. [https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Rapporter/2011/R22\\_2-2011\\_En\\_beskrivelse\\_av\\_styringsmodellen\\_i\\_et\\_departement.pdf](https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Rapporter/2011/R22_2-2011_En_beskrivelse_av_styringsmodellen_i_et_departement.pdf)



- 
- Dubois, A. & Gadde, L., E. (2002). *Systematic combining: an abductive approach to case research*. Journal of Business Research. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)
- Ebers, M. (1997). *The formation of inter-organizational networks*. Oxford University Press.
- Fenwick, A. C., Seville, E., & Brundon, D. (2009). *Reducing the impact of Organizational Silos on Resilience: A Report on the impact of silos on resilience and how the impacts might be reduced*. UC LIBRARY. <https://ir.canterbury.ac.nz/items/a88c2b3d-bae3-45c5-bdbd-a56b2fa229f6>
- Ferreira, A. & Otley, D. (2009). *The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis*. Management Accounting Research. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2009.07.003>
- Fimreite, A., L., Lango, P., Rykkja, L., H. & Læg Reid. (2014). *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Frow, N., Marginson, D. & Ogden, S. (2010). “Continuous” Budgeting: Reconciling budget flexibility with budgetary control. Accounting, Organizations and Society. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2009.10.003>
- Fugelsnes, E. (2010, 21. september). *Truende kommunikasjonssvikt*. Forskning.no <https://www.forskning.no/norges-forskningsrad-helsetjenester-partner/truende-kommunikasjonssvikt/825362>
- Gittell, H. J., Fairfield, M. K., Bierbaum, B, Head, W., Jackson, R., Kelly, M., Laskin, R., Lipson, S., Siliski, J., Thornhill, T. & Zuckerman, J. (2000, august). *Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine – hospital study of surgical patients*. Lippicott Williams & Walkins. <http://doi.org/10.1097/00005650-200008000-00005>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metode*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Hagen, T., P. (2023, 28. mars). *Helseforetaksreformen*. Store norske leksikon. <https://snl.no/helseforetaksreformen>

- Helsedirektoratet. (2019, 15. februar). *DRG-systemet*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet#omdrsystemet%E2%80%8B>
- Henri, J., F. (2006). *Management control systems and strategy: A resource-based perspective*. Journal of Business Research. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2005.07.001>
- Hermawan, A. A., Bachtiar, E. Wicaksono, T. & Sari, P. N. (2021). *Levers of Control and Managerial Performance: The Importance of Belief Systems*. Gadjah Mada International Journal of Business. <https://doi.org/10.22146/gamaijb.62612>
- Hofman, W. (2014). *Control Tower Architecture for Multi – and Synchronodal Logistics with Real Time Data*. Research Gate. [https://www.researchgate.net/profile/Wout-Hofman/publication/274192485\\_Control\\_Tower\\_Architecture\\_for\\_Multi\\_-\\_and\\_Synchronodal\\_Logistics\\_with\\_Real\\_Time\\_Data/links/5517eea20cf2f7d80a3c1a79/Control-Tower-Architecture-for-Multi-and-Synchronodal-Logistics-with-Real-Time-Data.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Wout-Hofman/publication/274192485_Control_Tower_Architecture_for_Multi_-_and_Synchronodal_Logistics_with_Real_Time_Data/links/5517eea20cf2f7d80a3c1a79/Control-Tower-Architecture-for-Multi-and-Synchronodal-Logistics-with-Real-Time-Data.pdf)
- Håkansson, H. & Snehota, I. (2006). *No business is an island: The network concept of business strategy*. Scandinavian Journal of Management. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2006.10.005>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Järvinen, J., T. (2016, 20. juni). *Role of management accounting in applying new institutional logics: A comparative case study in the non-profit sector*. Accounting, Auditing & Accountability Journal. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/AAAJ-07-2012-01058/full/html>
- Johanson, D. & Madsen, D. Ø. (2013, 30. september). *Økonomisk styring i Norge – en kartlegging av styringssystemer i norske bedrifter*. Academia. [https://www.academia.edu/18409915/%C3%98konomisk\\_styring\\_i\\_Norge\\_en\\_kartlegging\\_av\\_styringssystemer\\_i\\_norske\\_bedrifter](https://www.academia.edu/18409915/%C3%98konomisk_styring_i_Norge_en_kartlegging_av_styringssystemer_i_norske_bedrifter)

- 
- Johansson, T. & Siverbo, S. (2014, desember). *The appropriates of tight budget control in public sector organizations facing budget turbulence*. Journal of Business Research. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2014.04.001>
- Kamminga, P. E. & Van der Meer – Kooistra, J. (2007). *Management control patterns in joint venture relationships: a model and an exploratory study*. Accounting, Organization and Society. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2006.03.002>
- Kraus, K., Kennergren, C. & Unge, A. (2017, november). *The interplay between ideological control and formal management control systems – A case study of a non-governmental organization*. Accounting, Organizations and Society. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2016.02.001>
- Kraus, K. & Lindholm, C. (2010). *Accounting in inter – organizational relationships within the public sector*. Accounting in networks.
- Kruis, A., M., Speklé, R. F., & Widener, S. K. (2016). *The Levers of Control Framework: An exploratory analysis of balance*. Journal of Business Research. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2015.12.002>
- Lee, S. H., Phan, H. P., Dorman, T., Weaver, J. S. & Pronovost, J. P. (2016). *Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture*. BMC Health Services Research. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1502-7>
- McNulty, T. & Fernie, E. (2002). *Reengineering Health Care: The Complexities of Organizational Transformation*. Oxford University Press.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008, desember). *Management control systems as a package - Opportunities, challenges and research directions*. Management Accounting Research. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003>
- Meekings, A. & Briault, S. (2013). *The “Control tower” approach to optimizing complex service delivery performance*. Measuring Business Excellence. <https://doi.org/10.1108/MBE-11-2011-0031>

- Meld. St. 14 (2020-2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/91bdfca9231d45408e8107a703fee790/no/pdfs/stm202020210014000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Mundy, J. (2010, juli). *Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems*. Accounting, Organizations and Society. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2009.10.005>
- Nilstun, C. (2018, 3. mai). *Koordinere*. Store norske leksikon. <https://snl.no/koordinere>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- NOU 2023: 8. (2023). *Felleskapets sykehus styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>
- NOU 2020: 2. (2020). *Fremtidig kompetansebehov*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/053481d65fb845be9a2b1674c35d6d14/no/pdfs/nou202020200002000dddpdfs.pdf>
- Nyland, K. (2003). *Styringssystemenes relevans i norske sykehus*. [Doktorgradsavhandling, Norges handelshøyskole]. <https://core.ac.uk/download/pdf/30898353.pdf>
- Nyland, K., Morland, C. & Burns, J. (2017). *The interplay of managerial and non-managerial controls, institutional work, and the coordination of laterally dependent hospital activities*. Qualitative Research in Accounting & Management. <https://doi.org/10.1108/QRAM-08-2017-0076>

- 
- Nyland, K. & Olsen, E. T. (2017). *Tettere styring i helseforetakene: En studie av mellomlederens holdning til økonomistyring 2008 – 2014*.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2017-01-04>
- Nyland, K. & Pettersen, I., J. (2018). *Penger og helse – Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Fagbokforlaget.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2010). *Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold?* ResearchGate. [https://www.researchgate.net/profile/Inger-Pettersen/publication/258169376\\_Okonomistyring\\_i\\_staten\\_-\\_likhet\\_eller\\_mangfold/links/545228ee0cf24884d8876d8e/Okonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Inger-Pettersen/publication/258169376_Okonomistyring_i_staten_-_likhet_eller_mangfold/links/545228ee0cf24884d8876d8e/Okonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold.pdf)
- Nyland, K. & Pettersen, I., J. (2004). *The Control Gap: The Role of Budget, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings*. Financial Accountability & Management. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2004.00187.x>
- Nyland, K. & Pettersen, I., J. (2006). *Management and control of public hospitals – The use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study*. Research Gate. <https://doi.org/10.1002/hpm.835>
- Nyland, K. & Østergren, K. (2008). *Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdning til økonomiansvar*. Samfunns – og næringslivsforskning AS. <http://hdl.handle.net/11250/164973>
- Oslo universitetssykehus, 2022, 18. august). *Ledelsessystemet*. Oslo-universitetssykehus. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/4>
- Oslo universitetssykehus. (2023a, 24. august). *Om oss*. Oslo-universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/>
- Oslo universitetssykehus. (2023b, 8. august). *Forskning*. Oslo-universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/Forskning>
- Oslo universitetssykehus (u.d.). *Akuttlinikken*. Oslo-universitetssykehus. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/akuttlinikken/>

- Ostroff, F. (1999). *The Horizontal Organization – What the organization of the future looks like and how it delivers value to customers*. Oxford University Press Inc.
- Otley, D. (1994). *Management control in contemporary organization: towards a wider framework*. Management Accounting Research. [https://www.academia.edu/22842305/Management\\_control\\_in\\_contemporary\\_organizations\\_towards\\_a\\_wider\\_framework](https://www.academia.edu/22842305/Management_control_in_contemporary_organizations_towards_a_wider_framework)
- Pettersen, I., J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse – perspektiver på styring*. Cappelen Damm akademisk.
- Pettersen, I. J. & Solstad, E. (2015). *Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals*. Journal of Health Organization and Management. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2013-0003>
- Pitsis, T. S., Kornberger, M. & Clegg, S., R. (2004). *The Art of Managing Relationships in Interorganizational Collaboration*. Carin. <https://www.cairn.info/revue-management-2004-3-page-47.htm>
- Prop.1 S (2022 – 2023). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2023*, Statsbudsjettet. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5f394e4fab7348139dc8c55156a28b81/no/pdfs/prp202220230001guldddpdfs.pdf>
- Provan, K., G. & Kenis, P. (2007, 2. august). *Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness*. Oxford Academic. <https://academic.oup.com/jpart/article/18/2/229/935895>
- Regjeringen. (2023, 11. mai). *Statlig finansiering av de regionale helseforetakene*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>
- Regjeringen. (2021. 13. oktober). *Sykehusenes hovedoppgaver*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/sykehusenes-hovedoppgaver/id528111/>

- 
- Regjeringen. (u.d.) *Sykehus*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>
- Repstad, P. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Røvik, K. A. (2002). *The expansion of Management Knowledge. Carriers, Flows and Sources*. Stanford University Press.
- Saunders, M., N., K, Lewis, P. & Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students* (8. utg.). Pearson Education Limited.
- Scott, G. & Mabin, V. (u.d). *The real problem with budgeting: A system approach to the issues*. Victoria University of Wellington.  
[https://orsnz.org.nz/Repository/CONF53/Papers/ORSNZ2019\\_paper\\_18.pdf](https://orsnz.org.nz/Repository/CONF53/Papers/ORSNZ2019_paper_18.pdf)
- Serrat, O. (2017). *Bridging Organizational Silos*. Springer Open. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9\\_77](https://doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9_77)
- Simons, R. (1995a). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business School Press.
- Simons, E. (1995b). *Control in an Age of Empowerment*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/1995/03/control-in-an-age-of-empowerment>
- Simons, R. (2005). *Levers of organizational design: How managers use accountability systems for greater performance and commitment*. Harvard Business School Press.
- Statistisk sentralbyrå. (2023a). *Pasienter på sykehus* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/pasienter-pa-sykehus>
- Statistisk sentralbyrå. (2023b). *Rekordlav fruktbarhet i 2022* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/rekordlav-fruktbarhet-i-2022>
- Taylor, A. & Steenporte, H. (2007). *The Problem with Budgeting and How One Municipality Addressed It*. Institute of Management Accountants.

<https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA190882932&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=15285359&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7Ea2babe53&aty=open-web-entry>

Tessier, S. & Otley, D. (2012, september). *A conceptual development of Simons' Levers of Control framework*. *Management Accounting Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2012.04.003>

Topan, E., Eruguz, A. S., Ma, W., Heijden, M. C. & Dekker, R. (2018). *A review of operational spare parts service logistics in service control towers*. *European Journal of Operational Research*. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2019.03.026>

Van de Ven, A., H. & Walker, G. (1984, desember). *The Dynamics of Interorganizational Coordination*. *Administrative Science Quarterly*.  
<https://www.jstor.org/stable/2392941?seq=1>

Vosselman, E., G., J. (2002). *Towards horizontal archetypes of management control: a transaction cost economics perspective*. *Management Accounting Research*.  
<https://doi.org/10.1006/mare.2002.0182>

Vosselman, E., G., J. & Van der Meer – Kooistra, J. (2009). *Accounting for control and trust building in interfirm transactional relationships*. *Accounting, Organizations and society*. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2008.04.002>

Widener, S. K. (2007). *An empirical analysis of the levers of control framework*. *Journal of Business Research*. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2007.01.001>

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. (6.utg.). SAGE Publications Inc.

Øvretveit, J. (2011). *Understanding the condition for improvement: research to discover which context influences affect improvement success*. *BMJ Qual Saf*.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.045955>



---

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Samtykkeerklæring

#### **Vil du delta i forskningsprosjektet:**

#### ***Hvordan brukes styringssystemene i Akuttlinikken og hva oppleves som de sentrale styringsutfordringene?***

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å undersøke hvilke styringssystemer som benyttes og hva som oppleves som de sentrale styringsutfordringene. I denne forespørselen vil vi gi deg litt overordnet informasjon om hensikten og målene for prosjektet og hva din deltakelse vil innebære.

#### **Formål**

Prosjektet er knyttet til vår (Johanne Simenstad og Anna Selnes) masteroppgave innenfor økonomisk styring ved Norges Handelshøyskole som gjennomføres høsten 2023. Oppgaven har som hensikt å undersøke hvilke styringsmekanismer som benyttes og hvilke styringsutfordringer som oppleves som sentrale. For å undersøke dette spørsmålet vil vi benytte oss av Akuttlinikken på OUS som casestudie. Opplysningene vil bli benyttet i arbeidet med masteroppgaven. Vi ønsker vi å gjennomføre intervjuer med ansatte på ulike nivåer i OUS for å undersøke:

- Hvilke styringsverktøy som blir benyttet
- Hvilke styringsutfordringer som oppleves
- Hvordan erfaringer samsvarer med tidligere litteratur og teori

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

For å innhente data ønsker vi å intervjuer ansatte med ulik grad av ansvar innenfor Akuttlinikken på OUS. Etersom prosjektet tar for seg styringssystemer ønsker vi å ha fokus på ledere og kontrollere som anvender disse styringsverktøyene aktivt i sin arbeidshverdag.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å delta i prosjektet innebærer dette at du stiller til intervju. For å sikre at vi får med oss all informasjon ønsker vi også å gjøre taleopptak av intervjuene, som vil slettes etter at masteroppgaven er ferdig. Intervjuene vil gjennomføres ved personlig oppmøte, og vi antar at de vil vare i ca. 60 minutter. Vi ønsker også å informere om at intervjuene gjennomføres slik at taushetspliktige opplysninger ikke blir registrert.

### **Det er frivillig å delta**

Deltakelse i dette prosjektet vil være frivillig. Dersom du godtar deltakelse i prosjektet, kan du trekke samtykket tilbake uten videre begrunnelse. Vi vil da slette registrerte personopplysninger.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil kun benytte opplysninger til formålet vi har opplyst om i dette dokumentet. Opplysningene vil bli behandlet i samsvar med personvernsregelverket.

- Personer med tilgang til opplysningene fra intervjuene er: Veileder Kari Nyland og masterstudentene Johanne Simenstad og Anna Selnes.
- Navn og kontaktopplysninger til hvert intervjuobjekt vil endres til en kode som lagres på egen navneliste som kun vi har tilgang til.
- All data vil bli håndtert med konfidensialitet, og svarene som brukes i oppgaven vil bli presentert på en måte som ikke er egnet for å identifisere respondentene.
- Vi tilbyr sitatsjekk for å sikre at svarene er representative.

### **Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet er avsluttet?**

Ved fullført masterutredning vil all innsamlet data bli slettet, som er 20.12.2023.

### **Dine rettigheter**

Dersom du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til å:

- Få korrigere personopplysninger om deg selv
- Ha innsyn i hvilke personopplysninger vi registrer om deg
- Sende inn en klage til datatilsynet om behandlingen av personopplysninger
- Få slettet personopplysninger om deg selv

---

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Basert på ditt samtykke vil vi behandle opplysninger om deg. Norsk senter for forskningsdata (NSD) vil vurdere behandlingen av personvernopplysninger i dette prosjektet, slik at det vil være i samsvar med personvernregelverket.

Dersom du har spørsmål angående NSD sin vurdering av prosjektet, kan NSD kontaktes på:

E-post: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller Telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

*Kari Nyland*

(Veileder)

*Johanne Simenstad & Anna Selnes*

(Studenter)

---

## Samtykkeerklæring

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

å delta på intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger blir behandlet frem til forskningsprosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide – Ledere

#### Introduksjon

- Introduksjon
- Redegjørelse av praktiske forhold rundt intervjuene, samt formålet med masterutredningen

#### Presentasjon av intervjuobjektet

- Hva innebærer din rolle og stilling, hva vil du beskrive som dine primære arbeidsoppgaver og ansvarsområder?

#### Styring gjennom verdisystemer

- Er dere bevisst på Akuttklinikken og avdelingens kjerneverdier?
- Hvilke verdier har avdelingen?
  - Hvordan føler du at disse verdiene henger sammen med de overordnede verdiene til Akuttklinikken og OUS som helhet?
- Hvordan kommuniseres kjerneverdiene utover i avdelingen, hvilke handlinger gjør dere for å sørge for at disse blir kommunisert ut?
- Opplever du at kjerneverdiene bidrar til veiledning og motivasjon hos ansatte? I så fall hvordan?
- Hva er avdelingens overordnede mål?
  - Hva er strategiplanen for å nå disse målene?
  - Hvordan henger strategien, målene og kjerneverdiene i Akuttklinikken sammen?
- Hvordan håndterer dere dynamikken mellom økonomisk effektivitet og optimal behandlingskvalitet?
- Er det en måte du tenker at bruken av kjerneverdier som et styringsverktøy kunne blitt brukt på en bedre måte enn det det gjøres i dag?

## Styring gjennom grensesystemer

- Hvilke regler og prosedyrer legger føringer på atferden til de ansatte i avdelingen?
- Hvordan blir disse reglene vanligvis kommunisert ut i avdelingen?
- Hvordan ser ditt mandat ut og hvilken myndighet har du i din rolle?
- Opplever du at de rammene du får ovenfra i organisasjonen er et hinder eller en hjelp i arbeidet ditt? Forstår du hvorfor de er utformet som de er?
- Opplever at du selv kan velge hvilke og hvordan du løser arbeidsoppgavene dine?
  - *Føler du at du har handlingsrom til å selv prioritere bruk av tid og ressurser?*
- Kunne beslutningsmyndigheten i klinikken vært utformet på en annen måte for å fremme læring og innovasjon?

## Styring gjennom diagnostiske systemer

- Hvilke styringsverktøy benyttes mest i klinikken?
- Hva er hensikten med å bruke disse styringsverktøyene?
- Hvordan blir disse styringsverktøyene utarbeidet?
- Hvilke KPI'er bruker dere?
  - Hvilke KPI'er bruker dere innenfor ikke-finansielle resultatmål?
  - Hvilke KPI'er bruker dere for finansielle resultatmål?
  - Hvordan bruker dere KPI'er for å følge opp underordnede?
  - Hvor godt opplever du at KPI'ene fanger opp målene som er satt og arbeidet dere gjør?
  - Er det noe du skulle ønske dere ble målt på som ikke måles, som ville synliggjort et viktig arbeid dere gjør?
- Føler du det er tydelig definert hvilke oppgaver og resultatmål som er de viktigste å prioritere i avdelingen?
- Hvor ofte blir resultatmålene rapportert?
- Hvordan blir avviksinformasjon fulgt opp?
  - Hvordan evaluerer dere på slutten av en periode og innfører dere tiltak?
  - Har du et eksempel på en gang der et mål ikke ble nådd? Hvordan ble dette håndtert videre?
- Ser du noen forbedringspotensial i bruken av styringsverktøy i dag? Hvordan kunne dere evt gjort det annerledes?

- Dersom du opplever noen forbedringspotensialer, hvordan føler du dette blir mottatt av ledelsen dersom du tar det opp?

### **Styring gjennom interaktive styringssystemer**

- Hvordan er kommunikasjonen oppover og nedover i de ulike nivåene på sykehuset?
  - Når tar du aktivt kontakt med dine under/overordnede? (hvorfor, hva snakker dere om)
- Opplever du at de ansatte på lavere nivåer blir hørt og har rom for å komme med innspill? I så fall hvordan?
- Hvor ofte har du ledermøter?
- Opplever du at du har tilgang til den nødvendige informasjonen som trengs for å løse arbeidsoppgavene dine?

### **Kvalitet**

- Hva legger du i begrepet kvalitet i forhold til pasientbehandling?
- Hvilke kvalitetsindikatorer bruker dere?
  - Hvordan utarbeider dere disse og hvordan evalueres kvalitetsindikatorerne?
  - I hvilken grad føler du at disse kvalitetsindikatorerne tilstrekkelig måler arbeidet deres med god pasientkvalitet?
- Hvis kvaliteten på en pasientbehandling har sviktet, hvordan håndterer dere dette?
  - Hva er den økonomiske konsekvensen av sviktende pasientkvalitet?
  - Føler du at du har mulighet/myndighet til å gjennomføre de endringene du ønsker ved eventuell sviktende pasientkvalitet?
- *Hvordan jobber dere med kvalitetsutvikling for pasienttjenester?*
- Opplever du at økonomiske beslutninger kan gå på bekostning av kvaliteten på pasienttjenestene?

---

## Intervjuguide – Controller

### Introduksjon

- Introduksjon
- Redegjørelse av praktiske forhold rundt intervjuene, samt formålet med masterutredningen

### Presentasjon av intervjuobjektet

- Hva innebærer din rolle og stilling, hva vil du beskrive som dine primære arbeidsoppgaver og ansvarsområder?

### Styring gjennom verdisystemer

- Er du bevisst på Akuttklinikkenes kjerneverdier?
- Hvilke verdier har Akuttklinikken?
  - Hvordan føler du at disse verdiene henger sammen med de overordnede verdiene til Akuttklinikken og OUS som helhet?
- *Hvordan kommuniseres kjerneverdiene utover i avdelingen, hvilke handlinger gjør dere for å sørge for at disse blir kommunisert ut?*
- *Opplever du at kjerneverdiene bidrar til veiledning og motivasjon hos ansatte? I så fall hvordan?*
- Hva er klinikkens overordnede mål?
  - Hva er strategiplanen for å nå disse målene?
  - Hvordan henger strategien, målene og kjerneverdiene i Akuttklinikken sammen?
- Hvordan håndterer dere dynamikken mellom økonomisk effektivitet og optimal behandlingskvalitet?
- Er det en måte du tenker at bruken av kjerneverdier som et styringsverktøy kunne blitt brukt på en bedre måte enn det det gjøres i dag?

### Styring gjennom grensesystemer

- Hvilke regler og prosedyrer legger føringer på atferden til de ansatte?
- Hvordan blir disse reglene vanligvis kommunisert ut?

- Hvordan ser ditt mandat ut og hvilken myndighet har du i din rolle?
- Opplever du at de rammene du får ovenfra i organisasjonen er et hinder eller en hjelp i arbeidet ditt? Forstår du hvorfor de er utformet som de er?
- Opplever du selv at du selv kan velge hvilke og hvordan du løser arbeidsoppgavene dine?
  - *Føler du at du har handlingsrom til å selv prioritere bruk av tid og ressurser?*
- Kunne beslutningsmyndigheten i klinikken vært utformet på en annen måte for å fremme læring og innovasjon?

### **Styring gjennom diagnostiske systemer**

- Hvilke styringsverktøy benyttes mest i klinikken?
- Hva er hensikten med å bruke disse styringsverktøyene?
- Hvordan blir disse styringsverktøyene utarbeidet?
  - Opp mot fjorårets resultat eller budsjett?
- Kan du trekke frem noen resultatmål du anser som særlig viktige for klinikken?
  - Hvilke KPIer bruker dere for disse resultatmålene?
- Hvilke KPI'er bruker dere for finansielle resultatmål?
- Hvilke KPI'er bruker dere innenfor ikke-finansielle resultatmål?
- Hvordan bruker dere KPI'er for å følge opp arbeidet som gjøres?
- *Er det noe du skulle ønske dere ble målt på som ikke måles, som ville synliggjort et viktig arbeid dere gjør?*
- *Hvor godt opplever du at KPI'ene fanger opp målene som er satt og arbeidet dere gjør?*
- Føler du det er tydelig definert hvilke oppgaver og resultatmål som er de viktigste å prioritere i klinikken?
- Hvor ofte blir resultatmålene rapportert?
- Hvordan blir avviksinformasjon fulgt opp?
  - Hvordan evaluerer dere på slutten av en periode og innfører dere tiltak?
  - Har du et eksempel på en gang der et mål ikke ble nådd? Hvordan ble dette håndtert videre?
- Ser du noen forbedringspotensial i bruken av styringsverktøy i dag? Hvordan kunne dere evt gjort det annerledes?



- 
- Dersom du opplever noen forbedringspotensialer, hvordan føler du dette blir mottatt av ledelsen dersom du tar det opp?

### **Styring gjennom interaktive styringssystemer**

- Hvordan er kommunikasjonen oppover og nedover i de ulike nivåene på sykehuset?
  - Når tar du aktivt kontakt med dine under/overordnede? (hvorfor, hva snakker dere om)
- Opplever du at de ansatte på lavere nivåer blir hørt og har rom for å komme med innspill? I så fall hvordan?
- Hvor ofte har du ledermøter?
- Opplever du at du har tilgang til den nødvendige informasjonen som trengs for å løse arbeidsoppgavene dine?

### **Kvalitet**

- Hva legger du i begrepet kvalitet i forhold til pasientbehandling?
- Hvilke kvalitetsindikatorer bruker dere?
  - Hvordan utarbeider dere disse og hvordan evalueres kvalitetsindikatorene?
  - I hvilken grad føler du at disse kvalitetsindikatorene tilstrekkelig måler arbeidet deres med god pasientkvalitet?
- Hvis kvaliteten på en pasientbehandling har sviktet, hvordan håndterer dere dette?
  - Hva er den økonomiske konsekvensen av sviktende pasientkvalitet?
  - Føler du at du har mulighet/myndighet til å gjennomføre de endringene du ønsker ved eventuell sviktende pasientkvalitet?
- *Hvordan jobber dere med kvalitetsutvikling for pasienttjenester?*
- Opplever du at økonomiske beslutninger kan gå på bekostning av kvaliteten på pasienttjenestene?

# Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

02.12.2023, 15:10

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave Høst 2023 Norges handelshøyskole](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
237305**Vurderingstype**  
Automatisk **Dato**  
21.10.2023**Tittel**

Masteroppgave Høst 2023 Norges handelshøyskole

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges Handelshøyskole / Institutt for regnskap, revisjon og rettsvitenskap

**Prosjektansvarlig**

Kari Nyland

**Student**

Anna Selnes

**Prosjektperiode**

21.08.2023 - 20.12.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.12.2023.

[Meldeskjema](#) **Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedømmer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
  
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

**Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5.1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.