



Bruk av KPP gjennom samhandling for effektiv pasientbehandling

*En utforskende studie av aktørers rolle i bruken av KPP i et
norsk helseforetak*

Helene Havre og Ragnhild Versto Roheim

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

Denne masteroppgaven studerer hvordan Kostnad Per Pasient (KPP) kan brukes i et samarbeid mellom økonomi- og administrasjonsansatte og klinikere for å effektivisere den operative driften i norske helseforetak. Helseforetakenes ressursutfordringer som følge av den demografiske utviklingen, fordrer et mer effektivt helsevesen i tiden fremover. I den forbindelse har KPP blitt fremhevet som et verktøy for effektivisering i norske helseforetak. Likevel antyder forskning at modellen i liten grad benyttes som et internt styringsverktøy i sykehusene. Med dette som utgangspunkt har vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan klinikere involveres i bruken av KPP for effektivisering av norske helseforetak?

Problemstillingen er delt i to forskningsspørsmål, og besvares gjennom en kvalitativ casestudie. Det første forskningsspørsmålet studerer hvordan KPP brukes i et samarbeid mellom analyseavdelingen og klinikere for effektivisering, og hvilke faktorer som oppleves å være viktig for en god dialog mellom partene. I det andre forskningsspørsmålet undersøkes aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy.

Under det første forskningsspørsmålet finner vi at KPP-grunnlaget kommer fra analyseavdelingen i sykehuset, mens klinikere agerer på informasjonen som presenteres av analysesjefen. Vi finner at organisering under fagavdelingen, analysesjefens kunnskap om sykehusdriften, relasjoner til nøkkelpersoner, samt tilnærming i møte med klinikere bidrar til en god dialog med klinikere rundt KPP.

Under det andre forskningsspørsmålet identifiserer vi analysesjefen og enkelte klinikere i lederlinjen som institusjonelle entreprenører. Disse aktørene bruker KPP for å identifisere problemstillinger i praksis, og på denne måten initierer til institusjonelle endringer. Studien viser også at en er avhengig av mottakeren av KPP-data og flere lag med institusjonelle entreprenører for å bruke KPP til effektivisering. Et av våre hovedfunn er at KPP-tankegangen i mindre grad virker å være institusjonalisert i sykehuset da bruken synes å være individ- og relasjonsavhengig, og dermed sårbar for lederskifter i sykehuset.

En implikasjon av våre funn er at aktørperspektivet bør legges til grunn ved studier av bruken av KPP i norske sykehus. En annen implikasjon er at det kan være vanskelig å overføre funn på tvers av helseforetak, da KPP-bruken synes å være individ- og relasjonsavhengig.

Forord

Denne masterutredningen markerer slutten på vår integrerte siviløkonomutdanning ved Norges Handelshøyskole (NHH). Masteroppgaven utgjør 30 studiepoeng og har strukket seg over ett semester, høsten 2024.

Vi har begge valgt økonomisk styring som hovedprofil, og gjennom flere vellykkede samarbeid fant vi ut at vi ønsket å skrive masteroppgaven sammen. Vi har begge en interesse for økonomisk styring og kostnadskalkyler, hvor særlig interessen for KPP markerte seg gjennom fagene BED5 - Økonomisk styring og BUS401 - Strategiske lønnsomhetsanalyser. Dette førte til at vi sammen ønsket å skrive en masteroppgave innenfor dette temaet. Vi ønsket å lære mer om hvordan økonomi- og administrasjonsansatte sammen med klinikere kan jobbe for å effektivisere sykehusdriften gjennom samhandling og bruk av KPP.

Vi vil særlig rette en takk til vår veileder Kari Nyland, for mange gode råd og perspektiver gjennom fremragende veiledning. Videre vil vi også takke Martine Kjenstad for gode innspill og synspunkter.

Til slutt vil vi takke våre informanter som har sagt seg villige til å stille til intervju, og dermed muliggjort denne masteroppgaven. Vi setter stor pris på at våre informanter har delt sine erfaringer og kunnskap med oss. Særlig vil vi takke for at våre informanter har tatt seg tid til intervjuer i en hektisk hverdag på sykehuset.

Bergen, 20. desember 2024

Helene Havre

Helene Havre

Ragnhild Versto Roheim

Ragnhild Versto Roheim

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	8
1.1 Problemstilling og avgrensninger	10
1.2 Oppgavens disposisjon	13
2. Teoretisk rammeverk.....	14
2.1 Institusjonelle logikker i helsesektoren	14
2.2 Institusjonelle entreprenører	18
2.2.1 Muliggjørende faktorer	19
2.2.2 Implementering av divergerende endringer	25
2.2.3 Kritikk mot teori om institusjonelle entreprenører	28
2.3 Oppsummering	28
3. Metodisk rammeverk.....	29
3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	30
3.2 Forskningsdesign.....	32
3.3 Datainnsamling.....	35
3.3.1 Intervju	35
3.3.2 Dokumentstudier	38
3.4 Dataanalyse	39
3.5 Metodekvalitet.....	40
3.5.1 Pålitelighet.....	40
3.5.2 Gyldighet.....	41
3.5.3 Overførbarhet	42
3.6 Etske vurderinger	43
3.7 Oppsummering	44
4. Casebeskrivelse: Analyseavdelingen	45
5. Effektivisering gjennom KPP: Samhandling og opplevde faktorer for god dialog	47

5.1	Bruk av KPP til effektiviseringsarbeid.....	47
5.1.1	Analysesjefens engasjement for KPP.....	50
5.2	Samhandling mellom analysesjefen og klinikere for effektivisering.....	50
5.3	Variierende interesse for bruk av KPP i klinisk forbedringsarbeid.....	52
5.4	Fire faktorer som styrker analyseavdelingens legitimitet.....	54
5.4.1	Organisering av analyseavdelingen under fagdirektør.....	54
5.4.2	Kunnskap om sykehusdriften oppleves som viktig.....	55
5.4.3	Analysesjefens relasjoner til nøkkelpersoner styrker avdelingens legitimitet ...	56
5.4.4	Analysesjefens tilnærming og formidlingsevne oppleves som avgjørende	57
5.5	Oppsummering.....	59
6.	Analyse av aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy	60
6.1	Flere lag med institusjonelle entreprenører i sykehuset.....	60
6.1.1	Analysesjefen som institusjonell entreprenør.....	61
6.1.2	Klinikksjefer som institusjonelle entreprenører.....	69
6.1.3	Andre kliniske ledere som institusjonelle entreprenører og viktigheten av uformelle ledere.....	70
6.2	Flere institusjoner innad i klinikkene.....	71
6.2.1	Ulik interesse for KPP i den kliniske lederlinjen.....	71
6.2.2	Ulik sammensetning av logikker ved ulike nivåer i organisasjonen.....	75
6.2.3	Ulike logikker i ulike fagområder i klinikkene.....	76
6.3	KPP-tankegangen ikke institusjonalisert?.....	77
6.4	Oppsummering.....	79
7.	Konklusjon og fremtidig forskning.....	80
7.1	Hovedfunn.....	80
7.1.1	Samhandling mellom analyseavdelingen og klinikere.....	80
7.1.2	Aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy.....	81
7.2	Bidrag og implikasjoner.....	82
7.3	Begrensninger og gyldighet.....	83
7.4	Fremtidig forskning.....	84

8.	Erklæring om bruk av KI-verktøy i arbeidet med denne masteroppgaven	86
9.	Referanseliste	87
9.1	Litteraturliste	87
9.2	Interne dokumenter	90
10.	Vedlegg	91
10.1	Vedlegg 1: Samtykkeskjema til informanter	91
10.2	Vedlegg 2: Intervjuguide - Klinikksjefer	94
10.3	Vedlegg 3: Intervjuguide – Seksjons- og avdelingsleder.....	96
10.4	Vedlegg 4: Intervjuguide - Analyseavdeling	98
10.5	Vedlegg 5: Intervjuguide - Analysesjef	100

Figuroversikt

Figur 2.1 - Rekonstruksjon av Battilana et al. (2009) sin modell.....	27
Figur 3.1 - Gjenskapelse av Saunders et al. (2019) sin forskningsløk	30
Figur 3.2 - Oversikt over informanter	38
Figur 3.3 - Formål og datagrunnlag tilknyttet forskningsspørsmålene	44
Figur 4.1 - Organisering av analyseavdelingen	46
Figur 5.1 - Den kliniske lederlinjen.....	51
Figur 5.2 - Formidling av KPP-data til klinikere	58
Figur 6.1 - Effektivisering av praksis illustrert gjennom Battilana et al. (2009).....	69
Figur 6.2 - Utvidelse av Figur 6.1 med «Egenskaper ved mottakeren»	73
Figur 6.3 - Ulik grad av forretningsmessig logikk i den kliniske lederlinjen	75

1. Innledning

“Omsorgsoppgavene blir flere, men vi blir ikke flere i yrkesaktiv alder til å utføre dem”
(Meld. St. 31, 2023-2024, s. 5).

Sitatet ovenfor er hentet fra Perspektivmeldingen 2024, og aktualiserer behovet for et mer effektivt helsevesen. Det forventes at det blir rundt 700 000 flere personer over 67 år, og samme antall personer mellom 20 og 66 år i løpet av de neste 40 årene (Meld. St. 31, 2023-2024). I takt med endringen i den demografiske sammensetningen vil presset på helsevesenet øke, og behovet for å få til mer med færre ressurser blir viktigere. Effektiviteten i helse- og omsorgstjenestene vil også kunne påvirke veksten i øvrig samfunns- og næringsliv i tiden fremover (Meld. St. 31, 2023-2024). I prognosene som legges til grunn i perspektivmeldingen antas det at det vil være behov for å øke sysselsettingen i helse- og omsorgssektoren frem mot 2060 med omkring 180 000 personer, når dagens arbeidsinnsats per bruker legges til grunn. 180 000 personer er mer enn den totale antatte sysselsettingsøkningen på om lag 75 000 personer i samme tidsperiode. Uten en endring i helse- og omsorgstilbudet, eller en mer effektiv utnyttelse av ressursene, vil mangelen på arbeidskraft i helsesektoren dermed påvirke andre deler av norsk næringsliv i tiden fremover.

Det pekes på store strukturelle grep for å løse ressursproblemene i helsesektoren. Blant annet er det foreslått å vurdere finansieringsordningen av helseforetakene og omorganisering av helsetilbudene mellom sykehusene (NOU: 8, 2023), i tillegg til å ta i bruk kunstig intelligens (Meld. St. 9, 2023-2024). Samtidig fremheves viktigheten av at *«knappe personellressurser brukes best mulig»* for å sikre en *«sterk, offentlig finansiert felles helsetjeneste»* (NOU: 8, 2023, s. 24). For å sikre gode fremtidige helsetjenester belyses dermed betydningen av effektiviseringsarbeid også på et mer operasjonelt nivå innad i de enkelte helseforetakene.

Som en del av løsningen på ressursproblemene i helsesektoren argumenterer Kaplan & Porter (2011) for at nøyaktig måling av ressursbruken i pasientbehandlinger gjennom tidsdrevne aktivitetsbasert kalkulasjon (TD-ABC), vil være et effektivt styringsverktøy. Med TD-ABC estimeres kostnaden for ressurser som pasienten benytter, samt tiden pasienten bruker per ressurs ved hvert steg i behandlingen. På denne måten kan kostnaden per pasient beregnes. Ved nøyaktig måling av kostnader blir det ifølge Kaplan & Porter (2011) lettere å målrettet redusere kostnader på områder der effektiviseringspotensialet og bedre kapasitetsutnyttelse er

størst. På denne måten muliggjøres kostnadsreduksjon uten å gå på bekostning av omsorg eller behandlingskvalitet.

Kostnad Per Pasient (KPP) er en kostnadskalkyle som tar utgangspunkt i nettopp TD-ABC, og kan dermed være en del av løsningen på ressursproblemene i norske sykehus ifølge Kaplan & Porter (2011). KPP-modellen kan gi nyttig informasjon om kostnads- og aktivitetsdata som kan brukes til effektiviseringsarbeid i helseforetakene. Helsedirektoratet (2012) formulerer potensialet i KPP-beregningene i den første nasjonale spesifikasjonen for KPP-modellering på følgende måte:

«KPP-beregninger vil ikke alene kunne erstatte eksisterende systemer for planlegging, budsjettering og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, men vil være en av flere informasjonskilder som kan inngå i arbeidet med å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen og effektivisere driften og styringen av helseforetakene» (s. 4).

Flokenes & Gladhaug (2020) identifiserer tre intenderte bruksområder basert på Helsedirektoratets intensjoner for modellen. Ifølge Flokenes & Gladhaug (2020) har Helsedirektoratet ambisjoner om at KPP skal brukes som et statsadministrativt rapporteringsverktøy, et økonomisk styringsverktøy og et medisinsk kvalitets- og prosessendringsverktøy. Helseforetakene ble i 2017 pålagt å implementere KPP for rapportering til myndighetene (Helsedirektoratet, 2023), og det kreves dermed at modellen brukes som et rapporteringsverktøy. Utover dette er det stor fleksibilitet knyttet til bruken av modellen. Hvorvidt modellen tas i bruk i den interne styringen for å forbedre effektivitet, er dermed opp til det enkelte helseforetak.

Studier har funnet at KPP i liten grad blir benyttet i den interne styringen i helseforetakene de studerer, og at klinikere i liten grad involveres i bruk av modellen (Flokenes & Gladhaug, 2020; Fonnum & Matras, 2022). I denne sammenheng ønsker vi å studere et helseforetak som benytter KPP til effektivisering, for å undersøke hvilke forhold som oppleves å ha betydning for bruken av KPP til effektivisering av pasientbehandlinger.

1.1 Problemstilling og avgrensninger

Forskning på bruken av KPP viser at modellen brukes ulikt i helseforetakene. I studien til Flokenes & Gladhaug (2020) observeres det at KPP-modellen kun benyttes som et rapporteringsverktøy ved sykehuset de studerer. Forskerne argumenterer derfor for at modellen ikke er implementert i tråd med Helsedirektoratets ambisjoner om bruk av modellen i den interne styringen av sykehuset. Fønnum & Matras (2022) finner i sin kartlegging av norske helseforetaks bruk av KPP, at modellen i hovedsak benyttes av økonomer som et rapporteringsverktøy. Studien antyder imidlertid at modellen til en viss grad også benyttes internt i helseforetakene, blant annet i budsjettarbeid og medisinsk forbedringsarbeid, derimot ikke på regelmessig basis. Haug & Aanonsen (2023) finner at kostnads- og aktivitetsdata benyttes for å effektivisere driften og øke kvaliteten på medisinsk behandling, gjennom å analysere avvik som fremkommer i KPP-data. Samlet sett tyder forskningen på at bruken av KPP varierer mellom sykehusene. Det ser ut til at KPP i hovedsak benyttes som et rapporteringsverktøy til sentrale helsemyndigheter, og i mindre grad i den interne styringen av helseforetakene.

Med dette som utgangspunkt er det interessant å se hva forskningen finner som årsaker til forskjeller i bruken. I kartleggingen til Fønnum & Matras (2022) trekkes tilgjengeligheten av interne ressurser, involvering av klinikere og riktig kommunikasjon frem som forhold som kan påvirke bruken av modellen i norske helseforetak. I tillegg fremheves det at ulike institusjonelle logikker kan forklare en motstand til økonomiske styringsverktøy fra klinikerens side, og at enkeltpersoners engasjement for modellen kan være avgjørende for bruken. Flokenes & Gladhaug (2020) peker på gnisninger mellom ulike logikker, hvor spesielt statsadministrativ logikk og medisinsk profesjonslogikk står i konflikt, som årsak til at KPP kun brukes til rapporteringsformålet. De beskriver også at klinikere oppfatter KPP som en *«byråkratisk tidstyv, som fjerner tid fra pasientarbeid»* (Flokenes & Gladhaug, 2020, s. 112). I tillegg indikerer studien at det ikke er noen *«tydelige forkjempere for at KPP skal innføres på nye bruksområder»* (Flokenes & Gladhaug, 2020, s. 113), noe som medfører at KPP kun benyttes som et rapporteringsverktøy. Haug & Aanonsen (2023) finner at kostnads- og aktivitetsdata isolert sett ikke er tilstrekkelig for å effektivisere driften. Forskerne fremhever at samspillet mellom økonomer og klinikere samt å oversette dataen til et «medisinsk språk» er viktig for å skape tillit og legitimitet til dataen, og muliggjør effektivisering av helseforetaket (Haug & Aanonsen, 2023). Studiene peker på gnisninger mellom ulike logikker

og fraværet av enkeltpersoners engasjement som mulige årsaker til at modellen brukes ulikt ved helseforetakene, og i enkelte tilfeller ikke oppfyller Helsedirektoratets ambisjoner.

Med dette som utgangspunkt ønsker vi å studere et helseforetak som benytter KPP som et medisinsk forbedringsverktøy for å undersøke hvordan KPP blir brukt til å effektivisere sykehuset, samt hvordan økonomi- og administrasjonsansatte og klinikere kan bruke KPP i et samarbeid, til tross for potensielt motstridende logikker mellom partene. Vi ønsker særlig å undersøke hvilke forhold som oppleves å være avgjørende for å få til en god dialog mellom økonomi- og administrasjonsansatte og klinikere for bruk av KPP til effektivisering. Med dette som utgangspunkt har vi utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan kan klinikere involveres i bruken av KPP for effektivisering av norske helseforetak?

Med klinikere mener vi både leger, sykepleiere og annet helsepersonell, i tillegg til klinikere i lederlinjen, det vil si kliniksjefer, avdelingsledere og seksjonsledere. I casesykehuset vi studerer er det analyseavdelingen som har ansvaret for KPP og formidlingen av slik data ut mot klinikere. Følgelig vil vi studere samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere i sykehuset. For å besvare den ovennevnte problemstillingen har vi utarbeidet to forskningsspørsmål.

Det første forskningsspørsmålet tar sikte på å studere hvordan sykehuset benytter KPP til effektivisering av praksis, og hvordan dette gjøres gjennom samhandling mellom analyseavdelingen og klinikere. Vi vil også undersøke hvilke faktorer som oppleves å være avgjørende for å etablere en god dialog mellom partene. Basert på dette har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

F1: Hvilke faktorer oppleves som viktig for samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere for bruken av KPP til effektivisering av medisinsk praksis?

Etttersom flere studier peker på at enkeltpersoners engasjement for KPP kan ha betydning for helseforetakenes bruk av modellen til interne formål, er det videre interessant å studere sentrale aktørers rolle for bruken av KPP som et internt styringsverktøy. Det andre forskningsspørsmålet lyder derfor som følger:

F2: Hvordan kan vi forstå aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy for effektivisering?

Effektivisering i helsesektoren handler om å gi et like godt pasienttilbud med lavere ressursbruk eller et bedre tilbud med samme ressursbruk (Meld. St. 7, 2019-2020). Med bruk av KPP som et internt styringsverktøy for effektivisering refererer vi til bruk av KPP som et verktøy for å identifisere områder med effektiviseringspotensialer, som bidrar til endring i medisinsk praksis. I effektiviseringsbegrepet inngår både kvalitet- og produktivitetsspektet. Økt kvalitet i behandlinger vil kunne føre til mindre komplikasjoner, færre liggedøgn og mindre forbruk av utstyr og personell. Dette vil kunne frigjøre ressurser til andre områder samt redusere kostnaden per pasient.

For å besvare problemstillingen og de tilhørende forskningsspørsmålene vil vi bruke et kvalitativt forskningsdesign. Vi vil foreta en casestudie av et norsk sykehus, hvor vi vil gjennomføre semistrukturerte intervjuer med sentrale personer fra både analyseavdelingen og det kliniske miljøet, som på ulike måter har vært involvert i bruken av KPP. Ved å intervju disse personene ønsker vi å få tilgang til deres opplevelser og perspektiver som kan bidra til å forstå hvordan norske helseforetak kan bruke KPP til å effektivisere medisinsk praksis, samt hvilke forhold som oppleves som sentrale for å lykkes med dette.

For å kunne gjennomføre en studie innenfor rammene av en masteroppgave, må vi gjøre en rekke avgrensninger. For det første vil vi ikke diskutere det kalkyletekniske ved KPP-modellen, eller hvorvidt denne er utformet på en hensiktsmessig måte for effektivisering av medisinsk praksis. Dette er imidlertid undersøkt i tidligere studier, se for eksempel Bakken & Kristiansen (2019) eller Haug & Annonen (2023).

Videre vil vår studie begrense seg til ett casesykehus. Ettersom vår masteroppgave går over ett semester har vi begrenset med tid, og vil derfor fokusere på ett sykehus. Samtidig mener vi det styrker vår mulighet til å gå dypere inn i tematikken og få en rikere forståelse av fenomenet. Med en komparativ studie av flere sykehus kunne man sammenligne bruken. Imidlertid ville det gitt oss mindre tid til intervjuer og analyse av data, sammenlignet med en studie av ett sykehus. Dette vil dog få konsekvenser for overførbarheten av våre funn, noe som vil bli diskutert i metodekapittelet.

Antall informanter vil videre begrense seg til seks personer, og våre funn vil således begrense seg til disse personenes meninger og oppfatninger rundt temaet. Det er i hovedsak tidsavgrensningen som begrenser oss fra å intervju flere aktuelle personer.

1.2 Oppgavens disposisjon

I dette kapittelet har vi redegjort for oppgavens bakgrunn, problemstilling, hvorfor problemstillingen er interessant og hvordan den skal besvares. I kapittelet 2 vil vi presentere det teoretiske rammeverket som vil danne grunnlaget for analysen. Her vil vi først presentere litteratur om institusjonelle logikker i helsesektoren, før vi ser nærmere på teori om institusjonelle entreprenører. Videre vil vi i kapittel 3 diskutere det metodiske rammeverket og metodekvaliteten, før kapittelet avsluttes med en refleksjon rundt de etiske vurderinger som er gjort i forbindelse med masterutredningen. Kapittel 4 inneholder en kort beskrivelse av analyseavdelingen, deres organisering og mandat. I kapittel 5 vil vi presentere våre funn og besvare det første forskningsspørsmålet. Deretter følger analyse av funnene i lys av det teoretiske rammeverket i kapittel 6. I dette kapittelet vil også det andre forskningsspørsmålet besvares. I kapittel 7 vil vi presentere vår konklusjon på problemstillingen basert på våre funn og analyse. I tillegg vil vi diskutere implikasjoner og begrensninger ved utredningen, og gi innspill til videre forskning. Oppgavens struktur er illustrert i Figur 1.1 nedenfor.

Kapittel 1: Innledning	Beskriver oppgavens bakgrunn, problemstilling, hvorfor problemstillingen er interessant og oppgavens struktur
Kapittel 2: Teoretisk rammeverk	Redegjør for litteratur om institusjonelle logikker i helsesektoren og presenterer teori om institusjonelle entreprenører
Kapittel 3: Metodisk rammeverk	Gjennomgår det vitenskapsteoretiske utgangspunktet, valg av forskningsdesign, datainnsamling og -analyse, metodekvalitet og etiske vurderinger
Kapittel 4: Casebeskrivelse av analyseavdeling	En kort redegjørelse av analyseavdelingen, organiseringen av avdelingen og deres mandat
Kapittel 5: Effektivisering av pasientbehandling gjennom KPP	Beskriver bruken av KPP til effektiviseringsarbeid, samhandling mellom analyse og klinikere rundt KPP-data, og hvilke faktorer som oppleves som viktig for samhandlingen
Kapittel 6: Analyse av aktørers rolle i bruken av KPP	Analysere sentrale aktørers rolle i bruken av KPP til effektivisering, og variasjonen i bruken av modellen
Kapittel 7: Konklusjon og fremtidig forskning	Presenterer konklusjonen på problemstillingen og vårt bidrag, deretter følger en diskusjon av begrensninger i oppgaven, før vi avslutningsvis diskuterer forslag til fremtidig forskning

Figur 1.1 - Oppgavens disposisjon

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for analysen og besvarelsen av problemstillingen. Innledningsvis vil vi presentere litteratur om institusjonelle logikker i helsesektoren. Dette er sentralt for å forstå utfordringene som kan oppstå ved initiering av endringer i medisinsk praksis for effektivisering, i en organisasjon med ulike logikker. For å forstå hvordan enkeltpersoner kan påvirke sykehusets aktiviteter i en institusjonell setting vil vi presentere teori om institusjonelle entreprenører. Vi vil ta utgangspunkt i Battilana et al. (2009) sitt rammeverk for implementeringen av institusjonelle endringer. Dette bidrar til forståelsen av hva som kjennetegner institusjonelle endringsprosesser og aktørene som initierer og implementerer slike endringer. For å knytte dette opp til vår kontekst vil vi supplere med empiriske studier av institusjonelle entreprenører i helsesektoren.

2.1 Institusjonelle logikker i helsesektoren

Scott (1995)¹ beskriver institusjoner som de kulturell-kognitive, normative og regulatoriske strukturene og aktivitetene som gir stabilitet og mening til sosial atferd. Scott (1995)¹ beskriver dermed at institusjoner kjennetegnes av tre elementer. Den kulturell-kognitive dimensjonen fremhever viktigheten av delte forståelser som former meninger og handling. Den normative dimensjonen handler om de verdier, normer og forpliktelser som skaper sosial orden. Til slutt omfatter den regulatoriske dimensjonen de mekanismene, lovene og reglene som håndhever atferd. Alle institusjoner består av en eller flere av disse elementene i ulike kombinasjoner (Scott et al., 2000).

Tradisjonelt har organisasjoner blitt ansett som én helhetlig institusjon med delte normer, regler og forventninger (Geels, 2004, 2010)². Hoogstraaten et al. (2020) utfordrer derimot denne antakelse ved å beskrive at mange fagfelt kan bestå av flere ulike institusjoner innad i institusjonen. Lockett et al. (2012) beskriver at sykehus bestående av ulike interesser, normer og verdier, ofte består av flere konkurrerende eller motstridende institusjoner. Dette indikerer

¹ Sitert i Scott et al. (2000)

² Sitert i Hoogstraaten et al. (2020)

at sykehus ikke nødvendigvis er én institusjon, men kan bestå av flere institusjoner som handler etter egne logikker og mål.

Institusjonelle logikker kan forstås som «*de trossystemer og tilhørende praksiser som dominerer et organisasjonsfelt*» (Scott et al., 2000, s. 170, vår oversettelse). Logikker angir hvilke mål og verdier som skal følges i en organisasjon. Logikker er bare fremtredende i form av at de påvirker atferd og handlinger i organisasjonen, enten gjennom handlinger til etablerte personer i organisasjonen eller gjennom utenforstående som påvirker atferd i organisasjonen (Scott et al., 2000). Thornton & Ocasio (1999) definerer institusjonelle logikker som «*sosialt konstruerte, historiske mønstre av materielle praksiser, antakelser, verdier, trosoppfatninger og regler*» som gir mening til virksomheter og individer (s. 804, vår oversettelse). Ocasio (1997) beskriver institusjonelle logikker som både formelle og uformelle prinsipper for handling, interaksjon og tolkning, hvor prinsippene består av en rekke implisitte antakelser, normer og verdier om hvordan vi skal tolke organisasjoners virkelighet. Etersom logikkene er forbundet med verdier og antakelser vil de gi retning til saker og løsninger som oppfattes som meningsfulle for beslutningstakerne, og på denne måten også kunne påvirke beslutningene som tas i organisasjonen (Ocasio, 1997; Thornton & Ocasio, 1999). Det finnes dermed en rekke ulike beskrivelser av institusjonelle logikker. Felles for definisjonene er at institusjonelle logikker er grunnleggende forståelser, antakelser og mønstre som gir retning til individers og organisasjoners handlinger og atferd.

De fleste organisasjoner står ovenfor flere forskjellige logikker som er gjensidig uforenlige (Greenwood et al., 2011). I den grad disse logikkene er eller synes å være motstridende, vil det være uunngåelig at disse skaper utfordringer og gnisninger innad i organisasjonene. Helsesektoren er et eksempel på et offentlig organisasjonsfelt der ulike verdier og krav utspiller seg (van den Broek et al., 2014), som medfører at det eksisterer flere ulike logikker i helsesektoren (Reay & Hinings, 2005)³. Dette underbygges av Greenwood et al. (2011) som påpeker at det finnes mangfoldige yrker i sykehus, som trolig påvirkes av ulike logikker. De understreker derfor viktigheten av at sykehus evner å balansere både medisinske og forretningsmessige mål for å bli ansett som legitime. Flere studier og forfattere peker på et skift i institusjonelle logikker i helsesektoren fra profesjonslogikk til en mer forretningsmessig logikk (van den Broek et al., 2014). Van den Broek et al. (2014) finner i sin studie at det er to

³ Siteret i van den Broek et al. (2014)

logikker som er spesielt fremtredende i helsesektoren, nemlig profesjonslogikk og forretningsmessig logikk. Profesjonslogikken kan anses som en medisinsk logikk der viktige aspekter er høy kvalitet på omsorg og tilstrekkelig med tid til å bruke på pasienter. I en studie utført av Goodrick & Reay (2011)⁴ understrekes det at også autonomi står sterkt i profesjonslogikken. Den forretningsmessige logikken fokuserer derimot på praksiser som kan øke produktiviteten, redusere kostnadene eller gi andre økonomiske gevinster (van den Broek et al., 2014).

I studien til van den Broek et al. (2014) observerer de at både profesjonslogikken og den forretningsmessige logikken eksisterer ved sykehuset ved implementering av en ny praksis med navn «*Productive Ward: Releasing Time to Care*». Denne praksisen kombinerte de to logikkene i en ny praksis hvor formålet var å bli mer produktiv slik at helsepersonell fikk mer tid til pasientene. Derimot finner de at ulike stillinger eller yrker innad i sykehuset vektlegger ulike logikker i svarene deres. Dette illustreres ved at profesjonslogikken var dominant for leger og sykepleiere, som ble synliggjort gjennom deres fokus på forbedringer i kvaliteten på omsorgen og deres fokus på autonomi i samtale med forskerne. Samtidig la ledere og direktører vekt på effektivitetsforbedringer og viktigheten av at investeringen i den nye praksisen ga økonomiske gevinster for sykehuset, som representerer den forretningsmessige logikken. Ifølge van den Broek et al. (2014) samsvarer også dette med hva andre studier har funnet.

Når det eksisterer ulike logikker innad i en organisasjon kan det oppstå gnisninger mellom logikkene. I studien til van den Broek et al. (2014) observerte forskerne også konflikt mellom den medisinske profesjonslogikken og den forretningsmessige logikken ved at den nye praksisen for sykepleiere gradvis fremstod som et program innført for økonomiske gevinster, som førte til manglende forpliktelse fra deres side. Et annet funn knytter seg til at man i tilfeller hvor logikker kombineres kan risikere å sende ut motstridende beskjeder som kan skape mistenksomhet blant mottakerne og redusere deres forpliktelse til endringen (van den Broek et al., 2014). Samtidig påpeker forskerne at fokus på én logikk kan neglisjere den andre, og lede til mindre forpliktelse fra den neglisjerte parten. De observerer dermed at det er flere

⁴ Sitert i van den Broek et al. (2014)

utfordringer som kan oppstå og må hensyntas, som gjør det til en kompleks oppgave å implementere en ny praksis når ulike logikker er til stede.

På den annen side beskriver Battilana & Dorado (2010) at ulike logikker i en organisasjon ikke nødvendigvis må være i konflikt, men kan eksistere i fellesskap, og i noen tilfeller også kombineres. Organisasjoner som kombinerer ulike logikker kalles gjerne hybride organisasjoner. I en studie av Reay & Hinings (2009) fremkommer det at logikker som nettopp er i konflikt, likevel kan kombineres og sameksistere. Studien undersøker hvordan den medisinske profesjonslogikken reagerer når en ny forretningsmessig logikk introduseres ved et kanadisk sykehus gjennom implementering av nye styringsstrukturer som vektlegger kostnadseffektiv behandling og økt effektivitet. Reay & Hinings (2009) observerte at de to logikkene var relatert til ulike prinsipper og krevde hvert sitt sett med atferd fra aktørene innenfor logikken, som medførte at logikkene ble konkurrerende. Spesielt brøt den nye forretningsmessige logikken med legenes etablerte interesser innen pasientbehandling, og legene mente at deres atferd ikke skulle defineres av denne logikken. Over tid observerte derimot forskerne en endring i spillet mellom logikkene, hvor logikkene i større grad gikk fra å være konkurrerende til å sameksistere. Ifølge Reay & Hinings (2009) oppstod denne endringen både på grunn av styrken til aktørene som innførte den forretningsmessige logikken og utviklingen av samarbeidsmekanismer. *«Ved å oppmuntre ulike aktører til å opprettholde sine opprinnelige identiteter, men samtidig samarbeide for å oppnå bestemte mål, ble det etablert rom for at mer enn én logikk kunne styre atferden til aktørene»* (Reay & Hinings, 2009, s. 647, vår oversettelse). Deres funn indikerer dermed at konkurrerende logikker kan eksistere sammen ved at man i dette tilfellet utviklet samarbeidsmekanismer som støttet en felles tilstedeværelse. Dette samsvarer med Phillips et al. (2000) sitt forslag om at *«samarbeid er grunnlaget for prosesser som er essensielle for institusjonalisering»* (s. 39, vår oversettelse)

Hittil har vi beskrevet den medisinske profesjonslogikken som én logikk, som i hovedsak vektlegger kvalitet i behandlingen, tid til pasienter og autonomi som viktige aspekter. Samtidig utfordrer Dunn & Jones (2010) denne antakelsen og undersøker om det eksisterer flere ulike logikker innenfor medisinsk utdanning. Forskerne beskriver at den medisinske profesjonen over tid har hatt flere logikker, og skiller mellom vitenskapslogikk og omsorgslogikk. Vitenskapslogikken legger vekt på teoretisk kunnskap og forståelse av medisinske prinsipper, samt forskning og utvikling for å skape kontinuerlig forbedring av medisinsk kunnskap og praksis. Logikken fremhever også bruk av vitenskapelige bevis for å ta medisinske beslutninger. Omsorgslogikken fremhever på sin side viktigheten av å gi *«medfølende,*

forebyggende pleie til pasienter og behandle de som hele mennesker fremfor bare sykdommer» (Dunn & Jones, 2010, s. 116, vår oversettelse). Denne logikken reflekterer en helhetlig tilnærming til medisin og belyser det menneskelige aspektet ved profesjonen. Historisk sett har vitenskapslogikken stått sterkest, men i nyere tid finner Dunn & Jones (2010) at omsorgslogikken dominerer innenfor medisinsk utdanning. Ettersom studien undersøker forholdet mellom de to logikkene innenfor medisinsk utdanning, er en implikasjon at man ikke nødvendigvis ser samme utvikling innenfor medisinsk profesjon i sykehus.

Ovenfor har vi beskrevet hvordan den medisinske profesjonslogikken og den forretningsmessige logikken kan stå i konflikt med hverandre (Greenwood et al., 2011; van den Broek et al., 2014). Derimot viser studiene til van den Broek et al. (2014) og Reay & Hinings (2009) at to sterke logikker også kan sameksistere. For å styrke vårt teoretiske grunnlag vil vi videre beskrive teori om institusjonelle entreprenører. Tidligere har institusjonell teori vært fokusert rundt hvordan institusjoner former individer. Teori om institusjonelle entreprenører fremhever derimot enkeltpersoners påvirkning på institusjoner, og ser på institusjonelle endringer fra et aktørperspektiv. Vi skal i det videre gå nærmere inn på denne teorien og litteratur om institusjonelle entreprenører i helsesektoren.

2.2 Institusjonelle entreprenører

Helsesektoren opplever et stadig press rundt effektivisering av medisinske praksiser og prosesser. Tidligere har studier av endringsprosesser i helsesektoren vært fokusert rundt hvordan ledelsen initierer, strukturerer og følger opp endringsprosesser, men i senere tid har dette fokuset skiftet til hvordan enkeltaktører kan initiere og skape slike endringer i institusjoner (Eriksson & Ujvari, 2015). Teori om institusjonelle entreprenører blir gjerne brukt for å forklare hvordan enkeltaktører eller en gruppe av aktører innad i organisasjoner kan initiere og implementere prosesser som endrer institusjoners strukturerer og praksiser. Institusjonelle entreprenører kan på denne måten skape nye måter å jobbe på (Maguire, 2007)⁵

Ideen om institusjonelle entreprenører kan henføres tilbake til DiMaggio (1988), som først introduserte konseptet og beskrev hvordan *«nye institusjoner oppstår når organiserte aktører med tilstrekkelig ressurser (institusjonelle entreprenører) ser en mulighet i dem til å realisere*

⁵ Sitert i Eriksson og Ujvari (2015)

en interesse som de verdsetter høyt» (s. 488, vår oversettelse). DiMaggio (1988) forsøkte å forklare hvordan aktører er med på å endre og skape institusjoner, og med dette bringe individets betydning tilbake til institusjonell teori. Battilana (2006) bygger blant annet på DiMaggio (1988) og definerer institusjonelle entreprenører som «(...) individer som foretar divergerende endringer, det vil si endringer som bryter med regler og praksiser som assosieres med den dominerende institusjonelle logikken (...)» (s. 656, vår oversettelse).

Institusjonelle entreprenører kan også være en gruppe av individer, organisasjoner, eller en gruppe av organisasjoner (Battilana, 2006). I henhold til denne definisjonen behøver ikke en institusjonell entreprenør i utgangspunktet ønske eller bevisst skape en institusjonell endring, men må ta en aktiv rolle i implementeringsprosessen. Implementeringen trenger heller ikke være suksessfull for at aktører skal kunne defineres som institusjonelle entreprenører. Dersom ressurser er mobilisert for å gjennomføre en endring, men man mislykkes med å mobilisere de rette personene til å endre sine rutiner, vil aktørene likefullt kunne betegnes som institusjonelle entreprenører.

Battilana et al. (2009) bygger på eksisterende litteratur om institusjonelt entreprenørskap, og utarbeider et konseptuelt rammeverk som kan gi en forståelse for hva som kjennetegner institusjonelle entreprenører, og hvordan disse iverksetter og implementerer divergerende institusjonelle endringer. Rammeverket består av *muliggjørende faktorer* for institusjonelt entreprenørskap og *implementering av den divergerende endringen*, som sammen bidrar til å skape institusjonelle endringer. I det videre vil vi gå nærmere inn på dette rammeverket og supplere med empiriske funn om institusjonelle entreprenører i helsesektoren.

2.2.1 Muliggjørende faktorer

Faktorer som muliggjør institusjonelt entreprenørskap kan forklare hvordan aktører kan bli institusjonelle entreprenører og initiere til divergerende endringer, til tross for institusjonelt press eller motstand (Battilana et al., 2009). Disse muliggjørende faktorene er feltkarakteristikker og aktørenes sosiale posisjon. Felte karakteristikkene kjennetegner feltet aktørene er en del av og påvirker sannsynligheten for at de opptrer som institusjonelle entreprenører. Samtidig vil aktørenes sosiale posisjon påvirke deres oppfatning av feltet og

tilgang på ressurser (Bourdieu, 1988)⁶, og betegnes således også som en muliggjørende faktor for institusjonelt entreprenørskap.

Feltkarakteristikker

Feltkarakteristikker er primært eksogene faktorer, det vil si faktorer utenfor organisasjonen, som påvirker hvorvidt aktørene blir institusjonelle entreprenører. Battilana et al. (2009) fremhever graden av heterogenitet og graden av institusjonalisering som to feltkarakteristikker som kan muliggjøre institusjonelle endringer. Sjokk og kriser, slik som teknologiske eller konkurransemessige sjokk og sosiale omveltninger, beskrives også som feltkarakteristikker ved at de kan forstyrre konsensusen i et felt og åpne opp for at nye ideer vokser frem. Ettersom vår utredning begrenser seg til å se på feltkarakteristikker innenfor casesykehuset, vil vi i det videre fokusere på graden av heterogenitet og graden av institusjonalisering.

Graden av heterogenitet i organisasjonens ordninger vil være en faktor som muliggjør institusjonelt entreprenørskap ved at eksistensen av ulike institusjonelle ordninger skaper muligheter i aktørenes handlingsrom. Med institusjonelle ordninger menes det her de etablerte normer, regler, verdier og praksiser som styrer atferden til aktørene i et felt, det vil si institusjonelle logikker. Ved høy grad av heterogenitet i de institusjonelle logikkene, vil disse kunne være motstridende. Ifølge Battilana et al. (2009) vil aktører som er eksponert for ulike logikker i mindre grad ta logikkene for gitt og er mer sannsynlig til å stille spørsmål ved og avvike fra dem, noe som fremmer institusjonelt entreprenørskap.

Videre fremheves graden av institusjonalisering som en muliggjørende faktor for institusjonelt entreprenørskap. Graden av institusjonalisering handler om hvor dypt forankret de etablerte praksisene, normene og verdiene er, og i hvilken grad de styrer aktørers handlinger (Battilana et al., 2009). En lavere grad av institusjonalisering vil være preget av mindre etablerte praksiser som gir økt handlingsrom for aktører og åpner opp for strategiske handlinger. Samtidig peker Battilana et al. (2009) på at institusjonelle endringer også kan forekomme i felt med høy grad av institusjonalisering. Helsesektoren kan anses som et felt med høy grad av institusjonalisering (Lockett et al., 2012). Til tross for begrensninger for vekst som er tilstedeværende i høyt institusjonaliserte felt, viser studien til både Lockett et al. (2012) og

⁶ Sitert i Battilana et al. (2009)

Eriksson & Ujvari (2015) at institusjonelle entreprenører likevel klarer å utfordre etablerte strukturer og fremme institusjonelle endringer.

Selv om ulike feltkarakteristikker kan anses som muliggjørende faktorer for institusjonelt entreprenørskap, vil likevel ikke alle individer innenfor samme felt initiere divergerende endringer. Derfor vil også karakteristikker ved den institusjonelle entreprenøren påvirke institusjonelt entreprenørskap (Battilana et al., 2009).

Aktørenes sosiale posisjon

Sannsynligheten for at aktører vil forsøke å initiere en divergerende endring, og deres evne til å lykkes med implementeringen av endringen, avhenger av aktørenes sosiale posisjon (Battilana et al., 2009). Vi vil ta utgangspunkt i Battilana (2006) sine identifiserte faktorer som kan påvirke en aktørs vilje og mulighet til å gjennomføre divergerende endringer. For å utvide vår forståelse av hvordan aktørers sosiale posisjon påvirker deres handlingsrom, vil vi trekke inn empiriske funn fra helsesektoren. Dette gir en dypere og mer nyansert innsikt i sammenhengen mellom sosial posisjon og institusjonelle endringer.

Battilana (2006) sine identifiserte faktorer skaper et grunnlag for å forstå hvordan aktørers sosiale posisjon kan påvirke deres mulighet til å opptre som institusjonelle entreprenører. Det skilles mellom faktorer knyttet til aktørers sosiale posisjon i organisasjonsfeltet, det vil si bransjen de er en del av, og deres sosiale posisjon innad i organisasjonen. Ettersom vår studie fokuserer på et sykehus, vil vi i det videre rette oppmerksomheten mot faktorer som gjelder aktørenes sosiale posisjon i organisasjonen. Disse faktorene er (1) aktørenes uformelle posisjon i nettverket, (2) aktørenes formelle posisjon i hierarkiet, (3) aktørenes mobilitet mellom organisasjoner og (4) hvor lenge aktørene har vært i organisasjonen.

Den første faktoren er *aktørenes uformelle posisjon i nettverket*, som inkluderer den sosiale statusen til gruppen de tilhører. Til tross for at aktører med lav uformell posisjon i nettverket ofte er villige til å initiere divergerende endringer, kan de mangle både ressurser og beslutningsmyndighet til å gjennomføre endringene (Battilana, 2006). Imidlertid kan deres posisjon i organisasjonens sosiale nettverk gjøre det mulig å gjennomføre slike endringer. Battilana (2006) fremhever at aktører som tilhører en gruppe med lavere sosial status i organisasjonen, men som har sterke bånd til personer med høy sosial status kan bruke disse båndene til å redusere potensiell motstand og sikre tilgang til sentrale ressurser for å oppnå

divergerende endringer. Dermed blir aktørens uformelle posisjon i nettverket og deres forbindelser til sentrale personer viktig for deres evne til å gjennomføre endringer.

Aktørens formelle posisjon i det hierarkiske systemet vil også kunne være en muliggjørende faktor for institusjonelt entreprenørskap. Ifølge Battilana (2006) vil høye posisjoner i hierarkiet i større grad muliggjøre divergerende endringer, enn lave posisjoner. Det skyldes at høye formelle posisjoner gjerne bringer med seg større autoritet og legitimitet samt tilgang på nødvendige ressurser, noe som gjør det enklere å initiere og implementere divergerende endringer. Battilana (2006) understreker spesielt topplederens betydning for å gjennomføre divergerende endringer i etablerte praksiser, særlig i høyt institusjonaliserte miljøer. I en studie av Kraatz & Moore (2002)⁷ fant de at lederne sterkt påvirket adaptasjonen av profesjonsprogrammer, som representerte en klar divergerende endring fordi det brøt med den etablerte modellen ved høyskolene de studerte. Dette illustrerer at individer i høyere hierarkiske posisjoner kan bruke autoritet i form av sin stilling for å gjennomføre divergerende endringer (Battilana, 2006). I tillegg har aktører i slike posisjoner ofte bedre tilgang til ressurser som kreves for å gjennomføre slike endringer.

Aktørens mobilitet mellom ulike organisasjoner vil også kunne spille inn på sannsynligheten for å initiere divergerende endringer. En aktør som har vært del av den samme organisasjonen over lang tid, vil kunne ta de etablerte praksisene for gitt. På den annen side vil en aktør som har flyttet mellom organisasjoner være eksponert for ulike praksiser og ta med seg erfaringer og kunnskap inn i organisasjonen, som gjør at aktøren i mindre grad ser på praksisene som gitte (Battilana, 2006). De kan også være mer oppmerksomme på muligheter, som gjør det mer sannsynlig at de initierer til divergerende endringer.

Avslutningsvis vektlegges *tiden aktøren har vært i organisasjonen*. Battilana (2006) trekker frem at aktører som er nye i organisasjonen på den ene siden vil ha større vilje og initiativ til å endre organisasjonen. Samtidig kreves det opparbeidet legitimitet og god kunnskap om organisasjonen for å kunne initiere og gjennomføre divergerende endringer. Dette samsvarer med Lockett et al. (2012) sine funn om at institusjonelle entreprenører som var relativt nye i stillingen ikke hadde utviklet tilstrekkelig med både normativ og strukturell legitimitet utenfor sin avdeling. På den annen side peker Battilana (2006) på at man som ny i organisasjonen

⁷ Sitert i Battilana (2006)

gjerne kommer med nye perspektiver, men at disse kan avta over tid fordi man utvikler en større aksept for de eksisterende strukturene.

For å utvide vår forståelse av aktørenes sosiale posisjons betydning for institusjonelle endringer supplerer vi med litteratur om aktørers sosiale posisjon innenfor helsesektoren. Både Maguire et al. (2004) og Lockett et al. (2012) understreker betydningen av aktørenes sosiale posisjon for deres legitimitet og evne til å drive frem institusjonelle endringer. I Maguire et al. (2004) sin studie omtales denne sosiale posisjonen som aktørenes subjektposisjon, og innebefatter både aktørenes formelle, byråkratiske posisjon og de «*sosialt konstruert og legitimerte identitetene som er tilgjengelige i et felt*» (s. 658, vår oversettelse). Studien viser at subjektposisjonen til institusjonelle entreprenører er en avgjørende faktor for deres legitimitet og evne til å bygge bro mellom ulike interessenter samt deres tilgang på ressurser. I deres studie av institusjonelt entreprenørskap innenfor HIV/AIDS-behandling, som karakteriseres som et fremvoksende felt, finner Maguire et al. (2004) at aktørens evne til å navigere mellom ulike interessenter er viktigere enn deres formelle posisjon og status.

Som beskrevet studerer Maguire et al. (2004) et fremvoksende felt, som ifølge forskerne kjennetegnes av manglende etablerte normer og praksiser. Dette kan skape usikkerhet og åpne opp for at nye aktører og ideer kan få innflytelse, noe som kan relateres til lav grad av institusjonalisering. Helsesektoren preges derimot generelt sett av høy grad av institusjonalisering ved sterke institusjonelle strukturer og etablerte normer og praksiser, og kan derfor beskrives som et modent felt (Maguire et al., 2004). Selv om funnene til Maguire et al. (2004) knytter seg til et fremvoksende felt, er det flere paralleller til rammeverket som Battilana et al. (2009) har utviklet basert på funn fra flere felt, og funnene til Lockett et al. (2012) og Eriksson & Ujvari (2015) innen helsesektoren. Derfor inkluderes Maguire et al. (2004) sine funn i det teoretiske rammeverket til denne studien.

Samtidig som Lockett et al. (2012) også vektlegger aktørenes legitimitet som betydningsfullt for aktørenes sosiale posisjon, undersøker forskerne dette gjennom strukturell og normativ legitimitet. Studien deres er en komparativ studie som undersøker institusjonelle entreprenørers rolle i implementeringen av nye kreftomsorgstjenester ved fire sykehus i England. Studien deres tar utgangspunkt i Suchman (1995) sitt arbeid om legitimitet. Legitimitet defineres som «*en generell oppfatning eller antagelse av at en handling er ønsket, riktig eller passende innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, oppfatninger og definisjoner*» (Suchman, 1995, s. 574, vår oversettelse). I henhold til Suchman (1995) er

det to viktige kilder til legitimitet, nemlig strukturell og normativ legitimitet. Med strukturell legitimitet menes både ekspertisen, og den formelle autoriteten og innflytelsen en institusjonell entreprenør har på grunn av deres formelle posisjon i organisasjonen. I studien til Lockett et al. (2012) beskrives personer med høy strukturell legitimitet som de som har en formell sentral posisjon i organisasjonen, mens personer med lav strukturell legitimitet kjennetegnes av å inneha en perifer formell posisjon i organisasjonen. Normativ legitimitet kalles også moralsk legitimitet, og handler om hvorvidt de institusjonelle entreprenørene har evnen til å overbevise andre om hva som er riktig å gjøre (Suchman, 1995).

Lockett et al. (2012) finner at institusjonelle entreprenører med sterk normativ legitimitet i større grad lykkes i å iverksette og gjennomføre endringer enn aktører med sterk strukturell legitimitet. For å styrke sin normative legitimitet fant forskerne at retorikk i samhandling med interessenter var viktig for å legitimere endringen. Retorikken bidro også til å få støtte for endringer fra nøkkelpersoner, noe som muliggjorde at de institusjonelle entreprenørene kunne trekke på nøkkelpersonenes normative og strukturelle legitimitet for å fremme endringen. Dette er tråd med Battilana (2006) sin beskrivelse av at personer med en høy formell posisjon kan bruke sin autoritet til å gjennomføre institusjonelle endringer, og at det derfor er viktig å få med seg disse personene.

Samtidig som normativ legitimitet trekkes frem som det viktigste finner forskerne at aktører som innehar en middels til høy strukturell legitimitet vil være de som er best i stand til å gjennomføre institusjonelle endringer (Lockett et al., 2012). Deres mellomliggende posisjon innebærer at de ikke er like privilegerte under de eksisterende ordningene som de med høy strukturell legitimitet. Dette medfører at de er bedre posisjonert til å forestille seg en radikal endring, samtidig som de har større muligheter til å mobilisere støtte fra nøkkelpersoner for å fremme og gjennomføre endringer. Derimot peker både Lockett et al. (2012) og Maguire et al. (2004) på at aktører i perifere posisjoner kan være mer villig til å drive frem institusjonell endring fordi de er mindre privilegerte under dagens institusjoner. Samtidig har disse ofte mindre tilgang på ressurser og lavere legitimitet, som begrenser deres handlingsrom.

I likhet med Lockett et al. (2012), fremhever Eriksson & Ujvari (2015) betydningen av normativ legitimitet for aktørenes sosiale posisjon. Studien deres undersøker hvordan institusjonelle entreprenører, i form av ildsjeler, kan være en viktig pådriver for endringer i klinisk praksis ved to sykehus i Sverige. Forskerne finner at den normative legitimiteten har størst innvirkning på de institusjonelle entreprenørens sosiale posisjon og deres mulighet til

å drive frem endring. Når det er høy grad av strukturell legitimitet, men lav normativ legitimitet observerer de at helsepersonell kan motsette seg endringer initiert fra høyere nivåer i hierarkiet, spesielt hvis klinikere ikke føler eierskap til endringen eller opplever at den ikke sammenfaller med deres normer og verdier. Dermed er det avgjørende for institusjonelle entreprenører å ha tilstrekkelig normativ legitimitet for å lykkes med divergerende endringer (Eriksson & Ujvari, 2015).

2.2.2 Implementering av divergerende endringer

Denne delen av Battilana et al. (2009) sitt rammeverk bygger på empiriske studier og endringsledelse ved Lewin's (1947)⁸ trefasemodell for endring. Implementeringen og institusjonaliseringen av den divergerende endringen avhenger av visjonen som skapes for endringen, hvordan tilhengere mobiliseres for å støtte visjonen og hvordan man motiverer disse til å gjennomføre endringen. Disse stegene henger nøye sammen i praksis, og Battilana et al. (2009) fremhever at å skape en visjon for endring fortsetter å utvikle seg gjennom prosessen hvor tilhengere mobiliseres.

Skape en visjon for endring

Å skape en visjon innebærer aktiviteter som tydeliggjør og begrunner behovet for endring, samt kommuniserer visjonen til tilhengerne på en måte som skaper forståelse og engasjement (Battilana et al., 2009). Dette kan derimot være en utfordring ettersom divergerende endringer ofte avviker fra eksisterende praksiser som tas for gitt i organisasjonen. Ifølge Battilana et al. (2009) kan man skape en visjon som appellerer til sentrale aktører gjennom å ramme inn endringen i tre deler; (1) diagnostisk innramming, (2) prognostisk innramming og (3) motiverende innramming. Den diagnostiske innrammingen fokuserer på å synliggjøre svakheter ved eksisterende institusjonelle praksiser og belyse endringen som en løsning på problemet. Den prognostiske innrammingen innebærer å fremstille endringen som bedre enn den tidligere praksisen. I dette arbeidet fremheves det som viktig å teoretisere og knytte endringen opp til potensielle allierte sine interesser, verdier og utfordringer. Den motiverende innrammingen handler om å gi overbevisende argumenter for å støtte endringen. For å utforme en god motiverende innramming trekkes de sosiale ferdighetene til den institusjonelle

⁸ Siteret i Battilana et al. (2009)

entreprenøren frem. Dette omfatter blant annet evnen til å sette seg inn i andres interesser for å sikre samarbeid.

Mobilisere tilhengere bak visjonen

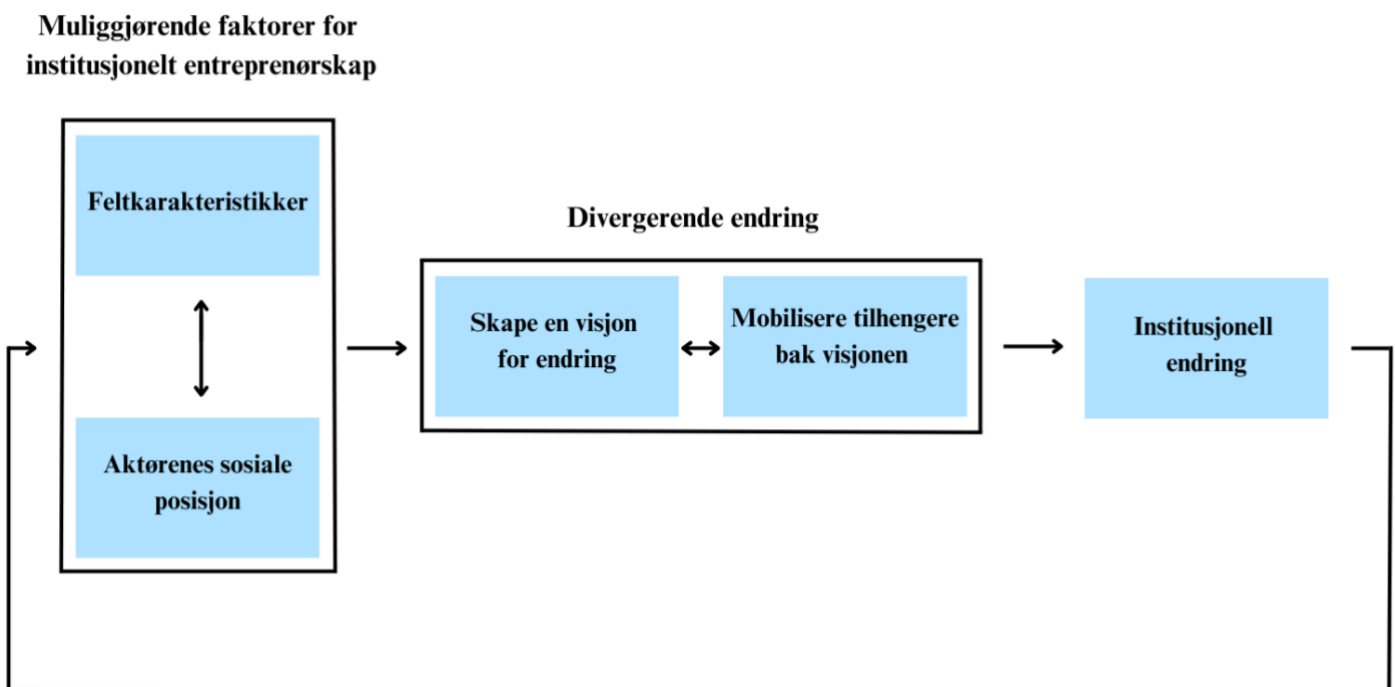
Å mobilisere tilhengere innebærer å inkludere aktiviteter som styrker andres støtte og aksept for nye praksiser (Battilana et al., 2009). For å mobilisere tilhengere kreves det at man kommuniserer visjonen på en måte som appellerer til de nødvendige tilhengerne. Sentralt i denne sammenheng er bruken av retorikk og argumenter som underbygger og rettferdiggjør omfattende endringer, samtidig som man appellerer til de sentrale institusjonelle logikkens verdier og interesser (Battilana et al., 2009). Logikkene er ofte assosiert med spesifikke ord, uttrykk og betydninger, som institusjonelle entreprenører ofte benytter seg av for å appellere til tilhengere. Dette samsvarer med Lockett et al. (2012) sine funn som fremhever betydningen av at institusjonelle entreprenører bruker retorikk og «*snakker det rette språket*» (s. 359, vår oversettelse). De finner at gjennom å formidle på en måte som er i samsvar med interessentenes terminologi og verdier kan institusjonelle entreprenører stryke sin normative legitimitet, og dermed muligheten for å gjennomføre endringer. Maguire et al. (2004) vektlegger også betydningen av språket for å skape en felles forståelse av og støtte for endringene, spesielt når institusjonelle entreprenører skal bygge bro mellom ulike interessenter.

Battilana et al. (2009) fremhever videre betydningen av å mobilisere ressurser i form av finansielle ressurser og ressurser knyttet til aktørens formelle og sosiale posisjon, for å skape støtte og mobilisere til endring. Finansielle ressurser kan blant annet brukes av institusjonelle entreprenører for å oppmuntre viktige interessenter til å støtte endringen, noe Greenwood et al. (2002)⁹ mener tyder på at mektigere aktører er mer sannsynlig å gjennomføre endringer. Ifølge Battilana et al. (2009) knytter den sosiale posisjonen seg til både formell autoritet på bakgrunn av aktørens posisjon i hierarkiet og til aktørens sosiale kapital, som er assosiert med aktørens plassering i et nettverk av sosiale relasjoner. Dette er i likhet med Maguire et al. (2004) og Lockett et al. (2012) sine funn presentert ovenfor, men disse nyanserer bildet ved å knytte den formelle autoriteten og posisjonen i hierarkiet til strukturell legitimitet og til dels knytte sosial kapital til den normative legitimiteten gjennom uformelle posisjoner. Battilana

⁹ Sitert i Battilana (2009)

et al. (2009) beskriver at nyere forskning på institusjonelle entreprenører finner at slike aktører ofte har høy grad av «rekkeviddesentralitet», som innebærer tilgang til et stort antall mennesker innenfor et felt gjennom for eksempel forbindelser til aktører som er sentrale på feltet. Dette er spesielt viktig dersom den institusjonelle entreprenøren ikke selv er sentral på feltet. Ved å få støtte fra aktører som er sentrale på feltet eller har høy sosial posisjon, finner Battilana et al. (2009) i likhet Lockett et al. (2012) at institusjonelle entreprenører kan trekke på de høyt sosialt posisjonerte aktørene sin legitimitet i arbeidet med å mobilisere for endringen.

Figur 2.1 illustrerer Battilana et al. (2009) sitt rammeverk der feltkarakteristikk og aktørens sosiale posisjon er faktorer som påvirker en aktørs sannsynlighet og evne til å initiere divergerende endringer. Videre viser rammeverket at å skape en visjon og mobilisere tilhengere er to sammenkoblede prosesser som spiller en avgjørende rolle for om institusjonelle endringer blir implementert og institusjonalisert. Ifølge Battilana et al. (2009) vil institusjonelle endringer også kunne påvirke de eksisterende feltkarakteristikkene og aktørens sosiale posisjon.



Figur 2.1 - Rekonstruksjon av Battilana et al. (2009) sin modell

2.2.3 Kritikk mot teori om institusjonelle entreprenører

Hoogstraaten et al. (2020) påpeker at teori om institusjonelle entreprenører er anvendbar på tvers av ulike fagfelt og teknologiske og geografiske kontekster. Samtidig rettes det kritikk mot rammeverket til Battilana et al. (2009). Hoogstraaten et al. (2020) argumenterer for at de muliggjørende faktorene for institusjonelt entreprenørskap som beskrives i Battilana et al. (2009), ikke nødvendigvis kan forklare hvorfor institusjonelle entreprenører ikke lykkes i å implementere institusjonelle endringer. Det fremheves at det kan være faktorer utenfor modellen til Battilana et al. (2009) som kan forklare at man ikke lykkes med institusjonelt entreprenørskap. På denne måten etterlyses det en teoretisering av faktorer som kan forklare hvorfor institusjonelt entreprenørskap mislykkes.

2.3 Oppsummering

I dette kapittelet har vi beskrevet det teoretiske rammeverket som benyttes i analysen for å besvare problemstillingen. Først har vi redegjort for institusjonelle logikker i helsesektoren for å forstå hvilke logikker som kan være til stede i sykehuset vi studerer. I tillegg vil dette bidra til å belyse utfordringer som kan oppstå ved gjennomføring av endringer som kan bryte med etablerte praksiser. Videre har vi presentert teori om institusjonelle entreprenører, og rammeverket til Battilana et al. (2009). Ved å legge til grunn aktørperspektivet gjennom teori om institusjonelle entreprenører, kan vi få en dypere innsikt i aktørers rolle i institusjonelle endringer. I tillegg har vi supplert med litteratur om institusjonelle entreprenører i helsesektoren for å knytte teorien til vår kontekst. I det neste kapittelet vil vi redegjøre for det metodiske rammeverket som ligger til grunn for studien.

3. Metodisk rammeverk

I dette kapitlet skal vi gjennomgå det metodiske rammeverket som ligger til grunn for oppgaven vår. Masteroppgaven vil som nevnt besvare følgende problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål:

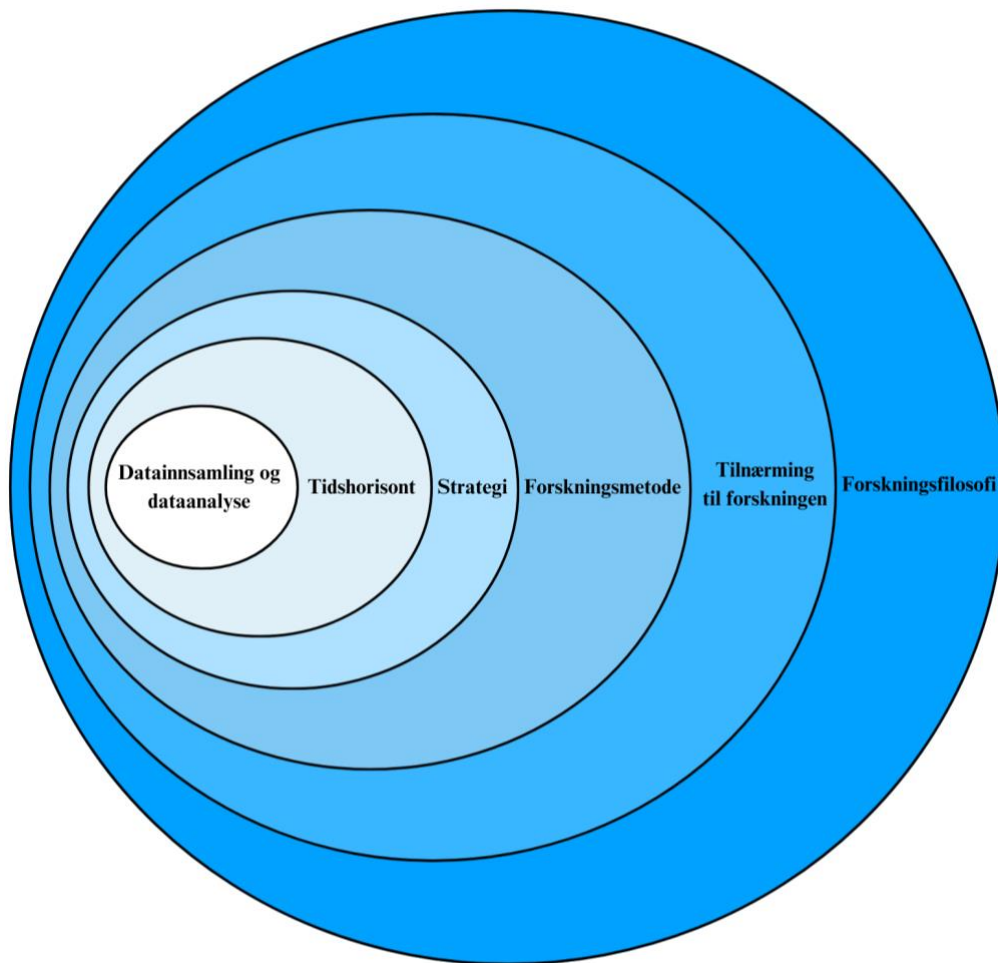
Hvordan kan klinikere involveres i bruken av KPP for effektivisering av norske helseforetak?

F1: Hvilke faktorer oppleves som viktig for samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere for bruken av KPP til effektivisering av medisinsk praksis?

F2: Hvordan kan vi forstå aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy for effektivisering?

For å besvare problemstillingen har vi valgt en kvalitativ, beskrivende og utforskende casestudie med en induktiv tilnærming. Bak hver av disse beslutningene foreligger det en rekke valg vi som forskere må ta ved ulike stadier i forskningen. Saunders et al. (2019) illustrerer dette gjennom «forskningsløken», hvor løkens lag representerer valgene som tas ved hvert stadium. Denne løken er vist nedenfor i Figur 3.1.

I det videre vil vi gjennomgå våre valg ved de ulike lagene i Saunders et al. (2019) sin løk, og redegjøre for vurderingene som ligger til grunn for vårt metodiske rammeverk. Vi starter ved det ytterste laget, nemlig forskningsfilosofi, før vi redegjør for den valgte tilnærmingen til forskningen. Disse to lagene danner grunnlaget for det vitenskapsteoretiske utgangspunktet. Deretter vil vi beskrive vårt forskningsdesign, som inkluderer forskningsmetode, forskningsstrategi og tidshorisont i Saunders et al. (2019) sin forskningsløk. I kjernen av forskningsløken finner vi datainnsamling og dataanalyse. For å komme frem til dette laget fremhever Saunders et al. (2019) at det kreves refleksjoner rundt valgene vi har tatt ved de tidligere stadiene i løken. Avslutningsvis i kapitlet vil vi presentere våre refleksjoner tilknyttet kvaliteten på det metodiske rammeverket og etiske problemstillinger.



Figur 3.1 - Gjenskapelse av Saunders et al. (2019) sin forskningsl ok

3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

If olge Burrell & Morgan (2016)¹⁰ tar man som forskere både bevisste og ubevisste antakelser ved hvert steg i forskningsprosessen. Dette inkluderer antakelser om forståelse av virkeligheten, menneskets kunnskap og hvordan egne verdier påvirker forskningsprosessen. Disse bevisste og ubevisste antakelsene påvirker hvordan forskere forstår forskningssp orsm alet, valg av forskningsmetoden og hvordan man tolker funnene (Crotty, 1998)¹¹. Det er derfor viktig å ha et reflektert forhold til antakelsene vi som forskere tar, og i dette delkapittelet vil vi kort redegj ore for de grunnleggende antakelsene i vår studie.

¹⁰ Sitert i Saunders et al. (2019)

¹¹ Sitert i Saunders et al. (2019)

Antakelsene er med på å bestemme hvilken filosofisk retning vi som forskere velger. Objektivisme og subjektivisme er to ytterpunkter innenfor forskningsfilosofien. Objektivismen tar utgangspunkt i naturvitenskapen, og én virkelighet uavhengig av sosiale aktører (Saunders et al., 2019). Gjennom observerbare og målbare fakta forsøker objektivismen å finne den virkelige sannheten, og skape generaliserbare lover om virkeligheten uavhengig av forskernes egne verdier (Saunders et al., 2019).

I motsetning til objektivismen som forsøker å finne universelle fakta og lover, forsøker subjektivismen å forklare og tolke ulike sosiale realiteter gjennom menneskers oppfatninger og meninger. Som en konsekvens av dette, finnes det flere realiteter innenfor denne retningen. For subjektivist vil datagrunnlaget være skriftlig, muntlig og visuell data, og basert på dette forsøker de å tilegne seg kunnskap om mennesker og kontekster (Saunders et al., 2019). Siden datagrunnlaget er basert på menneskers oppfatninger er det ofte i endring for en subjektivist, og derfor mener de at de må ta sine egne verdier i betraktning og åpent reflektere rundt disse i forskningen. Dette er til forskjell fra objektivismen, som tar distanse fra sine egne verdier i forskning (Saunders et al., 2019). I denne masterutredningen benytter vi en subjektivistisk tilnærming. Vi vil ikke kunne trekke noen generelle slutninger eller formulere generelle lover knyttet til hvordan man kan involvere klinikere i bruken av KPP for å effektivisere norske helseforetak. Vår studie vil derimot studere bruken av verktøyet basert på menneskers egne oppfatninger, meninger og verdier. En subjektivistisk tilnærming gjør det mulig for oss å tolke ulike oppfatninger om det samme fenomenet.

Videre er det avgjørende for forskningsdesignet hvorvidt man forsøker å teste eller utvikle teori (Saunders et al., 2019). Dette dreier seg om valget mellom en deduktiv eller induktiv logikk. En deduktiv logikk tar utgangspunkt i en teori eller hypotese, og forsøker å bekrefte eller avvise hypotesen basert på innhenting av data. Denne logikken er mest vanlig innenfor en objektivistisk tilnærming. En induktiv logikk tar på den annen side utgangspunkt i datainnsamling for å utforske et fenomen, og utvikler deretter teorier basert på dataen. Den induktive logikken er mer vanlig innenfor en subjektivistisk tilnærming, da den baserer seg på observasjoner og subjektive tolkninger. I vår studie vil vi ta utgangspunkt i datainnsamlingen for så å trekke på teori som kan forklare våre funn, og vil dermed benytte en induktiv logikk. Dette virker også mest hensiktsmessig da vi vil studere hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP til effektivisering av et norsk helseforetak, som vi deretter ønsker å forstå i en bredere sammenheng ved å knytte våre funn til teori.

3.2 Forskningsdesign

Med forskningsdesign menes den generelle planen for forskningsprosjektet, og beskriver hvordan man går frem for å besvare problemstillingen (Saunders et al., 2019). Ved utforming av forskningsdesignet bør valgene man tar støtte oppunder hensikten med problemstillingen. Før vi går nærmere inn på valgene vi har tatt ved utforming av forskningsdesignet, skal vi først reflektere rundt formålet med designet. Forskningsdesignets formål kan enten være *utforskende*, *deskriptivt*, *forklarende*, *evaluerende*, eller en blanding (Saunders et al., 2019). Med et utforskende formål menes det at forskningen forsøker å klargjøre forståelsen av et fenomen. Deskriptive studier beskriver i større grad selve fenomenet, mens forklarende studier på sin side undersøker sammenhenger mellom variabler og søker å finne årsak-virkningssammenhenger. Evaluerende studier undersøker i hvilken grad noe synes å fungere.

Vi forsøker å forstå hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP for å effektivisere norske helseforetak. For å besvare vår problemstilling har vi utformet to forskningsspørsmål. Det første forskningsspørsmålet søker å beskrive hvordan KPP brukes til effektivisering i sykehuset, og hvordan dette gjøres gjennom samhandling mellom analyseavdelingen og klinikere. Studien vil dermed ha et deskriptivt element, hvor vi beskriver et fenomen. Saunders et al. (2019) fremhever at deskriptive studier har en sentral plass innenfor økonomi- og ledelsesfeltet. Samtidig poengterer Saunders et al. (2019) at beskrivelser bør benyttes i kombinasjon med andre formål for å kunne si noe om hva beskrivelsene forteller. I tillegg til det beskrivende elementet, vil vi også forstå hvilke forhold som oppleves å være viktig for å etablere en god dialog mellom partene. Dermed vil dette forskningsspørsmålet også ha et utforskende element. En fordel med utforskende studier er at de er særlig fleksible og tilpasningsdyktige når det kommer til endringer, og en vil typisk måtte endre retning på studien etterhvert som data innhentes og ny innsikt oppstår (Saunders et al., 2019). Det første forskningsspørsmålet vil altså inneholde både deskriptive og utforskende elementer. Med det andre forskningsspørsmålet vil vi forsøke å forstå hvordan sentrale aktører i sykehuset spiller en rolle for bruken av KPP som et internt styringsverktøy, og vil dermed også kunne sies å være utforskende da vi forsøker å klargjøre forståelsen av fenomenet.

Det er i hovedsak fire nødvendige beslutninger som må tas for å utvikle et deskriptivt og utforskende forskningsdesign som kan besvare vår problemstilling. Disse fire beslutningene gjelder valg av *forskningsmetode*, valg mellom *ekstensivt* og *intensivt* forskningsdesign, valg av *tidsperspektiv* og valg av *forskningsstrategi*.

Det første valget knytter seg til om *forskningsmetoden* skal være kvantitativ, kvalitativ eller en kombinasjon. Kvantitativ forskning studerer forholdet mellom variabler som måles numerisk, og deretter analyseres og presenteres ved hjelp av statistiske og grafiske verktøy (Saunders et al., 2019). Denne metoden tillater at større mengder data analyseres, men begrenser hvor utfyllende dataen kan være. Til forskjell fra kvantitativ forskningsmetode studerer kvalitativ metode informanters meninger og forholdet mellom dem, og benytter ikke-numerisk data (Saunders et al., 2019). Dette tillater rikere data og man kan i større grad analysere mer komplekse sammenhenger. Ulempen er derimot at det reduserer hvor omfattende analysen kan være, og at det kan være krevende å overføre resultatene til andre situasjoner. Forskningsmetoden kan også være en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. I vårt tilfelle fremstår kvalitativ metode som mest hensiktsmessig, da vi ønsker å ha en åpen tilnærming til studien som tillater mer tolkning. Ved bruk av kvalitativ metode kan vi studere ulike sentrale aktørers meninger og oppfatninger rundt hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP til effektivisering av medisinsk praksis. Samtidig innebærer denne forskningsmetoden at det kan være vanskelig å overføre våre funn til andre situasjoner og sykehus.

Valget mellom et *ekstensivt* og *intensivt design* handler i prinsippet om valget mellom dybde og bredde i forskningen. Et ekstensivt design skaper en bredere studie, gjennom å samle inn data fra mange kilder. Et intensivt design henter på sin side data fra færre kilder og går mer i dybden. Problemstillingen er det viktigste kriteriet for valget mellom ekstensivt og intensivt design (Busch, 2021). Vår problemstilling besvares best ved å benytte et intensivt design. Ved å benytte et intensivt design vil vi kunne få en dypere forståelse av hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP for effektivisering av pasientbehandlinger. Dette gir oss samtidig større mulighet til å utforske nyanser i involveringen.

Når det gjelder valg av *tidsperspektiv*, er vi begrenset av tiden vi har til disposisjon da vår masteroppgave går over ett semester. Vi vil derfor foreta en tverrsnittstudie ut ifra dagens situasjon. Det kunne vært interessant å studere dette over tid i en longitudinell studie, for å undersøke hvordan klinikere involveres i bruken av KPP over tid. Dette vil dog ikke være mulig innenfor rammene av en masteroppgave.

Til slutt må vi velge selve *forskningsstrategien*. Denzin & Lincoln (2018)¹² beskriver forskningsstrategien som den metodologiske koblingen mellom forskningsfilosofien og de valgene man tar for innhenting og analyse av data. Ulike forskningsstrategier kobles gjerne til spesifikke filosofier og logikker. Samtidig påpeker Saunders et al. (2019) at det viktigste å tenke på i valget av forskningsstrategi er å oppnå en fornuftig og gjennomgående sammenheng i hele forskningsdesignet, slik at man på en god måte kan besvare problemstillingen.

For å besvare vår problemstilling benytter vi casestudie som forskningsstrategi. Med bakgrunn i at vi ønsker å gjennomføre en deskriptiv og utforskende studie for å få en dypere forståelse av hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP for effektivisering av helseforetak, virker denne strategien som mest passende. Saunders et al. (2019) beskriver casestudie som en undersøkelse av et tema eller fenomen innenfor dets naturlige setting. Denne strategien er derfor særlig egnet dersom konteksten eller settingen er viktig for å forstå det som studeres. I vårt tilfelle mener vi det er sentralt å foreta en casestudie da vi kan anta at konteksten vil ha betydning for hvordan klinikere involveres i bruken av KPP i helseforetakene.

Yin (2018)¹³ skiller mellom fire ulike casestrategier, der strategiene skiller seg fra hverandre i valget mellom ett eller flere case og holistisk eller integrert case. Vi har valgt å bruke ett case i vår strategi. Ved å benytte kun ett case kan vi gå mer i dybden på temaet ved helseforetaket vi studerer. Ved å benytte to eller flere case, kunne vi sammenlignet praksisen på flere sykehus og undersøkt om det fantes trender eller ulikheter. Vårt valg av ett case baserer seg i hovedsak på at vi har begrenset med tid til å gjennomføre vår studie. Samtidig tror vi at vi vil få en dypere forståelse av hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP, ved å fokusere på ett sykehus sammenlignet med om vi skulle studert dette i flere sykehus. Dette begrunner vi med at vi ville hatt mindre tid til å gå i dybden på intervjuene og analysene av funnene våre dersom vi skulle brukt flere case.

Valget mellom holistisk eller integrert case handler om enheten som studeres. Et holistisk case studerer caseobjektet som en helhet, eksempelvis en organisasjon. Et integrert case studerer imidlertid flere enheter innenfor caseobjektet, eksempelvis ulike avdelinger innenfor organisasjonen. Vi har en holistisk tilnærming da vi i utgangspunktet ønsker å studere hvordan

¹² Sitert i Saunders et al. (2019)

¹³ Sitert i Saunders et al. (2019)

klirikere kan involveres i bruken av KPP generelt i sykehuset, uten fokus på spesifikke avdelinger eller fagområder. Det kan samtidig diskuteres hvorvidt vi også kan sies å ha en integrert tilnærming ved å fokusere på analyseavdelingen og hvordan de involverer klinikere. Ved at analyseavdelingen er de eneste som jobber med KPP ut mot klinikere og dermed er de som kan involvere klinikere i bruken av KPP, vil vi samtidig argumentere for at vi har en holistisk tilnærming ved at vi ser på den generelle involveringen og bruken i sykehuset.

Vår forskningsstrategi er dermed å foreta en holistisk casestudie av hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP ved et norsk sykehus. I de neste delkapitlene vil vi belyse metodene som er brukt for innsamling og analyse av data, og diskutere metodekvaliteten og etiske vurderinger.

3.3 Datainnsamling

Ved datainnsamling må det vurderes hvilken metode som passer best til forskningsstrategien og besvarelsen av problemstillingen. Formålet med denne masteroppgaven er å studere hvordan klinikere kan involveres i bruk av KPP til effektivisering av pasientbehandlinger. På grunn av lite eksisterende forskning på feltet, er det mest nærliggende for oss å benytte intervju som primærmetode og dokumentstudier som sekundærmetode.

3.3.1 Intervju

Det finnes flere ulike typer intervjuer, og det sentrale er å benytte seg av den typen som er konsistent med problemstillingen, formålet med studien og forskningsstrategien (Saunders et al., 2019). Standardiserte intervjuer benyttes gjerne til kvantitative studier, mens mindre standardiserte intervjuer som semistrukturerte intervjuer er bedre egnet til kvalitativ forskning (Saunders et al., 2019). Vi skal gjennomføre en deskriptiv og utforskende, kvalitativ holistisk casestudie med en induktiv tilnærming for å undersøke hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP for effektivisering av pasientbehandlinger. Temaet vi vil undersøke er komplekst og fordrer at vi studerer informanternes meninger og oppfatninger. Med en induktiv tilnærming vil vi heller ikke ta utgangspunkt i teori, men knytte data opp til teori i etterkant av intervjuene. Dette taler for at standardiserte intervjuer er lite formålstjenlig for oss, og vi vil derfor benytte oss av semistrukturerte intervjuer for datainnsamling.

Med semistrukturerte intervjuer kan vi stille åpne spørsmål for å utforske informantenes oppfatninger og meninger om ulike temaer, stille oppfølgingsspørsmål for å videre utforske temaer eller be informantene utdype noe som kan være uklart. Dette er med på å skape en dybde i datamaterialet, som kan være vanskelig å få til ved standardiserte intervjuer. Semistrukturerte intervjuer innebærer at vi har en viss struktur på temaer og spørsmål i forkant av intervjuene. Vi utarbeidet en intervjuguide til hver informant, som ble sendt til informantene i forkant av intervjuene (se vedlegg 2, 3, 4 og 5). Ved å utforme intervjuguider har vi en formening om hvilke temaer og spørsmål vi ønsker å stille under intervjuene, samtidig som vi er åpne for at nye temaer kan dukke opp underveis. Semistrukturerte intervjuer er følgelig en fleksibel metode, og egner seg godt for datainnsamling i vårt kvalitative forskningsprosjekt.

Intervjuene ble gjennomført en-til-en, både fysisk på sykehuset og digitalt over teams. For å sikre oss at vi fikk med oss alt informantene sa, tok vi taleopptak av alle intervjuene. I tillegg har vi hatt dialog på mail med flere informanter i etterkant av intervjuene for å oppklare eller utdype utsagn, der vi enten har vært i tvil om vi har forstått innholdet eller har hatt behov for å utdype vår forståelse av temaer.

Utvalg av informanter

Utvalget av informanter ble i hovedsak opparbeidet gjennom snøballmetoden, som er en form for frivillig utvalg. Denne metoden innebærer at vi som forskere kontakter en informant, som blir forespurt om å foreslå nye informanter, som videre blir forespurt om å foreslå nye informanter igjen (Saunders et al., 2019). På denne måten økes utvalget lignende en snøball som blir større når den ruller i snøen. Metoden er passende i situasjoner der det er vanskelig å identifisere informanter i populasjoner og tillater at prosessen med å finne informanter kan justeres underveis. I vår studie var det uklart for oss hvem som jobber med KPP og hvilke personer som benyttet dataen til effektiviseringsarbeid. I vårt tilfelle fremstod derfor snøballmetoden som hensiktsmessig.

En utfordring med snøballmetoden er at informantene kan foreslå nye informanter som er like dem selv eller som har samme oppfatninger, slik at utvalget blir en homogen gruppe (Lee, 2000)¹⁴. For å redusere denne utfordringen var det viktig for oss å sikre informanter innenfor

¹⁴ Sitert i Saunders et al. (2019)

ulike fagfelt og med ulikt lederansvar i casesykehuset. Disse karakteristikene ble introdusert for at utredningen skulle kunne belyse ulike perspektiver knyttet til hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP til effektivisering i sykehuset. Ved å ha informanter fra både analyseavdelingen og klinikk bringer informantene med seg forskjellige synspunkter til det samme forskningsspørsmålet, som kan bidra til at vi får en rikere forståelse av temaet. I tillegg har vi informanter med ulikt lederansvar i helseforetaket. Det var sentralt for oss å intervju personer som hadde god kjennskap til bruken av KPP-modellen i sykehuset, og derfor ønsket vi å intervju ansatte som er eller har vært delaktig i samhandlingen rundt bruken av KPP.

Utvalget vårt ble innledningsvis opparbeidet ved at vår veileder kjente til en ansatt ved sykehuset som var engasjert i arbeidet med KPP. Vi tok derfor kontakt med vedkommende og gjennomførte et digitalt intervju der vi fikk innsikt i sykehusets arbeid med KPP. Vedkommende satte oss i kontakt med ytterligere tre informanter som var i tråd med kjennetegnene beskrevet ovenfor. Dette var en informant i analyseavdelingen, og to informanter som hadde vært klinikkjefer. Etter hvert så vi også behovet for å studere samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere på ulike nivåer i lederlinjen for å få ytterligere innsikt i samhandlingen. Dermed etablerte vi kontakt med ytterligere to informanter. Den ene informant ble vi satt i kontakt med gjennom en av våre informanter, og snøballmetoden ble dermed benyttet. Den andre informant tok vi selv kontakt med på mail, hvor vi inviterte vedkommende til å delta i forskningsprosjektet. Vi benyttet dermed selvvalgt utvalg, som også er en form for frivillig utvalg, der informantene kan bli kontaktet og selv velge om de ønsker å være en del av prosjektet (Saunders et al., 2019). Ved å inkludere to informanter i analyseavdelingen, samt fire informanter fra ulike ledelsesnivåer i klinikk kan vi studere problemstillingen fra flere nivåer og perspektiver i sykehuset. Figur 3.2 viser oversikten over informantene våre, hvilket fagområde og nivå de tilhører, hvor mange intervjuer vi har hatt med den enkelte samt hvordan intervjuene ble gjennomført.

Informant	Fagområde	Sted	Antall intervjuer
Informant 1	Tidligere klinikk sjef	Sykehuset	1
Informant 2	Tidligere klinikk sjef	Digitalt	1
Informant 3	Analyse	Digitalt	1
Informant 4	Analyse	Sykehuset + Digitalt	2
Informant 5	Tidligere seksjonsleder klinikk	Digitalt	1
Informant 6	Tidligere avdelingsleder klinikk	Digitalt	1

Figur 3.2 - Oversikt over informanter

3.3.2 Dokumentstudier

I tillegg til intervjuer har vi også fått tilgang til to interne dokumenter fra sykehuset. Disse dokumentene inneholder blant annet informasjon om analyseavdelingens mandat, arbeidsoppgaver og bruken av KPP i sykehuset. Ved å gjennomføre intervjuer med informanter og studere interne dokumenter benytter vi triangulering. Triangulering vil si at man benytter to eller flere ulike metoder for innsamling av ulike datakilder (Saunders et al., 2019). En slik metode vil ifølge Saunders et al. (2019) kunne øke sannsynligheten for at kildene forteller oss det vi tror at de forteller oss, og dermed bidra til å styrke gyldigheten og således kvaliteten til forskningen.

Samtidig er det også ulemper ved å benytte sekundærkilder slik som interne dokumenter. Saunders et al. (2019) poengterer at slike kilder kan være laget for andre formål enn vår studie, og kan være preget av bias og varierende kvalitet. Disse momentene må dermed tas i

betraktning ved analyser av slike dokumenter. Samtidig argumenterer Saunders et al. (2019) for bruk av sekundærkilder dersom de kan bidra til å gi svar på problemstillingen, til tross for disse ulempene.

3.4 Dataanalyse

Fremgangsmåten for dataanalysen bestemmes blant annet av hvilken type data som samles inn og implikasjonene det har for analysen (Saunders et al., 2019). Som beskrevet tidligere er denne studien en kvalitativ studie, som innebærer at vi samler inn kvalitativ data slik som verbale og skriftlige ord samt visuell data. Siden ord og bilder kan være tvetydige og tolkes ulikt, er det viktig at interaksjonen mellom datainnsamlingen og dataanalysen gir rom for at meningene kan utforskes og oppklares (Saunders et al., 2019).

Saunders et al. (2019) trekker frem to implikasjoner ved analyse av kvalitativ data. For det første kan dataen reflekteres av perspektivene og erfaringene til de som samler inn dataen, noe som ble drøftet i kapittel 3.1. Den andre implikasjonen handler om at kvalitativ data ofte innebærer et stort omfang av kompleks data, noe som kan gjøre det utfordrende å analysere dataen. Først må intervjuene transkriberes, noe som er en tidkrevende prosess. Vi har valgt å transkribere intervjuene selv, uten hjelp av digitale transkriberingsverktøy. Dette har vi gjort for å sikre oss at vi får med oss alt innholdet i intervjuene og nyanser som vi ikke nødvendigvis oppfattet i intervjusettingen.

Ved analyse av kvalitativ data vil det videre være nødvendig å ta stilling til hvorvidt dataen må analyseres i sin opprinnelige form uten særlig grad av bearbeiding eller fragmentering, eller om den kan reduseres og kategoriseres inn i eksempelvis ulike temaer (Saunders et al., 2019). Etter at transkriberingen av intervjuene var gjennomført, valgte vi å kategorisere datamaterialet inn i temaer som var gjennomgående. Denne teknikken kalles temaanalyse (Saunders et al., 2019). Med en induktiv tilnærming anser vi denne metoden som passende, da vi ikke tar utgangspunkt i eksisterende teori, men ønsker å identifisere sammenhenger og temaer basert på vårt datagrunnlag.

3.5 Metodekvalitet

I en vitenskapelig studie er det viktig å vurdere metodekvaliteten, da denne kan ha implikasjoner på funn og videre analyser av funnene. I en kvalitativ studie hvor vi benytter semistrukturerte intervjuer som metode, vil vurderingen av metodekvalitet innebære å reflektere rundt metodens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet (Saunders et al., 2019).

3.5.1 Pålitelighet

Påliteligheten til metoden dreier seg om hvorvidt andre forskere ved bruk av samme metode, vil komme frem til samme funn som oss (Saunders et al., 2019). På grunn av liten grad av standardisering, kan dette være en utfordring ved semistrukturerte intervjuer (Saunders et al., 2019). Samtidig fremhever Saunders et al. (2019) at funn fra semistrukturerte intervjuer ikke nødvendigvis er ment å være etterprøvbare da disse reflekterer situasjonen på tidspunktet intervjuene finner sted, og denne situasjonen fort kan endre seg. Det viktigste for å sikre pålitelighet til funnene i denne sammenheng er å ha et velbegrunnet forskningsdesign, og forklare hvilken strategi og metode som er benyttet, slik at andre kan forstå funnene og de prosessene som ligger til grunn for disse (Saunders et al., 2019). Dette har vi lagt frem i redegjørelsen av vitenskapsteoretisk utgangspunkt og forskningsdesign tidligere i dette kapitlet.

Ulike «bias» kan likevel påvirke påliteligheten til dataen som fremkommer fra semistrukturerte intervjuer. Saunders et al. (2019) skiller mellom tre ulike former for bias som kan oppstå i en intervjusituasjon; intervjuerbias, respondentbias og deltakerbias. Intervjuerbias kan oppstå dersom intervjuerens kroppsspråk, tone, kommentarer eller spørsmålsformulering, påvirker den som blir intervjuet og måten han eller hun svarer på. I tillegg kan intervjuerbias oppstå basert på hvordan intervjueren tolker informantenes uttalelser og meninger. For å unngå denne typen bias har vi forsøkt å opptre så nøytrale som mulig når det kommer til kroppsspråk, tone og kommentarer. Vi har også nøye utarbeidet intervjuguider der vi har lagt vekt på å formulere åpne spørsmål. I tillegg har vi forsøkt å forsikre oss om at vi har forstått informantene riktig ved å bruke oppfølgingsspørsmål og oppsummeringer av temaer.

Respondentbias kan oppstå på bakgrunn av informantens oppfattelse av intervjueren, men også basert på hvordan informanten selv ønsker å bli oppfattet eller ønsker at organisasjonen skal bli oppfattet. Dette kan føre til at informanten velger å beskrive en liten del av helheten,

og unngår å fortelle om sider som kan sette informantene selv, eller organisasjonen i et dårlig lys (Saunders et al., 2019). Vi har forsøkt å unngå denne type bias ved å benytte samtykkeskjema, som ble sendt til informantene i forkant av intervjuene. Skjemaet inneholder informasjon om hvordan personopplysninger og innsamlet data vil bli oppbevart og behandlet konfidensielt. Videre har vi valgt å anonymisere både informantene og helseforetaket i masteroppgaven, som et tiltak for å skape en trygg ramme for informantene. I tillegg har vi gjennomført intervjuene i lukkede og uavbrutte omgivelser for å forhindre at intervjuene blir overhørt.

Deltakerbias kan oppstå på bakgrunn av kjennetegn ved informantene (Saunders et al., 2019). Eksempelvis kan det være at tidkrevende intervjuprosesser fører til at enkelte ikke ønsker å delta, og kan dermed påvirke utvalget av informanter samt informasjon og dataen som innhentes. Vi har som beskrevet fått tilgang til flesteparten av våre informanter gjennom den første informanten vi fikk kontakt med. Vi har forsøkt å beskrive for denne personen hvilke karakteristikk ved informantene vi ønsker, for å unngå deltakerbias. Samtidig er det en fare for at informantene vi ender opp med er like i oppfatninger og meninger, selv om de kommer fra ulike avdelinger og profesjoner. Vi mente samtidig at det var mest hensiktsmessig å rekruttere andre informanter ved å bruke snøballmetoden, da denne personen hadde kjennskap til organisasjonen og kunnskap om hvem som kunne gi oss nyttig informasjon til vårt formål. I tillegg anså vi det som positivt at rekruttering av informanter skjedde gjennom en person som de andre informantene hadde kjennskap til, da dette potensielt kunne øke sannsynligheten for deltakelse sammenlignet med om henvendelsen kom direkte fra oss. Likevel tok vi også direkte kontakt med en av våre informanter uten å gå gjennom informanter vi allerede hadde knyttet kontakt med. Dette gjorde vi fordi vi etter hvert så behovet for å knytte kontakt med en informant på et spesifikt nivå i organisasjonen. På denne måten svekkes samtidig faren for at informantene er like i sine oppfatninger og meninger.

3.5.2 Gyldighet

En studies gyldighet handler om hvorvidt vi som forskere fanger opp det fenomenet som studien er ment å undersøke og om vi tolker funnene på en måte som reflekterer virkeligheten (Saunders et al., 2019). Gjennom å benytte semistrukturerte intervjuer hadde vi mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål og be om utdypning på områder der vi ønsket ytterligere forklaringer eller var usikre på om vi hadde forstått informanten. Dette er med på å styrke gyldigheten til våre funn, da risikoen for feiltolkning blir mindre. I tillegg har vi utvidet vår

forståelse av utsagn i etterkant av intervjuene per mail, i tilfeller hvor vi har vært i tvil om betydningen av innholdet eller har sett et behov for utdypning. Dette styrker ytterligere gyldigheten til våre funn. Ved å benytte interne dokumenter og dermed triangulering, har vi videre styrket gyldigheten. Selv om disse dokumentene er laget av en informant, og må analyseres i lys av formål, kvalitet og bias har disse kildene hjulpet oss med å bekrefte våre tolkninger av funn i intervjuene.

Vi har opparbeidet oss kunnskap om konteksten og temaet før intervjuer og datainnsamlingen, noe som har gitt oss en dypere forståelse for problemstillingen. Dette har bidratt til at vi har vært mer forberedt til intervjuene og kunne fokusere på relevante aspekter. På denne måten har vi vært bedre rustet til å fange opp informantenes opplevelser på en presis måte, som bidrar til å styrke studiens gyldighet.

Samtidig bygger vi på tidligere masteroppgaver om bruken av KPP, og benytter deres funn som grunnlag for vår studie. Dette inkluderer tidligere forslag som peker på betydningen av enkeltpersoner, institusjonelle logikker og samhandling. Med dette som utgangspunkt, retter vi oppmerksomheten mot temaer som tidligere forskning har funnet at er relevant. Dette styrker studiens gyldighet fordi det øker sannsynligheten for at vi undersøker aspekter som faktisk har betydning i vår kontekst. I tillegg benytter vi teori til å forstå sammenhenger vi ser i datagrunnlaget. På denne måten styrkes gyldigheten til vår studie.

Saunders et al. (2019) fremhever at studiens gyldighet også kan styrkes ved refleksjon og diskusjon av funn og ideer med andre personer. Vi har gjennom vårt arbeid med denne masteroppgaven hatt flere samtaler med vår veileder Kari Nyland samt doktorgradsstipendiat Martine Kjenstad ved NTNU, for å diskutere datamaterialet og ideer for oppgaven. På denne måten har vi fått perspektiver på våre tolkninger som både har bekreftet våre ideer og retninger for oppgaven, men også beriket oss med nye perspektiver og innfallsvinkler som har skapt nye retninger.

3.5.3 Overførbarhet

Metodens gyldighet handler om metodens interne validitet, mens den eksterne validiteten i større grad handler om hvor overførbare våre funn er (Saunders et al., 2019). Overførbarhet handler om i hvilken grad våre funn kan overføres til, og benyttes i andre settinger (Saunders et al., 2019). Ved å kun studere ett helseforetak og gjennomføre intervjuer av et mindre antall informanter, kan en stille spørsmål ved overførbarheten til våre funn. Når det gjelder faktorer

som oppleves å påvirke samhandlingen mellom økonomi- og administrasjonsansatte og klinikere vil våre funn på den ene siden kunne antas å være preget av kontekster og forhold ved dette helseforetaket, som gjør at funnene ikke nødvendigvis kan overføres til andre helseforetak. Ved å gjøre en komparativ studie av flere sykehus med ulik størrelse, organisering og kommunikasjonskanaler kan man i større grad korrigere for slike variasjoner, noe som kunne styrket overførbarheten. Samtidig kan det tenkes at noen av faktorene vi finner kan anses som mer overordnede for samhandlingen i helseforetak, og dermed kan overføres til andre helseforetak.

Når det gjelder hvordan vi kan forstå aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy kan det derimot være mer tvilsomt om funnene kan overføres til andre helseforetak, da vi studerer enkeltaktører som er til stede ved dette helseforetaket. Samtidig kan det tenkes at det kan være noen generelle roller eller egenskaper ved rollene som kan være sammenfallende eller aktuelle for helseforetak også utenfor vårt casesykehus.

3.6 Etiske vurderinger

I tillegg til metodekvalitet, må også en rekke etiske vurderinger gjøres i forbindelse med vår forskning. I henhold til Dalland (2020) dreier forskningsetikk seg om å ivareta personvernet til deltakerne i forskningsprosjektet, sikre deres integritet og velferd, og forhindre at enkeltpersoner blir påført skade eller unødvendig belastning.

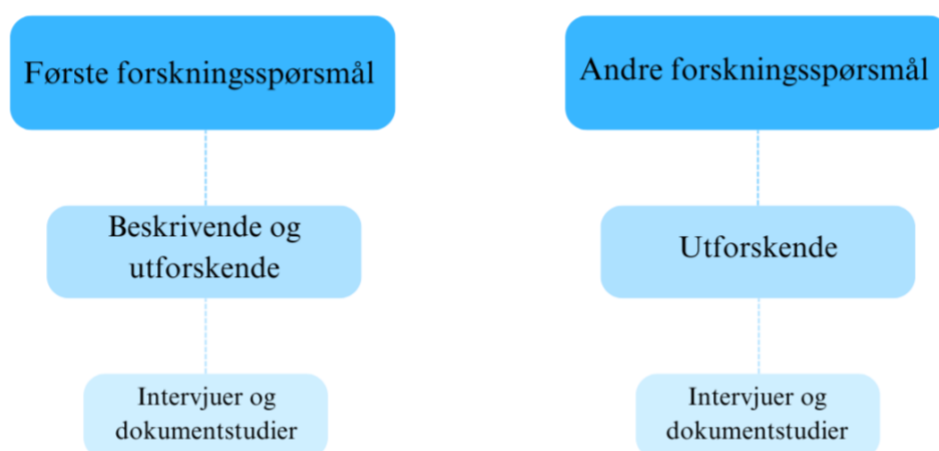
For å ivareta personvernet til deltakerne i vårt forskningsprosjekt har vi sendt inn forespørsel til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør om behandling av personopplysninger, og fått prosjektet godkjent. I forbindelse med denne prosessen utarbeidet vi et samtykkeskjema som vi sendte til våre informanter i forkant av intervjuene (se vedlegg 1). Samtykkeskjemaet inneholdt informasjon om prosjektet, vår behandling av personopplysninger samt informantenes rettigheter knyttet til deltakelse. Samtykkeskjemaet ble sendt til informantene i forkant av intervjuene, og er signert fysisk i forbindelse med fysiske intervjuer. I tillegg har vi fra de fleste informanter som har deltatt gjennom digitale intervjuer fått tilbakesendt signerte samtykkeskjemaer, mens enkelte har gitt muntlig samtykke til at vi kan behandle deres personopplysninger.

For å ivareta våre informanter har vi videre valgt å anonymisere både informantene og casesykehuset. Med informantens samtykke har vi likevel inkludert en beskrivelse av deres

faglige bakgrunn og stillingstitler, da dette anses som hensiktsmessig for å belyse perspektiver fra ulike nivåer og områder i sykehuset. Vi har i tillegg beskrevet spesifikke kontekster som kjennetegner sykehuset. På denne måten kan det argumenteres for at vi ikke fullt ut har anonymisert informantene. Likevel mener vi at det vil være vanskelig for utenforstående å identifisere sykehuset og informantene, til tross for de nevnte beskrivelsene.

3.7 Oppsummering

I dette kapittelet har vi beskrevet det metodiske rammeverket som er benyttet for å besvare problemstillingen. Innledningsvis har vi redegjort for vårt vitenskapsteoretiske utgangspunkt med en subjektivistisk og induktiv tilnærming. Vi har valgt å gjennomføre en kvalitativ, deskriptiv og utforskende casestudie av et norsk sykehus for å undersøke hvordan klinikere kan involveres i bruken av KPP for effektivisering av pasientbehandlinger. Vi har valgt et intensivt design med en holistisk tilnærming, hvor vi går i dybden på teamet, gjennom et fåtall informanter og studerer bruken av KPP i sykehuset som en helhet. Vi har brukt snøballmetoden for å komme i kontakt med informanter, og datainnsamlingen gjennomføres ved bruk av semistrukturerte intervjuer i tillegg til dokumentstudier av interne dokumenter. Denne dataen har vi analysert ved å bruke temaanalyse, hvor utsagn er kategorisert etter temaer som har blitt utarbeidet basert på datamaterialet. Avslutningsvis har vi redegjort for metodekvaliteten, dens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet, før vi har presentert etiske vurderinger som er gjort i forbindelse med behandling av informantenes personopplysninger og utsagn i intervjuene. Vi har illustrert forskningsspørsmålene samt tilhørende formål og datagrunnlag i Figur 3.3.



Figur 3.3 - Formål og datagrunnlag tilknyttet forskningsspørsmålene

4. Casebeskrivelse: Analyseavdelingen

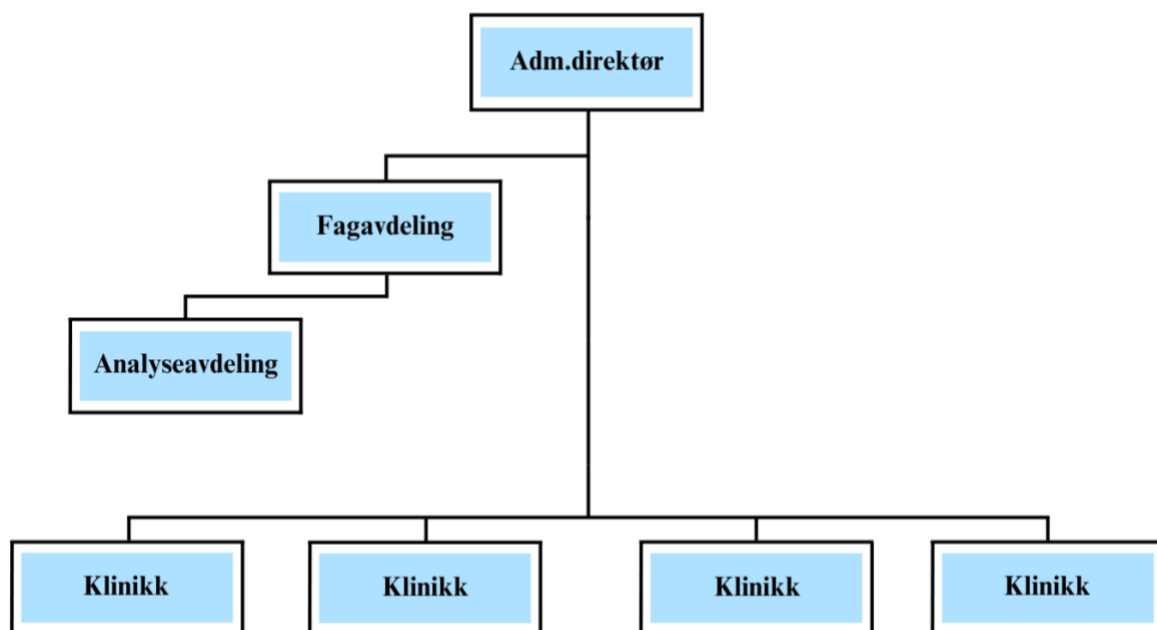
Før vi presenterer våre empiriske funn anser vi det som hensiktsmessig å kort beskrive analyseavdelingen, deres mandat og oppgaver i sykehuset, for å få en bedre forståelse av caset og det som fremkommer i empiri- og analysekapittelet.

Analyseavdelingen er som illustrert i Figur 4.1, organisert under en fagavdeling som består av en rekke stabsfunksjoner som skal bistå med å gi innsikt i sykehusets aktiviteter til direktøren og klinikkene (Sykehusets nettside). Analyseavdelingen er en av disse stabsfunksjonene, og deres mandat i sykehuset er å *«utvikle og forvalte den statistiske sannhet om sykehuset (...)»*, samt å være et *«bindeledd mellom direktør og klinikk, og understøtte arbeidet med å legge til rette for at klinikkene settes i stand til å levere på direktørens oppdrag»*. (Internt dokument, 2024). Analyseavdelingen skal gjennom sine verktøy og analyser på denne måten bistå klinikkene med innsikt i deres kliniske praksis.

Et av verktøyene analyseavdelingen benytter for å oppfylle deres mandat er en programvare som inneholder KPP-data. Sykehuset har nylig tatt i bruk en ny programvare som er utviklet på eget initiativ, og på en måte som passer deres formål og bruksområde. Sykehuset har gått bort fra tidligere leverandør av den gamle programvaren, blant annet basert på oppfattelsen av at dette verktøyet hovedsakelig var utviklet som et økonomiverktøy for rapportering av KPP til Helsedirektoratet. Programvaren som i dag benyttes vil videre bli betegnet som KPP-verktøyet. Dataen i KPP-verktøyet baserer seg på klinikers koding og registreringer av tjenester og produkter knyttet til pasientbehandlinger. I tillegg inneholder KPP-verktøyet kostnadsdata som henføres til ulike aktiviteter. KPP-verktøyet består dermed av data om alle aktiviteter og produkter som inngår i tjenestene som den enkelte pasient får i sykehuset, samt kostnadene tilknyttet tjenestene og produktene. På denne måten inneholder verktøyet data om kostnaden per pasient.

Analyseavdelingen har ansvaret for KPP-verktøyet, oppdateringen og bruken av modellen samt å rapportere KPP til myndighetene. Internt brukes verktøyet blant annet til å si noe om effektiviteten i sykehusets pasientbehandlinger. KPP-dataen kan aggregeres opp til ulike pasientgrupper og diagnosegrupper. På denne måten kan verktøyet gi innsikt i den medisinske praksisen både på individnivå, og mer generelt for større grupper basert på eksempelvis ulike diagnoser.

Analyseavdelingen består av et fåtall personer, hvor det i hovedsak er informant 3 og informant 4 som bruker KPP-verktøyet. Selv om KPP-dataen ikke eksplisitt inneholder navn på pasienter eller operatører, er det relativt enkelt å kjenne igjen pasientbehandlinger og koble disse opp til pasienter og behandlere. På grunn av denne transparensen, er det kun et fåtall som har tilgang til verktøyet. Da KPP-verktøyet ligger hos analyseavdelingen er det deres ansvar å formidle slik data ut mot klinikkene. Denne formidlingen gjøres i størst grad av analysesjefen. Selv om det er andre i analyseavdelingen som i enkelte tilfeller samhandler med klinikere rundt KPP-data, vil vi i det videre fokusere på samhandlingen mellom analysesjefen og klinikere.



Figur 4.1 - Organisering av analyseavdelingen

5. Effektivisering gjennom KPP: Samhandling og opplevde faktorer for god dialog

I dette kapitlet skal vi presentere våre empiriske funn og besvare det første forskningsspørsmålet:

F1: Hvilke faktorer oppleves som viktig for samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere for bruken av KPP til effektivisering av medisinsk praksis?

For å besvare dette forskningsspørsmålet vil vi først redegjøre for hvordan KPP brukes til effektivisering i sykehuset. Deretter vil vi beskrive hvordan analyseavdelingen, representert ved analysesjefen, samhandler med klinikere rundt bruken av slik data til å forbedre praksis. Videre vil vi belyse hvordan klinikers interesse for KPP kan påvirke samhandlingen og bruken av KPP, før vi avslutningsvis vil beskrive sentrale faktorer som oppleves å ha betydning for legitimiteten til analyseavdeling i møte med klinikere.

5.1 Bruk av KPP til effektiviseringsarbeid

I intervjuet med informant 4 fremkommer det at sykehuset begynte å bruke et KPP-verktøy på midten av 2000-tallet. KPP ble dermed implementert i sykehuset før den nasjonale spesifikasjonen fra Helsedirektoratet kom i 2012, og før det lovpålagte rapporteringskravet fra 2017. Formålet med implementeringen av verktøyet var ifølge informanten å få innsikt i de økonomiske konsekvensene av medisinske beslutninger. Informant 4 beskriver utfordringene de møtte på ved innføringen av KPP-verktøyet:

«De første årene var det ikke noe gøy. For da var vi litt sånn (...), vi vet ikke helt hva vi skal med verktøyet, vi vet ikke helt hvordan vi skal bruke det, og så overlater vi det til controller».

Controller fikk ansvar for å oppdatere og vedlikeholde modellen samt lage fordelingsnøkler (Informant 4). Informant 4 forteller hvordan forsøk på å ta med seg modellen ut i det kliniske miljøet skapte reaksjoner:

«Jeg var den som brukte verktøyet den gangen, ut mot klinikk. Det var sånn, altså opp som en løve, kjempestolt, også sitter det en sånn, det der er feil, og det var jo feil, men (...) jeg var for fremmed for faget til å skjønne at det var feil. Men [klinikere] så det

med en eneste gang. Da var det å krype ut av ledermøtet igjen og starte på nytt igjen. Så kom det til et punkt der jeg kjente at det kan ikke fortsette dette her. Jeg har jo ingen legitimitet hvis det skal fortsette på den måten».

Et direktørskifte oppleves å ha vært et vendepunkt for bruken av KPP i sykehuset:

«Så hadde vi et direktørskifte, som sier at «det verktøyet der [KPP-verktøyet] skal vi bruke og jeg setter av ressurser til å bruke det», altså vedlikeholde det, raffinere det, få bort åpenbare feil og svakheter. (...) Det var et vendepunkt da [direktøren] kom og sier at «dette verktøyet har vi og vi skal bruke verktøyet. Om dere, altså klinikerne, mener at innholdet er for dårlig så har dere et ansvar for å sørge for at det blir godt nok gjennom ulike registreringer dere gjør». Det var på mange måter vendepunktet» (Informant 4).

I dag benyttes KPP i sykehuset til å gi «innsikt i økonomiske sammenhenger», «skape bevissthet rundt økonomiske konsekvenser av medisinske beslutninger», samt til å «stille spørsmål, utfordre myter og sannheter», og inngår på denne måten i alt fra budsjettprosesser til løpende forbedringsarbeid (Internt dokument, 2023). I denne masteroppgaven vil vi som nevnt fokusere på hvordan sykehuset benytter KPP til effektivisering i medisinsk praksis.

Analyseavdelingen bruker KPP-data til å identifisere områder og problemstillinger med effektiviseringspotensialer i pasientbehandlinger. På denne måten anses KPP som «fagets verktøy» og i mindre grad som et økonomioppfølgingsverktøy (Informant 3). For informant 4 representerer KPP «en bro mellom fag og økonomi og administrasjon». Det er dermed det faglige fokuset og effektiviteten i pasientbehandlinger, som er hovedfokuset i analyseavdelingen og for bruken av KPP. Det fremheves hvordan dette fokuset i bruken av KPP skiller seg noe fra andre sykehus ved at KPP «er egentlig for de fleste andre sykehus, noe man bare rapporterer til Helsedirektoratet» (Informant 3).

Informant 4 trekker frem et eksempel hvor det ble identifisert avvik i medisinsk praksis gjennom KPP. Analyseavdelingen identifiserte at kostnadene for en type behandling ganske plutselig hadde gått «rett til himmels». I samarbeid med det kliniske fagmiljøet fant man ut at disse pasientene hadde fått en type komplikasjon som ikke var vanlig ved denne behandlingen. Dette førte til økte kostnader som følge av reoperasjon og materiell samt forlenget liggetid. Det ble identifisert at en og samme operatør hadde behandlet samtlige av disse pasientene, noe som førte til at lederen for avdelingen gikk sammen med operatøren for å observere hva hen

gjorde. Det ble oppdaget avvik i operatørens metode som førte til komplikasjoner i etterkant av operasjonene, og resulterte i at operatøren måtte endre praksis. Dette eksempelet viser hvordan analyseavdelingen identifiserer problemstillinger ved å følge kostnadene for pasientbehandlinger over tid, for så å ta kontakt med fagmiljøet som finner årsakene til kostnadsøkningen og agerer på informasjonen. Det er ifølge informant 4 ikke primært kostnadsreduksjon som er formålet når man identifiserer slike avvik, men forbedringer i pasientbehandlinger. Samtidig skaper det en positiv økonomisk effekt ved at kostnadene går ned som følge av færre liggedøgn og mindre bruk av utstyr. Informant 4 trekker frem at eksempelet oppsummerer hvordan de ønsker å jobbe med KPP, men at dette på langt nær er noe de får til på alle områder.

Informant 4 forteller hvordan flyten i pasientforløp gjennom ulike avdelinger i sykehuset er avgjørende for effektive pasientforløp og kostnadseffektivitet. Informanten trekker frem et eksempel fra en avdeling hvor man så fra KPP at pasientene var «svindyre en stund». Hen tok kontakt med lederen for avdelingen, som reagerte på påstanden om at avdelingens pasienter var så dyre når avdelingens budsjett tross alt gikk i pluss. Informant 4 forklarte lederen at:

«(...) du må glemme budsjettet (...). Dette er kostnadene for (...) pasientene gjennom hele sykehuset. Det er så mange som leverer tjenester og på hvert nivå drypper det ned kostnader. Du har bare en liten del. Men du har likefullt ansvaret for at flyten for disse pasientene gjennom huset er riktig (...).»

Informant 4 forteller at det har vært vanskelig å få folk til å «slippe budsjettankegangen» og heller se på tvers av avdelinger for å effektivisere flyten gjennom sykehuset. Det fremheves at det er viktig å få klinikere til å forstå at dersom disse overgangene ikke er effektive, så er dette både kostbart og dårlig pasientbehandling.

Informant 2 beskriver hvordan hen som klinikkssjef har brukt KPP til å identifisere områder i klinikken hvor det var potensiale for å sette inn «kvalitetsforbedringstiltak». KPP ble brukt for å undersøke om det var enkelte pasientgrupper som ble behandlet på en annen måte eller som var dyrere sammenlignet med andre sykehus. I tillegg ble KPP brukt til å følge kostnadsutviklingen i klinikken over tid, for å eksempelvis undersøke om nye metoder var tatt i bruk. På denne måten kan man undersøke om behandlingen som benyttes påvirker kvaliteten på pasientbehandlingen sammenlignet med andre sykehus eller sammenlignet med den tidligere praksisen i sykehuset.

For at KPP-dataen som analyseavdelingen presenterer til det kliniske fagmiljøet skal være så god som mulig, er det helt avgjørende at klinikere i forbindelse med pasientbehandlinger, registrer og koder riktig. Dersom dette ikke gjøres riktig, kan KPP bli «*forholdsvis meningsløs også i store tall*» (Informant 2). KPP-dataen vil da kunne gi et feilaktig bilde av virkeligheten i klinikkene.

5.1.1 Analysejefens engasjement for KPP

Informant 1 og 2 fra klinikk og informant 3 fra analyseavdelingen forteller hvordan analysejefen i sykehuset har vært en viktig pådriver for hvordan sykehuset bruker KPP. Det fremheves at denne personen har vært på sykehuset gjennom mange år, og har et sterkt engasjement for bruk av KPP internt i sykehuset. Analysejefen beskrives i tillegg å ha stått i bresjen for utviklingen og bruken av verktøyet ut mot klinikk.

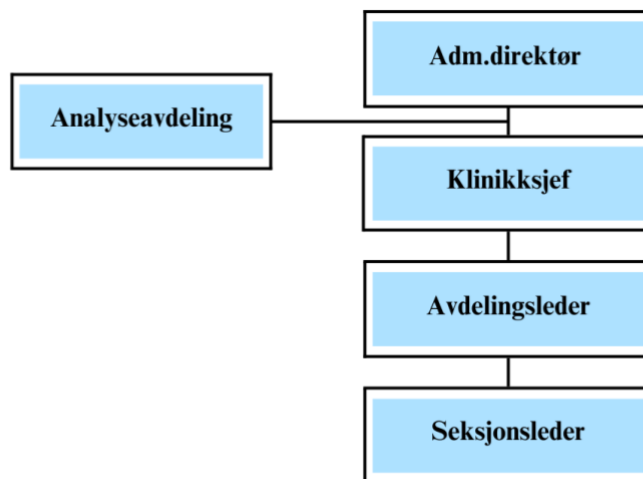
Informant 5 opplever ikke på samme måte at det er enkeltpersoner som er viktige for hvordan sykehuset bruker KPP. Samtidig forteller informanten at hen ikke har brukt KPP i særlig stor grad, og når hen har vært i kontakt med analyseavdelingen har dette vært med flere personer. Årsaken til at enkeltpersoners engasjement oppleves ulikt kan være at informant 1 og 2 som tidligere klinikkjefer med større kunnskap om og interesse for KPP, har hatt mer samarbeid med analysejefen sammenlignet med informant 5 i rollen som seksjonsleder.

Til tross for at en informant ikke fremhever enkeltpersoner, synes likevel analysejefens engasjement for KPP å ha vært viktig for hvordan verktøyet brukes i sykehuset. Eksemplene og problemstillingene som vi har presentert i dette delkapittelet viser også at det kreves samhandling mellom analyseavdelingen og det medisinske fagmiljøet for å identifisere og gjennomføre medisinske forbedringsprosesser gjennom bruk av KPP. I det neste delkapittelet vil vi beskrive nærmere hvordan denne samhandlingen utspiller seg i sykehuset.

5.2 Samhandling mellom analysejefen og klinikere for effektivisering

Samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere rundt bruken av KPP til effektiviseringsarbeid, går i hovedsak mellom analysejefen og den kliniske lederlinjen. Som illustrert i Figur 5.1 består den kliniske lederlinjen av tre nivåer av kliniske ledere; klinikkjefer, avdelingsledere og seksjonsledere. Informant 1 fremhever at KPP er

ledelsesinformasjon, og at klinikere på lavere nivåer ikke har noe særlig forhold til dette. Dette begrunnes med at den enkelte helsearbeider ikke skal tenke over de økonomiske konsekvensene av deres medisinske beslutninger (Informant 4). Kliniske ledere med ansvar for budsjett og effektivitet i pasientbehandlinger må derimot gjøre dette (Informant 4).



Figur 5.1 - Den kliniske lederlinjen

Arbeidsfordelingen mellom analyseavdelingen og klinikere innebærer at analysegrunnlaget kommer fra analyseavdelingen, mens tolkninger av dataen blir gjort i et samarbeid før klinikere agerer på det analysene forteller (Informant 2). Det beskrives av informant 1 at man er avhengig av et slikt samarbeid for å finne de riktige dataene ved å gi analyseavdelingen informasjon og koder, slik at man finner frem til korrekt data som belyser den spesifikke problemstillingen.

Ofte har analysesjefen deltatt på ledersamlinger i klinikkene, hvor problemstillinger har blitt belyst gjennom presentasjon av KPP-data. Informant 2 forteller at klinikken hadde to samlinger i året hvor alle seksjons- og avdelingsledere var samlet, og at analysesjefen minst en gang i året var en del av disse samlingene. Derimot fortelles det at det ikke er en fast struktur på dette i dag, men at det var mer vanlig før koronapandemien (Informant 4). I forbindelse med pandemien fortelles det at KPP-arbeidet ble lagt på is og at det er først nå i etterkant at man forsøker å reetablere KPP-tankegangen i sykehuset.

Samhandlingen foregår også utenfor ledersamlinger, og kliniske ledere oppsøker analyseavdelingen direkte dersom det er problemstillinger man ønsker å belyse gjennom KPP. I slike tilfeller blir analyseavdelingen, som oftest representert ved analysesjefen, beskrevet

som engasjert og interessert, og oppleves å være på tilbudssiden og leverer innen kort tid når det kan bistås med datagrunnlag i klinikkene. Videre beskrives det at avdelings- og seksjonsledere tar direkte kontakt med analysesjefen, uten å gå via klinikkensjefen (Informant 2). Hvorvidt ledere på avdelings- og seksjonsledernivå etterspør data, oppfattes å avhenge av både deres interesse og dyktighet.

Selv om det er blitt belyst fra samtlige informanter at samhandlingen initieres fra begge sider, har vi inntrykk av at det kan være ulike oppfattelser av hvilken vei det typisk går. Informant 4 opplever at det som regel er analyseavdelingen som tar med seg KPP-data ut til klinikk, heller enn at klinikere etterspør data. Informant 1 har imidlertid en annen oppfatning. Som klinikkensjef opplever informanten at det som regel er hen som etterspør. Informanten sier videre:

«(...) men jeg er sikkert ikke helt som andre. Jeg er veldig opptatt av å få tall og dokumentasjon, fordi jeg føler at det gir meg en helt annen innsikt i hvordan driften egentlig er, også er jo vi ledere forskjellig».

Som det fremkommer i dette delkapittelet kan det virke som at klinikerens interesse for å bruke kostnads- og aktivitetsdata kan påvirke samhandlingen mellom analysesjefen og den kliniske lederlinjen rundt bruken av KPP. I det neste delkapittelet vil vi beskrive interessen klinikere oppleves å ha for å bruke kostnads- og aktivitetsdata til klinisk forbedringsarbeid.

5.3 Varierende interesse for bruk av KPP i klinisk forbedringsarbeid

I rollen som klinikkensjef beskriver informant 1 og 2 at deres interesse for å ta i bruk KPP i klinikkene har vært stor. For informant 1 har det vært viktig å følge nøye med på aktiviteten og utviklingen over tid, og hen tenker at de har *«et samfunnsoppdrag i å skulle prøve å drive mest mulig effektivt»*. I tillegg opplever informanten at den beste parameteren for å si noe om hvorvidt man driver mer eller mindre effektivt, trolig er kostnad per pasient og hvordan denne utvikler seg over tid. Informant 2 har mye erfaring med bruk av KPP, og har hatt et særlig fokus på at den medisinske kodingen skal bli riktig nedover i klinikken.

Informant 3 og 4 fra analyseavdelingen beskriver samtidig at de opplever at den generelle interessen for KPP som KPP i seg selv er liten blant klinikere. Informant 4 tror hovedargumentet er at de oppfatter det som *«nok et økonomiverktøy»*. Videre oppleves det at

det er liten aksept for å blande inn økonomi i konkrete pasientbehandlinger (Informant 4), og at klinikerens hovedinteresse er å gi hver pasient best mulig tilbud (Informant 2 og Informant 6).

Dette nyanseres av informant 5 som også forteller at alle i klinikken er opptatt av hva som er pasientens beste, men at det er forskjeller i aksepten for å blande inn kostnadsdata. Informanten forteller at «*noen sier at «økonomien, det bryr jeg meg ikke om, det er bare pasientens beste [som er viktig]»»*, mens andre i større grad har en aksept for å ta det økonomiske aspektet i betraktning. I tilknytning til denne beskrivelsen, forteller informanten at rollen som mellomleder kan innebære å være en oversetter mellom de på høyere ledernivå og klinikere «på gulvet». Samhandlingen nedover handler blant annet om å få klinikere til å se at man sammen med ledelsen kan finne nye måter å gjøre ting på, som ikke går på bekostning av pasient eller prognose, men som gir en økonomisk gevinst og som er bedre for pasienten. Når det gjelder samhandling oppover forteller informanten at det noen ganger innebærer:

«å fortelle at det som ser ut som en pasient som bare ligger i sengen en uke, det er ikke bare en pasient som ligger i sengen en uke, den ligger der for en grunn. Den grunnen er nettopp at hvis vi sender hjem pasienten vet vi av erfaring at (...) de som ikke er compliant som ikke hører på hva du sier, de får vi tilbake og da får vi et mye lenger forløp».

Om interessen for KPP beskriver informant 4 videre at «*generelt kan vi si at jo høyere i hierarkiet du kommer, jo mer kjent er du med verktøyet og jo mer nysgjerrig har du blitt*». Som beskrevet i delkapittel 5.2 er det heller ikke en ambisjon å nå den enkelte helsearbeider. Informant 4 uttaler at «*[Den enkelte helsearbeider] skal ikke tenke dette her. De skal ikke tenke på [KPP]. Det blir helt feil*».

Det beskrives også noen utfordringer knyttet til interessen for KPP som effektiviseringsverktøy. Informant 3 forteller at man kan vekke interesse for problemstillinger utledet av KPP-informasjon der og da, men at når man kommer tilbake senere eller sender en mail kan det være glemt. I tillegg påpeker informant 2 og 4 at det er en fare for at interessen daler i avdelingene dersom nøkkelpersoner ikke ser nytten av KPP. Informant 2 forteller videre at selv om klinikkensjefen er veldig interessert, «*(...) så var [en] avdelingssjef overhodet ikke interessert og (...) det har ført til en veldig nedover-spiral*».

Beskrivelsene i dette delkapittelet tyder på at interessen for KPP kan påvirke hvorvidt slik data benyttes i klinikkene. Samtidig er det også andre faktorer som oppleves å påvirke bruken samt legitimiteten til analyseavdelingen. I neste delkapittel skal vi se nærmere på disse faktorene.

5.4 Fire faktorer som styrker analyseavdelingens legitimitet

I kapittel 5.1 beskrev vi hvordan informant 4 opplevde manglende legitimitet i det medisinske fagmiljøet når sykehuset begynte å bruke KPP. I dag har vi en oppfattelse av at analyseavdelingen i større grad har legitimitet blant klinikere i sykehuset. Basert på intervjuer med informantene har vi identifisert fire faktorer som oppleves å ha betydning for analyseavdelingens og analysesjefens legitimitet, og således også bruken av KPP til effektivisering. Disse faktorene er analyseavdelingens organisering, kunnskap om sykehusdriften, analysesjefens relasjoner til nøkkelpersoner samt hens tilnærming og formidlingsevne.

Vi vil fokusere på legitimiteten til analyseavdelingen og analysesjefen fremfor legitimiteten til KPP-dataen fordi KPP-dataens legitimitet og hvorvidt dataen er relevant, i stor grad avhenger av korrekt registrering og koding fra klinikere, noe analyseavdelingen jobber med å belyse. For at klinikere skal ha en forståelse og aksept for at koding og registrering er viktig er det derfor nødvendig at analyseavdelingen har tilstrekkelig legitimitet i det kliniske miljøet.

5.4.1 Organisering av analyseavdelingen under fagdirektør

Analyseavdelingen er som nevnt i kapittel 4 organisert under fagavdelingen. Det er en oppfatning i analyseavdelingen at man skiller seg fra andre sykehus når det kommer til organisering under fagdirektør, ettersom det mest vanlige er at KPP-ansvaret ligger i økonomiavdelingen. I intervjuer med informantene oppfatter vi at det er ulike meninger tilknyttet organiseringens betydning for analyseavdelingens legitimitet.

Informantene i analyseavdelingen har en oppfattelse av at organiseringen under fagavdelingen kan ha betydning for legitimiteten deres i møte med klinikere. Dette begrunnes med at analyseavdelingen får en annen inngang i møte med klinikere sammenlignet med om de hadde vært en del av økonomiavdelingen, da det er det faglige fokuset som står i sentrum og ikke primært økonomi. Informant 2 fra klinikk deler i stor grad analyseavdelingens oppfatning av

at organiseringen styrker analyseavdelingens legitimitet, *«da representerer [analysesjefen] faget når [hen] kommer ut, og det er faglige forbedringer som er det grunnleggende»*.

Samtidig påpeker informant 4 fra analyseavdelingen og informant 1 fra klinikk at det mest avgjørende for analyseavdelingens legitimitet er det faglige fokuset og måten de jobber opp mot de kliniske miljøene, fremfor plassering i sykehuset. Likevel forteller informant 1 at *«jeg tror at det at analyse ligger i fag, det at det er koblet tett mot kvalitet og forbedringsarbeid, det tror jeg gir noen synergier som jeg hvert fall tenker er ganske viktig»*.

Selv om det er noe ulik oppfatning av hvordan organiseringen påvirker analyseavdelingens legitimitet, ser vi likevel at flere mener at organiseringen er av betydning.

5.4.2 Kunnskap om sykehusdriften oppleves som viktig

Den andre faktoren vi har identifisert er analysesjefens og avdelingens kunnskap om sykehusdriften. Som beskrevet forteller informant 4 at hen var for *«fremmed for faget»* til å skjønne at det som ble presentert av KPP-data var feil når man begynte å bruke KPP i sykehuset. Informanten beskriver at dette opplevdes å gå ut over legitimiteten.

Flere informanter opplever at det er helt avgjørende for analyseavdelingens legitimitet i det kliniske fagmiljøet at de har en viss kunnskap om sykehusdriften. Ifølge informant 4 forsterker det legitimiteten deres når de er ute i klinikkene at man *«ikke er helt grønne på hva som foregår i faget»*, noe som også muliggjør at de kan stille relevante og riktige spørsmål. I tillegg oppfatter informant 2 at analysesjefen kan gi legitimitet til det meste, og opplever at klinikere lytter dersom analysesjefen kommer med en problemstilling som hen ønsker å diskutere.

Videre beskrives det at man fort blir sett på som *«uinteressant»* (Informant 3), og kan bli *«avkledd»* (Informant 4) dersom man ikke har nok kunnskap om sykehusdriften. Informant 1 forteller at det kan oppstå utfordringer når det kommer nye personer inn i analyseavdelingen som *«ikke kan så mye om sykehus»*. Ifølge informant 4 vil derfor ikke en nyansatt i avdelingen slippes ut i klinikken dersom man ikke er trygg på at denne personen har tilstrekkelig kunnskap om driften.

5.4.3 Analysesjefens relasjoner til nøkkelpersoner styrker avdelingens legitimitet

I tillegg til organisering og kunnskap om sykehusdriften, fremheves analysesjefens relasjoner til nøkkelpersoner som viktig for legitimiteten til analyseavdelingen. Det fortelles at det er viktig å «*kjenne folka godt*», og at dette er en forutsetning for å lykkes med analyseavdelingens arbeid (Informant 4), samtidig som det styrker tilliten og samarbeidet mellom analyseavdelingen og klinikere (Informant 1).

Vi har tidligere beskrevet hvordan et direktørskifte opplevdes å ha vært et vendepunkt for hvordan KPP ble ansett og brukt i sykehuset. Dette førte til økt ressursbruk og synliggjøring av KPP-verktøyet fra øverste hold, som skapte et «*godkjennelsesstempel*» og legitimerte bruken nedover i organisasjonen (Informant 3 og Informant 4). Samtidig fremheves også en langvarig relasjon mellom tidligere direktør og analysesjefen som sentral for legitimiteten til analyseavdelingen og deres arbeid med KPP (Informant 3). Økonomidirektørens oppfatning av at KPP ikke bør være et økonomiverktøy, men en del av analyseavdelingen beskrives også som sentralt for legitimeringen av deres arbeid i klinikkene (Informant 4). Videre forteller informant 2 at:

«Kontinuitet på både analyse- og økonomisjef, og hele tiden fagdirektører som da har adaptert [KPP-tankegangen] når de har blitt presenter for den. Det har vært ganske stor grad av stabilitet der også de siste 15 årene. Så det tror jeg at har hatt masse å si».

Videre beskrives det at det er helt nødvendig å ha «*allierte i klinikk som legitimerer*» at det brukes tid på KPP til forbedringsarbeid nedover i klinikkene (Informant 4). Særlig trekkes det frem at det er viktig å vekke en interesse hos klinikkjefer og avdelingsledere, da disse oppleves som nøkkelpersoner for å oppnå et samarbeid rundt bruken av KPP. Samtidig forteller informant 4 at det også er nødvendig å få med seg uformelle ledere som kan ha mye påvirkningskraft nedover i organisasjonen, for å kunne gjennomføre endringer. Dersom analyseavdelingen ikke har allierte i klinikk, mener informant 4 at KPP bare vil bli brukt til forskning og innovasjon, og ikke til effektivisering av den ordinære driften.

Ved lederskifter oppleves det at KPP-tankegangen kan «*forvitre*» ettersom det tar tid å sette seg inn i kulturen, men også på grunn av manglende interesse for å bruke KPP i forbedringsarbeid (Informant 2). Informanten forteller at «*det har vi sett på lommer innenfor*

[sykehuset], innenfor lommer av ledelse. Innenfor [klinikken] også, så er det en del som ikke har det fokuset i det hele tatt, og da forvitrer det i løpet av veldig kort tid». Sykehuset står i dag ovenfor en situasjon hvor omorganisering fører til at nye personer trer inn i lederstillinger gjennom hele sykehuset. I den forbindelse forteller informant 4 at en «starter på mange måter på bar bakke og prøver å få reetablert [KPP-tankegangen] nå».

Det oppleves også som viktig å kjenne folkene i sykehuset for å vite hvordan man skal tilnærme seg personer i ulike avdelinger ettersom interessen for KPP kan variere blant klinikere. I det neste delkapittelet vil vi derfor beskrive analysesjefens tilnærming i møte med klinikere.

5.4.4 Analysesjefens tilnærming og formidlingsevne oppleves som avgjørende

Gjennom intervjuene har vi fått en oppfattelse av at analysesjefens tilnærming i møte med klinikere, er det som har størst betydning for analyseavdelingens legitimitet i det medisinske fagmiljøet. Informant 2 forteller at analysesjefen påpeker svakheter, men aldri kommer med løsninger. Informanten opplever det som legitimt at analysesjefen deltar i forbedringsprosesser og på denne måten er en «medspiller for klinikk», fremfor å komme med «sparekniven» eller «beskyldninger om at det ikke er bra nok». Samtidig kan det også oppleves som frustrerende at det ikke presenteres løsninger som kan gi raske effekter. Likevel tror informant 2 at analysesjefens tilnærming gjennom å være en «medspiller for klinikk» som stiller spørsmål og belyser utfordringer, er viktig for den opparbeidede legitimiteten og tilliten.

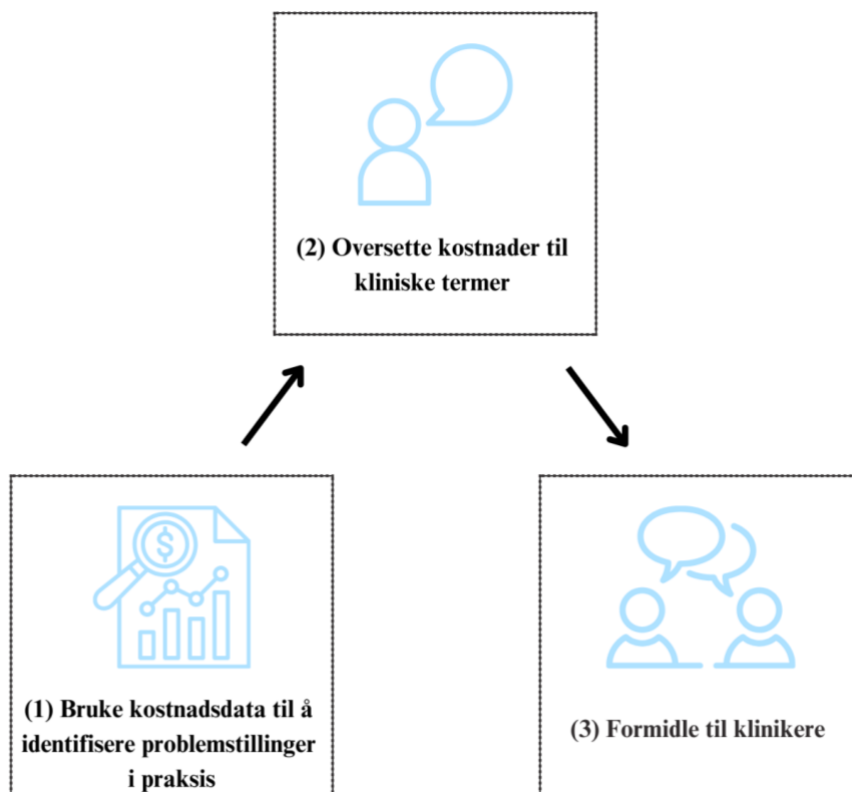
Informant 4 vektlegger at det er svært viktig å ikke være normativ i møte med klinikere. Det innebærer å unngå å fortelle hvordan ting bør gjøres eller at driften må legges om. Videre fremheves viktigheten av å unngå KPP-begrepet og snakk om kostnader ute i klinikkene. Dette oppleves som lite hensiktsmessig da de fleste klinikere primært oppfatter at KPP handler om kostnader, noe de i utgangspunktet opplever å være lite interessert i (Informant 4). Analysesjefens tilnærming ved å unngå KPP-begrepet kan illustreres ved at vi opplever at enkelte av våre informanter i klinikkene ikke oppfatter at de har brukt KPP, men samtidig belyser eksempler hvor gjennomsnittlig antall liggedøgn for enkelte diagnoser har blitt presentert og brukt for å sammenligne med andre helseforetak.

Som beskrevet i delkapittel 5.3 oppleves interessen for KPP i selg selv å være liten. For å skape en interesse blant seksjonsledere og oppover beskrives det at man må formidle den

kliniske relevansen i dataen. Informant 2 forteller at analysesjefen har en formidlingsevne som gjør at denne informasjonen interesserer klinikere. I stedet for å snakke om dyre pasientgrupper eller behandlinger beskrives det at man må forlate økonomien og oversette det til kliniske termer eller effektiviteten i flyten gjennom sykehuset:

«(...) det er mer det å si noe om det kliniske innholdet. Si noe om hva er gjennomsnittlig liggetid, hvordan ser det ut, hvorfor har vi så mye kostnader knyttet til det. Det er sånne ting som særlig skaper en interesse fra seksjonsleder og oppover» (Informant 3).

I kapittel 5.1 beskrev vi hvordan analyseavdelingen benytter kostnadsdata til å identifisere problemstillinger med effektiviseringspotensialer. Ovenfor har vi belyst hvordan analysesjefen oversetter slik data til noe som har klinisk relevans, og formidler dette til klinikere uten å være normativ. Denne prosessen er illustrert i Figur 5.2 nedenfor.



Figur 5.2 - Formidling av KPP-data til klinikere

Selv om analysesjefen virker å tilpasse seg et språk som appellerer til klinikers interesser, finner vi også at hen ikke nødvendigvis lykkes med å få gehør for effektivisering. Mottakelsen på spørsmålene som stilles oppleves å være avhengig av hvordan de stilles (Informant 4). Informanten forteller at responsen avhenger av:

«(...) hvor flink jeg har vært i møtet med klinikerer. Utgangspunktet er at dette er vi lite interessert i, men hvis du klarer å oversette det til noe som de liker og synes er interessant, så blir også (...) nysgjerrigheten vekt. Hvis jeg bommer der så tar det lang tid før jeg blir invitert igjen».

Informant 4 trekker frem et eksempel fra et spesifikt fagområde som kan illustrere dette. Informanten opplevde at det ble rutine å ta med seg KPP-data som viste at avdelingens pasienter hadde langt flere liggedøgn enn landsgjennomsnittet. Klinikerne argumenterte med at dette var beste praksis, og «*best mulig tilbud til deg som pasient*». Informanten opplevde derimot at problemstillingen fikk oppmerksomhet etter at en klinisk leder hadde lest seg opp på forskning på behandlingsmetoden, og funnet at deres «beste praksis» ikke kunne sies å gi bedre kvalitet sammenlignet med den behandlingen andre sykehus brukte på disse pasientene. Ved at denne lederen endret mening opplevde informant 4 at de andre klinikerne innenfor samme fagområde fulgte etter, noe som førte til at praksisen ble endret.

I tillegg beskrives det at man må tilnærme seg ulike avdelinger og fagmiljø på forskjellige måter. Informant 4 forteller at «*Det er den frie legekunsten. Det er du som lege som bestemmer. Du er autonom i din yrkesutøvelse. Den [tankegangen] står sterkere i [enkelte fagområder] kontra [andre fagområder]*». Det oppfattes derfor at man kan være mer eller mindre direkte, avhengig av hvilket fagområde og hvilken avdeling man snakker med. For å kunne stille de riktige spørsmålene på den riktige måten, oppleves det derfor også som viktig å ha kjennskap til menneskene og driften.

5.5 Oppsummering

I dette kapittelet har vi beskrevet hvordan analyseavdelingen identifiserer problemstillinger med effektiviseringspotensialer gjennom KPP-data, før analysesjefen formidler dette til den kliniske lederlinjen. Vi har identifisert fire faktorer som oppleves å være viktig for legitimiteten til analyseavdelingen og samhandlingen mellom analysesjefen og klinikere, nemlig organiseringen under fagavdelingen, kunnskap om sykehuset, og analysesjefens tilnærming og relasjoner til nøkkelpersoner. Ved flere av disse faktorene har vi sett hvordan enkeltpersoner synes å være viktig, og i neste kapittel vil vi se nærmere på aktørers rolle for bruken av KPP.

6. Analyse av aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy

I dette kapitlet vil vi analysere våre funn i lys av litteratur om institusjonelle logikker i helsesektoren og teori om institusjonelle entreprenører for å besvare det andre forskningsspørsmålet:

F2: Hvordan kan vi forstå aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy for effektivisering?

Først vil vi analysere hvordan sentrale aktører, deres sosiale posisjoner og normative og strukturelle legitimitet, har muliggjort bruk av KPP som et internt styringsverktøy i sykehuset. Deretter vil vi drøfte variasjonen i interessen og bruken av KPP i det kliniske miljøet. Avslutningsvis vil analysere hvorvidt denne variasjonen kan være et tegn på at KPP-tankegangen i liten grad er institusjonalisert i sykehuset.

6.1 Flere lag med institusjonelle entreprenører i sykehuset

Battilana (2006) definerer divergerende endringer som institusjonelle endringer som bryter med den dominerende logikken, og denne logikkens eksisterende praksiser og regler. Våre funn tilsier at endringene i medisinsk praksis initieres basert på problemstillinger som identifiseres i KPP-data. Det kan derimot diskuteres hvorvidt slike endringer kan defineres som divergerende endringer i henhold til Battilana (2006) sin definisjon. Den medisinske profesjonslogikken vektlegger god tid til pasientene og høy kvalitet på pasientbehandlinger (van den Broek et al., 2014) samt autonomi i yrkesutøvelsen (Goodrick & Reay, 2011)¹⁵. Når det initieres til endringer basert på kostnadsdata som har som mål å øke effektiviteten, kan dette på den ene siden sies å stride mot den medisinske profesjonslogikken. Samtidig kan det også utfordre autonomien til klinikere ved at den medisinske praksisen problematiseres utenfor klinikkene.

På den annen side er formålet med endringene å forbedre effektiviteten i pasientbehandlinger, hvor også kvalitetsbegrepet inngår. Dette tyder på at endringene kan være i tråd med

¹⁵ Sitert i van den Broek et al. (2014)

kvalitetsaspektet ved den medisinske profesjonslogikken. Endringene vil likevel kunne bryte med den eksisterende praksisen som kan tas for gitt i organisasjonen, og på denne måten bryte med logikken knyttet til spesifikke aktiviteter.

6.1.1 Analysejefen som institusjonell entreprenør

I samtale med informanter trekkes spesielt analysejefen, og hans engasjement og formidlingsevne frem som viktig for bruken av KPP som et internt styringsverktøy til løpende effektiviseringsarbeid. Flokenes & Gladhaug (2020) finner at helseforetaket de studerer mangler en tydelig forkjemper for å ta i bruk KPP til den interne styringen, noe som fører til at modellen kun benyttes til rapporteringsformålet. Våre funn tilsier derimot at dette helseforetaket har en tydelig forkjemper for KPP gjennom analysejefen, og som oppleves å ha vært avgjørende for at KPP brukes som et effektiviseringsverktøy.

Battilana (2006) definerer institusjonelle entreprenører som individer som foretar divergerende endringer. I denne definisjonen av institusjonelle entreprenører vektlegges det at aktøren må ta en aktiv rolle i implementeringsprosessen for å kunne karakteriseres som en institusjonell entreprenør. Våre funn tilsier at analysejefen presenterer problemstillinger basert på KPP, uten å foreslå hvilke endringer som eventuelt skal gjøres eller tar en aktiv rolle i gjennomføringen av endringer. Selv om analysejefen ikke tar en aktiv rolle, kan hen likevel anses som en institusjonell entreprenør ved at hen problematiserer eksisterende praksis og dermed initierer til institusjonelle endringer. Våre funn bryter derfor delvis med Battilana (2006) sin definisjon om at den institusjonelle entreprenøren må ta en aktiv rolle i gjennomføringen av endringen, men kan likevel forstås gjennom Maguire et al. (2007)¹⁶ sine funn om at institusjonelle entreprenører, her representert ved analysejefen, skaper nye måter å jobbe på.

Våre funn tilsier at analysejefen er avhengig av andre i analyseavdelingen i arbeidet med KPP. Samtidig knytter våre funn seg hovedsakelig til analysejefens rolle i samhandlingen med klinikere. Vi anser derfor analysejefen som den institusjonelle entreprenøren i analyseavdelingen.

¹⁶ Sitert i Eriksson og Ujvari (2015)

Analysesjefens tilnærming balanserer logikker og rammer inn visjonen for effektivisering

Våre funn tilsier at analysesjefens tilnærming i møte med kliniske ledere oppleves som viktig for legitimiteten til analyseavdelingen og bruken av KPP. Vi vil forstå analysesjefens evne til å appellere til klinikere gjennom å analysere analyseavdelingens logikker i lys av litteratur om institusjonelle logikker. Dette kan hjelpe oss å forstå hvordan potensielt motstridende logikker kan eksistere i fellesskap gjennom samarbeid. Videre vil vi analysere analysesjefens tilnærming i lys av den diagnostiske, prognostiske og motiverende innrammingen i Battilana et al. (2009), for å forstå hvordan det kan skapes en visjon for endring som muliggjør samarbeid med klinikere.

Analysesjefens evne til å appellere til klinikerens interesser kan forstås gjennom litteratur om institusjonelle logikker. Som beskrevet i kapittel 2 er forretningsmessig logikk og medisinsk profesjonslogikk spesielt fremtredende i helsesektoren. Ifølge van den Broek et al. (2014) kjennetegnes forretningsmessig logikk av fokus på effektivitet, produktivitet og kostnadsreduksjon, mens medisinsk profesjonslogikk vektlegger autonomi, kvalitet i pasientbehandlingen og tilstrekkelig med tid til pasientene. Disse logikkene kan derfor stå i konflikt med hverandre. Analyseavdelingens fokus på effektivitet og «*best tilbud til flest mulig*» (Informant 4) har klare paralleller til effektivitetsaspektet ved den forretningsmessige logikken. Samtidig peker våre funn på at det er avgjørende at analysesjefen tilnærmer seg klinikere på en måte som appellerer til deres interesser og verdier. For å forstå hva som appellerer til klinikerne, og kunne kommunisere på en måte som treffer deres interesser og verdier, kan det tyde på at den medisinske profesjonslogikken også er tilstedeværende hos analysesjefen.

Analyseavdelingens mandat innebærer å være et «*bindeledd mellom direktør og klinikk*» (Internt dokument, 2024). Som et bindeledd kan det tenkes at de må ha elementer av både den forretningsmessige logikken og den medisinske profesjonslogikken. I tillegg representerer analyseavdelingen fagdirektør i møte med klinikere, og skal være en medhjelper for klinikkene slik at de kan utføre sitt arbeid på best mulig måte (Internt dokument, 2024). Dette underbygger at den medisinske profesjonslogikken er til stede i analyseavdelingen. Analysesjefen synes dermed å balansere forretningsmessig logikk og medisinsk profesjonslogikk, der spesielt den medisinske profesjonslogikken virker å være viktig for hans evne til å appellere til klinikerens verdier og interesser.

Battilana & Dorado (2010) finner at ulike logikker kan eksistere i fellesskap og kombineres. Reay & Hinings (2009) sine funn tyder også på at den forretningsmessige logikken og den medisinske profesjonslogikken kan forenes gjennom samarbeid ved innføring av nye styringsstrukturer som vektlegger kostnadseffektiv behandling og økt effektivitet. I tillegg fremheves det at det kan etableres rom for at mer en én logikk kan styre atferd ved å motivere aktører til å beholde sine opprinnelige identiteter, men samtidig oppmuntre til samarbeid. I lys av Reay & Hinings (2009) kan vi forstå analysesjefens tilnærming med å problematisere praksis, men ikke foreslå endringer som et forsøk på å opprettholde klinikerens autonomi og identiteter, og samtidig skape et samarbeid hvor begge logikkene kan sameksistere. På denne måten synes den forretningsmessige logikken og den medisinske profesjonslogikken å eksistere i fellesskap, og forenes gjennom dialog og samarbeid mellom analysesjefen og klinikere.

Vi finner at analysesjefens evne til å appellere til klinikere synes å styrkes av hens balansering av den forretningsmessige og den medisinske profesjonslogikken. Videre kan vi forstå hvordan analysesjefen skaper en visjon for endring gjennom Battilana et al. (2009) sin innramming. Gjennom å bruke kostnads- og aktivitetsdata til å diskutere effektiviteten i pasientforløp belyses problemstillinger knyttet til praksisen i klinikkene. Battilana et al. (2009) fremhever hvordan institusjonelle entreprenører bruker diagnostisk innramming ved å belyse utfordringer med eksisterende praksis og fremstille endringen som en løsning. Selv om analysesjefen ikke foreslår løsninger på problemet, kan hans tilnærming gjennom å belyse områder i eksisterende praksis med effektiviseringspotensialer forstås som at hen til en viss grad benytter diagnostisk innramming for å skape en visjon for endringen.

Analyseavdelingens identifisering av områder med effektiviseringspotensialer kan i tillegg knyttes til styringspakken til Malmi & Brown (2008). De definerer virksomhetsstyring som *«de systemer, regler, praksiser, verdier og andre aktiviteter som ledelsen benytter for å styre ansattes beslutninger og atferd»* (Malmi & Brown, 2008, s. 290, vår oversettelse). Det beskrives dermed at virksomhetsstyring er sentralt for å styre de ansattes atferd og oppmerksomhet slik at de handler etter organisasjonens ønsker. Analyseavdelingens identifisering av områder med effektiviseringspotensialer, kan dermed også forstås i lys av Malmi & Brown (2008) som et forsøk på å styre klinikerens oppmerksomhet og atferd, uten å selv ta beslutninger.

I tillegg finner vi at når analysesjefen unngår å snakke om KPP og kostnader, men heller oversetter dette til aktiviteter som driver kostnadene, relateres problemstillingene til klinikers interesse om å gi best mulig behandling til pasientene. På denne måten knyttes problemstillinger til klinikers medisinske profesjonslogikk. Dette kan forstås i lys av den prognostiske innrammingen i Battilana et al. (2009) sitt rammeverk, som knytter problemer med eksisterende praksis til aktørens interesser og verdier på en måte som samsvarer med deres logikk. Videre beskriver Battilana et al. (2009) at institusjonelle entreprenører ofte benytter seg av spesifikke ord og uttrykk som er assosiert med aktørens logikker for å mobilisere til divergerende endringer. Gjennom analysesjefens oversettelse av kostnadsdata til mer relevante medisinske termer, virker bruken av språk og retorikk å være i tråd med Battilana et al. (2009) på en måte som samsvarer med klinikers logikk og mobiliserer de til endringer. Som beskrevet ovenfor synes analysesjefen å balansere forretningsmessig logikk og medisinsk profesjonslogikk, noe som kan forklare hans evne til å appellere til klinikers logikker.

Våre funn tilsier at enkelte informanter opplever at de har liten kjennskap til KPP, samtidig som vi oppfatter at de belyser eksempler hvor KPP-data har blitt presentert og brukt. Ved å legge Battilana et al. (2009) til grunn kan vi forstå dette ved at analysesjefen bruker prognostisk innramming i tillegg til språk og retorikk på en måte som forener problemstillinger til klinikers interesser og logikker, og på denne måten mobiliserer klinikere bak visjonen. I lys av Maguire et al. (2004) kan vi i tillegg forstå tilpasningen av språket som særlig viktig for analysesjefens evne til å bygge bro mellom økonomi og administrasjon, og klinikkene.

I noen tilfeller har vi samtidig inntrykk av at analysesjefen snakker om kostnader i møte med klinikere. Dette kan ha sammenheng med informant 4 sin beskrivelse av at en kan tillate seg å være mer direkte ovenfor enkelte. Klinikere på ulike nivåer i lederlinjen har i tillegg ulikt ansvar knyttet til budsjett og økonomi, og vil således forholde seg til kostnader i ulik grad. I henhold til Lockett et al. (2012) vil en tilpassing av språket som resonnerer med publikummets interesser og verdier, være med på å styrke den institusjonelle entreprenørens normative legitimitet og sosiale posisjon. Lockett et al. (2012) beskriver normativ legitimitet som aktørens evne til å overbevise andre om hva som er rett og galt. Med utgangspunkt i Lockett et al. (2012) sine funn og beskrivelser kan analysesjefens evne til å tilpasse språket basert på personene hen er i dialog med, forstås som at det styrker analysesjefens normative legitimitet og sosiale posisjon. I tilfeller hvor analysesjefen snakker om kostnader med klinikere kan det tyde på at kostnadene ikke bryter med deres logikk.

I eksempelet med effektiviteten og flyten gjennom sykehuset forklarer informant 4 viktigheten av å belyse ovenfor klinikere at dersom det ikke er effektive overganger mellom avdelinger så er dette ikke bare kostbart, men også dårlig pasientbehandling. Ifølge Battilana et al. (2009) bruker institusjonelle entreprenører i tillegg til den diagnostiske og prognostiske innrammingen, også motiverende innramming for å skape en visjon for endring som mobiliserer tilhengere. Den motiverende innrammingen går ut på å skape overbevisende argumenter for endring som treffer interessene til de sentrale aktørene. Analysesjefens argumentasjon om at lite effektive overganger er dårlig pasientbehandling kan dermed forstås som at analysesjefen bruker motiverende innramming for å skape en visjon som treffer klinikerens interesser, og som mobiliserer de til endringer.

Kunnskap om sykehusdriften styrker analysesjefens normative legitimitet og sosiale posisjon

Vi finner at analyseavdelingens kunnskap om sykehusdriften oppleves som tillitsskapende, da det gjør at en «*ikke er helt grønne på hva som foregår i faget*» (Informant 3), noe som muliggjør en dialog med klinikere om praksisen i sykehuset (Informant 4). Dette kan forstås gjennom Lockett et al. (2012) som finner at institusjonelle entreprenørers kunnskap bidrar til å styrke deres normative legitimitet, i form av deres evne til å overbevise andre om hva som er riktig og galt. I tillegg argumenterer Battilana (2006) for at aktørenes sosiale posisjon påvirker deres legitimitet og evne til å gjennomføre institusjonelle endringer, hvor kunnskap om organisasjonen fremheves som en viktig faktor. Ved å legge til grunn Lockett et al. (2012) og Battilana (2006) kan vi tolke analysesjefens kunnskap om sykehusdriften som en forsterkelse av hens normative legitimitet og sosiale posisjon i sykehuset, noe som videre styrker evnen til å gjennomføre institusjonelle endringer.

Battilana (2006) fremhever at det kreves tid i organisasjonen for å opparbeide seg tilstrekkelig kunnskap og legitimitet for å få gjennomslag for institusjonelle endringer. Huber et al. (1993)¹⁷ finner at ledere med lengre ansettelsestid i organisasjonen, har større kunnskap om organisasjonen og en større opparbeidet legitimitet blant både overordnede og underordnede. I likhet med Battilana (2006) og Huber et al. (1993)¹⁷ finner vi at tiden i organisasjonen har betydning for legitimiteten til analyseavdelingen. Analysesjefens lange tid i sykehuset og kunnskap om sykehusdriften som virker å styrke hens legitimitet, kan i lys av Battilana (2006)

¹⁷ Sitert i Battilana (2006)

forstås som en forsterkelse av hens sosiale posisjon og gjennomslagskraft for institusjonelle endringer.

Våre funn tilsier at det skaper utfordringer hvis nye i analyseavdelingen ikke oppfattes å ha tilstrekkelig kunnskap om sykehuset. Dette tydeliggjør viktigheten av kunnskap for å kunne bruke KPP i dialog med klinikere. Samtidig er kunnskap noe som bygges over tid (Battilana, 2006), som underbygger at tid i organisasjonen kan være viktig. Lockett et al. (2012) beskriver hvordan en aktør i en ny stilling ikke hadde vært i rollen lenge nok til å ha utviklet tilstrekkelig med strukturell og normativ legitimitet i organisasjonen. Uten tilstrekkelig tid og kunnskap tyder våre funn på at det kan skape utfordringer i samhandlingen med klinikere, som kan tolkes gjennom Lockett et al. (2012) og Battilana (2006) som at den normative legitimiteten reduseres, som videre svekker den sosiale posisjonen og evnen til å gjennomføre endringer. På denne måten kan vi forstå hvorfor kunnskap som er bygget over tid, er en viktig faktor for analysesjefens evne til å samhandle med klinikere rundt bruken av KPP til effektiviseringsarbeid.

Organiseringen under fagavdelingen styrker analysesjefens normative legitimitet

Organiseringen av analyseavdelingen under fagavdelingen oppleves av flere informanter å påvirke klinikerens oppfatning av analyseavdelingen. Våre funn tyder på at analyseavdelingens organisering under fagavdelingen bidrar til at klinikere i større grad opplever at analysesjefens fokus og verdier samsvarer med deres egne, og kan i lys av Lockett et al. (2012) synes å styrke hens normative legitimitet og sosiale posisjon.

Ifølge Battilana (2006) vil formelle posisjoner i organisasjonen bringe med seg ulik grad av makt og autoritet som kan muliggjøre institusjonelt entreprenørskap. Lockett et al. (2012) knytter formelle posisjoner til den institusjonelle entreprenørens strukturelle legitimitet, som blant annet innebærer graden av makt og autoritet i institusjonen. Selv om organiseringen av analyseavdelingen under fagavdelingen virker å styrke analysesjefens normative legitimitet, oppfatter vi som forskere at organiseringen i mindre grad fører med seg makt og autoritet. I stedet for å bli sett på som en autoritet som *«kommer enten med sparekniven, eller en beskyldning om at det ikke er bra nok»*, viser våre funn at analyseavdelingen i større grad anses som en *«medspiller for klinikk»* (Informant 2). Dette kan ha sammenheng med at analyseavdelingen er en stabsfunksjon i sykehuset, som kan bety at det ikke nødvendigvis er knyttet noe særlig grad av autoritet eller makt til denne posisjonen. Ved at organiseringen

under fagavdelingen ikke virker å styrke deres makt og autoritet, kan vi med utgangspunkt i Lockett et al. (2012) argumentere for at analysesjefen synes å ha lav strukturell legitimitet.

Våre funn tilsier at analysesjefens tilnærming gjennom bruk av språk og retorikk, hans kunnskap om sykehusdriften og organiseringen under fagavdelingen, styrker hans normative legitimitet og forsterker den sosiale posisjonen i sykehuset. Samtidig uttaler informanter at særlig tidligere administrerende direktør og allierte i klinikk har vært viktig for å kunne bruke KPP som et internt styringsverktøy. Dette kan tyde på at analysesjefens normative legitimitet i enkelte tilfeller ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å overbevise klinikere om endringer knyttet til effektivisering av medisinsk praksis. Lockett et al. (2012) finner at institusjonelle entreprenører i perifere posisjoner i organisasjoner, til tross for forsøk på å styrke sin normative legitimitet, vil ha begrensede muligheter til å gjennomføre institusjonelle endringer på grunn av manglende strukturell legitimitet. Den formelle posisjonen til analyseavdelingen kan anses som en slik perifer posisjon, ved at analyseavdelingen er en stabsfunksjon organisert under fagavdelingen. Den perifere posisjon i organisasjonen kan dermed være en forklaring på hvorfor den normative legitimiteten til analysesjefen ikke nødvendigvis er nok for å mobilisere til endringer.

Relasjoner til direktører og kliniske ledere styrker analysesjefens legitimitet

Våre funn tyder på at analysesjefens relasjon til en rekke sentrale aktører har vært viktig for legitimeringen av analyseavdelingens arbeid med KPP i klinikkene, hvor spesielt administrerende direktør, fagdirektør og økonomidirektør fremheves. Disse aktørene har vært viktig ved at de har støttet argumentasjonen for analyseavdelingens bruk av KPP og organiseringen under fagavdelingen, samt tilrettelagt ressurser. Battilana (2006) fremhever lederes rolle som avgjørende for å gjennomføre endringer i høyt institusjonaliserte felt. I likhet med Battilana (2006) tyder våre funn på at disse direktørene har vært avgjørende for de institusjonelle endringene som initieres av analysesjefen.

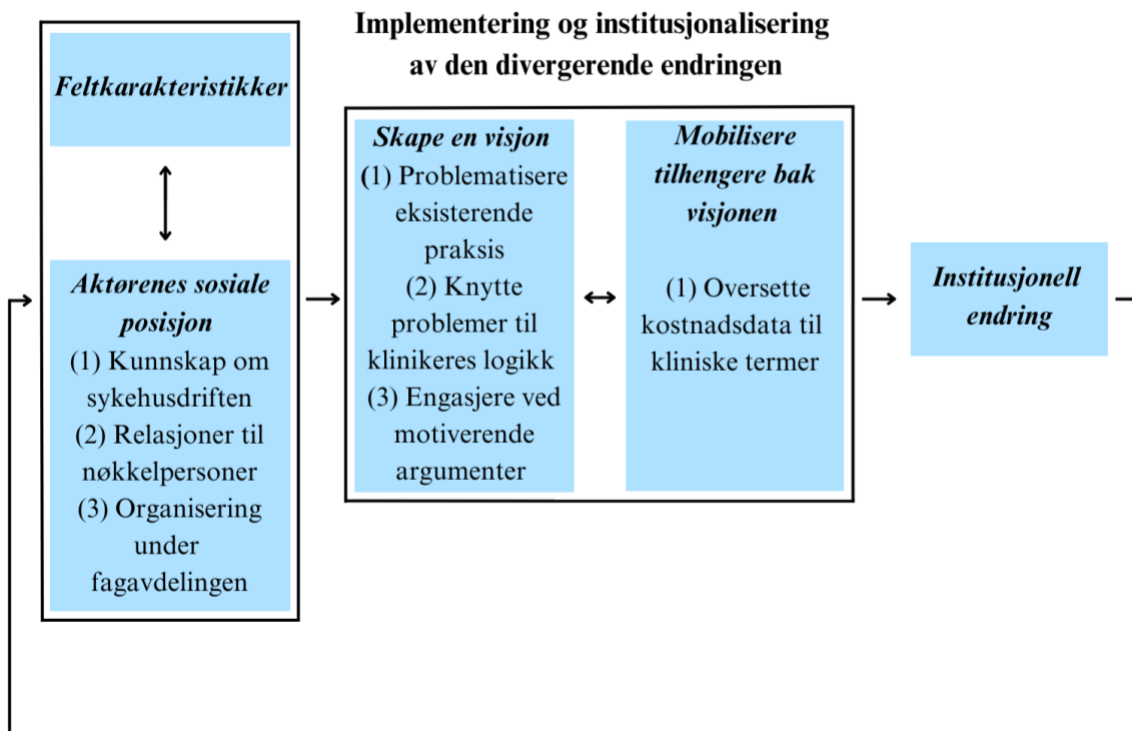
Battilana (2006) argumenterer for at institusjonelle entreprenører som mangler autoritet og ressurser, kan tilegne seg dette gjennom relasjoner med aktører i høyere posisjoner i det hierarkiske systemet. Samtidig beskriver Lockett et al. (2012) at institusjonelle entreprenører med manglende strukturell legitimitet kan trekke på aktører med høyere strukturell legitimitet for å gjennomføre institusjonelle endringer og styrke sin sosiale posisjon. Vi kan forstå viktigheten av analysesjefens relasjon til direktørene gjennom Battilana (2006) og Lockett et

al. (2012), ved at disse relasjonene gjør at analysesjefen kan trekke på direktørens formelle posisjoner og strukturelle legitimitet. Dette kan videre bidra til å styrke analysesjefens sosiale posisjon og muliggjøre bruken av KPP til effektiviseringsarbeid i klinikkene.

Informant 4 beskriver at man må kjenne kliniske ledere for å kunne bruke KPP til effektiviseringsarbeid. Viktigheten av analysesjefens relasjon til kliniske ledere kan forstås gjennom Battilana et al. (2009) sin beskrivelse av rekkeviddesentralitet. Nyere forskning tilsier at institusjonelle entreprenører som ikke selv er sentrale på et felt ofte tilegner seg tilgang til et stort antall mennesker gjennom forbindelser til aktører som er sentrale på feltet, og dermed har en høy grad av rekkeviddesentralitet. Analysesjefens relasjoner til «allierte i klinikk» som legitimerer KPP-arbeidet, kan tolkes som at hen benytter sin relasjon til sentrale kliniske ledere og rekkeviddesentralitet for å nå ut til klinikere i lederlinjen. I henhold til Battilana et al. (2009) bruker dermed analysesjefen sin rekkeviddesentralitet i legitimeringen av KPP.

Hittil kan våre funn knyttet til analysesjefens rolle som en institusjonell entreprenør oppsummeres gjennom rammeverket til Battilana et al. (2009), som illustrert i Figur 6.1. Vi finner at organiseringen under fagavdelingen og kunnskap om sykehusdriften styrker analysesjefens normative legitimitet og sosiale posisjon. I tillegg tyder våre funn på at relasjoner til nøkkelpersoner bidrar til å styrke analysesjefens strukturelle legitimitet, og hans sosiale posisjon. I henhold til Battilana et al. (2009) sitt rammeverk påvirker disse faktorene analysesjefens evne til å initiere til institusjonelle endringer. Ved å problematisere eksisterende praksis og knytte problemstillinger til klinikers logikk samt å bruke motiverende argumenter, skapes en visjon for å iverksette endringer knyttet til effektivisering. For å mobilisere klinikerne bak visjonen tyder våre funn på at analysesjefens evne til å oversette kostnadsdata til klinisk terminologi er avgjørende, og styrkes av hans balansering av de to logikkene. Samlet sett kan det på denne måten skapes en institusjonell endring som effektiviserer pasientbehandlinger.

Muliggjørende faktorer for institusjonelt entreprenørskap



Figur 6.1 - Effektivisering av praksis illustrert gjennom Battilana et al. (2009)

6.1.2 Klinikksjefer som institusjonelle entreprenører

Våre funn tilsier at enkelte klinikksjefer har hatt en viktig rolle når det gjelder bruken av KPP ved at de er interessert og gjør det til et prioritert område nedover i klinikken, samt at de inviterer analysesjefen til å delta på ledermøter for å presentere KPP-data. Etersom strukturell legitimitet knytter seg til aktørers formelle posisjon i hierarkiet, kan vi forstå klinikksjefers posisjon som øverste leder i klinikkene, som at de har høy grad av strukturell legitimitet. Strukturell legitimitet er viktig for å iverksette og gjennomføre institusjonelle endringer (Lockett et al., 2012). Etersom enkelte klinikksjefer beskrives å etterspørre mye data fra analyseavdelingen og kan være involvert i samhandlingen når avvik i KPP-data identifiseres, kan det tyde på at de opptrer som institusjonelle entreprenører. Vi vet derimot ikke tilstrekkelig om hvorvidt klinikksjefer tar en aktiv rolle i implementeringen av endringer, noe Battilana (2006) beskriver som et kriterium for definisjonen av institusjonelle entreprenører. Som forskere har vi imidlertid et inntrykk av at de ikke nødvendigvis tar en aktiv rolle i implementeringen. Til tross for dette, kan det argumenteres for at de likevel kan anses som

institusjonelle entreprenører ved at de i likhet med analysesjefen tar initiativ som bidrar til å endre eksisterende praksis.

Samtidig beskriver informant 5 hvordan hen må oversette mellom kliniske ledere på høyere nivåer og klinikere «på gulvet» i rollen som seksjonsleder. Dette kan tyde på at det er lite samhandling mellom disse. Selv om vi vet mindre om klinikksefenes samhandling med klinikerne, er det plausibelt å anta at klinikksefer ved større klinikker og klinikere «på gulvet» har begrenset med samhandling. Som beskrevet knytter den normative legitimitet seg til hvordan aktører blir oppfattet og deres evne til å overbevise andre om hva som er riktig å gjøre (Lockett et al., 2012). Dersom klinikksefene og klinikere «på gulvet» har lite samhandling, kan det tyde på at klinikksefene har begrenset med muligheter til å styrke sin normative legitimitet i klinikken. En konsekvens av dette kan være at den normative legitimiteten til klinikksefene er lav, noe som kan svekke deres sosiale posisjon (Eriksson & Ujvari, 2015), og dermed deres evne til å gjennomføre institusjonelle endringer (Battilana et al., 2009).

Det kan likevel argumenteres for at klinikksefer kan betegnes som institusjonelle entreprenører i tilfeller hvor de etterspør data og tar initiativ til endringer i medisinsk praksis, til tross for at deres potensielt manglende normative legitimitet kan hindre implementering av institusjonelle endringer. I likhet med argumentasjonen for analysesjefen, tolker vi derfor enkelte klinikksefers initiativ til endringer som at de opptrer som institusjonelle entreprenører.

6.1.3 Andre kliniske ledere som institusjonelle entreprenører og viktigheten av uformelle ledere

Klinikksefers potensielt manglende normative legitimitet blant klinikerne «på gulvet», kan tolkes som at den normative legitimiteten på generelt grunnlag avtar jo lenger opp i den kliniske lederlinjen man kommer. Det kan indikere at kliniske ledere på lavere nivåer har høyere normativ legitimitet enn klinikksefene, ved at ledere på lavere nivåer vil nærme seg klinikere på gulvet og trolig ha mer samhandling og større mulighet for å styrke sin normative legitimitet.

Til tross for klinikksefers antatte høye strukturelle legitimitet, finner vi samtidig at de ikke nødvendigvis klarer å mobilisere klinikere nedover i organisasjonen. Vi finner at analysesjefen også er avhengig av avdelingsledere, for å bruke KPP til effektiviseringsarbeid (Informant 4). Dette tydeliggjør at klinikksefers antatte høye strukturelle legitimitet i noen tilfeller ikke synes å være tilstrekkelig for å mobilisere til endringer. Dette kan ses i lys av Eriksson &

Ujvari (2015) som observerer at klinikere kan motstride seg endringer som kommer fra aktører på høyere nivåer i hierarkiet med høy grad av strukturell legitimitet, men manglende normativ legitimitet. I tilfeller hvor klinikksefer ikke får mobilisert klinikere, kan det forstås ved at klinikere motsetter seg endringene på grunn av deres lave normative legitimitet. Dette belyser samtidig hvorfor kliniske ledere på nivåer under klinikksefer fremheves som sentrale allierte i klinikk. Når slike ledere med et engasjement for å bruke KPP til effektiviseringsarbeid initierer til endringer i medisinsk praksis, kan de i likhet med klinikksefer betraktes som institusjonelle entreprenører.

Våre funn tyder samtidig på at uformelle ledere kan være viktige for å gjennomføre endringer i praksis. Informant 4 belyser at det ikke nødvendigvis er tilstrekkelig å skape en interesse blant formelle ledere, men at man også må få med seg uformelle ledere som kan ha mye påvirkningskraft nedover i organisasjonen. Dette kan tolkes som at kliniske ledere under klinikksefnivå heller ikke nødvendigvis innehar tilstrekkelig normativ legitimitet nedover i organisasjonen. Likevel kan det argumenteres for at klinikere i lederlinjen som initierer til endringer i likhet med klinikksefer, kan anses som institusjonelle entreprenører.

6.2 Flere institusjoner innad i klinikkene

Ovenfor har vi analysert hvordan de fire identifiserte faktorene påvirker analysesjefens legitimitet samt hvordan enkelte kliniske ledere kan opptre som institusjonelle entreprenører, noe som synes å muliggjøre bruken av KPP til effektiviseringsarbeid. Samtidig har vi som forskere et inntrykk av at verktøyet blir brukt i varierende grad i ulike deler av organisasjonen. Videre vil vi derfor analysere hvorfor det kan være slike variasjoner i bruken.

6.2.1 Ulik interesse for KPP i den kliniske lederlinjen

Våre funn tilsier at det er varierende interesse for og fokus på å ta i bruk KPP til effektiviseringsarbeid blant klinikere i lederlinjen. Det beskrives at selv om klinikksefer er interessert, kan det hende at en avdelingssjef ikke er interessert, noe som kan føre til at fokuset på å bruke KPP til effektiviseringsarbeid «forvitrer» (Informant 2). Variasjonen i interessen kan forstås i lys av institusjonelle logikker, som Scott et al. (2000) definerer som de antakelser, normer og verdier som påvirker individers handlinger. Det kan tenkes at ulike ledere har forskjellige oppfatninger av hva som er viktig, og at dette kan resultere i ulike prioriteringer

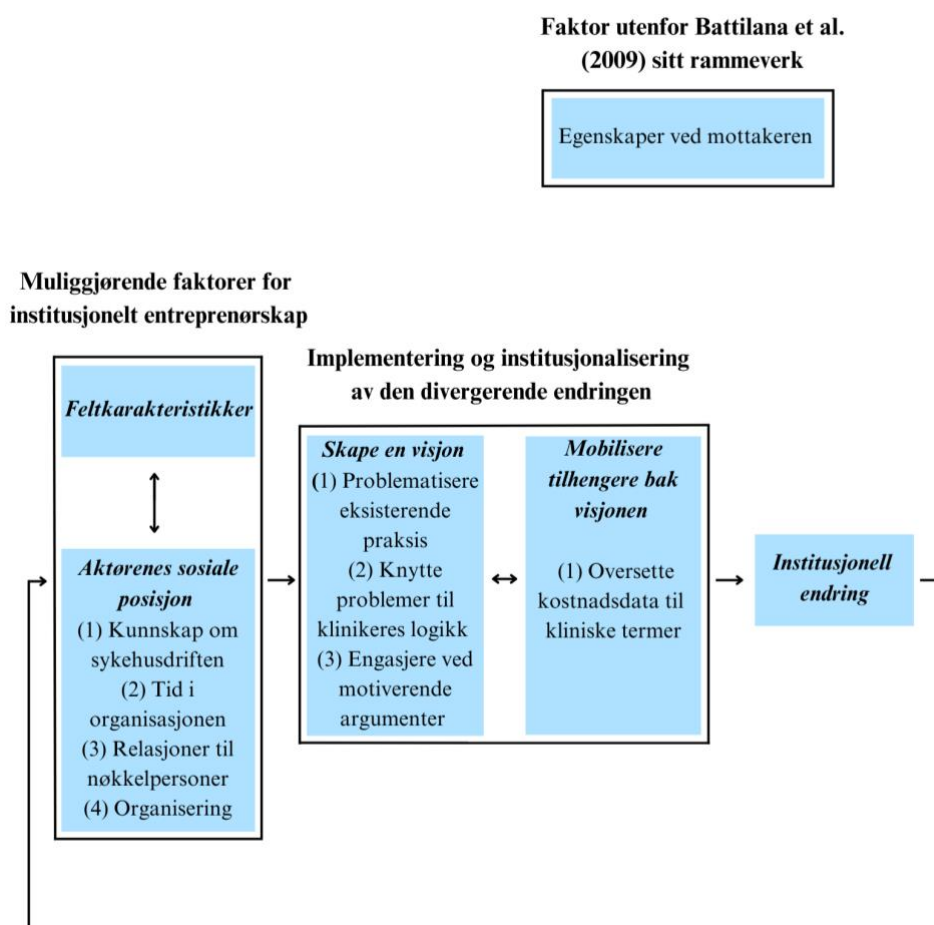
og interesser knyttet til bruken av KPP. Det kan derfor argumenteres for at det kan eksistere ulike logikker i den kliniske lederlinjen, som kan påvirke interessen og bruken.

På den annen side kan vi forstå variasjonen i interessen i lys av teori og litteratur om institusjonelle entreprenører. Informant 4 forteller at dersom man bommer i oversettelse av KPP-data til noe som vekker kliniske ledere sin interesse, kan det ta lang tid før man blir invitert tilbake. Som beskrevet i kapittel 6.1 synes analysesjefen å lykkes i mobiliseringen av klinikere når språk og retorikk tilpasses deres logikk. Derimot indikerer utsagnet til informant 4 at man ikke alltid lykkes i å appellere på en måte som skaper interesse. Ifølge Battilana et al. (2009) avhenger implementeringen av institusjonelle endringer av visjonen som skapes og hvordan tilhengere mobiliseres for å støtte visjonen, hvor språk og retorikk spiller en avgjørende rolle. Variasjonen i interessen for å ta i bruk KPP til medisinsk forbedringsarbeid blant kliniske ledere kan dermed forstås ved at analysesjefen i noen tilfeller ikke når frem med formidlingen på en måte som underbygger endringer, og appellerer til klinikers verdier og interesser. Samtidig trekker Lockett et al. (2012) frem at ved å kommunisere på en måte som samsvarer med interessenters verdier og språk, kan institusjonelle entreprenører styrke sin normative legitimitet og muligheten for å gjennomføre endringen. Dersom variasjonen i interessen til klinikere i lederlinjen kan forstås ved at analysesjefen i noen tilfeller ikke klarer å tilpasse språk og retorikk til deres verdier og interesser, kan vi i lys av Lockett et al. (2012) tolke dette som at den normative legitimiteten og evnen til å gjennomføre endringer svekkes.

Det kan derimot også tenkes at variasjonen i interesse kan skyldes faktorer utenfor Battilana et al. (2009) sitt rammeverk. Våre funn tyder på at analysesjefen som en institusjonell entreprenør trenger mottakere av KPP-data som er åpne for og interessert i problemstillingene som presenteres, og ønsker å videreformidle dette nedover i sin enhet. Som beskrevet i kapittel 6.1 anser vi kliniske ledere som mottar eller etterspør KPP-data for deretter å initiere til endringer, som institusjonelle entreprenører. Lavere interesse hos klinikere i lederlinjen kan dermed tolkes som at det mangler institusjonelle entreprenører i andre enden, noe som kan indikere at egenskaper ved mottakeren også er av betydning for gjennomføringen av institusjonelle endringer. Noe som kan illustrere dette er informant 2 sin oppfatning av at klinikere generelt er interesserte og lytter når analysesjefen presenterer problemstillinger. Vår oppfatning som forskere er imidlertid at ikke alle nødvendigvis er like interessert i disse problemstillingene. Informantens utsagn og interesse for KPP kan derimot tyde på at denne informanten har mottakeregenskaper, og opptrer som en institusjonell entreprenør i klinikken.

Våre funn tilsier videre at selv om det finnes en klinikksef som opptrer som en institusjonell entreprenør, vil denne aktøren også være avhengig av kliniske ledere på nivåer under som ønsker å videreforme problemstillinger nedover i klinikken. Liknende funn beskrives i Ahlgren et al. (2024), som finner at for å lykkes med hybride praksiser hvor flere logikker forenes, er man avhengig av at flere aktører på ulike nivåer i organisasjonen jobber sammen. Viktigheten av at klinikksefer har kliniske ledere på nivåer under som er interessert og vil videreforme problemstillingene, kan samtidig tyde på at man også må se etter mottakeregenskaper nedover i klinikkene.

Samlet sett kan dette tyde på at det også er faktorer utenfor modellen til Battilana et al. (2009) som kan påvirke variasjonen i interessen for KPP, og hvorvidt institusjonelle entreprenører lykkes i gjennomføringen av institusjonelle endringer. Hoogstraaten et al. (2020) kritiserer Battilana et al. (2009) sitt rammeverk for at de faktorene som muliggjør institusjonelle endringer ikke nødvendigvis kan forklare hvorfor man ikke får til slike endringer, og at det kan skyldes faktorer utenfor modellen. Våre funn indikerer at egenskaper ved mottakeren kan være en slik faktor. Dette har vi illustrert i Figur 6.2.



Figur 6.2 - Utvidelse av Figur 6.1 med «Egenskaper ved mottakeren»

Eksempelet beskrevet i delkapittel 5.4.4 knyttet til motstand mot endring av «beste praksis», kan illustrere hvordan det i utgangspunktet manglet en institusjonell entreprenør i klinikken. Til tross for at analysesjefen over tid hadde forsøkt å tilnærme seg på en måte som samsvarte med klinikernes logikk, ble de ikke mobilisert. Klinikkerne argumenterte i utgangspunktet med at deres praksis var beste praksis, og «*best mulig tilbud til deg som pasient*», frem til en klinisk leder endret mening. Vi kan tolke dette som at analysesjefen i utgangspunkt manglet en åpen og interessert mottaker av KPP-informasjonen, som førte til at problemstillingen ikke fikk oppmerksomhet i avdelingen. Samtidig kan det at klinikkerne ikke ble mobilisert også forstås i lys av logikker. Klinikernes oppfatning av at den eksisterende praksisen var beste praksis, kan tolkes som et uttrykk for en godt forankret logikk. Dette indikerer at klinikernes logikk som knyttet seg til best mulig pasienttilbud, sto såpass sterkt at mobiliseringen ikke appellerte tilstrekkelig.

Hvorvidt forskjellene i interessen for å ta i bruk KPP til effektiviseringsarbeid på generelt grunnlag skyldes ulike logikker i lederlinjen, at analysesjefen i noen tilfeller ikke lykkes i å mobilisere på en måte som appellerer til klinikerens verdier eller mangel på institusjonelle entreprenører i andre ender, har vi ikke grunnlag for å konkludere entydig om. Eksempelet beskrevet ovenfor kan tyde på at det er en kombinasjon av disse elementene. Likevel antyder funnene at det er forskjeller innad i det kliniske miljøet, noe som utfordrer antakelsen om at den medisinske profesjonslogikken er en samlet logikk (van den Broek et al., 2014), og at det kliniske miljøet dermed ikke nødvendigvis er en samlet institusjon.

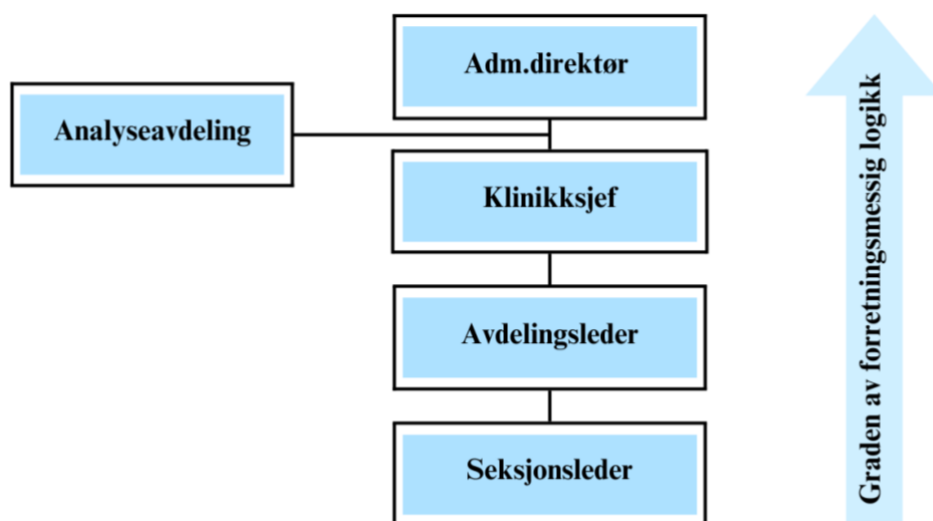
Institusjoner blir beskrevet av Scott (1995)¹⁸ som de kulturell-kognitive, normative og regulatoriske aktivitetene og strukturene som gir mening til den sosiale atferden. Når interessen for KPP varierer innad i den kliniske lederlinjen og på tvers av klinikkene, samtidig som vi ser antydninger til ulike logikker, kan det indikere at klinikkene heller består av flere institusjoner med ulike verdier, aktiviteter og strukturer som gir mening til atferd. Lockett et al. (2012) peker på at sykehus ofte rommer flere motstridende institusjoner med ulike interesser og prioriteringer. Når klinikere i lederlinjen viser ulik grad av interesse for å bruke KPP, kan vi i lys av Lockett et al. (2012) tolke dette som en refleksjon av ulike interesser og prioriteringer, og dermed ulike institusjoner. Dette indikerer at det kliniske miljøet ikke nødvendigvis er én institusjon, men kan være preget av flere institusjoner.

¹⁸ Sitert i Scott et al. (2000)

6.2.2 Ulik sammensetning av logikker ved ulike nivåer i organisasjonen

Våre funn er entydige på at den medisinske profesjonslogikken står sterkt både blant klinikere i lederlinjen og klinikere «på gulvet». Samtidig beskriver klinikksjefene vi har snakket med en stor interesse for å ta i bruk KPP til effektivisering av praksis. En informant beskriver at hen tenker at de har «et samfunnsoppdrag i å skulle prøve å drive mest mulig effektivt» (Informant 1). Dette fokuset på effektivitet og forbedringsarbeid har tydelige paralleller til den forretningsmessige logikken, som blant annet fremhever effektivitet og kostnadsreduksjon (van den Broek et al., 2014).

Informant 5 nyanserer også bildet av logikkene på høyere nivåer i klinikkene, med sin beskrivelse av at rollen som mellomleder i klinikk kan innebære å være en oversetter mellom klinikere oppover i lederlinjen og klinikere nedover. Når det gjelder samhandlingen oppover beskrives det at denne i større grad er sentrert rundt effektivitet og økonomi, noe som peker mot en sterkere tilstedeværelse av den forretningsmessige logikken høyere i hierarkiet. Dette underbygges av informant 4 som beskriver at jo høyere i hierarkiet man kommer, jo mer kjent er man med KPP-verktøyet og desto mer nysgjerrig har man blitt (Informant 4). Studien til van den Broek et al. (2014) fant at lederskikkelser primært innehar en forretningsmessig logikk, mens leger og sykepleiere har en medisinsk profesjonslogikk. Dette underbygger våre funn som tilsier at den forretningsmessige logikken er mer fremtredende ved høyere nivåer i den kliniske lederlinjen. Dette er illustrert i Figur 6.3.



Figur 6.3 - Ulik grad av forretningsmessig logikk i den kliniske lederlinjen

Den økende graden av forretningsmessig logikk oppover i den kliniske lederlinjen kan tyde på at det er ulik sammensetning av de to logikkene blant klinikere ved ulike nivåer i sykehuset. Dette synliggjør kompleksiteten i analysesjefens arbeid da hen må tilpasse seg varierende grad av de to logikkene ved ulike ledernivåer i klinikkene. Dette tyder på at det kan være utfordrende å initiere til institusjonelle endringer og bruke KPP til effektivisering av medisinsk praksis, noe som illustreres ved at det i noen tilfeller kan ta lang tid før problematisering av praksis fører til endringer (Informant 4). Samtidig kan dette tolkes som at det er forskjeller innad i klinikken. Ettersom de ulike nivåene i hierarkiet kan synes å ha ulik sammensetning av de to logikkene kan dette tyde på at klinikken ikke nødvendigvis er én institusjon med samme kulturell-kognitive, normative og regulatoriske aktiviteter og strukturer som gir retning til en felles atferd (Scott, 1995)¹⁹.

6.2.3 Ulike logikker i ulike fagområder i klinikkene

Våre funn tyder på at analysesjefen må tilnærme seg enkelte fagområder i klinikkene på ulike måter. Informant 4 forteller at «(...) *den frie legekunsten (...). Det er du som lege som bestemmer. Du er autonom i din yrkesutøvelse. Den står mye sterkere i [noen] fag kontra [andre] fag*». I tillegg påpekes det at man kan tillate seg å være mer direkte ovenfor noen fagområder sammenlignet med andre. Med dette beskrives det at analysesjefen må tilpasse sin tilnærming avhengig av fagfelt. Samtidig kan utsagnet belyse ulike logikker innenfor ulike fagområder. Sitatet indikerer at autonomi står sterkere i noen fagområder sammenlignet med andre. Dunn & Jones (2010) finner at det eksisterer to logikker innenfor den medisinske profesjonslogikken, nemlig vitenskapslogikk og omsorgslogikk. Vitenskapslogikken vektlegger forståelse av medisinske prinsipper og teoretisk kunnskap, mens helhetlig oppfølging av pasienter og det mellommenneskelige aspektet i behandlinger står sterkt i omsorgslogikken. Ut ifra sitatet ovenfor synes det derimot ikke som at disse to logikkene kan forklare logikkene vi ser antydninger til i sitatet.

I den medisinske profesjonslogikken står spesielt autonomi sterkt (Goodrick & Reay, 2011)²⁰. At noen fagområder vektlegger autonomi sterkere enn andre, kan i stedet forstås ved at ulike fagområder vektlegger elementer i den medisinske profesjonslogikken ulikt. Selv om våre

¹⁹ Sitert i Scott et al. (2000)

²⁰ Sitert i van den Broek et al. (2014)

funn er entydige på at alle klinikere ønsker det som er best for pasienten og dermed at den medisinske profesjonslogikken står sterkt, antyder sitatet fra informant 4 at autonomi står sterkere i enkelte fagområder sammenlignet med andre. Funnene våre peker dermed på at analysesjefen må tilnærme seg fagområder ulikt fordi det kan være forskjellige logikker i klinikkene. Dette tyder også på at klinikkene ikke er en homogen institusjon, men snarere at ulike fagområder kan representere egne institusjoner innad i sykehuset.

På sykehusets nettside kan vi se institusjonens overordnede verdier og visjon. Verdiene og visjonen i tillegg til regulatoriske retningslinjer, lover og regler, kan legge føringer for en samlet atferd og praksis i sykehuset. Ved å studere organisasjonskart som skisserer strukturen i norske helseforetak er det samtidig ikke unaturlig å tenke at et sykehus med en rekke klinikker, mange avdelinger, og enda flere seksjoner, vil kunne bestå av ulike kulturer, normer og verdier knyttet til ulike fagområder. Våre funn tyder på at ulike fagområder kan ha egne forståelser, verdier og normer som former mening og handling, og kan på denne måten representere egne institusjoner innad i institusjonen.

6.3 KPP-tankegangen ikke institusjonalisert?

I kapittel 6.1 analyserte vi hvordan sykehuset har lyktes med å bruke KPP til effektivisering gjennom de fire identifiserte faktorene som synes å styrke analysesjefens legitimitet, samt hvordan flere lag med institusjonelle entreprenører virker å muliggjøre bruken. Samtidig har vi i kapittel 6.2 illustrert hvordan ulik bruk av KPP kan skyldes ulike interesser og logikker innenfor ulike nivåer og fagområder i klinikkene, som videre antyder at det kliniske fagmiljøet kan bestå av flere institusjoner. Dette åpner opp for å stille spørsmål om hvorvidt KPP-tankegangen kan sies å være institusjonalisert i sykehuset. Graden av institusjonalisering handler om hvor dypt forankret etablerte praksiser, normer og verdier er i organisasjonen (Battilana et al., 2009).

I kapittel 5 presenterte vi eksempler på hvordan sykehuset har brukt KPP til løpende effektiviseringsarbeid. Samtidig påpeker informant 4 at eksemplene «(...) oppsummerer på mange måter måten vi ønsker å jobbe med [KPP] på, og så er det langt fra at vi får til det på alle områder, men vi tar de seirene vi kan». Som beskrevet i kapittel 6.2 er interessen for og bruken av KPP til effektivisering varierende blant kliniske ledere. I lys av Battilana et al.

(2009) kan utsagnet til informant 4 og variasjonen i interessen tyde på at KPP-tankegangen ikke nødvendigvis er dypt forankret i klinikkene.

Flere informanter fremhever som nevnt at KPP-tankegangen fort kan forvitte dersom det er mange lederskifter hvor bruk av analyseavdelingen og KPP ikke er et fokus. Sykehuset står i dag ovenfor en stor omorganisering. I den forbindelse forteller informant 4 at:

«Vi har fått et nytt sikte av ledere fra direktører og ned til både kliniksjefer og avdelingssjefer. Så vi starter på mange måter på bar bakke og prøver å få reetablert [KPP-tankegangen] nå».

Informanten beskriver videre hvordan hen sammen med sentrale aktører som ser nytten av å bruke KPP i klinikkene, må jobbe for å «synliggjøre broen» som KPP representerer, det vil si broen mellom fag og økonomi og administrasjon. Dette tydeliggjør hvordan en er avhengig av at analyseavdelingens arbeid med KPP ute i klinikkene legitimeres fra øverste hold og nedover i organisasjonen gjennom lederlinjen i klinikkene. Når personer som tidligere har vært med på å legitimere bruken av KPP forsvinner fra sykehuset eller bytter stillinger, må relasjoner, tillit og legitimitet opparbeides på nytt. Dette synes å gjøre bruken av KPP som et internt styringsverktøy svært sårbart for endringer i ledersjiktene i sykehuset. Ved å legge til grunn Battilana et al. (2009) sin beskrivelse av institusjonalisering, kan det dermed argumenteres for at KPP-tankegangen i liten grad synes å være institusjonalisert i sykehuset.

Funnene våre indikerer at kontinuitet på særlig analysesjef, økonomidirektør, fagdirektør og administrerende direktør, har vært viktig for bruken av KPP som et internt styringsverktøy. Informant 2 poengterer samtidig at:

«(...) du må ikke ha kontinuitet bare for kontinuitet, men det er mye mer med det moderne begrepet som heter onboarding. (...) Det der med å, når vi har rekruttert, hvordan setter vi de i stand til å ha fokus på de tingene som er viktig for sykehuset. Det er en risikoøvelse».

Onboarding refererer til organisasjoners sosialiseringssprosess, hvor nyansatte innføres i de kunnskaper, ferdigheter og adferder som behøves for å lykkes i organisasjonen (Bauer et al., 2011). En effektiv integrering av nye medarbeidere i organisasjonen er avgjørende for både nykommerens og organisasjonens suksess (Bauer et al., 2024), og avhenger av både nykommerens karakteristikk og atferd, samt organisasjonens innsats i prosessen (Bauer et

al., 2011). Ettersom denne prosessen avhenger av begge parter, kan dette slik informant 2 indikerer, gjøre slike prosesser utfordrende. Som informant 4 signaliserer, vil det være viktig i tiden fremover at sentrale aktører som ser nytten av å bruke KPP som et internt styringsverktøy, belyser viktigheten og relevansen av dette for nye lederskikkelser i sykehuset. Ved at KPP-tankegangen synes å være avhengig av kontinuitet på interesserte enkeltpersoner og relasjonen mellom disse, kan det samtidig tyde på at KPP-tankegangen er svakt forankret i organisasjonen, og dermed ikke institusjonalisert.

Samtidig kan organiseringen av analyseavdelingen under fagavdelingen, samt at KPP er en del av analyseavdelingens ansvarsområde og arbeidsoppgaver synes å være institusjonalisert. Ettersom analyseavdelingen over lang tid har vært organisert under fagavdelingen, og KPP har vært en del av avdelingens ansvarsområde og synes å være en etablert del av deres arbeid, kan det argumenteres for at dette er institusjonalisert. Derimot synes ikke KPP-tankegangen i klinikkene å være institusjonalisert, da bruken av dataen til effektivisering av medisinsk praksis synes å være avhengig av enkeltpersoner i det medisinskfaglige miljøet og sentrale lederskikkelser.

6.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi analysert aktørers rolle i bruken av KPP til effektivisering i sykehuset. Vi finner at analysesjefen opptrer som en institusjonell entreprenør, og styrker sin legitimitet og sosiale posisjon gjennom de fire identifiserte faktorene. Samtidig synes analysesjefen å være avhengig av institusjonelle entreprenører i klinikk, samt sentrale direktørers sosiale posisjoner og strukturelle og normative legitimitet. Videre kan variasjonen i interessen for og bruken av KPP i den kliniske lederlinjen, samt at analysesjefen må tilnærme seg ulike fagområder på forskjellige måter, indikere at det er flere institusjoner innad i klinikkene. Dette, i tillegg til at man er avhengig av enkeltpersoner for å kunne bruke KPP til effektivisering, kan tyde på at KPP-tankegangen i mindre grad er dypt forankret i sykehuset.

7. Konklusjon og fremtidig forskning

I dette kapittelet vil vi presentere våre hovedfunn, bidrag og implikasjoner. Deretter vil vi beskrive begrensninger og gyldigheten til studien, før vi avslutningsvis vil diskutere forslag til fremtidig forskning.

7.1 Hovedfunn

Formålet med denne masteroppgaven har vært å studere hvordan økonomi- og administrasjonsansatte kan bruke KPP i et samarbeid for å effektivisere sykehusdriften på et operasjonelt nivå. Med dette som utgangspunkt har vi besvart følgende problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål:

Hvordan kan klinikere involveres i bruken av KPP for effektivisering av norske helseforetak?

F1: Hvilke faktorer oppleves som viktig for samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere for bruken av KPP til effektivisering av medisinsk praksis?

F2: Hvordan kan vi forstå aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy for effektivisering?

7.1.1 Samhandling mellom analyseavdelingen og klinikere

Et av våre hovedfunn er at vi har identifisert fire faktorer som oppleves å være viktig for analyseavdelingens legitimitet og samhandlingen mellom analysesjefen og klinikere. Disse faktorene er analyseavdelingens organisering under fagavdelingen og kunnskap om sykehusdriften, i tillegg til analysesjefens tilnærming og relasjoner til nøkkelpersoner. Faktorene bidrar til at analysesjefen oppfattes som en medspiller for klinikk, og muliggjør et samarbeid hvor analysegrunnlaget kommer fra analyseavdelingen mens tolkninger av dataen gjøres i et samarbeid, før klinikere finner løsninger på problemstillingene. På denne måten involveres klinikere til å bruke KPP-data for å effektivisere klinikkens praksiser.

7.1.2 Aktørers rolle i bruken av KPP som et internt styringsverktøy

Vi finner at analysesjefen som en institusjonell entreprenør spiller en avgjørende rolle for involveringen av klinikere i bruken av KPP til effektivisering av medisinsk praksis. Analysesjefens legitimitet og sosiale posisjon synes å styrkes gjennom de fire identifiserte faktorene, hvor særlig hens tilnærming til det kliniske miljøet fremheves som viktig. Ved å balansere den forretningsmessige og medisinske profesjonslogikken, finner vi at analysesjefen evner å ramme inn og skape en visjon for endring som appellerer til klinikers logikk. Samtidig er et interessant funn at analysesjefen også virker å være avhengig av sentrale direktørers sosiale posisjoner og strukturelle og normative legitimitet. Særlig viktig synes administrerende direktørs legitimering av KPP-verktøyet og bruken av det i klinikkene, i tillegg til fagdirektør og økonomidirektørs syn på verktøyet som et fagverktøy for forbedringer i medisinsk praksis.

Et annet hovedfunn er at analysesjefen synes å være avhengig av mottakeren av KPP-dataen og dens egenskaper. For å muliggjøre bruken av KPP til effektivisering, tyder våre funn på at det også bør være en institusjonell entreprenør i den kliniske lederlinjen som belyser og videreformidler problemstillinger nedover i klinikken. Vi finner at dette kan være kliniske ledere på alle nivåer i den kliniske lederlinjen. Samtidig finner vi at institusjonelle entreprenører i klinikkene også vil være avhengig av at andre kliniske ledere er interessert og har mottakeregenskaper. Hvorvidt KPP brukes som et internt styringsverktøy for effektivisering, synes dermed å være avhengig av at det er institusjonelle entreprenører i klinikkene som er åpne for og interesserte i problemstillingene som belyses.

Vi finner videre antydninger til at klinikkene kan bestå av flere institusjoner. Våre funn indikerer ulik grad av interesse for KPP, og ulik sammensetning av den medisinske profesjonslogikken og den forretningsmessige logikken ved ulike nivåer i hierarkiet samt ulike logikker i ulike fagområder. Dette kan tyde på at klinikkene heller enn å være en samlet institusjon, kan bestå av flere institusjoner med ulike logikker.

Et siste hovedfunn er at KPP-tankegangen i liten grad synes å være institusjonalisert i sykehuset. Våre funn tyder på at KPP-tankegangen er avhengig av interesserte enkeltpersoner og relasjonen mellom disse, og virker dermed å være svakt forankret.

7.2 Bidrag og implikasjoner

Vi har innledningsvis beskrevet hvordan eldrebølgen som det norske samfunnet står ovenfor fordrer et mer effektivt helsevesen. Med dette som utgangspunkt har vi studert hvordan helseforetak kan effektivisere driften på et operasjonelt plan ved å bruke KPP gjennom samhandling mellom analyseavdelingen og klinikere i et norsk sykehus. Vi vil trekke frem særlig tre bidrag og fire komplikasjoner ved vår studie.

Et bidrag ved vår studie er at vi har undersøkt enkeltaktørers rolle i forbindelse med bruk av KPP til effektivisering internt i sykehuset. Det har tidligere blitt påpekt at enkeltaktørers engasjement for KPP kan være viktig for bruken av modellen internt i norske helseforetak (Flokenes & Gladhaug, 2020; Fonnum & Matras, 2022). Det har i mindre grad blitt studert kjennetegn ved disse enkeltaktørene som kan muliggjøre bruken. Vi argumenterer for at analysesjefen opptrer som en institusjonell entreprenør, og har identifisert fire faktorer som styrker denne aktørens legitimitet og evne til å bruke KPP som et internt styringsverktøy for effektivisering.

Et annet bidrag er at vi finner at sykehuset virker å være avhengig av flere lag med institusjonelle entreprenører for å kunne bruke KPP til effektivisering. Analysesjefen synes å være avhengig av institusjonelle entreprenører i klinikkene som er åpne for problemstillinger og ønsker å videreformidle disse nedover i klinikken. Dette indikerer at også egenskaper ved mottakeren er viktig for bruken av KPP.

Tidligere studier har påpekt at samhandling mellom økonomi- og administrasjonsansatte og klinikere er viktig for bruk av KPP til interne formål (Haug & Aanonsen, 2023). Samtidig er det lite forskning på hvilke faktorer som oppleves som viktig for denne samhandlingen. Et av våre bidrag er at vi finner fire sentrale faktorer som styrker analysesjefens legitimitet, som videre påvirker samhandlingen og bruken av KPP. I tillegg synes også egenskaper ved mottakeren å være en faktor som kan påvirke samhandlingen og bruken.

Av implikasjoner vil vi først trekke frem at våre funn tilsier at en bør ta utgangspunkt i enkeltindivider for å undersøke hvordan KPP brukes. Dette innebærer at bruken av KPP til effektiviseringsarbeid bør diskuteres som et fenomen som formes gjennom samhandling mellom formidlere av KPP-data og klinikere, snarere enn å diskutere bruken av KPP som en generell praksis. For videre forskning som ønsker å undersøke bruken av KPP, vil vi derfor

anbefale en tilnærming som tar utgangspunkt i aktørperspektivet, da dette gir en mer nyansert forståelse av hvordan individer og relasjoner påvirker bruken av KPP i praksis.

En annen implikasjon fra vår studie er betydningen av å tilpasse språket i samtaler med klinikere for å sikre en felles forståelse. I vårt tilfelle har det vært hensiktsmessig å knytte KPP til aktivitetsdata og kliniske termer, som antall liggedøgn, i samtale med klinikere da dette er mer relevant og gjenkjennelig for dem. Erfaringene våre tyder på at det kan være mindre formålstjenlig å diskutere KPP direkte med klinikere under klinikksjefnivå, ettersom begrepet ofte ikke er tydelig definert i deres arbeidshverdag. I stedet bør en bruke terminologi som resonnerer med deres praksis og er koblet til kjente begreper. Disse erfaringene belyser viktigheten av å tilpasse kommunikasjonen til målgruppen, og kan være relevant for fremtidige studier som ønsker å undersøke bruken av KPP fra klinikers perspektiv.

Vi vil også fremheve en implikasjon knyttet til metode. Som beskrevet ovenfor er vår erfaring at det er mindre formålstjenlig å spørre klinikere om KPP. En metodologisk implikasjon av dette er at det kan være utfordrende å gjennomføre en kvantitativ studie av bruken av KPP med klinikere som respondenter, da de ikke nødvendigvis har et forhold til begrepet. Dette kan gjøre det utfordrende å fange opp bruken av KPP med en kvantitativ metode.

Ettersom våre funn tilsier at bruken av KPP i stor grad er individ- og relasjonsavhengig, vil en implikasjon være at det kan være vanskelig å overføre funn på tvers av sykehus. Det som fungerer ved ett sykehus, er ikke nødvendigvis overførbart til andre sykehus, ettersom våre funn tyder på at enkeltpersoner spiller en sentral rolle for bruken av KPP til effektiviseringsarbeid. KPP-bruken behøver heller ikke å være varig innenfor samme sykehus. Dette gjør at man ikke nødvendigvis vil finne samme bruk på et tidspunkt sammenlignet med ett annet.

7.3 Begrensninger og gyldighet

En begrensning i oppgaven er at vi har studert bruken av KPP ved sykehuset ut ifra dagens situasjon, men har samtidig inkludert beskrivelser og eksempler knyttet til bruken av KPP fra før pandemien. I slike tilfeller kan en risiko være at hukommelsen til respondenter kan være preget av hva de har ansett som viktig, og at en derfor kan glemme andre viktige aspekter. Det har samtidig vært naturlig å se tilbake i tid, ettersom deler av KPP-arbeidet ble lagt på is under koronapandemien og sykehuset for tiden er i en omorganiseringsprosess som medfører at

KPP-tankegangen må reetableres. Likevel vil dette kunne anses som en begrensning i oppgaven.

Selv om vi benytter data og utsagn fra alle informantene, er en svakhet ved studien at vi i større grad trekker på utsagn fra informant 2 og 4, sammenlignet med informant 5 og 6. Til tross for at alle informanter ble stilt tilnærmet like spørsmål, har det vært utfordrende å samle inn et datagrunnlag av samme omfang fra hver informant. Ulikheten i datagrunnlaget fra informantene har også medført at eksemplene som presenteres i masteroppgaven i hovedsak er gitt av én informant. Selv om enkelte av eksemplene er bekreftet av andre informanter, er et flertall av eksemplene ikke bekreftet av informantene vi har snakket med, og representerer således en svakhet ved oppgaven. Samtidig kan dette forklares ved at disse eksemplene omhandler samhandlingen mellom hen og klinikere, noe som medfører at det er få personer som har mulighet til å bekrefte det.

En annen svakhet ved studien knytter seg til organiseringen av analyseavdelingen under fagavdelingen. Noen av våre informanter forteller at de fleste andre sykehus organiseringer KPP-ansvaret under økonomiavdeling. Vi vet imidlertid ikke hvordan en slik organisering påvirker disse helseforetakenes bruk av KPP, og hvorvidt verktøyet brukes for effektivisering av medisinsk praksis. Mangelen på kunnskap om hvordan andre organiseringer påvirker bruken av KPP, representerer en svakhet ved studien da vi ikke vet om en annen organisering potensielt kunne muliggjort tilsvarende bruk.

Bruk av interne dokumenter for å sammenligne informanters svar med hva som står skrevet i interne dokumenter, har vært sentralt for å benytte triangulering. På denne måten styrkes studiens gyldighet. Samtidig kan vi bemerke oss at de interne dokumentene vi har fått tilgang til er utarbeidet av en av informantene, og vil således kunne være en begrensning ved studien. Ettersom vår tolkning av intervjudata stemmer overens med informasjonen i de interne dokumentene, indikerer det samtidig at vår tolkning er beskrivende for informantens synspunkter. Dermed kan dokumentene likevel bidra til å styrke masteroppgavens gyldighet.

7.4 Fremtidig forskning

For fremtidig forskning vil det være interessant å følge implementeringen av KPP som et internt styringsverktøy over tid for å få en dypere innsikt i de faktorene som kan være avgjørende for bruken av KPP som et effektiviseringsverktøy. I den forbindelse kan det være

interessant å undersøke om det er andre faktorer enn de vi har identifisert som muliggjør denne bruken av KPP. Vår studie indikerer videre at egenskaper ved mottakeren av KPP-informasjon kan være en faktor som påvirker hvordan KPP brukes til effektiviseringsarbeid i klinikkene. Det vil derfor være interessant med ytterligere forskning på om og eventuelt hvilken innvirkning egenskaper ved mottakeren har for bruken av modellen. Det kan også være interessant å undersøke om det er andre faktorer utenfor Battilana et al. (2009) sitt rammeverk som synes å påvirke bruken av verktøyet. Fremtidige studier kan dermed bidra til økt innsikt i hvilke faktorer som oppleves som viktig for bruken av KPP som et internt styringsverktøy til effektivisering.

Det vil også være interessant å gjennomføre komparativ forskning av sykehus som har lykket i å bruke KPP som et internt styringsverktøy, for å studere ulike fremgangsmåter for implementering og institusjonalisering av KPP. Som studien vår indikerer, synes KPP-tankegangen i mindre grad å være institusjonalisert i dette helseforetaket. Det vil derfor være interessant å undersøke hvorfor tankegangen ikke er institusjonalisert. I den forbindelse kan det være relevant å følge utviklingen i sykehuset vi har studert fremover, for å undersøke hvordan det jobbes med å reetablere KPP-tankegangen, og hvorvidt man lykkes med å institusjonalisere denne.

Som vi kort har beskrevet i oppgaven, benytter sykehuset vi har studert et egenutviklet KPP-verktøy som oppleves å være annerledes enn verktøyet de fleste andre helseforetak bruker. Det vil derfor være interessant å undersøke hvorvidt dette har påvirkning på bruken av KPP til interne formål, slik det antydes i denne oppgaven.

Det vil også være interessant å undersøke om ulike plasseringer av ansvaret for KPP-verktøyet kan påvirke den interne bruken. For videre forskning kan det studeres hvordan andre organiseringer av KPP-verktøyet, enn den vi har beskrevet, virker å påvirke bruken.

8. Erklæring om bruk av KI-verktøy i arbeidet med denne masteroppgaven

1. Navn (og versjon) av KI-verktøyet: ChatGPT, 3.5 og 4.0

Formålet med bruken av verktøyet: Ide-generering, oversette, finne synonymer

2. Navn (og versjon) av KI-verktøyet: NotebookLM

Formålet med bruken av verktøyet: Oppsummere og sammenligne artikler, ide-generering

Vi er klar over at vi er ansvarlig for alt innhold i denne masteroppgaven, inkludert de deler der KI-verktøy er benyttet. Vi har ansvar for at oppgaven følger etiske regler for personvern og publisering.

9. Referanseliste

9.1 Litteraturliste

- Ahlgren, P. C., Mo, I. G. & Nyland, K. (2024). Formalization in Health Care: The Role of Hybrid Professionals. *Financial Accountability & Management*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/faam.12414>
- Bakken, M. & Kristiansen, M. B. (2019). *Kostnadskalkulasjon i helsesektoren* [NTNU].
- Battilana, J. (2006). Agency and Institutions: The Enabling Role of Individuals' Social Position. *Organization (London, England)*, 13(5), 653-676.
<https://doi.org/10.1177/1350508406067008>
- Battilana, J. & Dorado, S. (2010). Building Sustainable Hybrid Organizations: The Case of Commercial Microfinance Organizations. *Academy of Management journal*, 53(6), 1419-1440. <https://doi.org/10.5465/amj.2010.57318391>
- Battilana, J., Leca, B. & Boxenbaum, E. (2009). How Actors Change Institutions: Towards a Theory of Institutional Entrepreneurship. *The Academy of Management annals*, 3(1), 65-107. <https://doi.org/10.5465/19416520903053598>
- Bauer, T. N., Erdogan, B., Ellis, A. M., Truxillo, D. M., Brady, G. M. & Bodner, T. (2024). New Horizons for Newcomer Organizational Socialization: A Review, Meta-Analysis, and Future Research Directions. *Journal of management*.
<https://doi.org/10.1177/01492063241277168>
- Bauer, T. N., Erdogan, B. & Zedeck, S. (2011). Organizational socialization: The effective onboarding of new employees. I (s. 51-64) (APA handbooks in psychology). Washington, DC: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/12171-002>
- Busch, T. (2021). *Akademisk skriving : for bachelor- og masterstudenter* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- DiMaggio, P. (1988). Interest and Agency in Institutional Theory. I M. Henrekson & T. Sanandaji (Red.), *Institutional Entrepreneurship* (Bd. 24, s. 477- 495). Edward Elgar.
- Dunn, M. B. & Jones, C. (2010). Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967–2005.

Administrative science quarterly, 55(1), 114-149.

<https://doi.org/10.2189/asqu.2010.55.1.114>

Eriksson, N. & Ujvari, S. (2015). Fiery Spirits in the context of institutional entrepreneurship in Swedish healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 29(4), 515-531. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2014-0158>

Flokenes, D. & Gladhaug, M. H. (2020). Kostnad per pasient – for hva og hvem : implementering av et nytt styringssystem i helsesektoren.

Fonnum, A. R. & Matras, G. L. (2022). *Kostnad per pasient (KPP) i norske helseforetak* [NTNU].

Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E. R. & Lounsbury, M. (2011). Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Academy of Management annals*, 5(1), 317-371. <https://doi.org/10.5465/19416520.2011.590299>

Haug, A. & Aanonsen, S. (2023). Fra tall til tiltak: Bruk av kostnadsog aktivitetsdata i helseforetak.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal spesifisering for KPP-modellering 2012*.
helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet. (2023). Nasjonal spesifisering for modellering av kostnad per pasient beregninger i sykehus.
https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/kostnadsveker/_/attachment/inline/a8d08d01-39f7-4b75-9cf0-532a68de19dc:9c7ff3639f25fdc36a2f435b688c05c6e9d56b6d/Nasjonal%20spesifisering%20for%20KPP-modellering%202023.PDF

Hoogstraaten, M. J., Frenken, K. & Boon, W. P. C. (2020). The study of institutional entrepreneurship and its implications for transition studies. *Environmental innovation and societal transitions*, 36, 114-136. <https://doi.org/10.1016/j.eist.2020.05.004>

Kaplan, R. S. & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46-54.

Lockett, A., Currie, G., Waring, J., Finn, R. & Martin, G. (2012). The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Social science & medicine*, 74(3), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.031>

Maguire, S., Hardy, C. & Lawrence, T. B. (2004). Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: HIV/AIDS Treatment Advocacy in Canada. *Academy of Management journal*, 47(5), 657-679. <https://doi.org/10.5465/20159610>

-
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package— Opportunities, challenges and research directions. *Management accounting research*, 19(4), 287-300. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003>
- Meld. St. 7. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 9. (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 31. (2023-2024). *Perspektivmeldingen 2024*. Finansdepartementet. regjeringen.no
- NOU: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus: Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>
- Ocasio, W. (1997). Towards an Attention-Based View of the Firm. *Strategic management journal*, 18(S1), 187-206. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199707\)18:1+<187::AID-SMJ936>3.0.CO2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199707)18:1+<187::AID-SMJ936>3.0.CO2-K)
- Phillips, N., Lawrence, T. B. & Hardy, C. (2000). Inter-organizational Collaboration and the Dynamics of Institutional Fields. *Journal of management studies*, 37(1), no-no. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00171>
- Reay, T. & Hinings, C. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization studies*, 30(6), 629-652. <https://doi.org/10.1177/0170840609104803>
- Saunders, M. N. K., Lewis, P. & Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students* (Eighth Edition. utg.). Pearson.
- Scott, R., W. , Ruef, M., Mendel, P., J. & Caronna, C., A. . (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago Press.
- Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management review*, 20(3), 571-610. <https://doi.org/10.2307/258788>
- Thornton, P. H. & Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations : Executive succession in the higher education publishing

industry, 1958-1990. *The American journal of sociology*, 105(3), 801-843.
<https://doi.org/10.1086/210361>

van den Broek, J., Boselie, P. & Paauwe, J. (2014). Multiple Institutional Logics in Health Care: 'Productive Ward: Releasing Time to Care'. *Public management review*, 16(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.770059>

9.2 Interne dokumenter

Internt dokument (2023)

Internt dokument (2024)

Sykehusets nettside (2024, 05. desember)

10. Vedlegg

10.1 Vedlegg 1: Samtykkeskjema til informanter

Vil du delta i en studie om samspillet mellom analyseavdelingen og klinikere i sykehus?

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere samspillet mellom analyseavdelingen og klinikere ved et norsk sykehus. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med prosjektet

I forbindelse med vår masterutredning ved Norges Handelshøyskole ønsker vi (Helene Havre og Ragnhild Versto Roheim) å undersøke hvordan analyseavdelingen kan involvere klinikere i bruken av KPP-data til forbedring av medisinsk praksis og effektivisering av norske helseforetak. Vår veileder er Kari Nyland. Opplysningene vil bli benyttet til utarbeidelse av vår masteroppgave og kan eventuelt benyttes i forbindelse med doktorgradsavhandlingen til Martine Kjenstad.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er relevant for oss å kontakte sentrale personer med ulik bakgrunn, roller og ansvarsområder innad i helseforetaket.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Handelshøyskole ved Helene Havre, Ragnhild Versto Roheim og veileder Kari Nyland samt doktorgradsstipendiat Martine Kjenstad ved NTNU er ansvarlig for prosjektet og opplysningene som behandles i forbindelse med prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. I et slikt tilfellet vil alle dine personopplysninger bli slettet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i denne studien innebærer at du deltar i et eller flere intervjuer. Utgangspunktet for intervjuet er intervjuguiden som vil inneholde spørsmål knyttet til KPP, samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere, organisering av analyseavdelingen og betydningen av enkeltpersoners engasjement. Samtalen registreres ved bruk av taleopptak på telefon.

Utdypende om personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Følgende personer vil ha tilgang til dataen: Helene Havre og Ragnhild Versto Roheim (mastergradsstudenter) i tillegg til veileder Kari Nyland og doktorgradsstipendiat Martine Kjenstad ved NTNU.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Ved publisering vil din arbeidsplass bli anonymisert, og kun din stillingstittel vil kunne brukes for å henvise til informasjon fra deg.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NHH har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes ved levering av masteroppgaven i slutten av desember 2024. Opplysningene vil da slettes fra vår side (Ragnhild Versto Roheim og Helene Havre). Opplysningene vil kunne bli benyttet videre av doktorgradsstipendiat Martine Kjenstad i forbindelse med hennes doktorgradsavhandling.

Spørsmål

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

- Ragnhild Versto Roheim (ragnhild.roheim@student.nhh.no)
- Helene Havre (helene.havre@student.nhh.no)
- Veileder Kari Nyland (kari.nyland@ntnu.no)
- Doktorgradsstipendiat Martine Kjenstad (martine.kjenstad@ntnu.no)
- Personvernombud ved NHH (personvernombud@nhh.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Helene Havre og Ragnhild Versto Roheim

Samtykkeerklæring

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

- å delta i intervju
- at jeg som deltaker indirekte kan identifiseres gjennom min stillingstittel, i tilfeller der den er unik i organisasjonen

-
- jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet og videre av doktorgradsstipendiat Martine Kjenstad.
-

(deltaker, dato)

10.2 Vedlegg 2: Intervjuguide - Klinikksjefer

Generelt

- Kan du fortelle litt om din stilling og hva arbeidet ditt går ut på?

Bruk av KPP i sykehuset

- Hva vet du om kostnad per pasient, og hvilken informasjon denne dataen gir?
- Hvordan er du involvert i arbeidet med data om kostnad per pasient som legges frem av analyseavdelingen?
- Opplever du at KPP-data gir nyttig informasjon for klinikere og deres arbeid?
- Hva opplever du er viktig for at klinikerne bruker KPP i medisinsk forbedrings- og effektiviseringsarbeid?
- Hvordan kommuniseres KPP-data til klinikere (nedover i organisasjonen)?
 - Hvilke reaksjoner opplever du at denne informasjonen får hos klinikere?
 - Hvordan opplever du at klinikere reagerer på effektivisering av behandling?
 - Opplever du at det er en forskjell i måten klinikere reagerer på KPP-informasjon i de ulike avdelingene innad i klinikken?
 - Opplever du at det er en forskjell i måten klinikere reagerer på KPP-informasjon i klinikken, sammenlignet med andre klinikker?
- Opplever du noen utfordringer tilknyttet bruk av KPP-data i medisinsk forbedrings- og effektiviseringsarbeid? Vis gjerne til konkrete eksempler
 - Kan du beskrive utfordringene du opplever?
 - Tror du at begrepet «KPP» bidrar til å skape skepsis eller lavere interesse for den informasjonen, sammenlignet med om begrepet hadde vært noe annet (ikke hadde inkludert kostnader)?

-
- Oppfatter du at det er aksept for å blande inn økonomi i pasientbehandlinger i det medisinske fagmiljøet?

Tillit til analyseavdelingen og KPP-data

- Hvordan oppfatter du analyseavdelingen?
 - Hvilke oppgaver oppfatter du at analyseavdelingen har?
 - Hvilken bistand får dere fra analyseavdelingen?
 - Opplever du at analyseavdelingen jobber etter samme mål og intensjoner som klinikere, snakker samme språk og har kunnskap om sykehusdriften?
- Hvordan opplever du samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere rundt bruk av KPP-data?
- Hvordan opplever du at tilliten din er til analysesjefen og analyseavdelingen?
- Hva opplever du at analysesjefen og analyseavdelingen gjør for å skape tillit til analyseavdelingen?
- Hvordan opplever du at tilliten din er til KPP-dataen?
 - Opplever du at KPP-dataen er riktig, og reflekterer de relevante kostnadene for pasientgrupper?
- Har du opplevd at KPP-dataen viser at dere har høyere/lavere kostnader per pasientgruppe enn andre? Gjerne kom med et eksempel
 - Er det analyseavdelingen som har påpekt slike forskjeller?
 - Hvordan reagerte du på denne informasjonen?
 - Hvordan ble det kommunisert videre nedover? Hva var reaksjonen her?
 - Hva ble resultatet?
 - Tror du slike forskjeller viser avvik i medisinsk praksis?
- Er det noe du tenker analyseavdelingen eller analysesjefen kunne gjort for å skape mer tillit og legitimitet både til avdelingen og til KPP-dataen?

Organisering av analyseavdelingen

- Vet du hvor analyseavdelingen er organisert?
- Opplever du at det har en betydning for klinikere hvor analyseavdelingen er organisert?
 - I så fall, hvilken betydning opplever du at det har?

- Hvordan tror du analyseavdelingen ville blitt oppfattet blant klinikere hvis den hadde vært organisert under økonomiavdelingen?
 - Hvordan tror du denne organiseringen ville påvirket eksempelvis dialogen og samspillet mellom analyseavdelingen og klinikere rundt bruken av KPP til medisinsk forbedringsarbeid etc.?

Enkeltpersoners engasjement for bruk av KPP-modellen

- Opplever du at enkeltpersoner har betydning for måten dere bruker KPP på i dag?
 - I så fall, hvordan opplever du at denne personens engasjement har hatt betydning for bruken av KPP?
 - Opplever du at disse enkeltpersonene er viktige for å bygge bro mellom analyseavdelingen og klinikere?
 - Opplever du at legitimiteten til disse enkeltpersonene er viktigere enn legitimiteten til KPP-dataen?
 - Opplever du at det er noen egenskaper ved denne/disse personen(e) eller noe personen(e) gjør som har betydning for klinikerens oppfatning av KPP?

Annet

- Er det noe du mener er viktig som vi ikke har spurt om?
- Opplever du at spørsmålene er relevante?

10.3 Vedlegg 3: Intervjuguide – Seksjons- og avdelingsleder

Generelt

- Kan du fortelle litt om din stilling og hva arbeidet ditt går ut på?
 - Hvor lenge har du jobbet på sykehuset?
 - Hvilken bakgrunn/utdanning har du?

Bruk av KPP i sykehuset

- Hva vet du om kostnad per pasient (KPP), og hvilken informasjon denne dataen gir?

-
- Hvordan opplever du interessen er for å bruke kostnadsdata i medisinsk forbedrings- og effektiviseringsarbeid blant klinikere?
 - Hvordan er interessen blant kliniske ledere på nivåer over deg? Hvordan er interessen blant personer på nivåer under deg?
 - Oppfatter du at det er aksept i det medisinske fagmiljøet for å blande inn kostnadsinformasjon for å si noe om kvalitet eller effektivitet i pasientbehandling?
 - Opplever du at det er forskjeller i denne aksepten mellom ulike avdelinger?
 - Kommuniseres KPP-data til deg?
 - Hvis ja, hvem kommuniserer denne informasjonen?
 - Hvordan og i hvilke sammenhenger kommuniseres informasjonen?
 - Har du et eksempel på en gang dere har brukt informasjon fra KPP til å gjennomføre medisinske forbedringer?
 - Hvordan reagerte du på denne informasjonen?
 - Hvordan ble dette kommunisert videre nedover i avdelingen? Hva var reaksjonen her?
 - Hva ble resultatet?
 - Opplever du at det er forskjeller i måten klinikere reagerer på KPP-informasjon i avdelingen?
 - Har du noen gang etterspurt kostnads- eller aktivitetsdata fra analyseavdelingen?
 - Opplever du noen utfordringer tilknyttet bruk av KPP-data i medisinsk forbedrings- og effektiviseringsarbeid?
 - Kan du beskrive utfordringene du eventuelt opplever?

Tillit til analyseavdelingen og KPP-data

- Hvordan oppfatter du analyseavdelingen?
 - Hvilke oppgaver oppfatter du at analyseavdelingen har?
 - Hvilken bistand får dere fra analyseavdelingen?
 - Opplever du at analyseavdelingen jobber etter samme mål og intensjoner som klinikerne, snakker samme språk og har kunnskap om sykehusdriften?
- Opplever du at KPP-dataen som presenteres er riktig, og reflekterer relevante kostnader?
- Er det noe du tenker burde vært gjort annerledes med tanke på å involvere klinikere i bruk av KPP-data til medisinsk forbedrings- og effektiviseringsarbeid?

Enkeltpersoners engasjement for bruk av KPP

- Opplever du at enkeltpersoner har betydning for måten dere bruker KPP på i dag?
 - I så fall, hvordan opplever du at denne personen har hatt betydning?
 - Opplever du at legitimiteten til disse enkeltpersonene er viktigere enn legitimiteten til KPP-dataen?
 - Opplever du at det er noen egenskaper ved denne personen eller noe personen gjør som har betydning for klinikers oppfatning av KPP?

Annet

- Er det noe du mener er viktig for oss å vite som vi ikke har spurt om?

10.4 Vedlegg 4: Intervjuguide - Analyseavdeling

Generelt

- Kan du fortelle litt om din stilling og hva arbeidet ditt går ut på?

Bruk av KPP i sykehuset

- Hvordan er du involvert i arbeidet med KPP på sykehuset?
- Hva opplever du har vært viktig for at sykehuset bruker KPP-data i medisinsk forbedrings- og effektiviseringsarbeid?
- Opplever du at klinikere er interessert i KPP-data og ønsker å ta det i bruk i deres arbeid?
- Hvordan har dette utviklet seg over tid?
- Hvilke faktorer opplever du eventuelt har vært viktig for å skape denne interessen?
- Opplever du noen utfordringer tilknyttet bruken av KPP-data i medisinsk effektiviserings- og forbedringsarbeid?
- Kan du beskrive utfordringene du opplever?
- Opplever du at det er noen utfordringer knyttet til å involvere klinikere i bruken av KPP-data?

Tillit

- Hvordan opplever du samhandlingen mellom analyseavdelingen og klinikere rundt bruk av KPP-data?
- Opplever du at det er vanskelig å skape tillit og legitimitet til KPP-dataen?
- Hvordan har dette utviklet seg over tid?
- Hva opplever du er årsakene til denne utviklingen?
- Hva opplever du at er viktig for klinikerne for at de skal få tillit til KPP-dataen og analyseavdelingen?
- Har du opplevd en situasjon der analyseavdelingen har påpekt for klinikkledere at KPP-dataen viser at sykehuset har høyere/lavere kostnader per pasientgruppe enn andre?
- Hvordan reagerte klinikerne på denne informasjonen?
- Hva ble resultatet?
- Tror du slike forskjeller viser avvik i medisinsk praksis?

Organisering av analyseavdelingen

- Opplever du at det har en betydning for samhandlingen med klinikere at analyseavdelingen er organisert under fag?
- Opplever du at det har en betydning for legitimiteten til analyseavdelingen og KPP-dataen, at analyseavdelingen er organisert under fag?
- Hvordan tror du samhandlingen med klinikere ville vært dersom analyseavdelingen hadde vært organisert under økonomiavdelingen?
- Hvordan tror du denne organiseringen ville påvirket analyseavdelingen og KPP-dataens legitimitet?

Enkeltpersoners engasjement for bruk av KPP-modellen

- Opplever du at enkeltpersoner har betydning for måten dere bruker KPP på i dag?
- I så fall, hvordan opplever du at denne personens engasjement har hatt betydning for bruken av KPP?
- Opplever du at disse enkeltpersonene er viktige for å bygge bro mellom analyseavdelingen og klinikere?
- Opplever du at legitimiteten til disse enkeltpersonene er viktigere enn legitimiteten til KPP-dataen?

- Opplever du at det er noen egenskaper ved denne personen eller noe personen gjør som har betydning for klinikerens oppfatning av KPP-modellen?

Annet

- Er det noe du mener er viktig som vi ikke har spurt om?
- Opplever du at spørsmålene er relevante?

10.5 Vedlegg 5: Intervjuguide - Analysesjef

Generelt

- Kan du fortelle litt om din bakgrunn?
 - F.eks. utdanning, antall års erfaring i sykehus, hvilke stillinger har du hatt tidligere
- Kan du fortelle litt om din nåværende stilling og hva arbeidet ditt går ut på?

Bruk av KPP i sykehuset

- Hvordan er du involvert i arbeidet med KPP på sykehuset?
- Hva opplever du har vært viktig for at sykehuset bruker KPP-data i medisinsk forbedrings- og effektiviseringsarbeid?
- Opplever du at klinikere er interessert i KPP-data og ønsker å ta det i bruk i deres arbeid?
 - Hvordan har dette utviklet seg over tid?
- Hvilke faktorer opplever du eventuelt har vært viktig for å skape denne interessen?
- Hvordan foregår samhandlingen med klinikerne om KPP-data?
 - Hvem formidler KPP-data til klinikere?
 - Hvordan formidles KPP-data til klinikere?
- Opplever du noen utfordringer tilknyttet bruken av KPP-data?
- Opplever du at det er noen utfordringer knyttet til å involvere klinikere i bruken av KPP-data?

Din rolle som analysesjef

- Hva har din rolle vært i implementeringen av KPP som et internt styringsverktøy?

-
- Hva anser du som viktig ved din rolle i denne implementeringen?
 - Opplever du at det er vanskelig å skape tillit og legitimitet til KPP-dataen?
 - Hvordan har dette utviklet seg over tid?
 - Hva opplever du er årsakene til denne utviklingen?
 - Hva opplever du at er viktig for klinikerne for at de skal få tillit til KPP-dataen og analyseavdelingen?
 - Hvordan opplever du at du jobber for å forene profesjonene (økonomi/analyse og medisin)?
 - Hvordan har dette utviklet seg over tid?
 - Hvilke utfordringer har du møtt på, og hvordan har du jobbet for å bygge bro mellom analyse og klinikk?

Organisering av analyseavdelingen

- Opplever du at det har en betydning for samhandlingen med klinikere at analyseavdelingen er organisert under fag?
- Opplever du at det har en betydning for legitimiteten til analyseavdelingen og KPP-dataen at analyseavdelingen er organisert under fag?
- Opplever du at denne organiseringen er unik for dette sykehuset?
- Hvordan tror du samhandlingen med klinikere ville vært dersom analyseavdelingen hadde vært organisert under økonomiavdelingen?
 - Hvordan tror du denne organiseringen ville påvirket analyseavdelingens og KPP-dataens legitimitet?

Annet

- Er det noe du mener er viktig som vi ikke har spurt om?
- Opplever du at spørsmålene er relevante?