



UIT

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Institutt for biovitenskap, fiskeri og økonomi – Handelshøgskolen i Tromsø

Økonomistyring i et helseforetak

Hvordan jobber ledere på ulike nivåer med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak?

Camilla Pedersen

Masteroppgave i økonomi og administrasjon - juni 2018



Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en del av masterstudiet i økonomi og administrasjon på Handelshøgskolen ved UIT, Norges Arktiske Universitet, og utgjør 30 studiepoeng i fagområdet økonomistyring, som er en spennende del av virksomheters helhetlige og overordnede styring. Forskningsprosessen har vært krevende, men samtidig utrolig interessant og lærerik.

Først og fremst vil jeg gjerne takke min veileder professor Elsa Solstad ved UIT som har kommet med gode og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Det har vært betryggende å ha en utrolig dyktig og engasjert veileder i en slik prosess, som har bidratt til økt forståelse, struktur og kvalitet på oppgaven. En stor takk rettes også til informantene ved UNN, K3K klinikken, uten dere ville ikke denne studien blitt til. En siste takk rettes til mamma og pappa, som har vært uvurderlige støttespillere gjennom hele forskningsprosessen.

Harstad, 01. juni 2018

Camilla Pedersen

Sammendrag

Økonomistyring i offentlig virksomhet er mer kompleks siden formålet for offentlig virksomhet er at ressursene skal brukes slik at det skapes mest mulig velferd for brukerne av de offentlige tjenestene. Opprettelsen av de regionale helseforetakene (RHFene) har vist seg å skape økt underskudd i helseforetakene. Det stilles spørsmålstegn til om ledere jobber med økonomistyring i klinikkene. Dette skaper økt interesse for økonomistyring i helseforetakene.

Studien har til formål å studere hvordan ledere jobber på ulike nivåer med økonomistyring i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K), ved å se på helseforetaket Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Problemstillingen: *”Hvordan jobber ledere på ulike nivåer med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak?”*, er undersøkt gjennom en kvalitativ casestudie av K3K klinikken. Det er gjort til sammen 5 semistrukturerte intervju av ledere i Harstad og Tromsø, som tilhører klinikkledelsen, med tilhørende avdelingsledere og seksjonsledere ved K3K.

Sentral i min studie er Malmi og Brown (2008) sin styringspakke og Simons (1995) sitt teoretiske rammeverk ”Levers of Control”. Videre redegjøres det for teori om tradisjonell normativ økonomistyring, vertikal- og horisontal styring, betingelsesteori, økonomistyring i det offentlige og økonomistyring i sykehus. Ved hjelp av intervju med de nevnte teoriene som tema, har det resultert i mange interessante funn.

Empirien indikerer at viktigheten av økonomistyring vektlegges noe ulikt blant ledere i K3K, hvor vi har fagpersoner innenfor medisin, leger og økonomer. Leger er ledere som har påtatt seg et økonomisk ansvar, det påpekes at en stor utfordring er at de har mindre fokus og manglende interesse for økonomi i klinikken. De på de laveste nivåene i klinikken vet ofte ikke hva det betyr å drive økonomistyring, samt at det er manglende kommunikasjon mellom de ulike ledernivåene nedover i hierarkiet om økonomistyring. Det påpekes at legegruppen har mindre fokus på økonomi, hvis de må prioritere mellom pasientbehandling og økonomi. På tross av at legene har hovedfokus på pasientbehandling, har de et stort fokus på budsjett og sparing.

Nøkkelord: Helseforetak, klinikk, økonomistyring, sykehus, pasientbehandling

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Aktualisering	1
1.2	Problemstilling og formål.....	2
1.3	Studiens videre oppbygging	3
2	Teoretisk rammeverk for studien.....	4
2.1	Tradisjonell, normativ økonomistyring.....	4
2.2	Styringspakke	5
2.3	Levers of Control.....	10
2.3.1	Verdisystemer.....	12
2.3.2	Avgrensningssystemer.....	12
2.3.3	Diagnostiske kontrollmekanismer	12
2.3.4	Interaktive kontrollmekanismer.....	13
2.4	Vertikal og horisontal styring.....	14
2.4.1	Vertikal styring.....	14
2.4.2	Horisontal styring	15
2.4.3	Valg av styringsstruktur	15
2.5	Økonomistyring i sykehus.....	16
2.5.1	Betingelsesteori	16
2.5.2	Økonomistyring i det offentlige	17
2.5.3	Økonomistyring i sykehus.....	18
2.6	Oppsummering av teori.....	21
3	Metode.....	23
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	23
3.2	Forskningsdesign.....	24
3.2.1	Rekruttering av informanter	27
3.3	Metodevalg.....	27
3.3.1	Semistrukturerte intervju	29
3.3.2	Dokumentstudier	30
3.4	Forskningsprosessen.....	30
3.5	Analyse av datamaterialet	32
3.6	Studiens kvalitet	32
3.6.1	Pålitelighet.....	32
3.6.2	Troverdighet (gyldighet)	33

3.6.3	Bekreftbarhet	34
3.6.4	Overførbarhet	35
3.7	Forskningsetiske avveininger	35
4	Casebeskrivelse	37
5	Presentasjon av empiri.....	40
5.1	Tradisjonell, normativ økonomistyring	40
5.1.1	Mål og strategier.....	40
5.1.2	Styringsmål gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord.....	44
5.1.3	Økonomistyringsprosessen.....	45
5.1.4	Oppsummering tradisjonell, normativ økonomistyring.....	49
5.2	Styringspakke	49
5.2.1	Kulturell kontroll	49
5.2.2	Planlegging	51
5.2.3	Kybernetisk styring	52
5.2.4	Administrativ kontroll	56
5.3	Diagnostiske kontrollmekanismer	59
5.3.1	Styring ovenfra	59
5.3.2	Rapportering	60
5.3.3	Oppsummering diagnostiske kontrollmekanismer	61
5.4	Interaktive kontrollmekanismer	61
5.4.1	Involvering	61
5.4.2	Kommunikasjon	62
5.4.3	Diskusjoner om økonomistyring	63
5.4.4	Organisatorisk læring	64
5.4.5	Oppsummering interaktive kontrollmekanismer	64
5.5	Oppsummering av empiriske hovedfunn.....	65
6	Analyse	67
6.1	Lederne er involvert for å nå mål og strategier	67
6.2	Det er manglende kommunikasjon mellom nivåene i klinikken	68
6.3	Koordinering oppleves som en utfordring.....	69
6.4	Læring av andre klinikker og enheter er viktig	71
6.5	Pasientbehandling oppleves som det viktigste, økonomien kommer i annen rekke.....	71
7	Konklusjon.....	74
	Litteraturliste.....	76

Vedlegg 1	83
-----------------	----

Figurliste

Figur 1 - Managament control systems package. (Malmi & Brown , 2008, s. 291)	6
Figur 2 – Levers of Control rammeverk (Simons, 1995, s. 7).....	11
Figur 3 - Organisasjonskart Kirurgi, -kreft og kvinnehelseklinikken.....	38
Figur 4 - Organisasjonshierarkiet ved Universitetssykehuset Nord-Norge.....	39

Tabelliste

Tabell 1 - Intervjuoversikt.....	31
----------------------------------	----

1 Innledning

1.1 Aktualisering

Nye reformer har preget sykehussektoren de siste 20 årene. I sykehussektoren har man sett at sykehusene som tidligere var forvaltningsorganisasjoner direkte underlagt politisk myndighet, i 2002 ble underlagt de regionale helseforetakene (RHFene) som en del av sykehusreformen (Nyland & Pettersen, 2010). På tross av reformendringen preges sykehussektoren i Norge av store og økende driftsunderskudd. Det regnes ifølge Nyland og Pettersen (2008) som et dilemma at sektoren på tross av kontinuerlig reforminnsats med tanke på å utvikle effektive eier- og driftsformer, fremdeles viser liten evne til å innpasse driften innen de ressursrammene som vedtas av myndighetene.

Nyland og Pettersen (2008) beskriver helsesektorens styringsutfordringer som utfordringer som knytter seg til fordeling av ressurser mellom helsetjenester og andre tjenester, planlegging og oppfølging av ressursbruk på den enkelte sengepost. En rask teknologisk utvikling, styrkede brukerrettigheter og økende forventningspress møter kravet om budsjettbalanse og effektiv ressursutnyttelse. I tillegg har det samfunnsøkonomiske og bedriftsøkonomiske perspektivet ulike fokus og medfører derfor ulike tilnæringsmåter. Det samfunnsøkonomiske perspektivet tar utgangspunkt i at vi har begrensede ressurser til rådighet som gjør at vi må bruke ressursene på best mulig måte. Dette medfører at det offentlige må fordele ressursene riktig mellom helsesektoren og andre offentlige tjenester og sikre fordeling av ressurser mellom ulike typer helsetjenester. Det bedriftsøkonomiske perspektivet fokuserer på å styre ressursbruken slik at en oppnår overordnede målsetninger. En utfordring i helsesektoren er at en helsetjeneste er vanskelig å konkretisere, og det bedriftsøkonomiske perspektivet forsøker derfor å beskrive tjenesteproduksjonen i sykehusene på en meningsfull måte, hente informasjon om kostnader, produksjon og summere informasjonen til planer for sykehusenes virksomhet (Bjørnenak m.fl., 2008).

Videre har vi å gjøre med to kulturer innenfor helsesektoren, den kliniske og den administrative. Helsepersonell har tradisjonelt hatt ansvar for tjenesteproduksjon, mens administrasjonen har hatt ansvar for å holde orden på økonomien. Dette har ført til at avstanden mellom administrasjonen, faglig ledelse og ansatte i de enkelte sykehusavdelingene ofte har blitt for stor (Bjørnenak m.fl., 2008).

Utfordringene knyttet til helseforetakenes økonomistyring er blitt forverret ved at likviditeten over flere år har utviklet seg til å bli problematisk (Nyland & Pettersen, 2008).

Kombinasjonen av årlige bevilgninger, disponering av egenkapital og omfattende lånerammer har gitt helseforetakene større handlingsfrihet. Dette har resultert i en situasjon med lavere egenkapital og dårlig likviditet. I lys av dette er utfordringen fremover hvordan denne situasjonen skal håndteres på lang sikt (Nyland & Pettersen, 2008).

” Økonomistyringen i helseforetakene er ikke tilfredsstillende ” (Riksrevisjonen, 2009).

Dette var budskapet i pressemeldingen som Riksrevisjonen ga etter deres undersøkelse av styringsprosessen i helseforetakene som ble overlevert stortinget i november 2009 (Nyland & Olsen, 2017). Da hadde de regionale helseforetakene gått med underskudd siden 2002.

Vedvarende underskudd resulterer i redusert økonomisk handlingsfrihet for helseforetakene, og dermed også redusert evne til å ivareta helsepolitiske målsettinger om effektiv ressursutnyttelse og lik tilgang til spesialhelsetjenester som har god kvalitet (Nyland & Olsen, 2017).

Ifølge en pressemelding fra NRK Nordland 19. juni 2017 kan vi lese at:

UNN sliter med økonomien: Økonomien ved UNN er i ferd med å komme ut av kontroll, skriver fremover.no. Så langt i år har foretaket gått med et regnskapsmessig underskudd på 24,5 millioner kroner. Onsdag skal styret behandle ansettelses-, innkjøps- og reisestopp med umiddelbar virkning (NRK, 2017).

I lys av at helseforetakene har vært preget av underskudd, (NRK, 2017; Riksrevisjonen, 2009) aktualiseres interessen rundt økonomistyring i helseforetak. Videre ønsker jeg derfor å se på hvordan ledere jobber med økonomistyring i et helseforetak.

1.2 Problemstilling og formål

Formålet med denne studien er å se på hvordan ledere på ulike nivåer arbeider med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak. Oppgaven vil belyse hvordan økonomistyringen foregår i UNN med tanke på at pasientforløpet skjer på tvers av klinikkene, mens økonomistyringen skjer fra toppledelse og administrativ stab og nedover i organisasjonen. I

studien vil jeg studere økonomistyring i en klinikk i Universitetssykehuset Nord–Norge. Fokuset i oppgaven vil være å beskrive hvordan det jobbes med økonomistyring på ulike nivåer i denne klinikken. Med denne studien vil jeg bidra med forskning om økonomistyring på ulike nivåer i et helseforetak. Min problemstilling er:

Hvordan jobber ledere på ulike nivåer med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak?

Oppgavens omfang- og tidsbegrensninger har gjort det nødvendig med noen avgrensinger. Omgivelsene og eksterne faktorer som påvirker klinikken blir dermed ikke tatt hensyn til. Jeg studerer Universitetssykehuset på ledelses- og administrasjonsnivå, og intervjuer informanter som tilhører ulike enheter i en klinikk. Oppgaven avgrenses til å studere en klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge på et gitt tidspunkt.

I denne sammenhengen betyr begrepet jobber å anvende/benytt. Altså hvordan økonomistyring i praksis blir benyttet i klinikken som studeres. Økonomistyring defineres av Bjørnenak m.fl. (2008, s. 139) som *"den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsetninger"*. Et helseforetak yter spesialhelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller som er pålagt i lov (Helsenorge, 2014). Ofte består et helseforetak av flere sykehus og andre helseinstitusjoner. Avdeling er en organisatorisk inndeling som kan benyttes både på helseforetaksnivå og sykehusnivå. Helseforetak og sykehus i Norge kan ha klinikker, avdelinger og divisjoner som dekker flere fysiske enheter (Helsenorge, 2014).

1.3 Studiens videre oppbygging

Etter innledningskapittelet der jeg redegjør for aktualisering og problemstilling, presenteres studiens teoretiske rammeverk i kapittel 2. Videre redegjør kapittel 3 for mitt vitenskapsteoretiske ståsted, forskningsdesign, valg av metode, kvaliteten i studien og refleksjoner knyttet til forskningsetikk. Kapittel 4 omhandler en kort casebeskrivelse. Deretter presenteres de empiriske funn i kapittel 5. I kapittel 6 presenteres analysen. Til slutt kommer konklusjonen i kapittel 7, der det redegjøres for sentrale funn, i tillegg til mulige feilkilder og forslag til videre forskning. I dette kapittelet vil jeg altså svare på problemstillingen.

2 Teoretisk rammeverk for studien

Formålet med kapittelet er å gi studien et teoretisk rammeverk. Teoriene er valgt ut fra oppgavens problemstilling og formål. Det finnes mange rammeverk innenfor økonomistyring, deriblant Anthony og Young (2003) sin ideelle styrings sirkel. Jeg velger derimot å bruke Malmi og Brown (2008) sin "styringspakke" og Simons (1995) sitt teoretiske rammeverk "Levers of Control", da jeg anser de som mest relevant i min studie. Videre belyses vertikal- og horisontal økonomistyring, dette er relevant i forhold til at økonomistyring i et helseforetak skjer vertikalt mens pasientforløpet skjer horisontalt. Avslutningsvis redegjør jeg for betingelsesteori, økonomistyring i offentlig sektor og økonomistyring i sykehus.

2.1 Tradisjonell, normativ økonomistyring

Økonomisk styring omhandler å skape en funksjonell sammenheng og et samspill i organisasjonen som har til hensikt å legge forholdene til rette for felles innsats om å nå målsettinger (Bjørnenak m.fl., 2008). Anthony (1965, s. 32) definerer økonomistyring som: *"The process which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization`s objectives"*.

I et normativt perspektiv på økonomistyring fokuseres det på optimal bruk av ressurser ved hjelp av formelle styringsverktøy for å skaffe informasjon som grunnlag for økonomiske beslutninger og oppfølging. Det normative perspektivet på økonomistyring beskriver virkeligheten slik den bør være ut fra visse forutsetninger, med utgangspunkt i rasjonalitet og profittmaksimering (Pettersen, 2013). Økonomistyring blir definert som bedriftsøkonomisk analyse med vekt på tekniske løsninger, teknikker og systemer som organisasjonen jobber etter for å oppnå overordnede mål (Pettersen, 2013). Med utgangspunkt i et slikt normativt perspektiv definerer økonomistyring av Bjørnenak m.fl. (2008, s. 139) som: *"den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger"*.

Det normative perspektivet på økonomistyring blir kritisert av mange for å være for snevert (Bjørnenak & Hoff, 2010; Pettersen, 2013; Nyland & Pettersen, 2008). Skal styringen være formålsrasjonell forutsettes det samsvar mellom det som planlegges og det som faktisk gjøres i en organisasjon. Tilnærmingen tar ikke hensyn til at det kan eksistere målkonflikter,

maktspill, politiske prosesser og andre forhold som skaper komplekse beslutningssituasjoner (Chenhall, 2003; Pettersen, 2013). På bakgrunn av dette er det de seneste årene utviklet nye analyseverktøy og teoretiske rammeverk som skal gi bedre grunnlag for å ta beslutninger, og forstå konsekvensene av disse, i organisasjoner i komplekse og skiftende omgivelser (Pettersen, 2013).

Kritikken mot økonomistyringsprosessen begynte for alvor på 1980-tallet i Skandinavia (Pettersen, 2013). Kritikken dreide seg om at perspektivene opplevdes for snevre i forhold til utfordringene dagens virksomheter stod ovenfor. Utfordringene dreier seg om hurtige endringer i omgivelsene, usikkerhet i rammebetingelser, økende grad av nettverksorganisasjoner og partnerskap samt utvikling av nye og sammensatte organisasjoner (Pettersen, 2013). Nyland og Pettersen (2008) mener at de reelle styringsprosessene best kan forstås med utgangspunkt i en beskrivende tilnærming istedenfor en mer normativ og rasjonell tilnærming til økonomistyring. Videre vil jeg greie ut om to rammeverk som kan benyttes innenfor økonomistyring, hvor jeg belyser Malmi og Brown (2008) sitt rammeverk først. Deretter belyser jeg Simons (1995) sitt rammeverk Levers of Control.

2.2 Styringspakke

Styringspakker kan ses på som en videreutvikling av betingelsesteorien (Pettersen, 2013) som blir nærmere beskrevet senere. Malmi og Brown (2008, s. 291) definerer styringssystemer som: *"those systems, rules, practices, values and other activities management put in place in order to direct employee behavior"*. Styring er alle verktøy og systemer som ledelsen bruker for å sikre at de ansattes atferd og beslutninger er i tråd med organisasjonens mål og strategier. Styring er altså mer enn bare økonomisk styring. Styring omfatter også administrativ og kulturell styring, som er styrings- og kontrollmekanismer som kan utfylle eller erstatte økonomisk styring. Ledelsessystemer er også en del av organisasjonenes styringssystem (Johanson & Madsen, 2013). Ifølge Malmi og Brown (2008) referer styringspakke til at organisasjoner bruker styringsmekanismer i ulik grad, og at en organisasjons sammensetning av styringsmekanismer utgjør en pakke.

Cultural Controls						
Clans		Values			Symbols	
Planning		Cybernetic Controls				Reward and Compensation
Long range planning	Action planning	Budgets	Financial Measurement Systems	Non Financial Measurement Systems	Hybrid Measurement Systems	
Administrative Controls						
Governance Structure		Organisation Structure			Policies and Procedures	

Figur 1 - Management control systems package. Kilde: Malmi og Brown (2008, s.291)

Malmi og Brown (2008) deler styringssystemet inn i: Kulturell kontroll, planlegging, kybernetisk styring, kompensasjons- og belønningssystemer og administrativ kontroll. I min studie har jeg fokus på kulturell kontroll, planlegging, kybernetisk styring og administrativ kontroll.

Kulturell kontroll

Organisasjonskultur er et sett av verdier, tro og sosiale normer som deles av medlemmer i en organisasjon, og som påvirker deres tanker og handlinger (Flamholtz, Das, & Tsui, 1985). Kultur er et system for kontroll når det brukes for å regulere atferd (Malmi & Brown, 2008). Det finnes tre former for kulturell kontroll: verdibasert kontroll (Simons, 1995) symbolbasert kontroll (Schein, 1997) og klankontroll (Ouchi, 1979). Simons (1995) utviklet begrepet verdikontroll gjennom det han beskriver som et trossystem. Det er eksplisitte sett av organisatoriske definisjoner som ledere kommuniserer formelt og systematisk, for å gi helhetlig verdi, formål og retning for organisasjonen. Ifølge Malmi og Brown (2008) har verdier betydning for atferd, og institusjonaliseres gjennom trossystemer, som fungerer på tre nivåer. Det første er når organisasjonen bevisst rekrutterer personer som har bestemte verdier som er i samsvar med organisasjonens verdier. Den andre er når individer er sosialisert og forandrer sine verdier til de organisatoriske verdiene. Den tredje er når verdiene utforskes og ansatte oppfører seg i samsvar med dem, selv om de ikke forholder seg til dem personlig. Dette bunner i spørsmålet om samfunnsansvaret. I tillegg kan ansatte oppføre seg i samsvar

med verdiene fordi de har tilpasset seg til verdiene, eller fordi det forventes av organisasjonen (Malmi & Brown, 2008).

En annen form for kulturell kontroll er symbolbasert kontroll (Schein, 1997). Dette går ut på at organisasjonen lager synlige uttrykk for å utvikle en bestemt type kultur (Schein, 1997).

Dette kan være kleskoder (uniform), åpent kontorlandskap og design for bygg/arbeidsområdet. Den siste formen for kulturell kontroll er klankontroll. Dette går ut på at individer tar til seg et sett av ferdigheter og verdier gjennom sosialiseringen.

Sosialiseringen relaterer seg til profesjoner eller andre grupper hvor det skapes en form for grense, som for eksempel enhet eller avdeling (Ouchi, 1979). I min studie har jeg fokus på verdibasert kontroll.

Planlegging

Planlegging er en form for forhåndskontroll i en organisasjon (Flamholtz m.fl., 1985). For det første setter det ut målene for den funksjonelle delen av organisasjonen, dermed styrer det innsats og oppførsel. For det andre gjør planlegging slik at standarder oppnås i forhold til målene organisasjonen har, og klargjør hva som forventes av innsats og oppførsel fra organisasjonens medlemmer. Planlegging kan muliggjøre koordinering ved å tilpasse et sett av mål på tvers av funksjonsområdene i en organisasjon. Dermed kan organisasjonen kontrollere aktiviteter til grupper og enkeltpersoner for å sikre at de er i tråd med ønsket organisatorisk utfall (Malmi & Brown, 2008).

Planlegging gjennomføres på to måter i en organisasjon, fremhever Malmi og Brown (2008). Den første er handlingsplanlegging der mål og handlinger for den umiddelbare fremtiden settes. Vanligvis dreier det seg om en periode på 12 måneder eller mindre. Slike planer har et taktisk fokus. Den andre måten for planlegging er langtidsplanlegging hvor mål og handlinger for mellomlang og lang sikt legges, ofte med et strategisk fokus (Malmi & Brown, 2008). I strategisk planlegging hvor prosjekter eller andre initiativer gir retning til hva menneskene skal gjøre har ikke planlegging nødvendigvis noe med det finansielle å gjøre (Malmi & Brown, 2008).

Kybernetisk styring

Kybernetisk styring er et informasjonssystem eller kontrollsystem som er betinget av hvordan det brukes. Det er normalt fire kybernetiske systemer: budsjetter, finansielle og ikke-finansielle prestasjonsmålinger samt hybride systemer som for eksempel balansert målstyring (Malmi & Brown, 2008). Budsjettet er sentralt, og grunnlaget for økonomistyringssystemer i de fleste organisasjoner og bruken dette er nesten universell (Bunce, Fraser, & Woodcock, 1995). Dette som resultat av at budsjettet har en evne til å binde alle sammenhenger i en organisasjon, og skape en plan for mange formål, som prestasjonsplanlegging og evaluering av den faktiske ytelsen (Hansen, Otley, & Van der Stede, 2003). Budsjettet har en rekke bruksområder, som integrering av prosesser og beslutninger om allokering av ressurser. Budsjettet har også en mekanisme for kontroll, hvor planlegging av akseptabel atferd og evaluering av ytelse mot disse planene er i fokus (Malmi & Brown, 2008). Budsjettet har spilt en svært sentral rolle i den økonomiske styringen av organisasjoner. Utbredelsen av budsjettet og de mange formålene budsjettet har viser hvor populært budsjettet er og at budsjettet har en særegen rolle (Østergren & Grønnevet, 2008; Bjørnenak & Olsen, 2013). Budsjettet brukes blant annet til planlegging, overvåking, kontroll, utvikling av mål og målsettinger, koordinering, allokering av ressurser, motivasjon og belønning (Barrett & Fraser, 1977; Hansen & Stede, 2004; Wildavsky, 1984; Bergstrand, Bjørnenak, & Boye, 1999).

Budsjettet er ikke det samme som et finansielt prestasjonsmålingssystem. Budsjettet er en bred og komplett teknikk, mens et finansielt prestasjonsmålingssystem kan brukes for å sette målsettinger (Malmi & Brown, 2008). Finansielle målsettinger kan for eksempel være avkastning på investeringen og økonomisk verdiøkning (EVA) (Malmi & Brown, 2008). Regnskapet er et finansielt prestasjonsmålingssystem, fordi det gir et bilde av virksomhetens økonomiske situasjon og utvikling. I tillegg gir regnskapet nyttig informasjon til brukerne. Regnskapet har et beslutnings- og kontrollformål i det normative synet (Mellemvik, 1997; Mellemvik, Monsen, & Olson, 1988; Monsen, 2003; Kvifte & Johnsen, 2008). Beslutningsformål dreier seg om at regnskapet skal gi et godt grunnlag for å kunne ta beslutninger. Etterhvert som hendelsene i regnskapet vurderes skal det igjen gi grunnlag for å ta nye beslutninger. Kontrollformålet innebærer at regnskapet skal brukes til å evaluere om ressursbruken er i samsvar med budsjett og om bruken av ressurser er rimelig i forhold til aktiviteten (Bjørnenak m.fl., 2008).

Ikke-finansielle prestasjonsmålinger slik som vekst, kundetilfredshet eller læring (Nørreklit, 2005), har blitt stadig viktigere i økonomistyringssystemer i moderne organisasjoner. Slike målinger brukes for å overvinne begrensningene i de finansielle målingene, og identifisere hva som driver ytelsen (Malmi & Brown, 2008).

Hybride systemer vil bestå av både finansielle og ikke-finansielle prestasjonsmålinger som balansert målstyring (Malmi & Brown, 2008). Siden fokuset i min oppgave er på finansielle prestasjonsmålinger, velger jeg å ikke utdype noe mer om hybride systemer og ikke-finansielle prestasjonsmålinger.

Kompensasjons- og belønningssystemer

Kompensasjons- og belønningssystemer fokuserer på å motivere og øke ytelsen til individer og grupper innenfor organisasjonen, ved å oppnå kongruens mellom deres mål og organisasjonens mål (Bonner & Sprinkle, 2002). Belønning og kompensasjon er knyttet til kybernetisk kontroll, men organisasjoner gir belønning og kompensasjon av andre grunner også. Dette inkluderer å beholde ansatte, og oppmuntre til kulturell kontroll via gruppebelønning (Malmi & Brown, 2008).

Administrativ kontroll

Administrativ kontroll er systemer som styrer medarbeidernes atferd gjennom organisering av individer og grupper. Altså overvåkning av atferd, hvem de ansatte er ansvarlige for og spesifisering av prosesser for hvordan oppgaven eller atferd skal utføres eller ikke skal utføres (Malmi & Brown, 2008). Det finnes tre grupper for administrativ kontroll; design og struktur (Abernethy & Chua, 1996; Alvesson & Karreman, 2004; Emmanuel, Otley, & Merchant, 1990; Otley & Berry, 1980) styringsstruktur (Abernethy & Chua, 1996) og prosedyrer og politikk (Macintosh & Daft, 1987; Simons, 1987). Design og struktur kan være en viktig kontrollenhet, som for eksempel ved å bruke en bestemt struktur kan en organisasjon oppmuntre til en bestemt kontakt og relasjon (Abernethy & Chua, 1996; Alvesson & Karreman, 2004; Emmanuel m.fl., 1990). Flamholtz (1983) mener at en organisasjonsstruktur er en form for kontroll som reduserer variasjonen i atferd, og derfor øker forutsigbarheten.

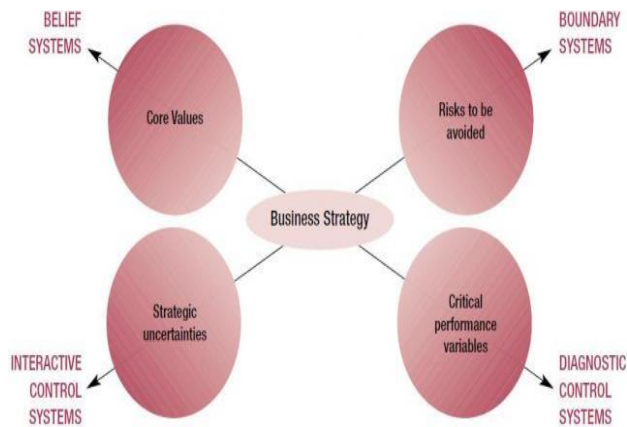
Mange forskere anser organisasjonsdesign som en kontekstuell variabel, og ikke en del av organisasjonens kontroll, men dette er noe som ledere kan endre (Malmi & Brown, 2008).

Styringsstruktur er organisasjonens brede struktur og sammensetning, samt ulike ledelses- og prosjektgrupper (Malmi & Brown, 2008). Dette omfatter de formelle autoritetsmaktene med myndighet og ansvarlighet (Abernethy & Chua, 1996) samt systemene som er på plass for å koordinere organisatoriske enheters aktiviteter, både vertikalt og horisontalt (Malmi & Brown, 2008). Styringsstruktur kan utformes på mange måter i en organisasjon og bør derfor studeres ut fra hvordan de knytter seg til hverandre og andre kontrollmekanismer (Malmi & Brown, 2008).

Politikk og prosedyrer er den byråkratiske tilnærmingen for å spesifisere prosesser og atferd i en organisasjon (Malmi & Brown, 2008). Det handler om handlingskontroll (Merchant & Van der Stede, 2007), samtidig som det omfatter standarder, prosedyrer og praksiser (Macintosh & Daft, 1987) samt regler og politikk (Simons, 1987). Som et alternativt rammeverk til Malmi og Brown (2008) sitt rammeverk har vi Simons (1995) Levers of Control som vil bli nærmere belyst videre.

2.3 Levers of Control

"Levers of Control" rammeverket til Simons (1995, s. 5) beskrives som: *"management control systems are the formal, information - based routines and procedures managers use to maintain or alter patterns in organizational activities"*. Rammeverket består av fire styringsmekanismer som kan benyttes for å implementere og gjennomføre forretningsstrategien: Verdisystemer (beliefs systems), avgrensningssystemer (boundary systems), diagnostiske - og interaktive styringssystemer (se figur 2).



Figur 2 – Levers of Control rammeverk. Kilde: Simons (1995:7)

Rammeverket Levers of Control (Simons, 1995) kan forstås som et rammeverk for virksomhetsstyring som er med på å belyse hvordan organisasjoner fungerer og hvordan verdier skapes (Vik, 2017). Organisasjoner er instrumenter til å nå spesifikke mål, i tillegg hevder Simons (1995) at organisasjoner er sosiale systemer med individer bestående av personlige og sosiale behov. Organisasjoner består av relasjoner mellom individer med egeninteresse hvor personlig trivsel og organisatoriske behov er avgjørende. Gruppenormer, maktmønstre og innflytelse kan påvirke interne beslutningsprosesser (Simons, 1995). Simons (1995) sier at styringssystemet Levers of Control brukes for å overføre informasjonen mellom ledere og underordnede i organisasjonen. Styringssystemet brukes til å kommunisere planer og mål i organisasjonen, overvåke oppnåelsen av disse og holde seg informert og informere andre om pågående utvikling (Simons, 1995). Simons (1995) peker på at informasjonssystemet kun er et styringssystem dersom det brukes til å vedlikeholde og påvirke organisasjonsaktiviteter. Kontrollmekanismer blir brukt som verktøy for blant annet å styre underordnedes atferd, og er en viktig del av styringssystemet (Vik, 2017).

Verdisystemer og de interaktive styringssystemene representerer positive mekanismer som har som mål å skape inspirasjon, mens avgrensningssystemene og de diagnostiske styringssystemene anses som negative, og er til for å skape begrensninger (Simons, 1995). Verdisystemer og avgrensningssystemer skal håndtere søket etter muligheter og utfordringer i organisasjonen. Verdisystemene er positive og motiverer søket etter muligheter, mens avgrensningssystemene er negative og begrenser dermed søket.

2.3.1 Verdisystemer

Verdisystemer er visjon og verdier som ledelsen kommuniserer formelt ut i organisasjonen (Simons, 1995). Ifølge Simons (1995) er et verdisystem det eksplisitte settet av organisatoriske definisjoner som ledelsen kommuniserer formelt og forsterker systematisk for å gi grunnleggende verdier, formål og retning til organisasjonen. Det betyr at verdisystemene skal vise verdiene og retningen som ledere ønsker at underordnede skal ha. Verdisystemer motiverer individer til å skape nye muligheter, innovasjoner og definere løsninger på problemer (Simons, 1995).

2.3.2 Avgrensingssystemer

Avgrensingssystemer avgrenser handlingsrommet til organisasjonens ansatte. De skal forhindre at ansatte handler ugunstig i forhold til organisasjonens strategi. Det er umulig for toppledelsen å vite alle problemer, løsninger og muligheter som kan konstrueres og vurderes av hvert individ, og derfor er det behov for avgrensingssystemer. Avgrensingssystemer angir altså det akseptable aktivitetsområdet for organisasjonens medlemmer (Simons, 1995; Kominis & Dudau, 2012). Avgrensningssystemene komplimenterer verdisystemene ved de formelle forskrevne grensene. Grensene har som mål å ivareta organisasjonen på best mulig måte ved å redusere de ansattes handlingsrom, til et begrenset og fornuftig handlingsrom. Verdisystemet og avgrensningssystemet skal altså styre underordnedes atferd mot forhåndsbestemte regler og planer (Vik, 2017).

2.3.3 Diagnostiske kontrollmekanismer

Diagnostikk er å få tilbakemelding fra de ansatte. Simons (1995, s. 59) legger vekt på: "*in organizations of any size, the complexity of operations and the sheer number of decisions needed daily force subordinates to make many decisions on their own. At the same time, senior managers need assurance that these decisions are in line with organizational goals*". Diagnostiske kontrollmekanismer er det formelle informasjonssystemet som ledere bruker for å overvåke utfall, og dermed korrigere avvik fra dagens ytelsesstandard. Systemet er hensiktsmessig for en organisasjon når den skal ta beslutninger, fordi det kan brukes til å måle og overvåke utfall, og dermed korrigere avvik mellom forhåndsdefinerte prestasjonsmål og

faktiske prestasjoner (Simons, 1995; Kominis & Dudau, 2012). Diagnostiske kontrollsystemer skilles av tre funksjoner: Evnen til å måle utfallet av en prosess, eksistensen av forhåndsbestemte standarder sammenlignet mot faktisk resultat og evnen til å korrigere avvik fra standarder (Simons, 1995). Ifølge Simons (1995) er diagnostisk styring en form for ”top-down styring” for å realisere en vedtatt strategi, og setter dermed organisasjonen på autopilot. Det er ikke behov for så mye kommunikasjon og en vet automatisk hva som skal til for å korrigere bedriftens aktiviteter for å nå overordnede mål. Budsjetter og profittplaner er eksempler på diagnostiske systemer som har til hensikt å styre tilsiktet strategi gjennom forhåndsdefinerte mål satt av ledelsen. Diagnostiske systemer skal med andre ord overvåke ytelsesparametre (Simons, 1995).

2.3.4 Interaktive kontrollmekanismer

Ifølge Malmi og Brown (2008) regnes interaktive kontrollmekanismer som planlegging i deres rammeverk. Interaktive kontrollmekanismer er formelle systemer der ledelsen involverer seg selv i beslutningstakingen knyttet til aktivitetene til de ansatte. Disse systemene stimulerer innovasjon og organisatorisk læring, i motsetning til diagnostisk styring som begrenser dette. Man skal i fellesskap komme frem til gode løsninger for å sikre usikre omgivelser (Simons, 1995). Simons (1995, s. 91) beskriver interaktive kontrollmekanismer som: *” These control systems stimulate search and learning, allowing new strategies to emerge as participants throughout the organization respond to perceived opportunities and threats”*.

Interaktive kontrollsystemer handler om at lederne tar en mer deltakende rolle i deres behandling av ansatte (Simons, 1995, s.95): *”Interactive control systems are formal information systems managers use to involve themselves regularly and personally in the decision activities of subordinates”*. Man skal i fellesskap komme frem til gode løsninger for å sikre usikre omgivelser. Det er personlig involvering fra ledere og større fokus på omgivelsene.

2.4 Vertikal og horisontal styring

Dette delkapitlet beskriver vertikal og horisontal styring. Til slutt nevnes hvilke kriterier som bør ligge til grunn for valg av styringsstruktur. Jeg beskriver vertikal og horisontal styring på bakgrunn av at pasientforløpet skjer på tvers av klinikkene, altså horisontalt mens økonomistyringen skjer fra toppen og ned, altså vertikalt.

2.4.1 Vertikal styring

Vertikal styring er når høyere nivåer koordinerer og kontrollerer arbeidet til underordnede ved hjelp av virkemidler som formell myndighet, regler og retningslinjer og planleggings- og kontrollsystemer (Bolman & Deal, 2004). Vertikal styring fungerer best når det etableres en kommandolinje av ledelses- og inspeksjonsnivåer, der hvert nivå har legitim makt og myndighet til å forme og styre atferden til folk lengre ned i hierarkiet. Personer med myndighet, som f.eks. ledere, er personer i de øvre nivåene i organisasjonen. Organisasjonen styres gjennom kommandolinjen mot gitte målsetninger ved å ta beslutninger, løse konflikter, vurdere prestasjoner og fordele belønninger og sanksjoner (Malmi & Brown, 2008). Elementene som er nevnt ovenfor kjenner vi igjen i Malmi og Brown (2008) sin modell. Kommandolinjene fungerer best når myndighet både godtas av de underordnede, og autoriseres av de overordnede (Dornbusch & Scott, 1975).

God informasjonsflyt opp og ned i organisasjonshierarkiet, sikres ved planleggings- og kontrollsystemer (Bolman & Deal, 2004). Slike systemer sørger for muligheten til og for eksempel å rapportere aktiviteter, og bidrar med beslutningsgrunnlag slik at ledelsen kan følge med på ytelse og resultater, og reagere deretter (Abernethy & Chua, 1996; Kalve & Sve, 2014). Bolman og Deal (2004) omtaler regler, bedriftspolitik, standardkrav og standardiserte arbeidsprosesser som begrensninger for den enkeltes skjønn og bidrag til å sikre forutsigbarhet og ensartethet hos de ansatte. Regler skal altså styre arbeidsforholdene og spesifisere standardprosedyrer for å utføre oppgaver, behandle personalproblemer og opptreden utad, slik at like situasjoner håndteres likt (Bolman & Deal, 2004). Regler og retningslinjer omtales av Malmi og Brown (2008) som en begrensning for den enkeltes skjønn og bidrag til ensartet og forutsigbar atferd hos de ansatte. Usikkerhet i organisasjonen kan løses ved at man har et administrativt apparat som definerer hvem som har beslutningsmyndighet og på hvilke områder (Haugland, 2007). Her er interne kontrakter

hensiktsmessig fordi de kan brukes ved vertikal organisering, slik som ansettelseskontrakter, eller regler og retningslinjer som eksisterer i organisasjonen. Ved slike kontrakter har man mulighet til å styre gjennom autoritet (Haugland, 2007).

2.4.2 Horisontal styring

Vertikal styring gir ikke alltid de resultatene en ønsker. Selv om det er ordrer, regler og systemer som skal påvirke folks atferd, er ofte atferden uberørt av dette. Man kan benytte horisontal styring med formelle og uformelle møter, arbeids- og prosjektgrupper, stillinger eller avdelinger med samordningsansvar, matrisestruktur og nettverksorganisasjoner (Bolman & Deal, 2004). Bolman & Deal (2004) argumenterer for at denne typen samarbeid kan være enklere og fungere raskere enn ved vertikal styring. Dette fordi kommunikasjonen er direkte og uformell mellom partene, og styringen trenger ikke å gå gjennom autoritetsbundne systemer og regler. De senere årene har det vært kutt i ledelsesfunksjonen og flatere strukturer. Dette får implikasjoner for måten ansatte kommuniserer på. I tillegg øker det behovet for horisontal koordinasjon mellom avdelinger og andre organisasjoner (Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008). Ved horisontal koordinering kan bredde og erfaringer utnyttes ved å belyse et tema fra flere vinkler og fagdisipliner (Kalve & Sve, 2014).

Uformell kommunikasjon og formelle møter er ifølge Bolman og Deal (2004) hjørnesteinene i horisontal styring. Alle organisasjoner har regelmessige møter, som for eksempel styremøter eller andre mindre formelle møter. I organisasjoner som er enkle og stabile står formelle møter for mye av styringen (Bolman & Deal, 2004). Når organisasjoner blir mer komplekse, teknologien mer avansert og omgivelsene mindre stabile mener Bolman og Deal (2004) at behovet for horisontal styring blir større.

2.4.3 Valg av styringsstruktur

Valg av struktur mellom vertikal og horisontal styring avhenger ifølge Bolman og Deal (2004) av samordningsproblemene som finnes i hver enkelt situasjon. Vertikal styring fungerer best når forholdene er stabile, oppgavene forutsigbare og klart forstått og ensartet. Horisontal styring fungerer best når man har komplekse oppgaver som skal løses i turbulente og raskt skiftende omgivelser. Hver organisasjon må finne en struktur som fungerer, hvis ikke

vil den før eller senere svikte (Bolman & Deal, 2004). Valg av organisasjonsstruktur avhenger av interorganisatorisk kontekst, mener Caglio og Ditillo (2008). Man må tilpasse strukturen til den spesifikke organisasjonen og omgivelsene, altså konteksten. Videre påpeker Bolman og Deal (2004) at alle organisasjoner må forholde seg til visse generelle strukturelle parametere som organisasjonens størrelse og alder, kjerneprosess, omgivelser, strategi og mål, informasjonsteknologi og egenskapene hos medlemmene. Dette må tas i betraktning når en struktur utarbeides.

Der er fordeler og ulemper med begge måtene å styre på. Vertikal styring kan gi stort effektivitetspotensial dersom forholdene er stabile, oppgavene forutsigbare og klart forstått (Kalve & Sve, 2014). I vertikal styring er myndighet klart fordelt i hierarkiet, noe som kan være en fordel. At ledelsen har mulighet til å pålegge underordnede regler og prosedyrer som gjelder i organisasjonen er en annen fordel ved vertikal styring. Horisontal styring gir derimot ofte bedre resultater, men krever svært mye mer tid og krefter enn den vertikale styringen (Kalve & Sve, 2014).

Valget av organisering i en organisasjon dreier seg ikke om hvilken av de to formene man skal velge. Organisasjoner må ofte ha både vertikal og horisontal styring for å fungere optimalt, og dermed blir valget hvordan disse to kan kombineres (Pettersen, 2012; Kalve & Sve, 2014). Videre vil jeg beskrive hvordan organisasjoner må tilpasse styringssystemet til sin kontekst gjennom et betingelsesteoretisk perspektiv. Økonomistyring i sykehus blir også nærmere utdypet.

2.5 Økonomistyring i sykehus

Dette delkapittelet beskriver betingelsesteori, altså hvordan organisasjoner må tilpasse styringssystemet til konteksten. Videre beskrives økonomistyring i det offentlige og til slutt utdypet jeg om økonomistyring i sykehus.

2.5.1 Betingelsesteori

Betingelsesteorien kom som en respons til den universelle tilnærmingen for å koble eksterne faktorer til egenskaper ved virksomhetene for å utvikle hensiktsmessige og effektive

styringsprosesser (Fisher, 1998; Pettersen, 2013). Teorien innebærer at det ikke finnes noe universelt styringssystem som fungerer best. For styringsverktøyenes kvalitet er avhengig av gode koblinger mellom faktorer som virksomhetens teknologi og arbeidsoppgaver, og størrelse, struktur, grad av usikkerhet – både internt og i omgivelsene (Chenhall, 2003; Otley, 1980; Pettersen, 2013). Styringssystemet må altså tilpasses organisasjonens indre og ytre miljø. Dermed finnes det ikke noen oppskrift for effektiv økonomistyring som gjelder for alle organisasjoner i ulike beslutningssituasjoner (Nyland & Pettersen, 2010). Hva som er den beste organiseringen for en organisasjon finnes det ikke noe unisont svar på (Kalve & Sve, 2014).

Økonomistyring er prosessene som eiere og ledere av virksomheter bruker for å nå virksomhetens mål på en effektiv måte. Det vil si at økonomistyring både har et målformulerende, kommuniserende, lederorientert og analytisk perspektiv som knyttes sammen slik at organisasjonen blir målorientert. Denne måten å betrakte økonomistyring på møter en del utfordringer når det gjelder økonomistyring i offentlig sektor, der sykehus er en del av denne sektor (Nyland & Pettersen, 2010).

2.5.2 Økonomistyring i det offentlige

Offentlig virksomhet er budsjettkoblede, og ikke markedskoblede organisasjoner. Målsetningene for offentlig virksomhet er at ressursene skal brukes slik at det skapes mest mulig velferd for brukerne av de offentlige tjenestene. Offentlig virksomhet har ikke som formål å maksimere overskuddet eller økonomisk resultat (Nyland & Pettersen, 2010). Økonomistyringen i offentlig virksomhet er mer kompleks fordi målet for offentlig virksomhet er å realisere velferdspolitiske og samfunnsmessige mål innenfor det tjenesteområdet organisasjonen har ansvar for, og innenfor de inntektsrammene som disponeres (Mauland & Mellempvik, 2004).

Den største utfordringen for offentlig sektor er at målsettingen med virksomheten er aktiviteter som i begrenset grad kan operasjonaliseres og uttrykkes i målbare størrelser. Det er derfor lettere med innsatsstyring enn resultat- og målstyring i offentlig sektor. Dette fordi innsatsfaktorene kan uttrykkes i målbare størrelser (budsjett), mens resultatene er vanskeligere å måle (Andreassen 2017; Nyland & Pettersen, 2010).

Økonomistyring har en legitimerende funksjon (Nyland & Pettersen, 2010; K. A. Røvik, 1998; K. A. Røvik, 2002). Det vil si at en vil vise omgivelsene at ressursene brukes på en hensiktsmessig måte (Nyland & Pettersen, 2010). Legitimitet avhenger av hvorvidt organisasjonen er i stand til å bygge inn og reflektere de til enhver tid gjeldende institusjonaliserte forestillingene i omgivelsene (Meyer & Rowan, 1977). Røvik (1998) sier at når organisasjoner inkorporerer institusjonaliserte standarder kan det skape ekstern legitimitet, i tillegg kan det også påvirke organisasjonen internt med tanke på hvem man likner på og vil identifisere seg med, og hvilke organisasjoner man er forskjellige fra og kanskje ikke ønsker å likne på.

Ifølge Nyland og Pettersen (2010) kjennetegnes offentlig virksomhet av ulike målsettinger, og disse målsettingene kan komme i konflikt med hverandre. Konflikter kan oppstå i forbindelse med politiske budsjettforhandlinger med fordeling av knappe ressurser, hvor det er politisk spill og strategiske tilpasninger. Beslutningssituasjoner hvor det er ulike interesser og målproblemer kan resultere i motspillproblemer og opportunistisk atferd (Nyland & Pettersen, 2010). Styringssystem i sykehus vil bli nærmere beskrevet.

2.5.3 Økonomistyring i sykehus

Sykehus med sin komplekse teknologi og skiftende omgivelser vil ha behov for styringssystem som gir flere måleparametre og mer rom for direkte tilbakemeldinger og kommunikasjon (Nyland & Pettersen, 2010). Chenhall (2003) og Simons (2000) peker på at store organisasjoner som utfører tjenester som krever kompleks teknologi, og som befinner seg i sammensatte og skiftende omgivelser, vil ha behov for styringssystemer som inkluderer diagnostiske og interaktive elementer.

Reformene i offentlig sektor har i høy grad berørt økonomistyringen i sykehussektoren (Nyland & Pettersen, 2010). Sykehusene var frem til 2002 forvaltningsorganisasjoner direkte underlagt politisk myndighet (Nyland & Pettersen, 2008, 2010, 2012).

Forvaltningsorganisering ga det politiske ansvarlige nivået omfattende muligheter for styring. Likevel måtte landets fylkesting gjøre tilleggsbevilgninger og godkjenne store driftsunderskudd for sine sykehus i forbindelse med behandling av årsregnskapene, og de statlige sykehusene måtte tilsvarende få ekstra tilførsel av driftsmidler gjennom vedtak i

Stortinget og departementet (Nyland & Pettersen, 2008). Etter hvert ble forvaltningsorganisasjonen oppfattet som utilstrekkelig med sikte på eierstyring (Bjørnenak m.fl., 2008; Bjørnenak & Pettersen, 2003; Nyland & Pettersen, 2008, 2010).

Vedvarende økonomiske styringsproblemer skapte et spesielt stort reformpress i sykehussektoren. Den viktigste endringen i statens eierstyring av sykehusene skjedde da de regionale helseforetakene (RHFene) ble opprettet. De regionale helseforetakene er egne juridiske enheter der staten som eier utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaksmøtet. De viktigste styringssignalene kommer i oppdragsdokumentet, som følges opp i styringskravene i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og departementet (Nyland & Pettersen, 2010, 2012). De regionale helseforetakene overtok fylkeskommunens ansvar for planlegging, utbygging og drift av helseinstitusjoner, spesialhelsetjenesten utenfor institusjoner, offentlige poliklinikker, medisinske laboratorier og ambulansetjenesten samt rusmiddelomsorgen (Helseforetaksloven, 2002). Foretaksorganiseringen i 2002 resulterte i at antall selvstendige sykehusenheter ble redusert fra 80 til 22 i 2009. De fire regionale helseforetakene er store og komplekse organisasjoner (Nyland & Pettersen, 2010).

Det har blitt innført nye styringssystem i sykehussektoren basert på stykkpris tidlig på 1990-tallet, som i 1997 var godt innarbeidet i norsk helsetjeneste. Det betyr at styring baserer seg på indikatorer for oppnådde resultater i tjenesteproduksjonen spesifisert som antall behandlede pasienter definert ut fra diagnosegrupper: DRG-poeng. DRG-poeng er et standardisert grupperingssystem basert på diagnoserelaterte pasientgrupper (Bjørnenak, 2008). Styringen har dermed dreid seg fra styring basert på innsatsfaktorer til styring basert på indikatorer definert ut ifra DRG-poeng (Nyland & Pettersen, 2010).

Flere hevder at helseforetaksreformen resulterte i økt driftsunderskudd i helseforetakene (Bjørnenak m.fl., 2008; Bjørnenak & Pettersen, 2003; Nyland & Pettersen, 2008, 2010). Staten og helseforetakene har ikke god nok kommunikasjon til å redusere målkongruens og hindre opportunistisk atferd. Sykehusene styrker legitimiteten og troverdigheten gjennom å øke aktiviteten og etterkomme befolkningens behov for helsetjenester, noe som betyr at lojalitet i forhold til budsjettrammene er annerledes enn for eksempel innen rettsvesenet (Nyland & Pettersen, 2010). Ifølge Saunders og Mogstad (2009) er det viktig å vise lojalitet mot budsjettrammene fordi det styrker legitimiteten og troverdigheten ovenfor befolkningen.

De store driftsunderskuddene i helseforetakene er en diskutert problemstilling i spesialhelsetjenesten (Bjørnenak m.fl., 2008).

Bjørnenak m.fl. (2008) viser til at styringsutfordringene i helsesektoren i stor grad knyttes til at det er vanskelig å konkretisere tjenesteproduksjonen. Resultatet av helsetjenestene kan være vanskelig å konkretisere når det gjelder kvalitet og faktisk helsegevinst, det vil si at det er måleproblemer. De overordnede politiske målsettingene er gjerne effektivitet, kvalitet og tilgjengelighet. Disse vil være vanskelig å følge på bakgrunn av måleproblemer.

Styring av spesialhelsetjenesten blir gjerne sett ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv og et bedriftsøkonomisk perspektiv (Bjørnenak m.fl., 2008). Det samfunnsøkonomiske perspektivet går ut på å styre ressursinnsatsen og tjenesteytingen på bakgrunn av at vi har begrensede ressurser til rådighet. Dette er og har vært et svært problemfylt område fordi tjenestene ofte er forbundet med følelsesmessig oppmerksomhet rundt forhold som har med liv, død, helse, omsorg og utdanning å gjøre. I tillegg er det lett å finne argumenter for ikke å lage analyser av tjenester som vanskelig lar seg tallfest (Bjørnenak m.fl., 2008). Ifølge Bjørnenak m.fl. (2008) er det en stor utfordring å lage overordnede prinsipper for å fordele og benytte ressurser som gjør det mulig for helsearbeidere å fokusere på sin oppgave om å yte gode og nødvendige helsetjenester til befolkningen.

I Norge er helsetjenester et offentlig ansvar. Dette betyr at det offentlige har ansvar for å sikre en riktig fordeling av ressursene mellom helsesektoren og andre offentlige tjenester, og å sikre fordeling av ressurser mellom ulike typer helsetjenester. I tillegg må det offentlige lage et institusjonelt og finansielt rammeverk rundt helsesektoren som sikrer at tildelte ressurser utnyttes effektivt. De økonomiske begrensningene som helsesektoren har legger press på de ansatte i tillegg til at noen pasienter får mindre omsorg og behandling enn andre (Bjørnenak m.fl., 2008). I det bedriftsøkonomiske perspektivet vil en møte styringsproblemer med utgangspunkt i sykehusene som institusjon. Det er vanskelig å beregne kostnadene for en helsetjeneste fordi vi ikke har definert hva en helsetjeneste egentlig er (Bjørnenak m.fl., 2008). En helsetjeneste kan være enkel og konkret, men som oftest er den ganske udefinerbar og vanskelig å avgrense (Bjørnenak m.fl., 2008). Problemene går ifølge Bjørnenak m.fl. (2008) ut på å beskrive sykehusenes tjenesteproduksjon på en meningsfull måte, hente ut informasjon om kostnader og produksjon, og summere informasjonen til strategiske planer for sykehusene.

I sykehusene har vi å gjøre med to kulturer: Den kliniske og den administrative (Bjørnenak m.fl., 2008; Bjørnenak & Pettersen, 2003). Helsepersonell har hatt ansvaret for tjenesteproduksjonen, mens det administrative nivået har hatt ansvar for økonomien. Dette har ifølge Bjørnenak og Pettersen (2003) resultert i for stor avstand mellom administrasjonen, faglig ledelse og ansatte i sykehusavdelingene. Utfallet har vært at de som har hatt ansvar for tjenestene ikke har hatt ansvar for produksjonskostnadene. Bjørnenak m.fl. (2008) peker på at helsesektoren fokuserer på å binde sammen de overordne målene med klinisk praksis i den pasientnære virksomheten. Utstrakt delegering av administrativ myndighet som skjer på avdelingsnivå i sykehusene kan ses på som et forsøk på å løse problemene mellom administrasjonen og avdelingene (Bjørnenak & Pettersen, 2003).

2.6 Oppsummering av teori

I dette kapittelet blir det teoretiske rammeverket som legges til grunn i denne studien presentert som relevant bakgrunn for å gi svar på problemstillingen. For å forstå hvordan ledere jobber med økonomistyring i helseforetak har det vært viktig å belyse både et normativt og en mer beskrivende tilnærming til økonomistyring. Hovedfokuset ligger på rammeverket til Malmi og Brown (2008) som ser på økonomistyring som en pakke og Simons (1995) rammeverk Levers of Control. Det normative perspektivet på økonomistyring beskriver virkeligheten slik den bør være ut fra visse forutsetninger, med utgangspunkt i rasjonalitet og profittmaksimering (Pettersen, 2013). Det normative perspektivet på økonomistyring blir kritisert for å være for snevert i forhold til utfordringene dagens virksomheter står ovenfor (Pettersen, 2013). Betingelsesteorien er sentral fordi den sier at styring og styringssystemer må tilpasse seg organisasjonens indre og ytre miljø (Chenhall, 2003; Otley, 1980; Pettersen, 2013). Den beste organiseringen for en organisasjon er ikke noe unisont svar på (Kalve & Sve, 2014).

Styringspakke (Malmi & Brown, 2008) kan ses på som en videreutvikling av betingelsesteorien, hvor en hevder at organisasjoner bruker styringsmekanismer i ulik grad. Malmi og Brown (2008) beskriver fem styringsmekanismer i en potensiell pakke: Kulturell kontroll, planlegging, kybernetisk styring og administrativ kontroll. I min studie fokuserer jeg på fire av styringsmekanismene som inngår i styringspakken. Rammeverket gjør det mulig å

forske på hele styringssystemer, og inkluderer mer enn tradisjonell normativ økonomistyring (Malmi & Brown).

Simons (1995) teoretiske rammeverk Levers of Control brukes for å beskrive ulike verktøy for å implementere og gjennomføre forretningsstrategien. Problemstillingen min fokuserer på bruk av økonomistyring i en gitt kontekst. Levers of Control skiller mellom verdisystemer og interaktive styringssystemer som skal skape inspirasjon, mens avgrensingssystemene og de diagnostiske styringssystemene skaper begrensninger i organisasjoner (Simons, 1995). Alle de nevnte styringsmekanismene er relevante for å beskrive økonomistyring i sykehus, fordi sykehus med sin komplekse teknologi og skiftende omgivelser vil ha behov for styringssystemer som gir rom for mer tilbakemelding og kommunikasjon (Pettersen & Nyland, 2008). Ifølge Bolman og Deal (2004) er valget av organisering i en organisasjon ikke et valg mellom enten vertikal eller horisontal styring, men ofte en kombinasjon mellom både vertikal og horisontal styring for å fungere optimalt.

Økonomistyring i det offentlige er kompleks fordi formålet for offentlig virksomhet er å skape mest mulig velferd for brukerne av de offentlige tjenestene (Mauland & Mellemvik, 2004). Sentral i min studie er økonomistyring i sykehus, og på bakgrunn av dette redegjøres det for økonomistyring i sykehus (Bjørnenak m.fl., 2008; Bjørnenak & Pettersen, 2003; Pettersen & Nyland, 2008, 2010), for å forsøke å svare på studiens problemstilling.

3 Metode

I dette kapitlet vil det innledningsvis beskrives hvilket vitenskapsteoretisk ståsted som ligger til grunn for studien. Valg av forskningsdesign og metode vil deretter presenteres. Videre vil jeg redegjøre for selve forskningsprosessen, samt metodisk analyse av data før studiens kvalitet og etiske retningslinjer vil bli vurdert til slutt. For å kunne svare på problemstillingen må en hensiktsmessig forskningsdesign og metode bli valgt. Jeg vil ved hjelp av casestudie av Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) ved UNN, kvalitative dybdeintervju og dokumentstudier forsøke svare på følgende problemstilling:

Hvordan jobber ledere på ulike nivåer med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak?

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori studerer vitenskapen, altså hvordan vi betrakter verden. Vitenskapsteorien studerer egenskapene ved forskning både som sosialt fenomen og som kunnskapskilde (Nyeng, 2004). Vitenskapelig virksomhet er ifølge Nyeng (2004, s. 35): ”systematisk og sosialt organisert a) søken etter, b) ervervelse og produksjon av, og c) forvaltning og kommunikasjon av kunnskap og innsikt”. Samfunnsvitenskapen har til hensikt å bidra med kunnskap om hvordan den sosiale virkeligheten ser ut og forholder seg til tre sentrale begreper: Ontologi, epistemologi og metodologi. Det eksisterer altså forskjellige oppfatninger av hva som er grunnleggende trekk ved mennesket og den sosiale virkeligheten (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2011).

Ontologi er læren om virkeligheten, det som eksisterer, altså teorier og spekulasjoner om hvordan verden ser ut og er bygget opp (Grønmo, 2004; Nyeng, 2012). Epistemologi er ”læren om kunnskap”, det dreier seg altså om utvikling av kunnskap om eksisterende samfunnsforhold. Det handler også om forskerens fremgangsmåter for innsamling og analyse av informasjonen om disse forholdene (Grønmo, 2004; Nyeng, 2012).

To vitenskapsteoretiske retninger innenfor mitt fagfelt er positivisme og hermeneutikk. Disse hovedtradisjonene nærmer seg den sosiale virkeligheten på helt forskjellige måter (Nyeng, 2004; Saunders, Lewis, & Thornhill, 2016). Fra et positivistisk ståsted forankres det vitenskapelige arbeidet seg i det som positivt lar seg observere og teste, hvor forskningen

konsentrerer seg om det som er positivt gitt, altså fenomener og egenskaper som kan måles og registreres på en objektiv måte (Johannessen m.fl., 2011; Nyeng, 2004). Jeg er opptatt av informantenes forståelse, fortolkninger og opplevelser (Johannessen m.fl., 2011). Dermed er jeg inspirert av en hermeneutisk tilnærming i min studie. Ifølge Nyeng (2004) er hermeneutikk en fortolkende tilnærming til mennesker og samfunnet som benekter lovmessigheter utenfor naturvitenskapens område, hvor en utvikler en forståelse av meningen i konkrete menneskelige forhold og sosiale strukturer og aktiviteter. Det er lite hensiktsmessig å snakke om en objektiv virkelighet i samfunnsforskningen i en fortolkningsbasert tilnærming fordi man er opptatt av å studere konstruerte fenomener som ikke er fysiske ting som familier, samfunn og organisasjoner. Hermeneutikk kan ses på som en reksjon på positivismen og det naturvitenskapelige idealet (Jacobsen, 2015). Forskjellen mellom et hermeneutisk ståsted og et positivistisk ståsted er at hermeneutikken ser forskning og vitenskap som et systematisk arbeid med fortolkninger, mens positivismen tror på en objektiv og sikker viten basert på erfaringsdata (Nyeng, 2012).

3.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign kan sies å være en grov skisse eller et rammeverk for hvordan man skal gå frem for å innhente, analysere og svare på undersøkelsens problemstilling og formål (Saunders m.fl., 2016). Hva og hvem som skal undersøkes og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres betegnes som forskningsdesign (Johannessen m.fl., 2011). Det skilles mellom deskriptivt, eksplorativt og kausalt forskningsdesign. Deskriptive studier har som formål å beskrive hendelser, personer og situasjoner slik de *faktisk er* uten å vurdere og forklare dem. Eksplorative studier søker ny innsikt i fenomener, og deretter se og vurdere disse i et nytt lys. Et kausalt design brukes når en ønsker å studere en situasjon eller problem for å avdekke et årsaks-virkningsforhold mellom ulike variabler (Saunders m.fl., 2016). Jeg ønsker å beskrive en klinikk i et helseforetak og har derfor valgt et deskriptivt forskningsdesign.

Innen empirisk forskning skilles det gjerne mellom tre ulike tilnærminger til forskning: Deduktiv tilnærming, induktiv tilnærming og abduktiv tilnærming som er en kombinasjon av disse (Bryman & Bell, 2015; Saunders m.fl., 2016). Ved en deduktiv tilnærming tar forskeren utgangspunkt i eksisterende teori for å se om empirien bekrefter teorien eller ikke. Ved en slik tilnærming går man "fra teori til empiri". Dersom forskeren starter undersøkelsen uten noe

teoretisk utgangspunkt, men begynner å samle inn data for å finne fram til generelle mønstre som kan gjøres til teori, kalles det en induktiv tilnærming. Ved å benytte denne tilnærmingen går man altså ”fra empiri til teori”. Den siste tilnærmingen abduktiv går ut på at forskeren forsøker å skape ny teori, eller endre eksisterende teori, etter å ha undersøkt et fenomen med data som er samlet inn (Johannessen m.fl., 2011; Saunders m.fl., 2016). Min tilnærming er i denne studien deduktiv fordi eksisterende teorier har dannet et utgangspunkt for datainnsamlingen.

Forskningsdesignet kan være intensivt og/eller ekstensivt. Ekstensiv design studerer få variabler/nyanser, men mange enheter gjennom for eksempel en spørreundersøkelse. Ekstensiv design egner seg godt i kvantitative studier, fordi man går i bredden og samler inn data fra mange personer. Fordelen med ekstensiv design er at de er lett og samle inn og det er lett å analysere data (Bush, 2014; Jacobsen, 2015). I tillegg er ekstensiv design hensiktsmessig fordi de egner seg godt til statistisk generalisering. En ulempe kan være at dataene kan bli overfladisk og at det oppnås begrenset innsikt i det en undersøker (Jacobsen, 2005).

Intensiv design studerer mange variabler/nyanser, men relativt få enheter gjennom for eksempel intervju. Dersom man ønsker å undersøke et komplekst problem med mange variabler er et intensivt design hensiktsmessig. Fordelen med intensiv design er at du får mye informasjon om fenomenet du studerer, og det egner seg til å analysere komplekse sammenhenger. Ulempen er at det er vanskelig statistisk å generalisere funnene til en større populasjon. Likevel kan en teoretisk generalisere hvor det blir dannet en generell teori om hvordan virkeligheten ser ut eller hvordan fenomenet henger sammen (Bush, 2014; Jacobsen, 2005). Intensiv studier er virkelighetsnære, dvs. at de undersøkte kjenner seg selv igjen i beskrivelsen. Dermed er den interne gyldigheten høy (Jacobsen, 2015). Den høye interne gyldigheten i intensive undersøkelser gjør dem godt egnet for teoretisk generalisering. En god beskrivelse og forståelse av virkeligheten er det beste grunnlaget for å formulere teorier og hypoteser (Jacobsen, 2015). Kvalitative data er ofte å foretrekke fordi de har rikt innhold og egner seg for å analysere komplekse sammenhenger (Bush, 2014; Jacobsen, 2005). I min studie har jeg valgt et intensivt design med en casestudie av en klinikk ved UNN.

Det finnes noen hoveddesign som representerer en bestemt kobling av ulike vitenskapsteoretiske og metodiske utfordringer (Bush, 2014). Casestudier kjennetegnes av at

fenomenet som studeres er sterkt knyttet til konteksten (Askheim & Grenness, 2008; Bush, 2014). Ifølge Yin (2003) er casestudie en metode hvor fenomenet som studeres ikke alltid er lett å skille fra konteksten det studeres i. En case er en, eller noen få enheter som studeres inngående, slik som en gruppe, en organisasjon eller en endringsprosess (Johannessen m.fl., 2011; Saunders m.fl., 2016). De vanligste enhetene i casestudier er forholdsvis komplekse fordi det gjerne finnes ulike typer underenheter (Grønmo, 2004). Casestudier har lenge vært en av de vanligste metodene for å utføre forskning innenfor offentlig politikk, business og offentlig administrasjon. De siste tiårene av 2000-tallet har casestudier blitt brukt til å dokumentere og analysere prosesser, og assosieres dermed med prosessevaluering (Yin, 2003).

UNN er en stor organisasjon med mange klinikker der hver klinikk stort sett er lokalisert i Harstad, Narvik og Tromsø. Jeg har valgt å avgrense min studie til å ta for meg K3K klinikken. Casestudier har som regel et intensivt design (Ringdal, 2007), der forskeren henter inn mye informasjon om casen over kortere eller lengre tid gjennom detaljert og omfattende datainnsamling fra flere kilder. Dette for å sikre en mest mulig grundig og detaljert undersøkelse (Askheim & Grenness, 2008; Johannessen m.fl., 2011; Ringdal, 2007). Casestudier bruker ofte kvalitative data, men kan også kombinere kvalitative og kvantitative data (Grønmo, 2004). Askheim og Grenness (2008) hevder at casestudier er den mest brukte strategien i kvalitativ forskning. Kvalitative casestudier starter normalt med en problemstilling med et spørsmål om hvorfor eller hvordan og spørsmål som handler om forståelse (Johannessen m.fl., 2011). Casestudier kan ha ulike formål; som å utvikle en helhetlig forståelse. Videre kan formålet være å utvikle begreper, hypoteser og teorier (Grønmo, 2004).

Fordeler ved casestudier er at vi kan få tilgang til mye informasjon om et avgrenset område (Askheim & Grenness, 2008). Ulempen med case, er slik som med intensivt design, at det ikke egner seg for statistisk generalisering. Men det er heller ikke målet (Jacobsen, 2005). Noen ganger representerer den valgte casen noe typisk slik at det dermed kan gi grunnlag for overførbarhet av funnene. I andre tilfeller velges casen fordi den er spesiell og unik, og med dette kan gi oss ny kunnskap om et fenomen (Askheim & Grenness, 2008).

Tidsperspektivet er et sentralt spørsmål for hvordan undersøkelsen gjennomføres. Hvis det benyttes data fra ett bestemt tidspunkt, eller en avgrenset og kort periode, kalles det en

tverrsnittundersøkelse. Slike undersøkelser gir et øyeblikksbilde av det fenomenet vi studerer (Johannessen m.fl., 2011). Fordeler ved tverrsnittstudier er at det er tidsbesparende fordi man mottar data raskt og det er relativt lite kostnader forbundet med slike studier (Jacobsen, 2005). Ulempen med tverrsnittstudier er at det er problematisk å avdekke et mulig årsaks-virkningsforhold, slik longitudinelle undersøkelser kan gjøre gjennom for eksempel en tidsserieundersøkelse. Longitudinelle undersøkelser samler inn data på flere enn ett tidspunkt, noe som kan være både tid og kostnadskrevende (Johannessen m.fl., 2011). Jeg har valgt å benytte meg av en tverrsnittstudie fordi jeg har samlet inn data på ett tidspunkt (Bush, 2014). Dette er gjort med hensyn til tid og ressurser.

3.2.1 Rekruttering av informanter

Ifølge Johannessen m.fl. (2011) er hensikten med kvalitative undersøkelser å få mest mulig kunnskap om fenomenet, og dermed velger en informanter med et klart mål. Dette kalles strategisk utvelgelse fordi forskeren tenker gjennom hvilken målgruppe som må delta for at en skal få samlet nødvendig data og velger deretter personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen (Johannessen m.fl., 2011). Tjora (2012) understreker at det er viktig at informantene har kunnskap og erfaring til å kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle tema som studeres. For meg har et strategisk utvalg vært naturlig fordi hensikten er å få utfyllende kunnskap om hvordan ledere jobber på ulike nivåer med økonomistyring i klinikken K3K ved helseforetaket UNN. På bakgrunn av dette har jeg intervjuet ledere på ulike nivåer i K3K klinikken, både ansatte i Harstad og Tromsø, som jeg mener har kunnskap om klinikkens økonomistyring og kan bidra til å besvare min problemstilling.

3.3 Metodevalg

Metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen m.fl., 2011). Generelt sett er metode en planmessig fremgangsmåte for å nå et bestemt mål (Grønmo, 2004; Nyeng, 2004). Aubert (1985, s. 196) beskriver metode som: *”En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”*. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan vi skal gå fram for å få informasjon om virkeligheten, hvordan informasjonen skal

analyseres og tolkes, og hjelper oss til å treffe hensiktsmessige valg og fremgangsmåter for å besvare problemstillingen (Johannessen m.fl., 2011; Nyeng, 2004). Man skiller vanligvis mellom kvantitativ og kvalitativ metode, der utgangspunktet for ethvert metodevalg skal være problemstillingen (Grenness, 2001; Johannessen m.fl., 2011). Kvalitativ metode omtales som tekstens tale, mens kvantitativ metode omtales som tallens tale. Det betyr at man i kvalitativ metode er opptatt av å produsere fortolkninger som gjengis som tekst som i et intervju, mens man i kvantitativ metode i hovedsak fokuserer på å analysere og fortolke tall slik som i en spørreundersøkelse (Nyeng, 2004). Kvalitativ forskning består av beskrivende data som er opptatt om hva slags meninger mennesker har og hvordan de tenker og handler (Askheim & Grenness, 2008). Askheim og Grenness (2008) påpeker at kvalitativ forskning bærer preg av meningsfullhet, der nærheten mellom forsker og den eller de som forskes på er viktig. Kvalitative metoder har stor grad av fleksibilitet, det er ingen regler som må følges på samme måte som for kvantitative metoder (Askheim & Grenness, 2008). En styrke ved kvalitative metoder er at det gir mulighet for teoretisk generalisering, men det er mer ressurskrevende enn kvantitative metoder (Jacobsen, 2005). Statistisk generalisering er en utfordring ved kvalitative metoder (Bush, 2014; Jacobsen, 2005). Flere fordeler med kvalitative metoder er at du kan gå i dybden for å studere komplekse og uklare problemstillinger og du kan lett håndtere store datamengder, men det krever klart definerte og avgrensede teoretiske modeller (Bush, 2014).

Det er også mulig å kombinere kvalitative og kvantitative metoder eller kombinere ulike kvalitative metoder som intervju og dokumentstudier, som kalles metodetriangulering. Metodetriangulering betyr at man ser et fenomen fra flere perspektiver, dvs. at man bruker flere metoder for å samle inn og analysere data (Johannessen m.fl., 2011). Ifølge Grønmo (2004) og Askheim og Grenness (2008) kan metodetriangulering bidra til en mer samlet og helhetlig forståelse av det som studeres. I tillegg kan troverdigheten og bekreftbarheten til resultatene styrkes. Denne studien anvender kvalitative metoder for innsamling av data. Jeg har valgt å triangulere intervju med dokumentstudier for å hindre eventuelle svakheter med å benytte kun en metode (Jacobsen, 2005). Intervju er primærdata, mens dokumentstudier er sekundærdata (Saunders m.fl., 2016).

3.3.1 Semistrukturerte intervju

Intervju er en den mest brukte måten å samle inn kvalitativ data på fordi det er en fleksibel metode som kan brukes nesten overalt, og den gjør det mulig å få fylldige og detaljerte beskrivelser (Johannessen m.fl., 2011). Kvale og Brinkmann (2009) karakteriserer intervju som en samtale med utveksling av synspunkter med en struktur og et formål. Formålet til intervjuet er å forstå eller få beskrivende informasjon om noe, gjennom en dialog (Johannessen m.fl., 2011).

Ifølge Johannessen m.fl. (2011) og Saunders m.fl. (2016) finnes det flere ulike intervjuformer, og en vanlig kategorisering på bakgrunn av grad av formalitet og struktur er skille mellom strukturerte, semistrukturerte og ustrukturerte intervju.

Strukturerte intervju har et fast oppsett der man på forhånd har fastlagt tema og standardiserte spørsmål i en fast rekkefølge. Ulempen med strukturerte intervju er begrenset fleksibilitet. Ved semistrukturerte intervju har forskeren en overordnet intervjuguide som utgangspunkt hvor tema, spørsmål og rekkefølgen på spørsmålene kan variere. Forskeren vil dermed kunne bevege seg fritt frem og tilbake i intervjuguiden (Johannessen m.fl., 2011). Semistrukturerte intervju er den mest brukte formen for intervju (Dalen, 2013). Metoden gir en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet, hvor intervjuguiden kan endres ved behov.

Ustrukturerte intervju er uformelle og har åpne spørsmål der forskeren har et gitt tema, men spørsmålene vil tilpasses den enkelte intervjusituasjonen (Johannessen m.fl., 2011). Det ustrukturerte intervjuet er fleksibelt og man trenger ikke en intervjuguide. Ulempen er at den fleksible fremgangsmåten kan gjøre det vanskelig å sammenligne informantenes svar, og derfor gjøre det vanskelig å lete etter mønstre i datamaterialet for å finne svar på problemstillingen. På bakgrunn av dette var det mest hensiktsmessig for min studie å velge et semistrukturert intervju basert på en intervjuguide med spørsmål. Oppfølgingsspørsmål ble spurt der jeg følte behov for det.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide i samarbeid med veileder.

Intervjuguiden (vedlegg 1) brukte jeg på samtlige av de 7 intervjuene med informantene i K3K. Intervjuguiden er forankret i problemstillingen og det teoretiske rammeverket som er lagt til grunn i studien. Jeg valgte å kategorisere intervjuguiden etter teorikapittelet for dermed å få en god struktur på svarene fra informantene og gjøre transkriberingen lettere i ettertid.

Som jeg nevnte ble det spurt oppfølgingsspørsmål der jeg følte det var behov for det. I forkant

av hvert intervju sendte jeg på e-post en intervjuguide med en overordnet temaoversikt slik at informantene fikk bedre forståelse for hva studien innebar.

3.3.2 Dokumentstudier

Saunders m.fl. (2016) betrakter dokumenter som sekundærdata, og de benyttes ofte i forskningsprosjekter som også baserer seg på primærdata slik som intervju. Sekundærdata består av både kvalitativ og kvantitativ data, og de brukes ofte som et supplement til primærdata i både deskriptive og eksplorative studier. I min studie har jeg brukt dokumenter for å supplere informasjonen som ble innhentet gjennom intervjuer. I forkant av studien brukte jeg styredokumenter og interne strategi- og arbeidsdokumenter. I tillegg har jeg brukt UNN sin hjemmeside hvor jeg har fått tilgang til årsregnskap, årsmeldinger og pressemeldinger. Jeg har også brukt aviser og medieoppslag.

3.4 Forskningsprosessen

Jeg startet med å kontakte seksjonsleder ved stabssenteret ved UNN via e-post 24.10.2017 der jeg presenterte min studie og spurte om de kunne tenke seg å delta i min studie.

Vedkommende videresendte e-posten slik at jeg kom i kontakt med en administrativ leder som formidlet videre kontakt med 8 aktuelle informanter 21.11.2017. Etter at jeg fikk godkjenning fra NSD begynte jeg å ta kontakt med de aktuelle informantene for å få bekreftelse på at de var villig til å delta i studien. Jeg fikk bekreftet 28.11.2017 at alle av de 8 informanter sa seg villige til å delta. Hele utvalget er ledere i K3K hvor 5 av informantene holder til i Harstad, mens de andre 3 holder til i Tromsø. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 7 av informantene, henholdsvis 31. januar, samt 1., 2., 6., 14. og 19. februar 2018. Intervjuet med informant 5 ble gjennomført på to ulike tidspunkter fordi informanten hadde begrenset tid til rådighet slik at jeg ikke ble ferdig å stille alle de planlagte spørsmålene. Jeg og informant 5 ble enig om å gjennomføre resten av intervjuet senere. Det ble avtalt Skype-intervju med den siste informanten som var positiv til å bidra i min studie 5.februar. Denne informanten var svært travel og det planlagte intervjuet ble utsatt flere ganger til henholdsvis 7., 8. og 15. februar. 15. februar 2018 sendte informanten en mail om at vedkommende måtte utsette også dette planlagte intervjuet fordi tiden ikke strakk til og at

vedkommende måtte prioritere bort det som var minst viktig. 8. mars 2018 sendte jeg en mail til denne informanten å spurte om vedkommende hadde tid til intervju før påske. Jeg fikk bekreftet 9. mars 2018 at uke 12 mest sannsynlig ville passe, men at vi måtte avtale dag og tidspunkt senere. Jeg tok kontakt med informanten i begynnelsen av uke 12 for å avtale Skype-intervju, men fikk aldri svar. På bakgrunn av dette ble det kun gjennomført 7 av 8 planlagte intervju. I tillegg valgte 2 av informantene å trekke seg fra studien da de transkriberte intervjuene ble sendt tilbake for godkjenning. Det ble ikke gitt noen begrunnelse for hvorfor de valgte å trekke seg fra studien. Dermed endte jeg opp på 5 informanter. Med hensyn til taushetsplikten er det ikke anført hvem som er hvem av informantene.

Her presenteres en oversikt over dato, varighet og hvor de forskjellige intervjuene ble gjennomført:

Tabell 1 - intervjuoversikt

	Varighet	Dato	Sted	Tilhørighet
Informant 1	1:18:00	31.01.2018	K3K UNN	K3K UNN
Informant 2	40:00	06.02.2018	K3K UNN	K3K UNN
Informant 3	1:05:00	01.02.2018	Skype	K3K UNN
Informant 4	2:03:00	02.02.2018	Skype	K3K UNN
Informant 5	1:41:00 og 25:00	14.02.2018 og 19.02.2018	Skype	K3K UNN

Jeg benyttet meg av lydopptaker med tillatelse fra samtlige informanter. Jeg fikk dermed tatt opp hele intervjuet, som forenklet gjennomføringen av intervjuene samt gjorde det mulig å bruke sitater av informantene. Jeg transkriberte intervjuene kort tid etter gjennomføring, og sendte de transkriberte intervjuene til informantene for godkjenning. På denne måten sikret jeg at det var god kvalitet på datamateriale, samt at informantene kunne legge til merknader hvis de ønsket det. Ingen av informantene valgte å legge til merknader. Transkriberingen er anonymisert og lydopptakene ble slettet etter fullført transkribering.

3.5 Analyse av datamaterialet

Etter at man har hentet inn data må forskeren analysere data. Askheim og Grenness (2008, s. 142) definerer dataanalyse som: ”Systematisering av data slik at eventuelle mønstre og strukturer frem”. Før forskeren starter med å analysere må mengden data reduseres. En må starte en sorteringsprosess (Askheim & Grenness, 2008; Johannessen m.fl., 2011).

I min studie ble datamaterialet kategorisert etter tema og strukturert etter intervjuguiden. Deretter ble datamaterialet tolket og sett i sammenheng med teori for å kunne svare på problemstillingen. Jeg brukte indeksering for å finne igjen spesielle temaer i datamaterialet ved å sette merkelapper på setninger og avsnitt som bidro til at jeg fikk identifisert og funnet igjen spesielle temaer i datamaterialet (Johannessen m.fl., 2011). I analysen ble den transkriberte informasjon fra intervjuene markert med markeringstusj på data som jeg anså som viktige funn i studien. Utover dette sammenlignet jeg svarene fra de ulike informantene for å kunne se mønstre ut ifra dette. Fortløpende noterte jeg relevant informasjon i de transkriberte intervjuene og eventuell informasjon som kunne være hensiktsmessig for å besvare problemstillingen.

3.6 Studiens kvalitet

Alle metodevalgene vi gjør påvirker undersøkelsens kvalitet og de bestemmer hvor mye vi kan stole på resultatene (Bush, 2014). Lincoln og Guba (1985) mener at kvalitative undersøkelser må vurderes på en annen måte enn kvantitative undersøkelser, og operer med begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet for å bedømme kvalitet i kvalitative studier. Johannessen m.fl. (2011) mener derimot at både reliabilitet og validitet som brukes i kvantitative undersøkelser også kan være relevant ved kvalitative studier. I min studie velger jeg å bruke begrepene til Lincoln og Guba (1985) til å vurdere kvaliteten til studien.

3.6.1 Pålitelighet

Pålitelighet knytter seg til målekvalitet, altså om vi kan stole på dataene som er kartlagt (Bush, 2014). Nyeng (2012) sier pålitelighet handler om hvor robust en undersøkelse er, om

dataene er tillitsvekkende eller til å stole på. Studiens pålitelighet er avhengig av hvilke data som samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen m.fl., 2011).

Påliteligheten kan styrkes ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og en åpen og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (Johannessen m.fl., 2011). I min studie har jeg en casebeskrivelse og hele forskningsprosessen er beskrevet på en detaljert måte. I forhold til å sikre pålitelighet har jeg utarbeidet intervjuguide for å sikre velformulerte spørsmål og at de samme spørsmålene blir stilt i alle intervjuene. I analysen har jeg brukt direkte sitater for å presentere informasjonen som kom frem. Tjora (2012) mener dette vil kunne styrke påliteligheten til undersøkelsen fordi dette synliggjør informantenes ”stemme”. Ved intervju ligger det mulige feilkilder i kommunikasjonsprosessen (Dalland, 2000). Jeg har vært nøye med å sikre at spørsmålet har blitt forstått riktig av informantene, spurt oppfølgingsspørsmål der noe var uklart og vært nøye ved transkribering av intervjuene. Dette mener jeg bidrar til å styrke påliteligheten i min studie, samt redusere risikoen for feilkilder.

3.6.2 Troverdighet (gyldighet)

Troverdighet/gyldighet handler om i hvor stor grad vi måler det vi tror vi måler, altså om innsamlet data er gyldig for problemstillingen i studien (Bush, 2014). Det dreier seg om hvilken grad forskerens fremgangsmåte og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. Teoretiske funn, begrepsmessig klarhet og metodiske vurderinger er en del av dette (Johannessen m.fl., 2011). Troverdigheten kan styrkes ved å formidle resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene (Lincoln & Guba, 1985). For å sikre at de innsamlede dataene samfaller med virkeligheten transkriberte jeg lydfilene ordrett, for så å sende transkriberingen tilbake til informantene. Ingen av informantene ga tilbakemelding på at de ville endre noe i de transkriberte intervjuene eller at noe skulle fjernes. Det er dermed ingen indikasjon på at resultatene ikke representerer virkeligheten.

Jeg har hele veien vært åpen om hvordan jeg har gjennomført forskningen ved å redegjøre for de valgene jeg har tatt når det gjelder innsamling av data og teoretiske innspill til analysen (Tjora, 2012), dette bidrar til å styrke gyldigheten i min studie.

Lincoln og Guba (1985) beskriver to metoder som man kan benytte for å øke sannsynligheten for at forskningen frembringer troverdige resultater. Den første er vedvarende observasjon hvor forskeren over tid blir kjent med konteksten, kan skille mellom relevant og ikke relevant informasjon og bygger tillit. Den andre er metodetriangulering hvor forskeren benytter seg av flere ulike metoder. Jeg har triangulert ved å benytte meg av intervju og dokumentstudier. Det bidrar til å styrke tilliten i min studie.

En annen metode for å sikre troverdighet er å se hvorvidt resultatene man kommer frem til stemmer overens med annen forskning i samme eller lignede situasjon (Jacobsen, 2015). Om mine resultater stemmer overens med tidligere forskning eller i lignede situasjon er vanskelig å si, fordi jeg ikke har kjennskap til andre studier.

3.6.3 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet handler om funnene er et resultat av forskningen, og ikke av forskerens subjektive holdninger. I kvalitative undersøkelser brukes begrepet objektivitet for vurdering av kvalitet (Johannessen m.fl., 2011). Forskeren må vektlegge og beskrive alle beslutninger i hele forskningsprosessen, og samtidig være selvkritisk til tidligere erfaringer, skjevheter, fordommer eller oppfatninger som kan påvirke tolkningen og tilnærmingen til prosjektet (Johannessen m.fl., 2011). Min studie bestod av intervju av et strategisk utvalg informanter hvor utvalget ble valgt med hensikt om å få samlet nødvendig data. Jeg mener at dette har gjort at jeg har fått tilgang til riktig informasjon for å belyse problemstillingen min, og at det dermed styrker bekreftbarheten at jeg har brukt et strategisk utvalg.

Ifølge Johannessen m.fl. (2011) kan bekreftbarheten styrkes dersom forskeren gjør en vurdering av om fortolkningene støttes av annen litteratur og om de støttes av informantene i undersøkelsen. Jeg har ikke kjennskap til andre studier, og vet dermed ikke om fortolkningene støttes av annen litteratur. De transkriberte intervjuene ble sendt til informantene til godkjenning. Disse ble godkjent, noe jeg mener styrker bekreftbarheten til min tolkning av resultatene.

3.6.4 Overførbarhet

Overførbarhet er knyttet til om våre resultater kan overføres til andre populasjoner eller til andre situasjoner (Bush, 2014). Dersom funn fra en undersøkelse kan overføres til andre enn dem man faktisk har undersøkt snakker vi om generalisering. All forskning har som mål å kunne trekke slutninger utover de data som er samlet inn, slik at generalisering ikke bare er begrenset til kvantitative undersøkelser (Johannessen m.fl., 2011). Jacobsen (2015) sier at en styrke kvalitative metoder har er teoretisk generalisering. Det går ut på å avdekke fenomener, etablere kausalsammenhenger og avdekke spesielle forutsetninger for at noe skal ha effekt. Den andre formen for generalisering fra utvalg til populasjon er vanskeligere å gjøre ved en kvalitativ tilnærming fordi en undersøger bare noen få enheter, og disse enhetene er trukket ut for et spesielt formål. Det er dermed vanskeligere å påstå at dette utvalget er representativt for en større populasjon av enheter (Jacobsen, 2015).

Min studie er en enkeltcase av hvordan ledere jobber på ulike nivåer med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak. Funnene av studien kan muligens generaliseres til andre enheter i den samme casen, for eksempel til en annen klinikk i UNN. Funnene kan neppe generaliseres til å gjelde for alle klinikker ved helseforetaket. Teoretisk generalisering av funn kan dermed gjøres i noen grad i studien.

3.7 Forskningsetiske avveininger

Som forsker må en underordne seg etiske prinsipper (Johannessen m.fl., 2011).

Forskningsetikk er de grunnleggende normene for vitenskapelig praksis. Det dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer hvor en vurderer om handlinger er riktige eller gale (Johannessen m.fl., 2011; Ringdal, 2007). Forskningsetiske problemstillinger er spesielt viktig når forskningen direkte berører mennesker, spesielt i forbindelse med innsamling av data. Som forsker må en ta etiske hensyn, som innebærer at: *”En som forsker tenker over hvordan et tema kan belyses uten at det får etisk uforsvarlige konsekvenser for enkeltmennesker, grupper av mennesker eller hele samfunn”* (Johannessen m.fl., 2011, s. 94-95).

All forskning som innebærer behandling av personopplysninger, og opplysningene helt eller delvis lagres elektronisk, skal meldes til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Jeg meldte studien min til NSD 17.11.2017 og 23.11.2017 fikk jeg godkjenning for å

starte prosjektet. I forkant av hvert intervju sendte jeg ut en informert samtykkeerklæring, hvor alle nødvendige opplysninger om studien ble presisert: Studiens formål, metoder, frivillig deltakelse, at en har mulighet til å trekke seg når som helst, taushetsplikt, at lydfilene ble lagret med hensyn til anonymisering uten henvisning til informant og når studien avsluttes. Alle informantene i studien samtykket skriftlig eller elektronisk. Alle informantene samtykket i bruk av lydopptaker, og datamaterialet ble slettet. Navn og andre identifiserbare data er også slettet.

4 Casebeskrivelse

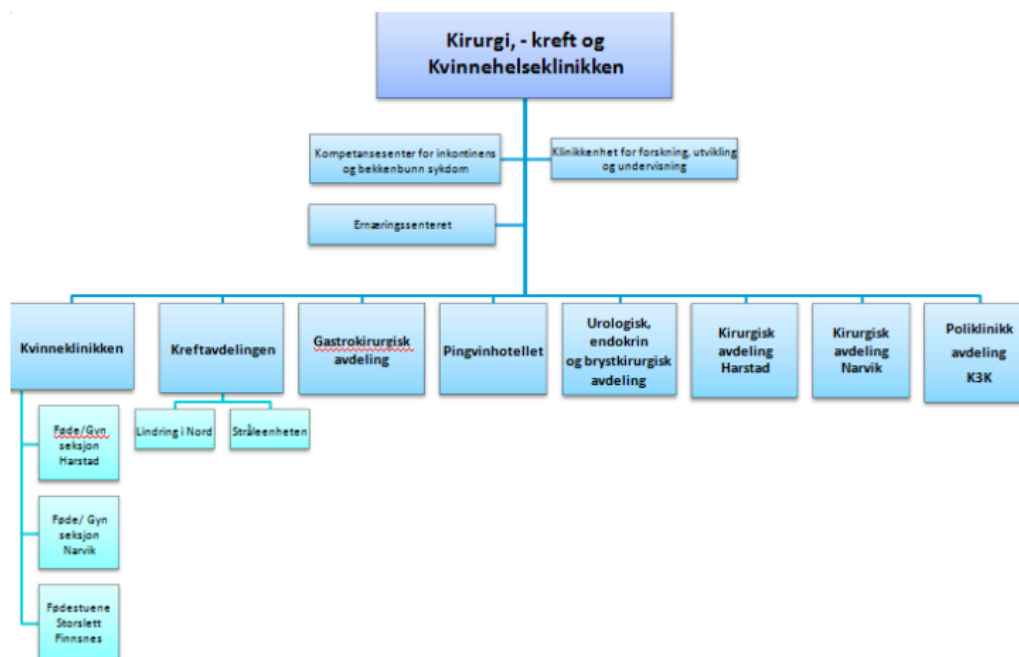
Denne studien er en casestudie av en klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge, også kalt UNN. UNN er et universitetssykehus og eies av Helse Nord RHF. Universitetssykehuset Nord-Norge har virksomhet flere steder i Nord-Norge. Sykehuset i Breivika, Tromsø, har størst pasientvirksomhet. I tillegg har UNN psykisk helse- og rusklinikken, Åsgård, i Tromsø, UNN Harstad, UNN Narvik, Longyearbyen sykehus Svalbard, fem senter for psykisk helse- og rusbehandling. Seks behandlingssteder: Silsand, Sjøvegan, Storslett, Storsteinnes, Håkvik og Harstad. To distriktsmedisinske senter: Finnsnes og Storslett. I tillegg til å drive med pasientbehandling driver UNN med opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell.

Kjerneverdiene til UNN er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg. UNN sin visjon er: ”Det er resultatene for pasienten som teller. Vi gir den beste behandling”. UNN ble etablert i 2001 og har 6300 medarbeidere. UNN har årlig 400 000 pasientmøter og skal gi den nordnorske befolkningen mulighet for å forbedre helsen eller forlenge livet (UNN, 2017a). Budsjettet for UNN er 4 862 millioner kroner i 2018, som er 209 millioner (+4,5 %) høyere i forhold til vedtatt budsjett i 2017 (UNN, 2017a).

Min studie avgrenser seg til å studere Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K). K3K klinikken er lokalisert i Narvik, Harstad og Tromsø. K3K har ansvar for hoveddelen av bløtdelskirurgi, kreftkirurgi, fødselsomsorg, gynekologi, plastikkirurgi, strålebehandling, samt medikamentell og lindrende kreftbehandling i helseforetaket UNN. Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) har verdens nordligste infertilitetsklinikk, nasjonalt kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnlidelser (KIB), Ernæringscenteret, Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling (Lindring i Nord) og Prostata senteret integrert i klinikken. Pingvinhotellet i Tromsø og pasienthotellene i Harstad og Narvik driftes av klinikken på vegne av UNN HF. Det nye pasienthotellet i Tromsø er landets største og skal legge til rette for et nytt og fremtidsrettet tilbud til pasienter og pårørende (UNN, 2014). Klinikken er den tredje største på UNN med 650 ansatte i Narvik, Harstad og Tromsø (Jensen, 2017). K3K sin prognose for 2017 og inngangshastigheten for 2018 er -48,4 millioner kroner. Inngangshastigheten er forskjellen mellom regnskapet for 2017 og budsjettet for 2018. Innsparingskravet for 2018 er på 5,8 millioner kroner (UNN, 2017b). Korrigert for kostnadsendringer i 2018 er samlet omstillingsutfordringer for klinikken for 2018 på 51,1

millioner kroner (UNN, 2017b). Jeg studerer K3K med ulike ledernivåer hvor jeg har intervjuet klinikkleder og stab fra Tromsø. Seksjonsledere, avdelingsledere og administrative støttefunksjoner har jeg intervjuet fra Harstad. K3K klinikken har avdelinger og seksjoner på ulike geografiske steder, og når jeg har sett på nivåer er klinikkledelsen lokalisert i Tromsø, mens avdelingsledere og seksjonsledere er lokalisert i Harstad.

I K3K er det klinikkledermøter hver måned hvor informasjon om den økonomiske utviklingen spres fra klinikkledelsen nedover til avdelings- og seksjonsledere. På disse møtene er klinikklederen, rådgiveren for klinikken og i enkelte tilfeller avdelingsledere og seksjonsledere. Figuren under viser en skisse av klinikkstrukturen i K3K og hvordan klinikken er organisert:

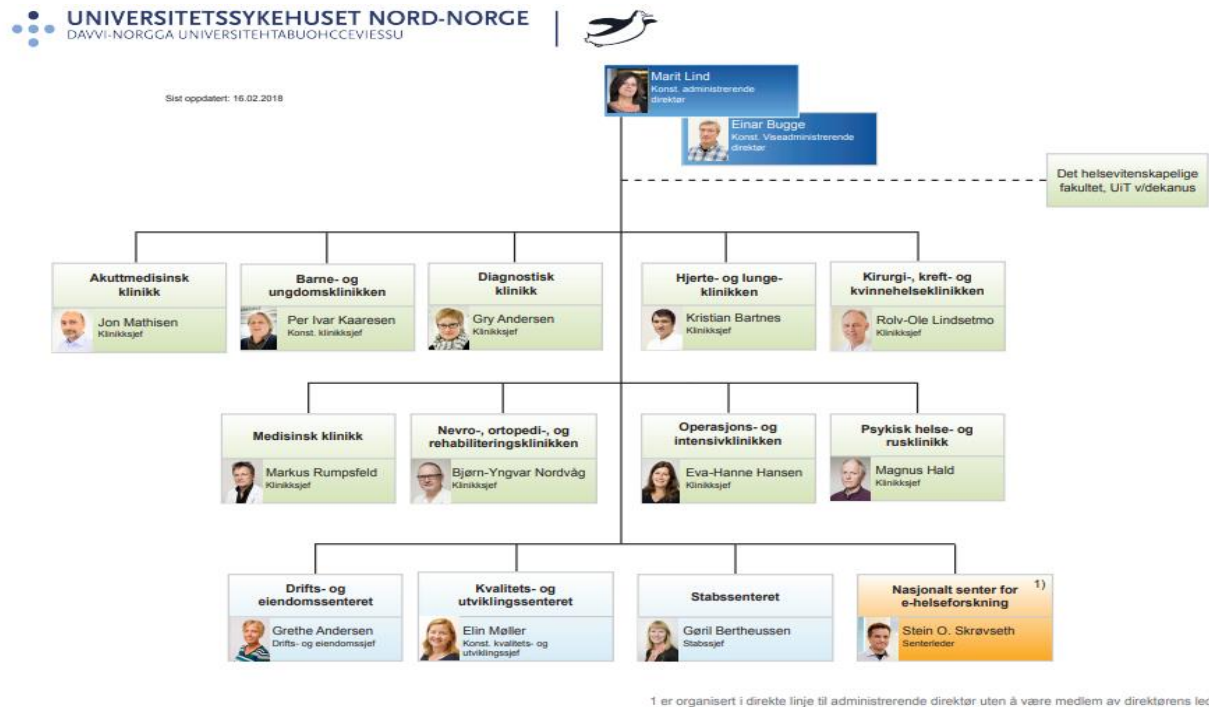


Organisasjonskart 1.1 2016

Figur 3 - Organisasjonskart Kirurgi, -krefte og kvinnehelseklinikken (K3K). Kilde UNN

Figur 4 nedenfor viser organisasjonskartet til UNN, med konstituert administrerende direktør øverst. Konstituert administrerende direktør er daglig leder og ansvarlig ovenfor styret. Viseadministrerende direktør har noen direktørfunksjoner og er stedfortreder for administrerende direktør. Sykehusledelsen består av direktørene, klinikkjefene og senterlederne. Sykehusledelsens rolle er å vise retning og samordne i UNN. En av de viktigste

oppgavene for sykehusledelsen er å sørge for god ledelse og et godt styringssystem som setter alle lederne i stand til å være med på å utvikle og samordne kjernevirksomheten (UNN, 2016).



Figur 4: Organisasjonshierarki ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Kilde UNN (Lastet ned 27.03.18)

Hovedprinsippet er at klinikkene driver pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Sentrene utøver viktige støttefunksjoner for klinikkene. Nasjonale kompetansesenter og behandlingsfunksjoner er forankret i klinikkene, og som hovedprinsipp organisert på samme måte som den øvrige virksomheten, men med nødvendige tilpasninger til det nasjonale oppdraget. Det nasjonale oppdraget er det årlige oppdragsdokumentet som vedtas i foretaksmøtet som styreleder og administrerende direktør i Helse Nord RHF har med UNNs styreleder og administrerende direktør. UNN er en stor og kompleks kunnskapsorganisasjon der medarbeidernes kompetanse, og samspillet mellom de forskjellige klinikkene og sentrene, utgjør grunnlaget for å skape gode tjenester. Fagmiljøene må i stor grad selv utvikle og samordne sine tilbud (UNN, 2016).

5 Presentasjon av empiri

I dette kapitlet vil empirien bli presentert basert på intervjuene og dokumentstudiene.

5.1 Tradisjonell, normativ økonomistyring

Det var lik oppfatning blant informantene om hvilke mål og strategier UNN har. Pasientene er helt klart det viktigste, men økonomistyring er også viktig slik informant 3 beskriver: *”Det er god pasientbehandling, det er jo det som er hovedområde, og det primære til en primærhelsetjeneste. Så er det mye som inngår i det da. Å ha kontroll på økonomien er jo en viktig del av det, men det er jo aldri viktigere enn å behandle pasienter. Altså vil man aldri velge pengene foran å redde menneskeliv og behandle pasienter, så det tenker jeg det absolutte målet er å gi en god pasientbehandling. Så er det mye som kommer under det da”*. Informant 4 var opptatt av viktigheten med kontinuerlig forbedring og lederskap.

Styringsmålene gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord er en prioritet hos alle informantene og det er lik oppfatning av at disse målene skal følges. Ifølge informant 4 kan man ikke la være å gjennomføre noen av styringsmålene. Det betyr at alle styringsmålene fra Helse Nord er like viktige, og alle skal gjennomføres. Dette er noe alle informantene er innforstått med.

Når det gjelder økonomistyringsprosessen spres informasjonen om den økonomiske utviklingen fra klinikkledelsen og nedover til avdelings- og seksjonsledere. Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (HN LIS) blir nevnt som en viktig informasjonskilde.

5.1.1 Mål og strategier

Det var relativt lik oppfatning av hvilke mål og strategier UNN har, men hvor godt de husket dem ordrett varierte likevel mellom de ulike informantene. Informant 5 beskrev målene og strategiene til UNN som: *”Det aller viktigste målet er at vi er til for pasienten. [...] Det er resultater for pasienten som teller, vi gir den beste behandlingen. Det er mantraet i UNN, alt vi gjør, også stabspersonell, skal ha det som mål for seg. Når vi driver oppfølging mot [min klinikk], det er i tråd med å hjelpe [...] for å best mulig bruke ressursene i UNN til beste for pasientene”*. Informant 3 mente at det finnes noen overordnede mål og strategier, men at det

er mange mål i ulike deler av organisasjonen, og sier at: *"Vårt mål er jo å bistå egentlig som jeg har sagt tidligere ledere rundt omkring med å oppnå best mulig økonomistyring"*. Det kan se ut som hver klinikk har sine mål i tillegg til at det er overordnede mål og strategier for UNN som helhet. Informant 1 påpeker dette videre: *"Så har jo alle avdelingene sine mål igjen, som de må si litt om sjøl. Hovedsakelig er det jo det her med: best mulig pleie til rett tid som alle streber etter"*.

Når det gjelder hva som er det viktigste målet til UNN så virker det som det er bred enighet i at pasienten er det viktigste. Informant 3 sier at: *"Det er god pasientbehandling, det er jo det som er hovedområde, og det primære til en primærhelsetjeneste. Så er det mye som inngår i det da. Å ha kontroll på økonomien er jo en viktig del av det, men det er jo aldri viktigere enn å behandle pasienter. Altså vil man aldri velge pengene foran å redde menneskeliv og behandle pasienter, så det tenker jeg det absolutte målet er å gi en god pasientbehandling. Så er det mye som kommer under det da"*. Informant 4 er veldig opptatt av det med kontinuerlig forbedring fordi det har implikasjoner for pasientbehandling, arbeidsmiljø og økonomi. Informant 4 mener disse områdene er umulig å se uavhengig av hverandre. I tillegg legger informant 4 vekt på at lederskap er viktig: *"Lederskap, og her kommer vi til, etter min mening, at er et undervurdert fagområde i helsevesenet. Det er altfor uprofesjonelt ledet der det virkelig kreves lederskap, nemlig på avdelingene og seksjonene som mellomledere"*. Informant 4 påpeker videre at: *"Dette gjenspeiles også i den meldingen fra Helseministeren i fjord hvor det kom ut en egen melding på kvalitet og ledelse i spesialhelsetjenesten"*.

På spørsmålet om de er involvert i arbeidet med mål og strategier, så svarte flere (informant 1, 3, 4 og 5) at de ikke er involvert. Informant 5 presiserer dette: *"[...] ikke i noe mer grad enn at det er det som vi får i overordnet bestemmelse fra departementet, Helse Nord og styret"*. Informant 5 sier at vedkommende sitter i en ledergruppe og der tilpasser de mål og strategier til UNN: *"[...] da har vi jo det på agendaen hele tiden"*. Overordnede mål og strategier for UNN er ikke informant 1 og 2 med å utarbeide, men de arbeider med mål og strategier avdelingsvis: *"Hva vi vil oppnå i år, hvor mange pasienter skal vi ha og hvordan skal vi utvikle oss faglig. Det er vi jo med på"* (informant 1). Informant 2 mener de er involvert i arbeidet med mål og strategier fordi: *"Vi er kontinuerlig i det, i for eksempel KVAM utvalg [kvalitet, arbeidsmiljø og miljø]"*. Det kan dermed virke som at lederne på lavere nivå i organisasjonen ikke er direkte involvert i utarbeidelse av overordnede mål og strategier for UNN som sådan, men at de likevel arbeider med mål og strategier for hver enkelt avdeling.

Det er styret som kommuniserer målene til direktør. Deretter kommuniserer direktøren målene nedover i organisasjonen. Det er en linjestruktur som gjør at målene skal kommuniseres nedover slik informant 3 beskriver: *”En klinikkssjef skal kommunisere til sine avdelingsledere, mens avdelingsledere skal kommunisere videre til sine seksjonsledere som videre har ansvaret nedover. Det er i hvert fall slik det skal gjøres, også er det sikkert forskjellig i hvor stor grad det gjøres”*. Informant 3 sier at: *”[...]helsedepartementet stiller jo en del krav til helseforetakene, som igjen stiller krav til sykehusene, som igjen stiller krav nedover i organisasjonen. Så det blir kommunisert på den måten tenker jeg: hva som er målene og strategiene til de ulike leddene i et så stort foretak”*.

Informant 4 vektlegger ledelse på mellomledernivået som viktig for å ha kommunikasjon med de ansatte: *”Det er dialog, for at målene til de ansatte ikke er noe som man nødvendigvis kan ta fra luften. Det skal være noen rammer som de ansatte skal utvikles innenfor og en retning hvor de skal utvikles innenfor. Så det er liksom ikke helt fritt for å finne ut når man er en overlege eller sykepleier at det har jeg lyst til. Det er ikke slik det skal foregå, det skal være en dialog, det skal være tydelig hvilken ramme man har å utvikle seg innenfor”*. UNN-boka blir nevnt som et viktig verktøy for å kommunisere målene og strategiene skriftlig til de ansatte, informant 5 sier: *”UNN-boka gjorde det der tilgjengelig og veldig oversiktlig på en aktiv måte, veldig pedagogisk. Lett å forstå hva som ligger bak. Snakker litt store ord, men ordentlig god bok”*. UNN-boka er et lite A5 hefte som hver enkelt ansatt får for å kunne sette seg inn i mål, strategier og hva UNN er til for. Informant 1 beskriver UNN-boka slik: *”Det står egentlig veldig godt beskrevet i UNN -håndboka om hvordan man skal være mot hverandre”*. Informant 2 tilføyer om UNN-boka: *”De avtalene vi har signert på som styrer oss. De har ei veldig grei styring i forhold til hva vi kan og ikke kan”*.

Når det gjelder hvordan lederne operasjonaliserer og arbeider med målene til sin enhet gjøres det noe ulikt. Informant 1 gjør det på følgende måte: *”[...] ta med seg sine ansatte sånn at de får være med å si hvordan vi skal nå frem”*. Informant 3 sier: *”[...] bistå dem i best mulig grad og i mest mulig grad på det vi kan. Altså er de ledere og som oftest fagpersoner innenfor medisin og de fagfeltene mens vi er økonomer. Jeg tenker at vår rolle blir å hjelpe dem og bistå dem i det de ikke har som fokus nummer en. [...] Det er å vise de viktigheten av at økonomi også er et viktig element, selv om det ikke er deres fagfelt og deres fokus noen ganger”*. Informant 4 beskriver det slik: *”[...] vi går gjennom det som vi kaller tiltaksgjennomføring. Slik at vi ser at det som er bestemt i budsjettene blir gjennomført”*.

Informant 4 poengterer at: *"For det er det kritiske for øyeblikket å få orden på økonomien"*. Videre legger informanten til at: *"Vi har begynt en slags leder-, ikke nødvendigvis utdanning, men en oppbygging av lederidentitet. Er man leder og er man betalt for å være leder og har leder i tittelen, så har det noen konsekvenser. Informant 4 beskriver videre hvordan de gjør dette i praksis: "Vi går gjennom blant annet stillingsinstruks for å bevisstgjøre dem på hva det er som står i stillingsinstruksen min: hvilke oppgaver jeg skal gjøre som leder. [...] Hver gang vi møtes pluss i de månedlige klinikkledermøtene har vi gjennomgang av lederoppgaver og lederansvar"*. Klinikken har med andre ord møter hver måned hvor operasjonalisering av mål og arbeidet med dette er sentralt.

På spørsmålet om hva som er det viktigste målet for hver enhet, og hvordan det arbeides med dette varierte svarene avhengig av hvor mye ansvar hver enkelt informant har. Informant 4 sier at: *"Nå er det å komme i økonomisk balanse. Det å drive med underskudd i den størrelsen som [vår klinikk] nå har kommet i med 50-60 millioner medfører i neste omgang at vi får mindre utstyr, vi får stopp i ansettelse, stopp i reisevirksomhet, møtevirksomhet og nye tiltak [...]. Det blir ubehagelige omlegginger som gjør at vaktplaner og bemanningsturnuser osv. endres slik at det oppleves som vanskelig for både ansatte og mellomledere. Det blir en konsekvens av at budsjettene ikke holdes"*. Informant 4 mener at UNN spesielt, og helsevesenet generelt har et fravær av organisasjonskultur: *"Altså legegruppen har en ukultur med autonomi, på hvert nivå kan man stille spørsmålstegn eller la være å gjøre det som er besluttet høyere opp i organisasjonen. Igjen kan det godt være at det er et uttrykk for manglende tydelig lederskap på mellomledernivå eller manglende oppfølging og gjennomføringsevne fra høyere nivå"*. UNN har potensial for å utvikle seg når det gjelder gjennomføring av mål og strategier som handler om ledelse og organisasjonskultur. Som informant 4 sier: *"[...] profesjonalisering av lederskapet i en organisasjon som stiller tydeligere krav til de ansatte slik at man ved hjelp av de tillitsvalgte kan ha gode prosesser der alle blir hørt. Hvor strategien bestemmes fra departementet, styret osv. blir synliggjort også blir det gjort noen tydelige vedtak som alle er nødt å følge"*. Oppsummert viser dette at UNN har mål og strategier som både er godt kjent blant informantene og noe de stiller seg bak. Pasientbehandling er det viktigste målet for lederne, men kontroll på økonomien og komme i økonomisk balanse er også viktig.

5.1.2 Styringsmål gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord

UNN mottar mange styringsmål i oppdragsdokumentet fra Helse Nord og her er alle informantene samstemte om at de må følges. Informant 4 er tydelig på at man ikke kan la være å gjøre oppgavene som er fastsatt gjennom styringsmålene: *”Vi skal holde tidsfrister, ha kvalitets fokus, behandle avvik innenfor fristene og vi skal ha alle de spesifiserte tydelige målene. Det er ikke noen spesiell reservasjonsrett for deler av dem [...]”*. Informant 5 mener også at Helse Nord sine styringsmål må følges, men at ikke alle er like lett å oppnå det året de kommer. Et typisk eksempel er hvis du får blodforgiftning så skal du ha tilbud innen 90 minutter for antibiotika på akuttmottakene. Informant 5 beskriver problematikken rundt styringsmålene i henhold til det nevnte eksemplet med blodforgiftning: *”Det finnes ikke måleparameter på det her fordi det registreres så dårlig i fagsystemet DIPS [elektroniske pasientjournal]. Da må sykehusledelsen sette ned ei arbeidsgruppe for å forbedre registreringen slik at vi faktisk kan nå det her”*. På lik linje med informant 5, presiserer informant 4 at deres oppgave er å lage systemer for å nå styringsmålene. Informant 4 nevner at de får oppdragsdokumentet som en tilpasset dialogavtale: *”Jeg har selv klippet ut de fire punktene som er poengtert i oppdragsdokumentet for 2018 som kom for en ukes tid siden. De har jeg med meg i slides-form til alle når jeg er ute i avdelingen og når jeg er med på personalmøter, for å synliggjøre det overordnede oppdraget. Som går på mye av det samme: Pasientsikkerhet, tidsfrister, budsjett og den siste er at kostnader ikke skal økes”*.

Styringsmålene kommuniseres slik informant 3 beskriver: *”Det er jo en linjestrutur som går fra toppledelsen og nedover med avdelinger og seksjoner, og ledere i alle ledd som har det ansvaret [...]”*. På samme måte beskriver informant 1: *”Noe kommer vel per mail, men samtidig så har vi møter med klinikkleder hvor [klinikkleder] sier noe om det. Hvor vi gjerne har en samtale om hvordan og hvilke mål vi skal nå”*.

På spørsmål om hvordan styringsmålene påvirker enheten, så er alle informantene enig om at de påvirker enheten økonomisk. Slik informant 1 beskriver det: *”Har det med økonomi å gjøre så vil vi jo merke det med innkjøp av utstyr at det tar lengre tid eller at det kan bli vanskeligere å få ansatt personell i stillinger du trenger, det er ikke ofte det skjer”*. Informant 4 sier: *”Jeg synes de [styringsmålene] påvirker oss på den måten at vi utvikler oss, vi er nødt å se hvordan vi bruker pengene. Vi er nødt å ha gode pasientforløp, vi kan ikke somle med pasientens tid og vi kan ikke somle med de offentliges midler”*. Informant 4 presiserer videre: *”De pengene vi får er de pengene vi har og innenfor det for å drive. Det stiller sterke krav til*

at man har god logistikk, har kontroll på turnuser og planer slik at pengene ikke forsvinner ut og man betaler folk for arbeid de ikke gjør. At ikke spesielt legegruppa stikker av med pengene i vaktgodtgjørelse og litt for gode lønnsavtaler. Slik at det er styring på lønn. Lønnsutgiftene er jo 80 % av budsjettet”. Dette viser at styringsmålene i oppdragsdokumentet fra Helse Nord helt klart påvirker hver enhet økonomisk.

5.1.3 Økonomistyringsprosessen

Helse Nord's ledelsesinformasjonssystem (HN LIS) måler styringsmålene. Informant 4 beskriver det slik: *”[...] vi kan få ferskvarer: tall på alle styringsparameterne som vi skal ha. Det gjelder antallet konsultasjoner på [...] klinikken siste uke, siste måned og siste året, antall kontroller, andel ikke oppmøtt, gjennomsnittlig liggetid, sykefravær og arbeidsmiljøbrudd. Alt vi skal måles på har vi i den databasen. Det er et fantastisk styringshjelpemiddel”. Informant 2 sier: ”Vi har et årshjul og vi har forskjellige ting vi skal fylle ut og sende inn. Vi rapporterer til vår klinikkledelse som tar det videre”. Dette er i tråd med det informant 1 og 5 sier, om at: ”Vi skal selv måle oss på disse målene vi har satt opp i dialogavtalen. Jeg skal gå inn for mine mål sammen med de andre og ta de opp [...]. Så har vi delmål underveis som skal måles” (informant 5). Det virker som at alle lederne er samstemte om at all aktivitet skal måles.*

På spørsmålet om hva som er det viktigste målet for hver enhet er økonomistyring noe ulikt vektlagt. Informant 1 og informant 2 vektlegger pasientbehandling, og det kan virke som at økonomistyring ikke er viktig, slik informant 2 sier: *”Det er ingen fristbrudd. Det er noe som både lederteamet og de ansatte; vi jobber med det samme målet: Alle pasientene skal få den riktige behandling innenfor gitt tid”. Dette understrekes av informant 1: ”For meg er det med stabilitet i arbeidsgruppa kjempeviktig. Fordi med stabilitet vil vi kunne yte best mulig pleie til våre pasienter”. Informant 5 mener at det er mangel på kommunikasjon når det gjelder økonomistyring til ledernivåene under: ”Det laveste nivået: enhetsledere og seksjonsledere på en klinikk vet ikke hva det betyr å drive økonomistyring eller hvordan tiltak de har for å komme i balanse”. Informant 5 understreker at det handler om klinikken sin informasjonsflyt: ”Hvis det ikke er etablert nedover i organisasjonen så får vi det heller ikke til. Det er der det genereres kostnader, det er der timer kommer, bestillinger til medikamenter. [...] De store pengene av de 7 milliardene utløses jo helt ned på gulvet. Det blir vanskelig for oss når*

sykehusledelsen sier at vi skal spare så og så mye på den klinikken så vet de det faktisk ikke nede". Informant 3 er enig med informant 5 om at økonomistyring er viktig og beskriver det viktigste målet for sin enhet slik: *"Det er nok å bistå sykehusledelsen på alle ledernivå med god informasjon om økonomistyring for at UNN skal klare samlet sine mål som går på det økonomiske"*.

Det ble spurt om hvordan informantene holder seg orientert om den økonomiske utviklingen i sin enhet, og hvordan de sørger for at den økonomiske utviklingen er i tråd med styringsmålene til sin enhet. Informant 5 sier at: *"Det gjør jeg daglig ved å være inni Agresso [fagsystemet]. [...] UNN sitt mantra er jo at det er bunnlinjen som teller. Så hvis jeg bruker mer på reiser enn på lønn så betyr det ikke noe hvis jeg likevel holder budsjettet, og slik gjelder det utenom"*. Informant 3 sier videre: *"Vi har i stor grad ansvar for å informere ledere på de ulike enhetene om resultatet. Derfor tror jeg heller det kan snus om på det spørsmålet å si at vi som [stab] er primærleverandør av den informasjonen til ledere på alle nivåer, alt fra klinikkjefer til seksjonsleder"*. Informant 4 er inne på det samme, men tilføyer: *"Det gjør jeg ved å reise ut å ha månedlige økonomioppfølginger med alle budsjettenehetene i [klinikken] sammen med klinikkrådgiverne og økonomikonsulenten vår"*. Videre legger informant 4 til: *"Så jeg er nødt til å følge opp den økonomiske utviklingen for at tiltakene er allerede gjennomført i budsjettet. Så det handler bare om å gjøre det man har sagt at man skal gjøre. Det er det jeg må se og følge opp med den økonomiske utviklingen fra måned til måned, for det er jo månedlig oppgjør vi får"*.

Informant 4 har ansvar for å informere den lokale avdelingsledelsen om den økonomiske utviklingen på enheten: *"Dette er siste måneds utvikling på din enhet, er det bra eller ikke bra og hva skal vi gjøre for å komme innenfor budsjetttrammen vår? Ok, må dere holde en legestilling ledig osv., må jeg forby innleie, dere får ikke leie inn, dere får ordne opp det her internt osv. Det er det som er styringsmetoden"*. Dette samsvarer med det informant 1 og informant 2 er inne på i sine svar, men de har i tillegg egne møter hvor økonomien er tema: *"Vi har ledermøte en gang i uka hvor økonomi er en del av det. Pluss at vi har KVAM møte med ansatte representanter hvor den [økonomiske utviklingen] blir tatt opp jevnlig"* (informant 1). Informant 1 legger til: *"Pluss at når det har vært klinikkledermøter så får vi beskjed i forhold til økonomi. Det er ikke noe problem å få økonomirådgiver til å sende oss en oversikt over økonomistyring på egen avdeling"*. Den økonomiske utviklingen i klinikken

spres altså fra klinikkledelsen og nedover til avdelings- og seksjonsledere via økonomirådgivere.

Informant 5 legger til at: *”Rådgiveren for [klinikken] har faste månedlige møter med klinikklederen og gjerne avdelingslederne. Noen av rådgiverne har seksjonsledere, alt etter hva vi får til”*. Informant 5 nevner et styringssystem som alle i UNN har tilgang til: *”[...] HN LIS, så hvem som helst kan se på sine tall. Det er kjempeviktig at vi ikke bare ser på økonomi, men at vi ser på aktivitet og årsaksanalyser; er det veldig mange flere operasjoner eller veldig mange færre. Vi prøver å se økonomien i sammenheng med det vi utøver mot pasientene”*. Informant 1 er i liket med informant 5 opptatt av pasientene, og understreker at: *” Så lenge vi holder på med mennesker i forhold til pasienter så er jeg mer opptatt av at de skal få den kvaliteten på den pleien som de har krav på, enn ikke leie inn den ekstra personen det er behov for”*. Som sitatet viser verdsetter informanten kvalitet i pasientbehandlingen, og indikerer at økonomien kommer i annen rekke.

De månedlige møtene har en sentral rolle i hvordan ledere operasjonaliserer og arbeider med målene til sin enhet. Informant 4 beskriver at hver måned har alle avdelingslederne i Tromsø og Narvik møte sammen med en økonomikonsulent. Dette samsvarer med det informant 3 er inne på i sitt svar: *”Det gjøres jo ute i oppfølging tenker jeg, og det er som oftest lederteam i ei avdeling eller i en klinikk som får det”*. Hver måned har klinikken møter spesielt med tanke på økonomi.

Informantene i hierarkiet er av den oppfatning at de trenger ikke økonomisk informasjon for å følge opp styringsmålene: *”Jeg trenger ikke noe informasjon. Jeg må forspørre alt jeg gjør av innkjøp, det må jeg be om. Jeg trenger ikke noe informasjon. Jeg får et svar ja eller nei til innkjøp ikke noe annet utover det”* (informant 2). Samtlige av de resterende informantene virker som de trenger økonomisk informasjon for å følge opp styringsmålene. Informant 5 sier: *”Det ene er budsjettet og det har vi full råderett over, eller tilgang på. Jeg vil ikke kalle det økonomisk, men den andre siden er pasientsiden [...]. Jeg tror vi har 26-27 databaser på alt fra kostnader på medikamenttyper, til konsultasjoner og konsentrasjonstyper som vi oppdaterer hver måned. Som er kilden til all den informasjonen vi trenger for å drive oppfølging. Der tror jeg vi stiller sterkt hvis du sammenligner oss med andre. Vi har lett tilgang til den styringsinformasjonen vi trenger for å kunne årsaksanalysere ting”*. Informant 4 legger vekt på: *”Jeg har behov for å se på driverne, hva som generer kostnader som truer*

budsjettet. De faste stillingene er det ikke budsjett for. Om sykefraværet fyker til værs, så må du leie inn, da får vi ekstrakostnader. Så jeg må ha innsikt i sykefraværsproblematikken og hvordan det håndteres". Informant 3 er i liket med informant 4 enig i at: *"Den informasjonen vi trenger for å hjelpe enhetene, er jo informasjon de sitter på som kan endre rammene, endre forutsetningene og endre kostnadsbildet. Hvis de [enhetene] har en forventet økt aktivitet, de har forventet redusert aktivitet, de har to nye ansatte som kommer inn og øker lønnsutbetalingene [...]. Det er jo informasjonen som sørger for at det utløses en form for kostnader eller reduksjon av inntekter eller noe sånt som er vår viktigste informasjonskilde* (informant 3). Informant 4 påpeker spesielt viktigheten av å ha innsikt i spesielt legenes vaktordning fordi: *"Legeplanene lages ikke i samsvar med bemanningskravet til poliklinikk, operasjonsstue osv., også mangler det folk så må det leies inn. Alt det her en innfløkt, det henger sammen. Min oppgave er å sørge for at det her blir et samspill i en langtidsplanlegging, ikke fra dag til dag*". Dette kan tyde på at ekstrakostnader knyttet til legenes vaktordninger oppleves som en utfordring i klinikken.

På spørsmål om informasjonsflyten i enhetene er svarene litt ulike, men likevel virker det som lederne har mesteparten av informasjonen de trenger for å arbeide med økonomistyring. Informant 5 mener at de noen ganger må purre for å få informasjonen de trenger: *"Jeg burde få alle vedtak som vedrører økonomi og budsjett. Hver gang sykehusledelsen eller en klinikkleder vedtar at vi skal øke budsjettet, ta bort stillinger eller noe sånt, så skal den informasjonen flyte til oss*". Videre sier informant 5 at det ikke alltid er slik fordi: *"Vi er litt muntlig, så vi jobber veldig for å få tak i en del informasjon*". Informant 3 mener at informasjonsflyten i enheten er god og at de får relevant informasjon om økonomistyring både fra klinikkledelsen og Helse Nord. Likevel mener informant 3 at de aldri får all informasjon de trenger knyttet til økonomistyring fordi: *"Prognoser om hvordan ting vil ende opp økonomisk får man aldri nok informasjon om*". Informant 1 og 2 mener informasjonsflyten i avdelingen er god, informant 1 uttrykker det slik: *"De ansatte får informasjon om ting som vil vedrøre deres arbeidshverdag. [...] Vi får ganske mye informasjon i forhold til helsedirektoratet og i forhold til drift på andre avdelinger. Vi får ganske mye informasjon om alt*". Informasjonsflyten i enhetene er god, men likevel får de aldri nok informasjon om prognoser.

5.1.4 Oppsummering tradisjonell, normativ økonomistyring

Kvalitet i pasientbehandlingen er det absolutt viktigste for informantene. Både gjennom UNN sine mål og strategier og styringsmål gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord er pasientene hovedfokuset. Økonomistyringen er viktig, men viktigheten av god økonomistyring vektlegges noe ulikt av informantene. Ledere på de laveste nivåene i klinikken vet ofte ikke hva det betyr å drive økonomistyring. Økonomistyring kommer i annen rekke blant ledere i klinikken, tydeligst er det blant leger og helsepersonell. Staben jobber aktivt med økonomistyring på ulike nivåer i klinikken, men likevel er kvalitet i pasientbehandlingen viktigst.

5.2 Styringspakke

Malmi og Brown (2008) sitt rammeverk ble brukt som utgangspunkt i flere av spørsmålene under intervjuene. Styringssystemet kan ses på som en pakke der styringsmekanismene brukes i ulik grad av organisasjonen. Min studie har fokus på kulturell kontroll, planlegging, cybernetisk styring og administrativ kontroll og derfor omhandler spørsmålene disse mekanismene.

5.2.1 Kulturell kontroll

Under intervjuene ble samtlige av informantene spurt om UNN sitt verdigrunnlag og hvordan verdiene brukes i praksis.

Kjerneverdier til UNN:” Kvalitet, trygghet, respekt og omsorg” har alle informantene kjennskap til og samtlige av informantene uttrykker at de er like viktige i forhold til hverandre, slik informant 4 sier: *”For den ene legger betingelsene for den andre, og er en konsekvens av den andre.* Det betyr for eksempel at for å tilby kvalitet i pasientbehandlingen må trygghet, respekt og omsorg være tilstede. Informant 2 er den eneste av informantene som beskriver kjerneverdiene ordrett:” *Kvalitet, trygghet, respekt og omsorg*”. Videre beskriver informant 2 kjerneverdiene slik: *”At vi gjør en skikkelig jobb på alle nivåer både de som tar inn pasienten, hele forløpet til han blir henvist til han er avsluttet. At det blir gjort en skikkelig jobb hele veien, at det ikke glipper, kvaliteten er inne. Trygghet, selvfølgelig skal*

pasienten være trygg på at han får rett behandling til rett tid. Ikke minst ha den tryggheten på at den informasjonen vi sitter på om pasienten ikke skal bli misbrukt. Det skal ikke være snoking. Respekt tar jeg som en selvfølge at pasienten respekteres uansett hva han er av både legning, religion og alt, det er likebehandling. Omsorg det sier seg selv, selvfølgelig! Hva som er viktigst er umulig å vite". Informant 4 poengterer: "Du kan ikke få fornøyde pasienter som opplever at de blir møtt med omsorg, respekt og oppdaterte fagmiljø hvis du ikke har fokus på alle ting samtidig. Man får ikke gode fagmiljø hvis man ikke har godt arbeidsmiljø, hvis man ikke viser respekt for ansatte og pasienter. Altså norsk folkeskikk!"

På spørsmål om hvordan kjerneverdiene overføres til arbeidspraksis, ga alle informantene uttrykk for at det var en del av deres arbeidshverdag. Informant 2 sier: "*[...] vi må være skikkelig inne for å være skikkelig ute for å kunne gi pasientene en skikkelig behandling. Skikkeligheten som går i disse kjerneverdiene jobber vi med hele tiden". Informanten indikerer at kjerneverdiene er viktige og en del av deres arbeidshverdag. Informant 4 bekrefter dette: "Det ligger jo inne i dialogavtalen vår hvor det er konkretisert i KVAM: kvalitet og arbeidsmiljø. Der ligger det tydelig oppgaver man skal ta med seg. Når man har personalmøter og når vi informerer om innholdet i dialogavtalen så går det igjen som en rød tråd hele veien i konkretiseringen av de kjerneverdiene". Kjerneverdiene brukes indirekte i den interne økonomistyringen i enhetene: "Vi driver økonomistyring eller hjelper dem med økonomistyring fordi at de skal nå de kjerneverdiene [...]" (informant 3). Informant 4 uttrykker at kjerneverdiene skal styre overordnede holdninger til det de driver med og understreker at økonomistyring tidligere ikke har blitt prioritert, men at det fremover skal bli annerledes: "Nå likestiller vi økonomi eller budsjettkontroll som en del av, likestilt med kjerneverdiene. For har vi ikke budsjettstyring klarer vi ikke å nå de faglige målene våre, det går utover miljø. Det er noe vi synliggjør i K3K. Det er min måte og klinikkledelsens måte å få til både økonomistyring, samtidig som vi har fokus på fag og miljø, som igjen avspeiler seg i kjerneverdiene".*

Oppsummert viser dette at kjerneverdiene: Kvalitet, trygghet, respekt og omsorg er viktige og noe alle har et forhold til i sin arbeidshverdag. Det ser imidlertid ut som kjerneverdiene er spesielt viktig med tanke på god pasientbehandling. Det kan synes som om at kjerneverdiene brukes indirekte i den interne økonomistyring i hver enkelt enhet.

5.2.2 Planlegging

Prinsippene til Malmi og Brown (2008) legger til grunn at man gjennom planlegging driver en slags form for forhåndskontroll i organisasjonen slik at man kan være med på å styre innsats og oppførsel fra ansatte i organisasjonen. Jeg ser på strategi som en langsiktig plan i den forbindelse.

Det kommer frem under intervju at styret og direktøren formidler strategi til klinikksefene. Klinikksjefen tar det videre til klinikkledelsen: *"[...] dette er oppdraget, dette er strategien og det er målene i 2018. Så følges det opp med å ha en egen dialogavtale med alle avdelingslederteamene og formidler strategien gjennom det. I tillegg til at vi har en kvalitetstavle som vi går gjennom hver eneste gang vi har klinikkledermøte, som også handler om oppfølging av strategien, altså kontinuerlig forbedringstiltak og gjennomføring"* (informant 4). Informant 5 beskriver dialogavtalen slik: *"[...] en elektronisk avtale som fornyes hvert år. Der har jeg på vegne av seksjon her forpliktet meg på fire områder [...]. Det vil på mange måter kalles en arbeidsavtale i UNN. Det har alle. Klinikksjefen for K3K har en slik avtale med direktøren og avdelingslederen på kirurgi Harstad har en slik avtale med sin nærmeste. Det skal i hvert fall følge strukturen i ledersjiktet"*. Dialogavtalen er altså et internt ledelses- og styringsverktøy hvor ambisjoner og overordnede strategier er oversatt til konkrete mål, tiltak, indikatorer og hvem som er ansvarlig for de ulike tiltakene (UNN, 2016).

Dialogavtalen er altså en langsiktig virksomhetsplan som UNN har for alle ledere. Informant 4 påpeker: *"Oppdragsdokumentet får vi som [...] en tilpasset dialogavtale"*. Dialogavtale er altså lederavtaler for ledernivåene (direktør, klinikk, avdeling og seksjon). Hver klinikk og hvert senter skal med utgangspunkt i UNNs overordnede strategi, beskrive hvilke resultatmål, tiltak og plantall (indikatorer) de setter for kommende år innenfor de strategiske hovedretningene. I dialogavtalen skal det i tillegg fremkomme hvordan oppdraget gitt i oppdragsdokumentet fra Helse Nord planlegges løst (UNN, 2016). Oppdragsdokumentet fra Helse Nord ble beskrevet under delkapittel 5.1.2.

Informant 4 og informant 5 nevner plantall, som hovedplanleggingen av deres virksomhet. Plantall betyr: *"[...] den aktiviteten vi planlegger kommende år basert på hva vi gjorde i fjor og ventelisten; pasientene som vi har på ventelisten. Det melder vi inn til operasjonsklinikken slik at vi får koordinert at vi får nok operasjonsstue per måned til hver enhet til å ta unna de pasientene vi vet vi vil ha basert på aktiviteten i fjor. Det er en måte å få til aktivitetsplanlegging og koordinering for å få nok operasjonsstue til å behandle de som*

trenger operasjon” (informant 4). Informant 4 sier videre: *”Hver avdeling vet hva de har operert forrige år helt ned på diagnose [...] og hvor mange de hadde på ventelisten. Det varierer ikke mye fra år til år, så det kan du bestille i driftsplanleggingen og aktivitetsplanleggingen*”. Plantall skal leveres av alle avdelinger hvert år til klinikkjefen som videre leverer plantall til operasjonsstua. Informant 4 understreker at: *”Vi er gjennomregulert og det skal være gjennomsyret i positiv forstand av gode langtidsplaner på alle nivå; aktivitet, bemanning og vaktplaner, alt skal inn i langtidsplanlegging for å kunne styres*”. Dette viser at plantall er indikatorer for det kommende år som settes av klinikken.

Det ble spurt om informantene er delaktig i planleggingen som gjelder sin enhet, noe samtlige av informantene synes å være. Informant 2 sier at: *”Vi er ei ledergruppe; vi planlegger alt i lag og vi beslutter alt i lag*”. Informant 1 beskriver hva vedkommende er delaktig i når det gjelder planlegging: *”[...] i forhold til nye turnuser, [...] drift, [...] utskrivelse av pasienter hvor man plages med kommunen så er jeg med og hjelper de ansatte med det*”.

Oppsummert kan man si at klinikken har langsiktige strategiske handlingsplaner, gjennom dialogavtalen som er en lederavtale for hvert nivå i klinikken. Det skal videre fremkomme hvordan oppdragsdokumentet fra Helse Nord planlegges løst i dialogavtalen.

Budsjettprosessen er viktig med tanke på å planlegge fremtiden, noe jeg vil utype i neste underkapittel. Videre skal alle være en del av planleggingen i hver enhet gjennom plantall, som er driftsplanlegging og aktivitetsplanlegging, som avdelingene leverer hvert eneste år til klinikkjef og operasjonsstuer. Plantall er på lik linje med oppdragsdokumentet fra Helse Nord en del av dialogavtalen. Videre kommer det frem at alle informantene er med i planleggingen som gjelder sin enhet.

5.2.3 Kybernetisk styring

Malmi og Brown (2008) presenterer fire typer kybernetisk styring, men i min studie vil jeg kun se på budsjettet og regnskapet. Budsjettet ses på som sentralt og grunnlaget for økonomistyringssystemer i de fleste bedrifter og bruken er nesten universell.

Det kom tydelig frem gjennom intervjuene at bruk av budsjettet var en sentral del av økonomistyringen til UNN. Informant 3 trekker frem viktigheten av å planlegge i god tid med tanke på budsjett for kommende år. Tidligere har budsjettprosessen vært på høsten, og det

beskrives som en stressende og vanskelig periode, men nå er den flyttet til våren. Informant 3 nevner i denne sammenhengen at: *"[...] ting må skje sakte gradvis, men fort også [...] slike store prosesser, spesielt når det er så store omstillinger økonomisk, så er det veldig viktig å ha god tid på det. Så god tid som vi klarer"*.

Økonomistyringen er en utfordring med tanke på at pasientforløpet skjer på tvers av klinikkene, slik informant 3 sier: *"I utgangspunktet kan det i et pasientforløp være mange klinikker involvert, det kan være kostnader en plass og inntekter en plass. I utgangspunktet så er det koordinert med at den enkelte har budsjett for det dem skal gjøre. Det kan gjerne være slik at en klinikk har budsjett for å ha operasjonssykepleieren, mens den andre klinikken har inntekten når det opereres"*. Budsjettet er altså styrende for hva hver enkelt klinikk skal gjøre. Informant 3 påpeker at utfordringene forekommer ved økt aktivitet og endring av aktivitet.

På spørsmål om hvordan budsjettet brukes som informasjonssystem og kontrollsystem svarte informant 3: *"Det budsjettene brukes til i hovedsak det er jo egentlig å måle opp mot det vi har i tildelt ramme"*. Informant 3 påpeker videre: *"Det brukes ikke til å, eller det brukes kanskje i mindre eller større grad som et rent styringsverktøy. I en ideell verden hadde budsjettene vært så gode at vi kunne ha styrt aktiviteten etter det, men der er vi ikke helt enda. Til dels også en del omstillinger gjør jo at budsjettene er ganske så mager rundt omkring"*. Informant 5 mener budsjettet er det viktigste verktøyet de har og påpeker: *"Budsjettet settes, og klinikken vår er slik at det er flere millioner i budsjett på de fleste klinikkene her. Så det er klart at budsjettet er viktig. Når rammen er satt, så er periodiseringen viktig. Det er vår jobb å periodisere kostnader og inntekter best mulig. Så blir det hele tiden det som blir brukt i økonomioppfølging ut mot klinikkene. Det er veldig synlig hvis vi har vært dårlig på å periodisere ting [...]. Så ligger det en forståelse om at det er bunnlinjen som teller"*. Informant 2 sier om budsjettet: *"Det er det som styrer oss i forhold til hva vi kan bruke av penger, så det bruker vi hele tiden"*.

På spørsmål om hvordan budsjettet brukes til å koordinere de ulike nivåene i organisasjonen kommer det frem at: *"Nivåene er jo klinikkledelse, avdelingsledelse og seksjonsledelse. Så budsjett lengre nede enn seksjon er det ikke"* (informant 4). På klinikkledermøtene hver måned kontrolleres budsjettet helt ned på seksjonsnivå i klinikken slik informant 4 beskriver: *"Kontrollere det ned på seksjonsnivå, altså nivået mellom meg og avdelingsleder er jo at i de samme økonomimøtene som jeg har med avdelingene, må de også presentere"*

seksjonsbudsjettene". Det skal ikke dukke opp noe overraskelse på seksjonsnivå at budsjettet er sprenget som man ikke har fått med seg fordi: *"Det går ikke, fordi avdelingsnivået er ansvarlig for seksjonsnivået"* (informant 4). Dette bekrefter informant 3: *"Hvert nivå har sitt budsjett som aggregeres opp på et klinikknivå. Så hver enkelt sengepost og poliklinikk har sitt budsjett, med en lokal leder som har ansvar for det budsjettet"*. Videre forklarer informant 5 at i fagsystemet Agresso er det bare tre nivåer: *"Altså vi har kostnadsdelen som er det laveste nivået, som typisk vil være en poliklinikk, så har vi avdelingene som vil være summen av alt som ligger under alle kostnadsstedene og så har vi klinikker"*. Informant 5 poengterer: *"Det vi mangler i vårt system for å kunne gi en bedre oppfølging er seksjonsnivået"*. Løsningen på dette er ifølge informant 5 et mellomverktøy som heter Power Pivot: *"Det er kjempelurt å lære seg fordi der kan vi bygge opp seksjonene selv. Vi har brukt mye tid på den biten og fagsystemet klarer ikke å løse det her"*. Det kommer frem at det blir kjørt intensive kurs på Power Pivot. Personalportalen der lønnen og sykefraværet ligger mangler også seksjonsnivået, så her brukes også Power Pivot.

På spørsmål om hvilke regler, retningslinjer, planleggings- og kontrollsystemer som styrer informantenes arbeid med økonomistyring er budsjettet viktig. Informant 4 mener at det er en ordre som gjelder: *"Holde budsjettene .Det er mye av det som overstyrer mye av min aktivitet. Jeg må sørge for at vi holder budsjettene"*. Informant 5 er enig, men legger også vekt på at det er flere forhold: *"Det ene er statsbudsjettet, det legger føringer på rammen til Helse Nord. Helse Nord legger føringer til sine Helseforetak, der UNN er et av fire [helseforetak]. Det må vi forholde oss til. Vi får ei basisramme"*. Informant 5 sier videre at den frie inntekten styrer de selv, altså det de får betalt for hver pasient. Informant 3 trekker frem at de styres av de verktøyene de bruker: *"Regnskap, budsjett, analyser; som jeg tidligere har nevnt bruker vi HN LIS og Analyzing Key Process Variables (KPV analyser)"*.

På spørsmål om det er mye diskusjoner knyttet til budsjettrevidering er alle informantene enig om at det er det. Informant 3 sier: *"Det er mye diskusjoner fordi det er hardt press for å nå målene. Det har vært mye omstillinger de siste årene, og det er ganske tynne budsjett rundt omkring på en del ting. Så det er absolutt mye diskusjoner"*. Videre hevder informant 3 at det som kanskje diskuteres mest i oppfølgingen de har foruten selve oppfølgingen er budsjettene: *"både størrelse, hvordan de er satt opp og om de dekker det de mener de trenger"*. Hver måned har økonomirådgivere og lederne på den enkelte enhet oppfølgingsmøter hvor budsjettet er tema. På hver enkelt enhet er vanligvis en avdelingsleder, seksjonsleder for

henholdsvis sengepost, poliklinikk, kanskje en kontorleder og kanskje en avdelingsoverlege. I tillegg er det klinikkledermøter hver måned hvor klinikkleder og topplederteamet er tilstede. Informant 4 mener at et fravær av organisasjonskultur er et problem: *”Respekten for målene, budsjettbalanse og manglende budsjettforståelse er et stort overlegeproblem”*. Informant 4 sier videre: *”Jeg har allerede brukt dager og kvelder på å få roe ned ”løskanonene på dekk” rundt omkring, da spesielt doktorene og overlegene som ikke er med i ledelsen, men også ledelse som ikke skjønner sitt budsjettansvar, som protesterer mot gjennomføring av tiltak innenfor eget ansvarsområde. Helt håpløst!”*. Informant 5 påpeker at: *”budsjettsminking”,* altså å skjule et eventuelt overskudd eller underskudd ved å manipulere budsjettet har vært et problem. Det har vært veldig fokus på å ikke drive med *”budsjettsminking”* i 2018: *”Selv om det ikke er åpenbare feil så kan vi ikke flytte på pengene bare for at det skal se pent ut. Fordi da når ikke klinikken frem til oss som fagpersoner”* (informant 5).

Når det kommer til bruk av regnskapet forklarer informant 5 at det benyttes hele tiden. Når det er økonomioppfølging på hver enhet er avvik mellom regnskap og budsjett i fokus, slik informant 3 sier: *”Vi bruker det for å se hva de har brukt pengene på, hva de har brukt kostnader på, hva de har tjent inn og hva de har som aktivitet. Vi bruker det jo månedlig til oppfølging, så det er jo å sammenligne regnskap opp mot budsjett det gjør vi månedlig”*. Informant 5 legger til at: *”Det er de røde tallene vi ser, men så ser vi det også mot andre parametere”*. Videre forklarer informant 5: *”Det er en ting å se at regnskapet på medikamenter har en pluss- eller minusutvikling over år. Vi må også gå inn å se hvilken type medikamenter som gjør at det blir slik. Hvis det er tatt i bruk et helt nytt medikament så ser du det veldig fort i regnskapet”*. Avvik i regnskapet er leder som har budsjettansvar sin oppgave å snu på og prøve å styre mot balanse. Informant 3 forklarer at: *”Det som har skjedd den måneden er ikke mye å gjøre med. Hvis de har et avvik mot budsjett så ble det sånn den måneden, men det er jo vår rolle å informere om det og bistå med det de trenger”*. Informant 5 er tydelig på at det er bunnlinjen som er viktigst: *”Er det i balanse her så er det greit fordi hver enkelt kostnadsart ikke er så viktig for oss”*. Informant 1 hevder at vedkommende ikke gjør noe hvis det er avvik i regnskapet i forhold til budsjettet: *”Det er rett og slett fordi at de pengene som er brukt kan jeg forsvare i forhold til pasientpleie”*. Informant 4 hevder at manglede lederidentitet er et problem, de skjønner ikke at de har budsjettansvar: *”De forholder seg ikke til lederansvaret og budsjettansvaret, de skylder på nivået over. Det er også en uting som påvirker de ansatte. Manglende organisasjonskultur og lederskap”*.

Oppsummert kan man si at budsjett og regnskap er en sentral del av økonomistyringen i klinikken i UNN. De tar i bruk flere verktøy som Agresso og mellomverktøyet Power Pivot. Det ser ut som at informantene har lik forståelse for hvordan styringsverktøyene benyttes. Styringsverktøyene beskrives som et grunnlag for beslutninger og kontroll; hvor evaluering av ytelse mot disse planene er i fokus, koordinering av de ulike nivåene i organisasjonen og måloppnåelse. Omstillinger de seneste årene og tynne budsjett på enkelte områder medfører mye diskusjoner rundt budsjett og budsjettrevideringer. Økonomistyring er en utfordring med tanke på at pasientforløpet skjer på tvers av klinikkene. Et pasientforløp kan involvere mange klinikker og det kan være kostnader en plass og inntekter en plass.

5.2.4 Administrativ kontroll

Det uttrykkes noe misnøye med systemer som skal styre medarbeidernes atferd gjennom den interne organiseringen av individer og grupper for å ivareta økonomistyringen i organisasjonen, både når det gjelder design, struktur og prosedyrer og politikk. På spørsmål om UNN har en organisasjonsstruktur som skal oppmuntre til en bestemt kontakt eller relasjon sier informant 4: *”Organisasjonsstrukturen i UNN: Klinikkk, avdeling og seksjon er veldig tydelig. Problemet er kommunikasjonen mellom nivåene. Glavalaget er rimelig tykt, så informasjonen og kommunikasjonen blir preget av at man gjør det på møter en gang i måneden eller når man har møter. Møter har ikke en kontinuerlig dialog”*. Informant 5 er inne på det samme som informant 4 og svarer: *”[...] vi har ikke laget en organisasjon for å oppmuntre til kontakt. Det kan være problematisk i forhold til kontaktoverflaten”*. Informant 3 mener at det er en stor organisasjon med mye organisering og forklarer: *”Det er jo en stor organisasjon med mange ledernivåer, så det er jo, kontakten fra dem som jobber som sykepleier på en sengepost opp til toppledelsen er stor”*.

På spørsmål om hvordan enhetene koordinerer aktiviteter i klinikken og hvor ofte de møtes svarte informant 1 og 2 at dette er de ikke en del av: *”De to årene jeg har vært her har det ikke vært noen treffpunkter”* (informant 1). Informant 4 forklarer at koordineringen er i stor grad et resultat av årlige erfaringer, samspill og koordinering og forklarer videre at klinikkledelsen møtes en gang i måneden hvor alle enhetene er tilstede og tilføyer: *”Driftsspørsmål og økonomi er gjennomgangstenen”*. Videre sier informant 4: *”Hvis det er noe problemer med å koordinere med pasientene og aktivitet løser vi det gjennom den*

kontinuerlige dialogen. Så har vi det som heter plantall". Tilsvarende koordinering gjøres for dagkirurgi og neste prosess er å gjøre det samme for poliklinikkene. Informant 4 tilføyer at pakkeforløpene, pasientflytprosjekt og koordinatorene også er et virkemiddel for å få flyt slik at driften blir koordinert best mulig.

Når det gjelder hvordan kommunikasjonen i tilknytning til økonomistyring mellom nivåene i klinikken foregår, har direktøren et overordnet mål og et overordnet ansvar for hele UNN sitt budsjett. Informant 5 uttrykker at et av de største problemene i en klinikk er at ting ikke blir forstått likt nedover i organisasjonen, det økonomiske ansvaret er ofte det som lider på de laveste nivåene fordi: *"De seksjonslederne er igjen en sykepleier eller lege som overhode ikke har budsjettansvar tror de. De har selvfølgelig det, men de tar det ikke, de tar det faglige ansvaret"*. Informant 3 opplever at: *"[...] det er igjen et veldig forskjellig fokus og holdning til hele dette med økonomi og budsjett. Noen er veldig fokuserte på det og jobber iherdig med det, mens andre tror jeg ikke jobber like iherdig med det"*. Informant 5 uttrykker legenes manglende interesse for økonomi i klinikken som vrient: *"[...] de er leger som er utdannet til noe helt annet, men som har påtatt seg en lederrolle og definert den til og ikke omhandle økonomien nødvendigvis. Bare hvis det ellers går bra med pasientene"*. Videre blir det på de månedlige klinikkledermøtene med klinikkstaben diskutert månedens regnskap opp mot budsjett. Negativ utvikling fanges opp i de møtene, som resulterer i kursendring og tiltak for å rette dette opp for hver enhet. Informant 1 sier at: *"[...] klinikkleder er på de forskjellige lokasjonene innimellom for å snakke om alt ifra økonomi til sosialt"*.

På spørsmål om hvilke standarder, prosedyrer, praksiser, systemer og regler UNN har for å styre medarbeidernes atferd, så svarte flere (informant 1, 2, 3 og 5) at de har UNN-boka, også kalt ei personalthåndbok som ligger åpent på nett. Informant 2 legger vekt på at de mangler sanksjonsmuligheter og sier at: *"Regler er der, men sanksjonsmulighetene er ikke der. I forhold til en del regler så mangler vi sanksjonsmuligheter det er det som er problemet"*. Informant 5 trekker frem at de også har ei økonomihåndbok, som skal styre atferden på økonomi: *"Den er ikke like mye oppslått i, gjetter jeg, av alle rundt omkring på UNN"*. Det kan tyde på at det ikke er godt nok kjennskap til økonomihåndboka fordi samtlige av de resterende informantene nevner denne ikke. Informant 4 presiserer at de ansattes atferd må styres på seksjons- og avdelingsnivå og legger til: *"Bruken av medarbeidersamtale er altfor lite brukt i styring, målsetting og medarbeiderutvikling i helsevesenet, spesielt på legesiden"*. I tillegg legger informant 4 vekt på at: *"Så har du det andre med involvering av tillitsvalgte,*

hvor tillitsvalgte føler seg hørt og får tid til å gjøre den jobben. God folkeskikk er viktig for informantene, informant 4 sier: "Det er nulltoleranse for folk som forurensar arbeidsmiljøet, så der har nærmeste leder plikt til å ta tak i det". Videre presiserer informant 4 hva som kreves av nærmeste leder: "Det krever at nærmeste leder er tilstede, tar pulsen på hva som foregår og ikke forsvinner på møter, poliklinikker og inn i administrasjonen på kontoret og lukker døren. Det handler igjen om lederskap". Det finnes regler for å håndtere uønsket atferd: "[...] vi har HR og jurister som er en kjempestøtte. Det er gjennomregulert i regler mellom arbeidsgiver og arbeidstaker hvordan slikt skal håndteres. Det er ekstremt viktig at man følger de reglene" (informant 4).

På spørsmål rundt prosedyrer og retningslinjer som påvirker arbeidshverdagen til lederne svarte informant 5: *"Jeg vil si at det ikke preger min arbeidshverdag fordi i selvinnsiktens ansikt så oppfører jeg meg. Jeg vil tro at det jeg kaller normal folkeskikk det holder".*

Informant 1 og 3 er i likhet med informant 5 enig i dette: *"Nei, jeg syns det er helt innenfor det man skal kunne forvente av andre mennesker"* (informant 1). Informant 2 sier at vedkommende blir påvirket av prosedyrer og retningslinjer, men at det ikke er tid til å holde seg oppdatert: *"Man har ikke tid til å gå gjennom dem når det er oppgaver man gjør sjelden og er litt i tvil. Det er altfor lite tid"*. Informant 4 uttrykker at atferdsproblem ikke er et stort problem og at folk gjør en god innsats døgnet rundt i Harstad, Narvik og Tromsø for å få best mulig behandling til pasientene. Informant 4 sier: *"Så må vi passe på at systemene er lagt til rette for det og ledelse legger til rette for det"*. Lokalt lederskap som er tydelig poengteres som viktig, tillitsvalgte og legeföreningen kan være en støtte ved atferdsproblemer.

Det kan virke som at pasientene ikke får optimal logistikk og flyt fordi klinikkene ikke er samordnet dem imellom. Informant 4 sier: *"Vi er jo organisert i klinikker, og på tvers av klinikkene går pasientene. Det er jo det som er svakheten i vår organisering. Vi er siloorganisert og har av og til for dårlige samarbeidsarenaer for å sørge for optimal pasientflyt. Det medfører fort at når en klinikk sparer, så går det utover andre klinikker som da får kostnader"*. Informant 2 beskriver hvordan ledere arbeider for å muliggjøre koordinering på tvers av funksjonsområdene på en litt annen måte: *"Det er pasientkoordinatorer som ser på om vi kan flytte pasienter mellom når det er overbelegg en plass og ledig kapasitet på en annen. Det er daglige statusmøter der. [...]* *Avdelingssykepleier, sykepleier og avdelingsledere er på daglige statusmøter"*.

Oppsummert kan det se ut som at lederne ikke er helt fornøyd med det interne systemet som skal styre medarbeidernes atferd i hverdagen. Manglende kommunikasjon mellom nivåene i UNN ser ut som å være et problem. UNN er en stor organisasjon med mange ledernivåer, kontakten fra laveste nivå opp til toppledelsen er stor. Videre fremkommer det at ting blir forstått ulikt nedover i organisasjonen. Det kan synes som at det økonomiske ansvaret blir ofte ikke tatt av lederne på de laveste nivåene i UNN. Legenes manglende interesse for økonomi fremkommer som en begrunnelse på dette. Handlingskontroll utøves gjennom prosedyrer og retningslinjer som god folkeskikk. UNN-boka og tillitsvalgte synes å være godt innarbeidet i klinikken.

5.3 Diagnostiske kontrollmekanismer

I dette delkapitlet forsøker jeg å avdekke i hvilken grad diagnostiske kontrollmekanismer benyttes og hvordan informantene opplever at de blir styrt. Jeg spurte videre hvordan rapporteringen foregår hierarkisk i UNN. Jeg spurte hva som rapporteres, hvor ofte det rapporteres og til hvem.

5.3.1 Styring ovenfra

Det var lik oppfatning om hvordan informantene opplever å bli styrt av høyere nivå i hierarkiet i UNN. Informant 3 sier at det er mange nivåer i UNN, men også nivåer over UNN som er med på å styre det de skal gjøre, det påpekes at de blir styrt helt fra stortinget. Videre sier informant 3 at: *”Stabssjefen hos oss er vår øverste leder med både økonomisjef under der og vår økonomistyringssjef. Så vi blir jo styrt av alle dem i tillegg til direktøren, styret, Helse Nord, styret i Helse Nord og Helsedepartementet”*. Informant 4 mener også at de styres ovenfra: *”Jeg blir styrt av beslutninger av direktørens ledergruppe og direktøren. Som igjen må forholde seg til styret, som har et oppdrag for Helse Nord, oppdragsdokumentet som vi snakket om. Det er nedfelt i dialogavtalen jeg har med direktøren, som jeg igjen har tilsvarende med avdelingsledere”*. Informant 4 påpeker videre at avdelingslederne styrer over seksjonslederne, og vi ser tydelig at hvert nivå styrer atferden til folk lengre ned i hierarkiet.

5.3.2 Rapportering

På spørsmål om hvordan rapporteringen forgår hierarkisk i UNN, så svarte alle informantene at rapporteringen foregår både ”top-down” og ”bottom-up”, dvs. rapporteringen er toppstyrt og nedenifra og opp. Informant 3 sier: *”En del ting foregår og blir bestemt i toppledelsen. De har jo siste instans til å bestemme ting der [...], men det er også mye som foregår nedover og opp. For en toppledelse klarer ikke å styre en hel organisasjon. Da hadde det ikke vært vits å ha mellomledere”*. Informant 1 sier: *”Alle som opplever ting som ikke skal være der, avvik og slike ting blir oppfordret til å melde avvik. Slik som jeg oppfatter det så er det ingen hos oss som er redd for å si ifra. Det de synes er noe pes, er å bruke så mye tid på skjema og data for å melde ifra. Det skulle ha vært et lettere system”*. Informant 4 legger vekt på at: *”Jo mer hierarkisk organisasjonsmodell en har, jo mer informasjon forsvinner på veien er min påstand. Eller blir selektert, forskjøvnet, rose malt eller ikke rapportert”*. Informant 5 forteller at rapportering av aktivitetsdata ligger ute på et driftssystem. Informant 1 sier: *”Alle som opplever ting som ikke skal være der, avvik og slike ting blir oppfordret til å melde avvik. Slik som jeg oppfatter så er det ingen hos oss som er redd for å si ifra”*.

Rapporteringen gjøres en gang i måneden, og informant 3 sier: *”Det er jo en gang i måneden som oftest på økonomien. Det rapporteres til avdelingen, til klinikk sjefen og avdelings- og seksjonsledere. Og for så vidt også noen ganger til vår sjef da, gjerne stabssjef som også har et ansvar for det”*. I likhet med informant 3 rapporterer informant 5 en gang i måneden, vedkommende går nærmere inn på hva som rapporteres: *”[...] KVR [kvalitets- og virksomhetsrapport] og ØBAK [økonomirapportering til Helse Nord og sykehusledelsen] som går til Helse Nord og sykehusledelsen her. Styrelederne og de får det også”*. Informant 5 forklarer videre om KVR: *”Det er en offisiell rapportering ovenfra og ned. Rikets tilstand på en måte og hvordan vi ligger an på masse indikatorer”*. Informant 5 poengterer at: *”Det er klart det er overordnet rapportering som alle skal ha fokus på, det er bestemt. Når det finnes en hovedindikator så må hver eneste leder eller ansatt ta det innover seg at dette er faktisk noe vi skal oppnå”*. Rapporteringen dreier seg om oppdragsdokumentet, men også egne hovedindikatorer som styret beslutter.

5.3.3 Oppsummering diagnostiske kontrollmekanismer

Styringen i UNN er slik at hvert nivå styrer atferden til de lengre ned i hierarkiet. Videre er rapporteringen hierarkisk i UNN, ved at rapporteringen er både toppstyrt og nedenifra og opp. Informantene mener at i en så stor organisasjon som UNN kreves det rapportering begge veier, fordi en toppledelse ikke klarer å styre en hel organisasjon alene. Det rapporteres til avdelingen, klinikkjefen, avdelings- og seksjonsledere kontinuerlig når det gjelder økonomi.

5.4 Interaktive kontrollmekanismer

Her forsøkte jeg å finne svar på i hvilken grad interaktive kontrollmekanismer benyttes. Jeg spurte om hvordan informantene involveres i den overordnede økonomistyringen i klinikken og om kommunikasjonen mellom nivåene vertikalt og horisontalt i klinikken. Videre spurte jeg om den økonomiske utviklingen, økonomistyring og gode eksempler på at økonomistyring diskuteres og i hvilken grad organisatorisk læring stimuleres i klinikken. Til slutt spurte jeg om det er mye uformell kommunikasjon vedrørende økonomistyring.

5.4.1 Involvering

I den overordnede økonomistyringen i klinikken involveres informantene i noe ulik grad. Informant 1 og 2 involveres ikke i noen grad i den overordnede økonomistyringen, noe informant 1 mener kunne vært annerledes og viser til et eksempel: *”Hvis alle yrkesgruppene på [vårt fagfelt] hadde vært like flink å planlegge slik at man kunne planlegge driften i lag så hadde det nok vært økonomisk gunstig. Samlokalisere dagkirurgen og kirurgen hadde og vært økonomisk gunstig”*. Informant 5 var litt bekymret en stund fordi han ikke ble involvert, men presiserer at: *”[...], nå er jeg akkurat blitt innkalt til et ekstraordinært økonomimøte hvor klinikklederne må rapportere til direktørene om hvordan situasjonen er på tiltak og økonomibalansen i 2018. [...] Da må jeg rapportere hva jeg har gjort av tiltak for å ha styring i min klinikk”*. Informant 3 og 5 involveres aktivt i den overordnede økonomistyringen i klinikken hele tiden, og informant 3 sier: *”Vi er aktiv som sagt til hver tid egentlig og er med å bistå, kommer med råd og hjelper til der det skal være nødvendig. Til å ikke være klinikere er vi veldig mye involvert tenker jeg”*. Informant 5 legger til: *”I min rolle involveres jeg først når det er mer eller mindre snakk om penger, rammen har de fått”*. Med dette mener

informanten at han involveres i den overordnede økonomistyringen, men at budsjettet er der for å styre.

Jeg spurte om lederne har noen innflytelse når interne beslutninger skal tas. Informant 2 sier at: *”Hvis det er noen store beslutninger som skal tas i forhold til bemanning, økonomi og ting som arrangeres, da er vi likeverd”*. Informant 2 sier at hvis de er uenige i beslutninger så er det avdelingsoverlegen som har det siste ordet. Informant 1 er inne på det samme: *”Internt her hos oss har jeg like mye innflytelse som de andre”*. Informant 3 mener også at vedkommende har innflytelse, og da i forhold til ledelsen: *”Da går det på økonomien. Vi skriver en del notater og en del analyser som går til ledelsen, der vi ikke har direkte innflytelse, men i hvert fall har delvis innflytelse på hva de eventuelt bestemmer å gjøre videre”*. Informant 4 mener at en del av beslutningene tas av toppledelsen, og at dette er ugunstig i forhold til å få en effektiv organisasjon, slik informanten påpeker: *”Det er dessverre litt slik at det innføres reiseforbud og ansettelsesstopp, alt skal godkjennes av klinikksjefen. Det er helt håpløst!”*.

5.4.2 Kommunikasjon

På spørsmålet om hvordan det kommuniseres på de ulike nivåene om økonomistyring vertikalt og horisontalt kan det virke som informantene kommuniserer mest horisontalt. Informant 4 sier om kommunikasjonen: *”Gjennom de månedlige møtene hvor også økonomiskolering eller budsjettforståelse er en del av agendaen hver uke, konsekvensene av å ikke respektere budsjett osv.”*. Informant 3 påpeker at det absolutt er et behov for at det kommuniseres nedover i organisasjonen vertikalt, men at: *”jeg tror ikke nødvendigvis det gjøres i så stor grad som det burde”*. Videre spurte jeg om hva som kommuniseres og hvem som kommuniserer. Svarene er relativt like, og informant 4 forklarer at det skjer kontinuerlig: *”Jeg har varslet at det her er noe som alle må leve med: månedlig oppfølging og kontinuerlig rapportering av tiltak skal gjennomføres kontinuerlig. [...] Økonomi som sagt gjøres opp status en gang i måneden, men tiltakene som skal gi resultatene en gang i måneden er jo noe de må ha gjort”*. Informant 3 sier at alle kommuniserer og at det er et relativt stort økonomimiljø, videre sier informant 3 hva som kommuniseres: *[...] ting vi skal gjøre, ting vi har gjort, ting vi kan lære av hverandre og det vi driver med i det daglige; problemer, utfordringer og sånt”*.

På spørsmål om det er mye uformell kommunikasjon vedrørende økonomistyring i enhetene, så svarte flere (informant 1, 2 og 3) at det er det ikke. Informant 3 sier: *”Jeg vil ikke si det er mye uformelt, det tror jeg egentlig ikke”*. Informant 2 tilføyer: *”Det er ikke så mye uformelt, det er stort sett formelt”*. Både informant 4 og 5 nevner at det er en del uformell kommunikasjon i enheten, og sier: *”Det er en del uformell. Vi har vanligvis en typisk morgenkaffe fra 08.00-08.15 hvor vi sitter i en sofakrok. Da flyter det nok en del informasjon. Hvis du ikke er der kan du gå glipp av noe. Vi har en slik tavle hvor vi skriver opp alt som gjelder alle”* (informant 5). Informant 4 sier vedkommende har en del uformell kommunikasjon i den kontinuerlige oppfølgingen av enhetene hver måned: *”Senest i går sendte jeg melding til de enhetene jeg har identifisert at tiltaksgjennomføringen ikke er på stell. Da kommuniserer jeg via e-mail som en forsterkning av det jeg har sagt til de på møtene [...]”*. Dette viser at informantene har et noe ulikt syn på om det er uformell kommunikasjon i enhetene. I spisepauser eller på pauserommet er det derimot ikke diskusjoner om økonomi, noe alle er samstemte om fordi: *”[...] matpause og pauserom skal være pause, så det er vi flink til å la vær. [...] Så prøver vi å la vær å diskutere og ha pause”* (informant 4).

5.4.3 Diskusjoner om økonomistyring

Jeg spurte om den økonomiske utviklingen og om økonomistyringen diskuteres på noen interne møteplasser i klinikken, noe samtlige av informantene mener at gjøres. Informant 5 sier at det gjøres hver måned og forklarer hvem som deltar i diskusjonen: *”I klinikken vil det være en av mine rådgivere [økonomirådgiver] som har den aktuelle klinikken, også vil det være klinikklederteam”*. Informant 5 forteller videre hva klinikklederteamet består av: *”Det er klinikklederen som er øverst på en klinikk, så sine avdelingsledere vil være der, også er det en del som har spesialrådgivere; de har en leder for kontortjenesten eksempelvis; kontorleder er som oftest en del av klinikkledelsen”*. Informant 5 sier at det ikke er helt gjennomgående det med klinikklederteam i UNN generelt, men det som er gjennomgående er: *”[...] at det i hvert fall er klinikkleder, avdelingsledere, altså klinikklederteam og ofte er noen spesielle avdelingssykepleiere med hvis ikke han/hun er en eller avdelingsleder, kontorleder er ofte med og noen enkelte spesialrådgivere. [...] Så vil det være ytterligere i neste ledd hvis du møter avdelingslederteamene, da vil også seksjonsledere være der”*. Det diskuteres dermed både i klinikklederteamet og avdelingslederteam om økonomistyring i klinikken. Informant 4 presiserer at økonomisk utvikling og økonomistyring er: *” [...], obligatorisk på alle*

klinikkleder møtene, alle avdelingsleder møtene og alle seksjonsleder møtene på alle enhetene". Gode eksempler når det gjelder økonomistyring diskuteres i alt for liten grad i klinikken, og informantene er veldig tydelig på at det ikke er noen fast fora for dette. Informant 2 understreker at det diskuteres i alt for liten grad og at: *"Det helt klart kunne vært annerledes"*.

5.4.4 Organisatorisk læring

Jeg spurte om økonomistyring fremmer noen form for læring i hver enkelt enhet og om de lærer noe av de andre enhetene de samarbeider med, og de andre nivåene i klinikken. Informant 3 sier at: *"Hvis det er noen som får til en ting veldig godt så legges det ofte merke til og blir kommentert og tas opp i det aktuelle fora"*. Informant 3 sier videre at: *"[...] vi lærer masse av å være ute i klinikken. Igjen vi er økonomer og dem er klinikere. I utgangspunktet kan vi ikke noe om sykehusdrift, så alt vi kan om det har vi lært av dem. Det er læring begge veier. [...] Det er mye læring på tvers også, ikke bare at vi lærer, det er også avhengig av at vi lærer ting andre veien"*. Informant 4 er inne på det samme med at læring på tvers er viktig for å dele erfaringer, videre sier informant 4 at: *"[...] det er noen avdelinger som har ting på stell. Som driver etter rammen, har budsjettfokus, har innsparingstiltak, har kontinuerlig fokus på forbedring for å gjøre ting bedre og mer effektivt. Bruker pasienthotellet for å spare innleie av pleiere på natt osv."*. Informant 5 sier at de forsøker å være en lærende organisasjon slik at de gjennom det kan få et faglig løft. Videre beskriver informant 5 at: *"Medlæring er når noen gjør en analyse og vi tar det opp i seksjonsmøte for å inspirere de andre til å gjøre en lik analyse"*. Det læres både av de andre enhetene og andre nivåene i klinikken både når det gjelder økonomistyring og sykehusdrift. Informant 2 sier at de blir tvunget til å se på måten de jobber på og her er læring viktig.

5.4.5 Oppsummering interaktive kontrollmekanismer

Det kommer ganske klart frem at den overordnede økonomistyringen i klinikken blir informantene i noe ulik grad involvert i. Ved interne beslutninger har lederne stor innflytelse, det påpekes at de er likeverdige internt. Likevel er det noen beslutninger som tas av toppledelsen, og det blir sett på som ugunstig for å få en effektiv organisasjon. Det kan likevel virke som om flesteparten av informantene blir involvert på en god måte i klinikkens

økonomistyring. Videre er det kontinuerlig kommunikasjon mellom nivåene i enhetene når det gjelder økonomistyring. Fokuset er da på ting de skal gjøre, ting de har gjort, ting de kan lære av hverandre, problemer og utfordringer.

Det kommer frem at det kommuniseres mest horisontalt om økonomistyring. Samtlige av informantene sier at den økonomiske utviklingen og økonomistyring diskuteres i interne møteplasser i klinikken. På klinikkledermøtene, avdelingsledermøtene og seksjonsledermøtene er det dialog og diskusjoner rundt den økonomiske utviklingen. Det legges vekt på viktigheten av organisatorisk læring, og læring på tvers av enhetene er viktig for å kunne dele erfaringer. Læring skal kunne gi et faglig løft for enhetene. Læring syntes å virke svært viktig for alle informantene. Ved interne beslutninger har lederne stor innflytelse, det påpekes at de er likeverdige internt.

5.5 Oppsummering av empiriske hovedfunn

Intervjuene viser at det er forholdsvis lik oppfatning blant informantene om hvordan ledere jobber på ulike nivåer med økonomistyring i en klinikk. Funnene viser at kvalitet i pasientbehandling er viktigst, og dermed kommer økonomistyring i annen rekke.

Alle lederne er involvert i UNN sine egne mål og strategier og styringsmål gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord. I oppdragsdokumentet er pasientene viktig, men det er et stort fokus på økonomi også. Viktigheten av god økonomistyring vektlegges noe ulikt av informantene. De på laveste nivåene i klinikken vet ofte ikke hva det betyr å drive økonomistyring, og dermed kan det synes som om det økonomiske ansvaret ofte ikke er i fokus. Informantene fremhever at manglende kommunikasjon mellom de ulike ledernivåene er et problem, som resulterer i at det blir ulik forståelse av økonomistyring nedover i hierarkiet i klinikken.

Informantene viser til at leger er ledere som har påtatt seg et økonomisk ansvar. Videre fremhever informantene at legegruppen har manglende interesse for økonomi i klinikken, noe som er en stor utfordring. Pasientforløpene skjer på tvers av klinikkene, noe som gjør at økonomistyring er en utfordring fordi det ofte kan være mange klinikker involvert. Koordinering oppleves som en utfordring i klinikken. Læring av de andre enhetene og andre

nivåene i klinikken, når det gjelder sykehusdrift og økonomistyring, er noe informantene fremhever som viktig.

Økonomistyring er ikke hovedfokuset i klinikken, og blir jobbet med noe ulikt av lederne på de ulike nivåene i klinikken. Mine hovedfunn kan oppsummeres til:

1. Lederne er involvert for å nå mål og strategier
2. Det er en manglende kommunikasjon mellom nivåene i klinikken.
3. Koordinering oppleves som en utfordring.
4. Læring av andre klinikker og enheter er viktig.
5. Pasientbehandling oppleves som det viktigste, økonomien kommer i annen rekke.

6 Analyse

I dette kapittelet vil empiriske funn bli analysert i forhold til min problemstilling og mitt teoretiske rammeverk.

6.1 Lederne er involvert for å nå mål og strategier

Samtlige av informantene er involvert i mål og strategier både når det gjelder UNN sine egne mål og strategier, og styringsmål gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord. Ifølge Bjørnenak m.fl. (2008) er økonomistyring den aktiviteten som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsetninger.

Lederne involveres når beslutninger skal tas i den overordnede økonomistyringen i klinikken. Videre har lederne i noen grad innflytelse når interne beslutninger skal tas. Dette er i tråd med Simons (1995) interaktive styring der involvering er sentralt og hvor ledelsen involverer seg selv i beslutningstakingen knyttet til aktivitetene til de ansatte.

Informantene er tydelige på at de blir styrt av høyere nivå i hierarkiet i klinikken, altså vertikal styring (Bolman & Deal, 2004). Bolman og Deal (2004) sier videre at vertikal styring fungerer best når det etableres en kommandolinje av ledelses- og inspeksjonsnivåer, der hvert nivå har legitim makt og myndighet til å forme og styre atferden til ledere og ansatte lengre ned i hierarkiet. Empirien viser nettopp dette at hvert nivå styrer atferden til nivået under i hierarkiet. Klinikkllederne sier at de blir styrt av direktøren og direktørens ledergruppe, som igjen blir styrt av styret, som har et oppdrag for Helse Nord. Avdelingslederne blir styrt av klinikkllederne, og avdelingslederne styrer videre over seksjonslederne. Dette viser at informantene er involverte i styringen i klinikken gjennom vertikal styring.

Det påpekes at UNN har en lang vei å gå når det gjelder å få legegruppen til å gjennomføre økonomiske mål og strategier. Dette fordi informantene fremhever at denne gruppen ofte stiller spørsmål, eller lar være å gjøre det som er besluttet høyere opp i organisasjonen. Manglende lederskap på mellomledernivå blant legene og manglende oppfølging og gjennomføringsevne fra høyere nivå mener informantene er årsaken til hvorfor legene ikke gjør som besluttet med økonomiske mål og strategier. Dette har en sammenheng med det Bjørnenak og Pettersen (2003) sier om at delegering av administrativ myndighet som skjer på

avdelingsledernivå i sykehusene kan være en løsning på problemene mellom administrasjonen og avdelingene. Klinikken gikk med 50-60 millioner i underskudd i 2016, og informantene er av den oppfatning at det å komme i økonomisk balanse er svært viktig. Dette er i samsvar med Bjørnenak m.fl. (2008) som viser til at ressursinnsatsen og tjenesteytingen i spesialhelsetjenesten bør styres på bakgrunn av at det er begrensede ressurser til rådighet.

I den overordnede økonomistyringen i klinikken er informantene i noe ulik grad involvert. Noen informanter sier de ikke er involvert i det hele tatt og at interne beslutninger tas av toppledelsen. Dette kan være en indikasjon på det Simons (1995) kaller diagnostiske kontrollmekanismer som en form for "top-down styring" for å realisere en vedtatt strategi. Funnene mine viser at noen beslutninger tas av toppledelsen, som er i tråd med Simons (1995) avgrensningssystemer. Disse defineres som formelle forskrivende grenser, som skal angi det akseptable aktivitetsområdet for organisasjonens medlemmer. Empirien antyder imidlertid at informantene er involvert i den overordnede økonomistyringen i klinikken ved at lederne kommer med råd, bistår og hjelper til der det er nødvendig. I tillegg viser mine data at informantene har innflytelse når interne beslutninger skal tas i forhold til bemanning, økonomi og ledelse. Interaktive kontrollmekanismer er formelle systemer der ledelsen involverer seg selv i beslutningstakingen knyttet til aktiviteten til de ansatte, og tar en mer delaktig rolle i behandlingen av ansatte (Simons, 1995). Slik vi ser av empirien er det interaktiv styring i klinikken. Ut ifra dette kan det tyde på at klinikken bruker både diagnostisk- og interaktiv styring.

6.2 Det er manglende kommunikasjon mellom nivåene i klinikken

God informasjonsflyt opp og ned i organisasjonshierarkiet sikres best ved planleggings- og kontrollsystemer i vertikal styring (Bolman & Deal, 2004). Empirien antyder imidlertid at det kommuniseres mest internt på de ulike nivåene om økonomistyring gjennom ukentlige og månedlige møter hvor økonomi og budsjettforståelse er på agendaen. Funn fra informantene antyder at det er et ønske at det kommuniseres mer nedover mellom nivåene i klinikken. De på de laveste nivåene i klinikken vet ofte ikke hva det betyr å drive økonomistyring eller hvilke tiltak de skal gjøre for å komme i balanse, og det hevdes av det økonomiske ansvaret

ofte lider på de laveste nivåene i klinikken. Videre er det vanskelig når sykehusledelsen sier at klinikken skal spare, og dette ikke er kommunisert til de laveste nivåene i klinikken.

Ifølge informantene er det månedlige oppfølginger og kontinuerlig rapportering av tiltak som skal gjennomføres i klinikken, noe som er diagnostisk styring ifølge Simons (1995) rammeverk. Interaktive kontrollsystemer handler om at lederne tar en mer delaktig rolle i kommunikasjonen med ansatte (Simons, 1995). Dette gjøres i noen grad ved uformell kommunikasjon i den kontinuerlige oppfølgingen av enhetene vedrørende økonomistyring ifølge empirien. Flere av informantene sier at det ikke er mye uformell kommunikasjon i enhetene, noe som viser at det er liten grad av horisontal styring hvor uformell kommunikasjon er sentralt (Bolman & Deal, 2004).

UNN er en stor organisasjon med mange ledernivåer hvor kontakten fra laveste nivå til toppledelsen er lang, noe som kan medføre ulike fortolkninger på de ulike nivåene. Malmi og Brown (2008) argumenterer for systemer som skal styre medarbeidernes atferd gjennom organisering og koordinere organisatoriske enheters aktiviteter både vertikalt og horisontalt gjennom sitt rammeverk. Empirien antyder imidlertid at lederne ikke er fornøyd med det interne systemet som skal styre medarbeidernes atferd og organisasjonsstrukturen i UNN. Organisasjonsstrukturen er ikke godt nok tilpasset UNN fordi det er en stor organisasjon med mange ledernivåer hvor kontakten fra laveste nivå til toppledelsen er stor og ting forstås ulikt nedover i organisasjon.

6.3 Koordinering oppleves som en utfordring

Planlegging (Malmi & Brown, 2008) kan sidestilles med interaktive kontrollmekanismer i rammeverket til Malmi og Brown (2008). Informantene sier at de er delaktige i planleggingen som gjelder sin enhet. Dette tyder på horisontal styring, i forhold til at de er delaktige i sin enhet og vertikal styring mellom nivåene i hierarkiet siden planleggingen er direkte og uformell mellom nivåene i hierarkiet, og at planleggingen ikke bare gjøres av toppledelsen (Bolman & Deal, 2004).

Ifølge Malmi og Brown (2008) kan planlegging muliggjøre koordinering ved å tilpasse et sett av mål på tvers av funksjonsområdene i en organisasjon. På den måten kan organisasjonen kontrollere aktiviteter til grupper og enkeltpersoner for å sikre at de er i tråd med ønsket

organisatorisk utfall. Mine funn viser at planlegging gjennom langsiktige strategiske handlingsplaner, gjennom dialogavtalen som en forlengelse av oppdragsdokumentet fra Helse Nord og budsjettprosessen er godt innarbeidet i klinikken. Merchant og Van der Stede (2007) hevder planlegging og budsjettering er et finansielt resultatkontrollsystem. Videre argumenterer Bunce m.fl. (1995) for at budsjettet er sentralt og grunnlaget for økonomistyringssystemer i de fleste organisasjoner, og at bruken er nesten universell, der budsjettet blant annet brukes til koordinering (Bergstrand m.fl., 1999). Empirien indikerer nettopp at budsjettet er en sentral del av økonomistyringen i klinikken. Det påpekes at budsjettet er det viktigste verktøyet klinikken har. Budsjettet styrer informantene i forhold til hva de kan bruke av penger, og har en sentral rolle når det gjelder koordinering.

Budsjettet brukes til å koordinere de ulike nivåene i organisasjonen som består av seksjonsledelse, avdelingsledelse og klinikkledelse, hvor hvert nivå har sitt budsjett som aggregeres opp mot klinikkledernivået. Informantene sier at i klinikkledermøtene hver måned kontrolleres budsjettet for hvert nivå. Budsjettet har evne til å binde alle sammenhenger i en organisasjon og skape en plan for prestasjon og evaluering av ytelse (Hansen m.fl., 2003). Dette er i tråd med det empirien indikerer, hvor budsjettet har en sentral rolle i å periodisere inntekter og kostnader på best mulig måte i klinikken ut ifra tildelt ramme. Deretter brukes budsjettet i økonomioppfølging i klinikken.

Ifølge Bjørnenak m.fl. (2008) kan en helsetjeneste være enkel og konkret, men det kan være vanskelig å avgrense helsetjenesten. Informantene mener at økonomistyring i klinikken er en utfordring nettopp med tanke på at en helsetjeneste ikke lar seg lett avgrense. Informantene mener at utfordringen i klinikken knytter seg til at pasientforløpet skjer på tvers av klinikkene. I et pasientforløp kan flere klinikker være involvert, hvor det kan være kostnader et sted i organisasjonen og inntekter et annet sted. Bergstrand m.fl. (1999) sier at budsjettet brukes til å koordinere. Budsjettet er styrende for hva klinikken skal gjøre, men utfordringer kommer ved økt aktivitet og endring av aktivitet, hevder informantene.

Malmi og Brown (2008) argumenterer for at man ved hjelp av planlegging kan være med på å styre innsats og oppførsel for organisasjonens medlemmer. Empirien indikerer nettopp at planlegging er et viktig styringsverktøy i klinikken. Planlegging skjer gjennom dialogavtalen, som er en forlengelse av oppdragsdokumentet fra Helse Nord, strategiske langsiktige handlingsplaner og budsjettprosessen. Den årlige planleggingen gjennom plantall som hver

avdeling skal levere er viktig med tanke på driften og aktiviteten. Informantene omtaler dette som hovedplanleggingen i klinikken. Dette viser at klinikken har både handlingsplanlegging og langdistanseplanlegging, fordi klinikken har både planlegging for den umiddelbare fremtiden og for en lengre periode (Malmi & Brown, 2008). Planlegging har en sentral rolle ved koordinering av driften og aktiviteten i klinikken.

6.4 Læring av andre klinikker og enheter er viktig

Interaktive kontrollmekanismer stimulerer innovasjon og organisatorisk læring ifølge Simons (1995) og Malmi og Brown (2008). Informantene er av den oppfatning at det læres av de andre enhetene og andre nivåer i klinikken når det gjelder økonomistyring og sykehusdrift. Administrative ledere lærer masse om sykehusdrift ved å være ute i klinikken. Videre mener informantene at læring av andre avdelinger er viktig for å dele erfaringer. Her påpekes det av informantene at hvis det er noen avdelinger som driver etter rammen, har budsjettfokus, innsparingstiltak, kontinuerlig fokus på forbedring for å gjøre ting bedre og mer effektivt, læres det av dem. Funnene mine indikerer nettopp at interaktive kontrollmekanismer (Simons, 1995) benyttes i klinikken av lederne fordi læring av andre klinikker og enheter er viktig i K3K.

6.5 Pasientbehandling oppleves som det viktigste, økonomien kommer i annen rekke

Informantene er av den oppfatning at pasientbehandling er viktigst, det er det som går igjen i målene og strategiene til UNN. Informantene etterstreber å bruke ressursene best mulig for pasientene. Dette har sammenheng med det Nyland og Pettersen (2010) sier om at offentlig virksomhet har som målsetning å bruke ressursene slik at det skapes mest mulig velferd for brukerne av de offentlige tjenestene. Informantene viser til at leger er ledere som har påtatt seg et økonomisk ansvar. Videre fremhever informantene at legegruppen har manglende interesse for økonomi i klinikken, noe som er en stor utfordring. Studien viser at legene fokuserer på økonomistyring i liten grad. Informantene verdsetter kvalitet i pasientbehandlingen, og indikerer at økonomien kommer i annen rekke.

Informantene sier at deres hovedområde er pasientbehandling, og nettopp derfor er pasientene viktigst i målene og strategiene til UNN og styringsmålene gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord. Dette er videre en indikasjon på det Bjørnenak og Hoff (2010), Pettersen (2013) og Nyland og Pettersen (2008) sier om at det normative perspektivet på økonomistyring er for snevert. Nyland og Pettersen (2008) sier videre at de reelle styringsprosessene best kan forstås med utgangspunkt i en beskrivende tilnærming til økonomistyring istedenfor en normativ tilnærming til økonomistyring hvor virkeligheten beskrives ut fra visse forutsetninger, med utgangspunkt i rasjonalitet og profittmaksimering. Dette er i samsvar med det studien viser at økonomistyring i UNN best kan forstås ut fra en beskrivende tilnærming fordi ledernes hovedformål ikke er å få størst mulig overskudd, men nettopp å tilby god kvalitet i pasientbehandlingen. Økonomistyring er viktig, men det kommer i annen rekke hos informantene.

Offentlig virksomhet er budsjettkoblede organisasjoner, og ikke markedskoblede organisasjoner (Nyland & Pettersen, 2010). Og målsetningen er at ressursene skal brukes slik at det skapes mest mulig velferd for forbrukerne av de offentlige tjenestene, og dermed er ikke formålet å maksimere overskuddet eller økonomisk resultat (Mauland & Mellemvik, 2004). Dette er i samsvar med det studien viser at å tilby god pasientbehandling er hovedområde i klinikken. Mauland og Mellemvik (2004) sier at økonomistyring i offentlig virksomhet er kompleks fordi målet for offentlig virksomhet er å realisere velferdspolitiske og samfunnsmessige mål innenfor det tjenesteområdet organisasjonen har ansvar for, og innenfor de inntektsrammer som disponeres. Empirien antyder at K3K klinikken gikk med om lag 60 millioner kroner i underskudd i 2016, derfor er det stort fokus på å spare blant informantene. Det er mye diskusjoner blant informantene når det gjelder budsjettrevideringer blant seksjonsledelsen, avdelingsledelsen og klinikkledelsen på K3K klinikken vedrørende hvor stort budsjettet er og om hvordan det er satt opp. Dette er en følge av et stort press på å nå målene som er satt.

Ifølge Bjørnenak m.fl. (2008) og Bjørnenak og Pettersen (2003) har vi å gjøre med to kulturer i sykehusene, den kliniske og den administrative. Helsepersonell har hatt ansvaret for tjenesteproduksjonen, mens det administrative nivået har hatt ansvar for økonomien. Mine funn viser at god pasientbehandling er det viktigste målet for informantene, men å ha kontroll når det gjelder økonomistyring, og det å komme i økonomisk balanse, oppleves også som

viktig. Empirien indikerer nettopp dette at vi har å gjøre med to kulturer blant lederne i UNN:
Fagpersoner innenfor medisin og økonomer.

7 Konklusjon

Denne oppgaven har ved hjelp av en casestudie analysert hvordan ledere på ulike nivåer jobber med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak. Dette har blitt gjort ut fra følgende problemstilling:

Hvordan jobber ledere på ulike nivåer med økonomistyring i en klinikk i et helseforetak?

Studien tar utgangspunkt i Malmi og Brown (2008) sin styringspakke og Simons (1995) sitt rammeverk Levers of Control. Studien viser at disse rammeverkene blir aktivt brukt i økonomistyringen i klinikken blant lederne. Både diagnostisk og interaktiv styring, verdi- og avgrensingssystemer brukes blant lederne. Kulturell kontroll, planlegging, kybernetisk styring og administrativ styring er også mye brukt i økonomistyringen blant lederne i klinikken.

Lederne er involverte i UNN sine egne mål og strategier samt styringsmålene fra Helse Nord gjennom oppdragsdokumentet. Studien viser videre at klinikken bruker både diagnostisk- og interaktiv styring for å nå mål og strategier. Lederne er delaktige i planleggingen, kommer med råd og har innflytelse når interne beslutninger skal tas. Noe som viser at interaktive kontrollmekanismer er sentralt i økonomistyringen i klinikken. Diagnostisk styring med kontrollmekanismer hvor toppledelsen styrer, såkalt "top-down" brukes i den overordnede økonomistyringen i klinikken.

Studien viser at det er manglende kommunikasjon mellom de ulike ledernivåene i klinikken, noe som resulterer i ulik forståelse av økonomistyring i klinikken. På de laveste nivåene i klinikken er det ofte økonomistyringen som lider, og ofte vet de ikke hva det betyr å drive økonomistyring. Kommunikasjonen om økonomistyring til de laveste nivåene i klinikken er en utfordring som informantene mener må tas på alvor.

Koordinering oppleves som en utfordring i klinikken fordi en helsetjeneste ikke lett lar seg avgrense og et pasientforløp kan gå på tvers av klinikkene, noe som gjør at det kan være kostnader i en klinikk og inntekter i en annen klinikk. Planlegging gjennom dialogavtalen, plantall, budsjett og langsiktige strategiske handlingsplaner har en sentral rolle når det gjelder koordineringen av driften og aktiviteten i klinikken.

Videre viser studien at læring av de andre enhetene og andre nivåene i klinikken når det gjelder sykehusdrift og økonomistyring er sentralt for lederne. Lederne lærer av avdelinger

som driver etter rammen, har budsjettfokus, kontinuerlig fokus på forbedring, innsparingstiltak og gjør ting effektivt. Organisatorisk læring er sentralt i klinikken, noe som viser at det er interaktiv styring.

Studien viser at pasientbehandlingen oppleves som det viktigste for lederne og at økonomien kommer i annen rekke. Bakgrunnen for dette er at hovedformålet for lederne ikke er å få størst mulig overskudd, men å tilby god pasientbehandling. Leger er ledere som har påtatt seg et økonomisk ansvar. En stor utfordring, ifølge informantene, er at legegruppen har mindre fokus på økonomi hvis de må prioritere mellom pasientbehandling og økonomi. På tross av at legene har sitt hovedfokus på pasientbehandling, har de et stort fokus på budsjett og sparing. Det er mye diskusjoner når det gjelder budsjettrevideringer, hvor stort budsjettet er og hvordan det er satt opp. Fokuset på å spare i klinikken er stort som følge av det store underskuddet på om lag 60 millioner klinikken hadde i 2016.

Oppsummert kan man si at vi har å gjøre med to kulturer blant lederne i UNN: Fagpersoner innenfor medisin og økonomer som er ansatt i stab. Verktøy som blant annet budsjett og plantall brukes aktivt i klinikken. God pasientbehandling er alltid viktigst for lederne. Økonomien kommer alltid i annen rekke i klinikken.

Jeg har utført en studie av økonomistyring i en klinikk og har kommet fram til meget interessante funn. Grunnet studiens tidsbegrensning samt mulighet for å hente inn data, fikk jeg ikke se på utviklingen, og sett om resultatene er de samme over en lengre tidsperiode. Videre forskning kunne sett på en utvikling over tid – en longitudinell studie.

For å ta studien videre så kan en muligens se på flere klinikker innen helseforetaket UNN for å se om funnene er de samme, og eventuelt påpekt hva som er likheter og forskjeller. Siden jeg kun har intervjuet ledere, ville det være av interesse å studere de ansattes opplevelse gjennom en survey. De overnevnte studiene ville kunne generalisere i større grad. Det kunne også vært interessant å studere forskjellige helseforetak for å sette funnene opp mot hverandre.

Litteraturliste

- Abernethy, M. A., & Chua, W. F. (1996). A Field study of control system “redesign”: the impact of institutional processes on strategic choice. *Contemporary Accounting Research* 13(2), 569-606.
- Alvesson, M., & Karreman, D. (2004). Interfaces of control. technocratic and socio-ideological control in a global management consultancy firm. *Accounting, Organizations and Society*, 29, 423-444.
- Andreassen. (2017). Økonomistyring i fremtidens offentlige sektor. *Praktisk økonomi og finans*, 3(1), 86-96.
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: a framework for analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University
- Anthony, R. N., & Young, D. W. (2003). *Managament control in nonprofit organizations*. Boston, Mass.: McGraw-Hill/Irvin.
- Askheim, O. G. A., & Grenness, T. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Barrett, M. E., & Fraser, L. B., III. (1977). Conflicting roles in budgeting for operations. *Harvard Business Review* (juli-august).
- Bergstrand, J., Bjørnenak, T., & Boye, K. (1999). *Budsjettering*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Bjørnenak, T., & Hoff, K. G. (2010). *Driftsregnskap og budsjettering* (5 utg.): Universitetsforlaget.
- Bjørnenak, T., Magnussen, J., Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2008). *Økonomi og helse: Perspektiver på styring* (2 utg.). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Bjørnenak, T., & Olsen, T. E. (2013). *Budsjettets funksjoner: en kritisk diskusjon og erfaringer fra norske virksomheter*.
- Bjørnenak, T., & Pettersen, I. J. (2003). *Helse i hver krone? : om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bonner, S. E., & Sprinkle, G. B. (2002). The effects of monetary incentives on effort and task performance: theories, evidence, and a framework for research. *Accounting, Organizations and Society*, 27(4/5), 303-345.
- Bryman, A., & Bell, E. (2015). *Business Research Methods*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Bunce, P., Fraser, R., & Woodcock, L. (1995). Advanced budgeting: a journey to advanced management systems. *Management Accounting Research*, 6(3), 253-265.
- Bush, T. (2014). *Akademisk skriving: For bachelor og masterstudenter* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brown, D. A., & Malmi, T. (2008). Management control systems as a package — Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19(4), 287-300. Fagbokforlaget.
- Caglio, A., & Ditillo, A. (2008). A review and discussion of management control in inter-firm relationships. *Accounting, Organizations and Society*, 33(7), 865-898.
- Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28(2), 127-168.
- Dalen, M. (2013). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Dornbusch, S., & Scott, W. R. (1975). *Evaluation and the Exercise of Authority*. San Francisco: Jossey - Bass.
- Emmanuel, C., Otley, D., & Merchant, K. (1990). *Accounting for Management Control* (2 utg.). Padstow, Cornwall, UK: Chapman and Hall
- Fisher, J. (1998). Contingency Theory, Management Control Systems and Firm Outcomes: Past Results and Future Directions. *Behavioral Research in Accounting*, 10, (47).
- Flamholtz, E. (1983). Accounting, budgeting and control systems in their organizational context: theoretical and empirical and empirical perspectives. *Accounting, Organizations and Society*, 8(2/3), 35-50.
- Flamholtz, E., Das, T., & Tsui, A. (1985). Toward an intergrative framework of organizational control. *Accounting, Organizations and Society*, 10(1), 35-50.

- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hansen, S. C., & Stede, W. A. V. D. (2004). Multiple facets of budgeting: an exploratory analysis. *Management Accounting Research*, 15(4), 415-439.
- Hansen, S., Otley, D., & Van der Stede, W. (2003). Practice developments in budgeting: an overview and research perspective. *Journal of Management Accounting Research* 15, 95-116.
- Haugland, S. A. (2007). *Samarbeid, allianser og nettverk* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helseforetaksloven. (2002). *Lov 1. januar 2002 nr. 66 om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*.
- Helsenorge. (2014, 30. mai). *Helseforetak*. Hentet fra <https://helsenorge.no/helsehjelp/helseforetak>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Kristiansand: Cappelen Damm akademisk.
- Jensen, M. I. (2017, 01. september). Her er den nye klinikksjefen, *Harstad Tidende*. Hentet fra <https://www.ht.no/nyheter/2017/09/01/Her-er-den-nye-klinikksjefen-15239979.ece>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk - administrative fag* (3 utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Johanson, D., & Madsen, D. Ø. (2013). Økonomisk styring i Norge - en kartlegging av styringssystemer i norske bedrifter. *Magma*, 16(6), 18-30.
- Kalve, T. M., & Sve, C. A. (2014). *Hvilke styringsutfordringer har ledelsen i Ambulanse Midt-Norge HF?* . (Masteroppgave), Høgskolen i Sør-Trøndelag, Trondheim.
- Kominis, G., & Dudau, A. I. (2012). Time for interactive control systems in the public sector? The case of the Every Child Matters policy change in England. *Management Accounting Research*, 23(2), 142-155.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvifte, S. S., & Johnsen, A. (2008). *Konseptuelle rammeverk for regnskap*. Oslo: Revisorforeningen.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

- Macintosh, N., & Daft, R. (1987). Management control systems and departmental independencies: an empirical study. *Accounting, Organizations and Society*, 12(1), 23-28.
- Magnussen, J. (2016). *Mellom politikk og administrasjon: Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*. Trondheim/Oslo/København: Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/238368/Mellom%20politikk%20og%20administrasjon.pdf>
- Malmi, T., & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package— Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19(4), 287-300. doi: 10.1016/j.mar.2008.09.003
- Mauland, H., & Mellemvik, F. (2004). *Regnskap og økonomistyring i staten*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Mellemvik, F. (1997). Accounting, the hidden collage? Accounting in the dialogues between a city and its financial institutions. *Scandinavian Journal of Management*, 13(2), 191-207.
- Mellemvik, F., Monsen, N., & Olson, O. (1988). Functions of accounting — a discussion. *Scandinavian Journal of Management*, 4(3), 101-119.
- Merchant, K., & Van der Stede, W. A. (2007). *Management Control Systems* (2 utg.). Harlow, Essex, England: Prentice Hall, Pearson Education Limited.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Monsen, N. (2003). Forretningsregnskap, fondsregnskap og kameralregnskap. *Beta*, 17(02), 7-26.
- NRK. (2017, 19 juni). *UNN sliter med økonomien*. Hentet fra <https://www.nrk.no/nordland/unn-sliter-med-okonomien-1.13566404>
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nyland, K., & Olsen, T.E. (2017). Tettere styring i helseforetakene: En studie av mellomlederes holdninger til økonomistyring 2008-2014. *Praktisk økonomi og finans*, (1), 36-52

- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2008). Mellom politikk og marked - om styringsutfordringer i statlige helseforetak. *Magma*, 4, 34-45.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold? *Magma*, 4.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2012). Reforms and clinical managers` responses: a study in Norwegian hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 26(1), 15-31.
- Nørreklit, H. (2005). Det balancerede scorecard - en undersøgelse af nogle centrale dimensioner. *Magma*, 8(6), 19-36.
- Otley, D., & Berry, A. (1980). Control, organization and accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 5(2), 231-244.
- Otley, D. T. (1980). The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4), 413-428.
- Ouchi, W. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanism. *Management Science*, 25(9), 833-848.
- Pettersen, I. J. (2012). Management Accounting and Control: the Diversity and Opportunities in Research and Research Methods.
- Pettersen, I. J. (2013). Økonomistyring - teori møter praksis II. O. Elvegård, E. Gressetvold & I. J. Pettersen (Red.), *Bedriftsledelse : ulike perspektiver og tilnærminger til ledelse, økonomistyring og samfunnsansvar* (s. 17-36). Trondheim: Akademika forlag
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold* (2. utg.). Bergen: Fabokforlaget
- Riksrevisjonen. (2009, 10. november). Økonomistyringen i helseforetakene er ikke tilfredsstillende, *Riksrevisjonen*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/presserom/Pressemeldinger/Sider/helseforetakene.aspx>
- Røvik, K. A. (1998). Moderne organisasjoner : trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (1998). Identitetsutvikling i moderne organisasjoner. *Magma*, 1, 41-51.
- Røvik, K. A. (2002). The Expansion of Management Knowledge. Carriers, Flows, and Sources. I K. Sahlin-Andersson & L. Engwall (Red.), *The secrets of the winners: Management ideas that flow* (s. 113-144). England: Stanford University Press.
- Saunders, Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7 utg.). Harlow: Pearson.

- Saunders, H. U., & Mogstad, B. (2009). *Økonomistyring i rettsvesnet. Masteroppgave i bedriftsøkonomisk analyse*. (Masteroppgave), Trondheim Økonomiske Høgskole, Trondheim.
- Schein, E. (1997). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Simons, R. (1987). Accounting control systems and business strategy: an empirical analysis. *Accounting, Organizations and Society*, 12, 357-374.
- Simons, R. (1995). *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. United States of America: Harvard Business School Press.
- Simons, R. (2000). *Performance measurement & control systems for implementing strategy: text & cases* Upper Saddle River, NJ Prentice Hall.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UNN. (2014). *Strategisk utvilingsplan 2015-2025: Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken*. Hentet fra <https://unn.no/Documents/Om-oss/Strategiske%20utviklingsplaner/Kirurgi,%20kreft-%20og%20kvinnehelseklinikken.pdf>.
- UNN. (2016). *UNN - boka*. Hentet fra [https://unn.no/Documents/Om-oss/Utreddinger%20etc/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20\(2016\)/Utredding%20stedlig%20ledelse/Bakgrunnsdokumenter/7%20UNN-boka%20-%20Juni%202015.pdf](https://unn.no/Documents/Om-oss/Utreddinger%20etc/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20(2016)/Utredding%20stedlig%20ledelse/Bakgrunnsdokumenter/7%20UNN-boka%20-%20Juni%202015.pdf)
- UNN. (2017a). *Om oss*. Hentet fra <https://unn.no/om-oss#visjon,-verdier,-strategier-og-m%C3%A5l>
- UNN. (2017b), *Styresak: Virksomhetsplan 2018*. (2017:100: .Hentet fra <https://unn.no/Documents/Styrem%C3%B8ter%20dokumenter/2017/141217/Sak%20100-2017%20-%20Virksomhetsplan%202018.pdf>
- Van der Meer-Kooistra, J., & Scapens, R. W. (2008). The governance of lateral relations between and within organisations. *Management Accounting Research*, 19(4), 365-384.
- Vik, E. (2017). *Fusjon i utdanningssektoren: Hvordan brukes styringssystemer i oppstartsprosessen av en fusjon?* (Masteroppgave), UiT Norges Arktiske Universitet, Harstad.
- Wildavsky, A. (1984). *The new politics of the budgetary process* (4 utg.). Boston: Little, Brown and Company.

Yin, R. K. (2003). *Applications of case study research* (6. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Østergren, K., & Grønnevet, G. (2008). Er budsjettstyring god økonomistyring? *Praktisk økonomi & finans*, 25(04), 57-63

Vedlegg 1

Faktaspørsmål:

1. Hvilken stillingstittel har du i UNN?
2. Hvor lenge har du vært ansatt i UNN?
3. Hvor lenge har du vært ansatt i nåværende stilling?
4. Hvilket ansvarsområde ligger til stillingen?
5. Hvem er din nærmeste overordnede?
6. Hvor mange ansatte har du ansvar for som leder?
7. Har du inngått en lederavtale? Hva er innholdet i denne avtalen? Hvordan følges denne opp?

Tradisjonell økonomistyring

8. Hvilke mål og strategier har UNN?
9. Hva mener du er det viktigste målet til UNN?
10. Er du involvert, eller har vært involvert, i arbeidet med mål og strategier? Evt. på hvilken måte?
11. Hvordan kommuniseres målene til de ansatte? Hva kommuniseres? Hvem kommuniserer? Syns du dette er en god måte å gjøre dette på?
12. Hvordan operasjonaliserer du målene til å gjelde din enhet? Hvordan arbeider du med dette? Er dette noe du gjør i fellesskap med andre? Evt. hvem? Er det rom for fortolkninger?
13. Hvordan kommuniserer du mål og strategier videre til de ansatte du har ansvar for? Hva kommuniseres? Er det mye diskusjoner rundt dette? Evt. hva diskuteres?
14. Hva gjør direktøren og direktørens lederteam for å nå målene og strategiene? Hvordan involveres du i dette? Mener du at du involveres på en god måte? Hvorfor/hvorfor ikke? Hva kunne evt. vært gjort annerledes?
15. Hvordan arbeider du for å nå målene? Hva er det viktigste målet for din enhet? Er dette en sentral arbeidsoppgave i din arbeidshverdag? Samarbeider du med andre om dette? Hvorfor disse?

16. Hva gjør UNN for at de ansatte skal arbeide i tråd med organisasjonens mål og strategier? Syns du dette er en god måte å gjøre dette på? Hvorfor/hvorfor ikke?
17. Hva gjør du for å arbeide i tråd med målene?
18. UNN mottar mange styringsmål gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord. Hvem bestemmer prioriteringene av disse styringsmålene? Hvem deltar i denne prosessen? Hvordan informeres din enhet om hvilke styringsmål som er viktige for dette året? Hvem informerer?
19. Hvordan foregår kommunikasjonen rundt styringsmålene?
20. Hvordan påvirker styringsmålene din enhet?
21. Hva mener du er det/de viktigste styringsmål(ene)?
22. Hvordan konkretiserer du styringsmålene slik at de blir forståelig for ansatte på din enhet? Er det mye diskusjon rundt dette?
23. Hvordan jobber dere med styringsmålene gjennom året? Måles dere på dette? På hvilken måte skjer dette på?
24. Hvordan holder du deg orientert om den økonomiske utviklingen på din enhet? Hvordan sørger du for at den økonomiske utviklingen er i tråd med styringsmålene til din enhet? Hvordan måler dere dette?
25. Hvilken økonomisk informasjon har du behov for å følge opp styringsmålene?
26. På hvilken måte involverer du de ansatte i den økonomiske utviklingen for enheten din? Hvem involverer du?
27. Mener du at du har god nok kunnskaper til denne delen av arbeidet ditt? Evt. hvilken kunnskap mangler?

Spørsmål rundt styringspakke

28. Har du kjennskap til UNN sin visjon? Hva er visjonen (UNN sin visjon er: ”Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling”). Hva legger du i dette? Stiller du deg bak visjonen? Har du vært med i utarbeidelsen av denne? På hvilken måte? Hvem andre har vært med i denne prosessen?
29. Kjenner du til kjerneverdiene til UNN? Hva er de? (Kjerneverdiene til UNN er: ”kvalitet, trygghet, respekt og omsorg”). Hva legger du i disse kjerneverdiene? Er noen viktigere enn andre? Hvorfor/hvorfor ikke?
30. Hvordan overføres disse kjerneverdiene til arbeidspraksis?
31. Hva legger du i begrepet økonomistyring?

32. Brukes kjerneverdien på noen måte i den interne økonomistyringen i din enhet?
Hvorfor/hvorfor ikke? Evt. på hvilken måte?
33. Hvordan arbeider dere med økonomistyring i din enhet? Hvem deltar? Syns du det fungerer bra på denne måten? Hvorfor/hvorfor ikke?
34. Hvilke styringssystem benyttes i din enhet? Hvordan fungerer dette for deg? Hva kunne evt. vært endret?
Hvordan brukes budsjettet som informasjonssystem og kontrollsystem?
35. Hvordan brukes budsjettet til å koordinere de ulike nivåene i organisasjonen? Hvordan deltar du i dette?
36. Er det mye diskusjoner knyttet til budsjettrevideringer? Hvorfor/hvorfor ikke? Evt. hva diskuteres? Hvem deltar i disse diskusjonene? Er det mange møter knyttet til dette? Evt. hvem deltar på møtene, og hva diskuteres?
37. Hvordan bruker du regnskapet? Hvor ofte kontrollerer du regnskapet opp mot budsjettet?
Hva ser du etter?
38. Hvis det er avvik i regnskapet i forhold til budsjett, hva gjør du?
39. Har UNN en organisasjonsstruktur som oppmuntrer til en bestemt kontakt eller relasjon? Hvordan koordineres enhetene i klinikken aktiviteter? Hvor ofte møtes dere?
Hvem møtes? Hva diskuteres?
40. Hvordan foregår kommunikasjonen i tilknytting til økonomistyring mellom nivåene i klinikken? Synes du dette er tilfredsstillende? Hvorfor/hvorfor ikke?
Hvilke standarder, prosedyrer, praksiser, systemer og regler har UNN for å styre medarbeidernes atferd? Er disse med på å begrense ditt handlingsrom? På hvilken måte?
41. Preger disse standardene, prosedyrene, praksiser, systemer og regler din arbeidshverdag? På hvilken måte? Hvordan opplever du disse?

Diagnostisk og interaktiv styring

42. Hvordan foregår rapporteringen hierarkisk i UNN? Er rapporteringen toppstyrt (diagnostisk styring)? Hvor ofte rapporterer du? Hva rapporteres? Til hvem?
43. Hvordan involveres du i den overordnede økonomistyringen i klinikken? Er dette noe som kunne vært gjort annerledes?

44. Er det mye kommunikasjon mellom nivåene i din enhet når det gjelder økonomistyring. Hva kommuniseres? Hvem kommuniserer?
45. Diskuteres den økonomiske utviklingen eller økonomistyring på noen interne møteplasser i klinikken? Hvorfor/hvorfor ikke? Evt. hva diskuteres? Hvem deltar?
46. Fremmer økonomistyringen noen form for læring i din enhet? Hva læres?
47. Lærer dere fra noen av de andre enhetene dere samarbeider med? Hva læres?
48. Lærer dere noen fra de andre nivåene i klinikken? Hva læres?
49. Diskuteres gode eksempler når det gjelder styring? I hvilket fora? Hva diskuteres?
50. Har du noen innflytelse når interne beslutninger skal tas? Hvilke beslutninger? Hvordan?
51. Er du delaktig i planlegging som gjelder din enhet? Evt. hvordan? Hva planlegges

Vertikal og horisontal økonomistyring

52. Ut fra organisasjonskartet har UNN ulike ledelsesnivåer der hvert nivå styrer atferden til folk lengre ned i hierarkiet. Hvem blir du styrt av? Hvem styrer du over?
53. Hvilke regler, retningslinjer, planleggings- og kontrollsystemer styrer ditt arbeid med økonomistyring?
54. Hvordan er informasjonsflyten i din enhet? Hvilken informasjon får du? Hvor ofte får du informasjon knyttet til økonomistyring? Har du den informasjonen du trenger for å arbeide med økonomistyring? Evt. hva mangler du?
55. Hvordan arbeider ledere på tvers av din klinikk for å muliggjøre koordinering på tvers av funksjonsområdene? Hvem deltar i denne planleggingen?
56. Er enheten avhengig av kapasitet fra andre enheter? På hvilken måte? Hvem er dere avhengig av? Hvordan påvirker dette enhetenes mulighet til å nå målene?
57. Er du avhengig av innspill fra andre i økonomistyringen? Hvilke innspill? Fra hvem? Hvordan koordineres dette?
58. Hvordan kommuniseres det på de ulike nivåene om økonomistyring vertikalt og horisontalt?
59. Er det mye uformell kommunikasjon i din enhet vedørende økonomi og økonomistyring? Hva snakkes det om?
60. Diskuteres økonomi i spisepauser eller på pauserommet? Evt. hva diskuteres?

61. Er de ansatte som du har ansvar for opptatt av den økonomiske utviklingen til enheten?
Hva er de opptatt av?
62. Hvordan foregår økonomistyringen med tanke på at pasientforløpet skjer på tvers av klinikkene? Hvordan koordineres dette?
63. Hvordan jobber ledere på ulike nivåer med økonomistyring i klinikken?

Til slutt:

Er det noe mer du vil tilføye som du mener jeg bør ha innsikt i når det gjelder økonomistyring?