



UiT The Arctic University of Norway

Handelshøgskolen ved UiT

Når krybben er tom, bites hestene:

En casestudie av styringsutfordringer ved Hammerfest Sykehus

Jonas Martinsen og Erling Skjerven

Masteroppgave i økonomi og administrasjon BED-3901 juni 2024

Forord

Vår mastergradsavhandling er den konkluderende oppgaven for et 5-årig studieløp hos Handelshøgskolen ved UiT Norges Arktiske Universitet. Oppgaven er avsluttende for en 2-årig master i økonomi og administrasjon med en fordypning innen økonomisk styring. Studien har som formål å gi et bidrag til den eksisterende litteraturen om økonomisk styring. Fokuset er rettet mot horisontale og vertikale styringsmekanismer ved Hammerfest Sykehus.

Vi har begge røtter i Hammerfest kommune og har blitt eksponert for kritikk rettet mot ressursforvaltningen ved Hammerfest sykehus. Med vår fordypning og bakgrunn ble Finnmarkssykehuset og Hammerfest et naturlig valg.

Vi vil rette en takk til vår veileder Bernt Bertheussen for å ha satt oss på rett spor i skrivingen. Bernt har vært en god foreleser og veileder gjennom masterprogrammet. Han har gitt god kunnskap og innsikt på mange områder innenfor økonomistyring og strategi.

Sammendrag

Vi opplever Hammerfest sykehus som en velegnet organisasjon for å studere styringsutfordringer. Sykehuset har skapt betydelige årlige underskudd som har ført til kritikk av styringen og forvaltningen av ressurser. Økonomistyring i sykehus handler ikke bare om å overholde budsjettet, men også om å balansere økonomisk effektivitet med pasientbehandlingen. Dette skaper et spenningsfelt mellom ulike syn på økonomi og ressursbruk vi ønsker å belyse.

De ulike perspektivene understreker behovet for en tilnærming som innpasser både økonomiske og medisinske mål. Ved å studere Hammerfest Sykehus, kan vi undersøke hvordan disse motstridende kravene påvirker økonomistyringen. Hvordan balanseres økonomisk bærekraft og krav om høy kvalitet på helsetjenester? Utover dette ønsker vi å rette fokus mot struktureringen av sykehuset ved å undersøke klinikkmodellen. Vi ønsker å danne et bilde av hvilke styringsutfordringer som eksisterer under en slik strukturering. Til vår studie har vi formulert følgende problemstilling.

Hvilke styringsutfordringer opplever avdelinger ved Hammerfest Sykehus som er organisert gjennom klinikkmodellen?

For å svare på våre forskningsspørsmål har vi valgt å gjøre en casestudie med et kvalitativt forskningsdesign. Vi har gjennomført studiet av klinikkmodellen med 5 informanter. Vi har valgt informanter med varierende roller ved Hammerfest Sykehus. Informantene har bakgrunn som helsefagarbeidere, mellomledere og ledere for å sikre varierende innblikk i våre forskningsspørsmål.

I våre funn har vi kondensert og kategoriserte styringsutfordringer i 4 kategorier av utfordringer. Vi har undersøkt styringsutfordringer relatert til strukturering, budsjett, dekobling og mål. Vi opplever utfordringer knyttet til manglende systemer for horisontalt samarbeid innad i organisasjonen. Evnen til å opprettholde budsjettets rolle som styringsverktøy svekkes grunnet manglende incentiver og begrenset informasjonsflyt. Videre opplever vi motstridene institusjonelle perspektiver blant informantene som resulterer i motstridene mål internt i organisasjonen. Vage målsetninger og visjoner bidrar til at signaler ovenfra blir vanskelig å gjøre til konkrete handlinger på de helsefaglige nivåene. Våre funn

samsvarer i stor grad med tidligere forskning om styringsutfordringer i den vertikale og horisontale dimensjonen.

Tidligere forskning har satt søkelys på styringssystemer i større grad enn styringsutfordringer (Caglio & Ditillo, 2008). Studiens akademiske bidrag er en belysning av styringsutfordringer i både den vertikale og horisontale dimensjonen i et helseforetak. Hammerfest sykehus har et begrenset pasientgrunnlag som gjør foretaket til en unik case. Manglende pasientgrunnlag bidrar til et begrenset potensiale for inntjening. Ved å studere styringsutfordringer i en klinikkmodell i et offentlig foretak får vi undersøkt motstridene styringsdimensjoner i et rammeverk med sterke motstridene interesser. Studien avdekker hvordan helsefagarbeideres behandlingspraksis påvirkes av økonomiske og administrative hensyn. Dette tilfører verdifull innsikt til litteraturen ved å utforske horisontal styring i konteksten av de spesielle forholdene i Hammerfest sykehus.

Nøkkelord: Styringsutfordringer, klinikkmodellen, vertikal økonomistyring, horisontal økonomistyring, institusjonelle logikker, budsjett, mål og visjon.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og aktualisering	1
1.2 Formål og problemstilling	2
1.3 Definisjoner og avgrensninger	3
1.4 Oppgavens videre oppbygging.....	4
2. Teori:	4
2.1 Økonomistyring.....	5
2.2 Vertikal økonomistyring	7
2.3 Horisontal økonomistyring.....	8
2.4 «Levers of Control»: Diagnostisk og interaktiv styring	10
2.4.1 Diagnostisk styring.....	10
2.4.2 Interaktiv styring	11
2.4.3 Balansering av Diagnostisk og Interaktiv styring gjennom prosessering av informasjon....	11
2.5 Styringsutfordringer	13
2.5.1 Tillitsutfordringer	14
2.5.2 Samarbeidsutfordringer	14
2.5.3 Koordineringsutfordringer.....	15
2.6 Sykehusspesifikke styringsutfordringer	15
2.6.1 Budsjett.....	17
2.6.2 Målsetninger og visjon	19
2.6.3 Institusjonelle logikker og tolkninger.....	20
2.7 Oppsummering av det teoretiske rammeverket	22
3. Metode.....	23
3.1 Vitenskapeteoretisk tilnærming.....	24
3.2 Metode for datainnsamling.....	25
3.3 Forskningsdesign.....	26
3.4 Casedesign.....	28
3.5 Metodevalg.....	28
3.6 Kvalitative Intervjuer	29
3.7 Forskningsprosessen.....	30
3.8 Data analyse	30
3.9 Studiets Kvalitet	32
3.9.1 Studiets sannhetsverdi og Troverdighet.....	32

3.9.2	Studiets anvendbarhet og overførbarhet.....	33
3.9.3	Forskningens pålitelighet og konsistens.....	33
3.9.4	Forskningens nøytralitet og funnenes bekreftbarhet.....	34
3.10	Forskningsetikk.....	34
4.	Casebeskrivelse.....	35
5.	Presentasjon av empiri.....	38
5.1	Klinikkstruktur: strukturelle utfordringer.....	38
5.1.1	Styringsutfordringer som følge av sterk vertikal styring.....	39
5.1.2	Interessekonflikter og motstridende interesser.....	40
5.1.3	Utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker.....	42
5.1.4	Mangel på myndighet innad i klinikken.....	44
5.1.5	Oppsummering: Strukturelle styringsutfordringer.....	45
5.2	Budsjettrelaterte styringsutfordringer.....	46
5.2.1	Påvirkning på budsjett.....	46
5.2.2	Incentiver til sparing.....	47
5.2.3	Samarbeidsbegrensninger.....	47
5.2.4	Oppsummering av budsjettrelaterte styringsutfordringer.....	48
5.3	Utfordringer tilknyttet målsetting og visjon.....	49
5.3.1	Utfordringer tilknyttet tydelighet.....	49
5.3.2	Utfordringer tilknyttet implementering og målkongruens.....	50
5.3.3	Oppsummering av utfordringer tilknyttet målsetninger og visjon:.....	53
5.4	Dekobling mellom fagarbeidere og ledelsen.....	54
5.4.1	Dekobling mellom klinikere og administrasjonen.....	54
5.4.2	Ulike perspektiver på styring.....	55
5.4.3	Oppsummering av dekobling mellom fagarbeidere og ledelsen.....	56
5.5	Oppsummering av funn:.....	56
6.	Diskusjon.....	58
6.1	Klinikkstrukturen.....	58
6.1.1	Styringsutfordringer som følge av sterk vertikal styring.....	58
6.1.2	Utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker.....	59
6.1.3	Interessekonflikter og motstridende interesser.....	61
6.2	Budsjettrelaterte styringsutfordringer.....	63
6.2.1	Påvirkning på budsjett.....	64
6.2.2	Incentiver til sparing.....	64

6.3.3 Samarbeidsbegrensninger.....	64
6.3 Utfordringer rundt målsetning og visjon	65
6.4 Dekobling mellom fagarbeidere og ledelsen.....	66
6.4.1 Dekobling mellom klinikere og administrasjonen.....	66
7. Konklusjon og videre forskning	67
7.1 Konklusjon	67
7.2 Forslag til videre forskning	70
Referanser:.....	71
Vedlegg.....	76
Vedlegg A: Samtykkeerklæring.....	76
Vedlegg B: Intervjuguide.....	79

Liste over Figurer og Tabeller:

Figur 1 - Illustrasjon av vertikal og horisontal økonomistyring.....	8
Figur 2 - Den profesjonelle byråkratiske strukturen, hentet fra (Solstad, 2009, s.35) i (Mintzberg, 1979, s. 361).	16
Figur 3 - Tabell over informanter, dato, stilling og varighet på intervjuer.	30
Figur 4 – Liste over kliniske enheter og støttefunksjoner (Hentet fra Finnmarkssykehusets strategiske utviklingsplan 2023-2038)	36
Figur 5 - Organisasjonskart Finnmarkssykehuset HF 2024. (Hentet fra Finnmarkssykehuset: Organisering, 2024).....	37
Figur 6 – Illustrasjon av klinikkmodellen ved Finnmarkssykehuset HF	38

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og aktualisering

Økonomistyring i offentlig sektor er et emne som har fått økende oppmerksomhet og betydning i dagens samfunn. Offentlige organisasjoner står overfor stadig mer utfordrende krav og forventninger. Effektiv økonomistyring er avgjørende for å oppnå målsettinger som økonomisk bærekraft, tjenesteleveranse av høy kvalitet og ansvarlighet (Andreassen, 2017). Økonomistyring anses som et verktøy med formål å styre både ressurser og mennesker. I lys av denne definisjonen anser vi økonomistyring som mer enn et verktøy for styring av ressurser, men også som et viktig verktøy i styring av mennesker og kompetanse.

Denne oppgaven tar sikte på å utforske problemstillinger knyttet til økonomistyring i offentlig sektor. Oppgaven har som formål å gi en dypere forståelse av utfordringer som påvirker offentlige aktørers økonomiske beslutningstaking. Offentlig sektor dekker et bredt spekter tjenester som inkluderer helsevesen, utdanning, infrastruktur, trygdeordninger og mer. Disse tjenestene er essensielle for samfunnets velferd og utvikling (Hoff & Helbæk, 2015). For å oppnå målene for offentlig sektor, er det nødvendig å håndtere en rekke økonomiske utfordringer. Nedenfor presenteres noen av de sentrale aspektene ved problemstillingen.

Oppgaven vil primært fokusere på økonomisk styring i den offentlige helsesektoren, blant annet ved bruk av budsjett som et sentralt styringsverktøy. I den offentlige sektoren spiller budsjettet en avgjørende rolle i forvaltningen av ressurser og prioritering av tjenester. Budsjettet fungerer som et veikart som styrer ressursallokering og tjenestetilbud i helsesektoren. Det er et verktøy for å planlegge og kontrollere utgifter, og det reflekterer samtidig politiske prioriteringer og mål. Gjennom budsjettet fastsettes økonomiske rammer for helseinstitusjoner og bestemmes hvor midlene skal fordeles. Imidlertid er budsjettet ikke bare en økonomisk plan. Det er også et politisk dokument som gjenspeiler samfunnets verdier og behov. På grunn av begrensede ressurser og økende etterspørsel etter helsetjenester må budsjettet balansere mellom tilgjengelighet, kvalitet og kostnadseffektivitet (Pettersen & Solstad 2014, 2015; Nyland et. al., 2017).

Finnmarkssykehuset er et helseforetak som historisk sett har møtt på problemer rundt styring. Helseforetaket har flere år på rad produsert et underskudd på over 100-millioner kroner årlig.

En fellesnevner i kritikken rettet mot Finnmarkssykehuset er manglende evne til ansvar for produksjon av underskudd. Helseforetaket har ledelses- og styringsstrukturer som fungerer i både den horisontale og vertikale dimensjonen. Det vil kort sagt si at styringsprosesser og styringsarbeid skjer langs organisasjonens vertikale dimensjon, som referer til styring nedover i organisasjonens hierarkiske kart. I tillegg skjer styringen langs den horisontale dimensjonen, som vil si at styringsprosessene også skjer på tvers av organisasjonens organisatoriske enheter og avdelinger (Pettersen & Solstad 2014, 2015; Nyland et. al., 2017). Ut ifra dette kan man stille spørsmålet: Hvorfor ser man stadig eksempler på offentlige foretak som svikter i prosesser rundt styring av ressurser?

Simons (1994) danner grunnlaget for mye av de grunnleggende antagelsene vi vurderer innad økonomisk styring. Allokering av ansvar og ressurser skjer vanligvis på det vertikale planet. Mål og strategi vil i helseforetak også kommuniseres i den vertikale dimensjonen. For at målene og strategien som implementeres skal lykkes må det eksistere en kommunikasjon gjennom den vertikale dimensjonen. Simmons refererer til mekanismene innad denne kommunikasjonen som diagnostiske styringssystemer.

De vertikale og diagnostiske systemene rundt styring er utforsket innad det akademiske landskapet. Betydelige deler av Finnmarkssykehuset er strukturert ved klinikkmodellen. Ved en slik strukturering eksisterer det betydelige samarbeid på tvers av organisatoriske enheter med organisatorisk eller geografisk avstand. Ved slikt samarbeid vil horisontal styring utnyttes. Det eksisterer mindre forskning på horisontal økonomistyring innad offentlig sektor. Forskningen som er gjort er lite konkluderende (Pettersen & Solstad, 2015). Basert på dette ønsker vi å inkludere et søkelys på den horisontale dimensjonen i forskningen.

1.2 Formål og problemstilling

Problemstillingen vår vil sette søkelys på utfordringer tilknyttet horisontal og vertikal styring. Ytterligere vil vi også ha fokus på strukturen til klinikken og avdelingene og hvilken teori som er relevant for gitt struktur. Vi vil avgrense forskningen til undersøkelse av styringsutfordringer innad i klinikken og avdelingene ved Hammerfest Sykehus. Mer konkret vil vi ta for oss problemer knyttet til de styringsutfordringer klinikken og dens tilhørende avdelinger møter på. Vi vil undersøke dette i henhold til både den vertikale og horisontale dimensjonen.

Forskningen bidrar med å fylle gapet innad styringslitteratur. Som nevnt eksisterer det betydelig forskning rundt styringsutfordringer i den vertikale dimensjonen. Vårt bidrag vil være å undersøke utfordringer knyttet til økonomistyring ved Hammerfest Sykehus. Vi tar sikte på å bidra med å tette det akademiske gapet gjennom å inkludere vertikale og horisontale dimensjoner i forskningen. Vi vil gjøre dette ved å undersøke et helseforetak med både store organisatoriske og økonomiske utfordringer, samt tidligere problematikk med underskudd og styringsprosesser. I lys av dette har vi formulert følgende problemstilling.

Hvilke styringsutfordringer opplever avdelinger ved Hammerfest Sykehus som er organisert gjennom klinikkmodellen?

I forlengelsen av dette ønsker vi også å gå nærmere inn på følgende:

Hvordan kan klinikkmodellen ved Hammerfest Sykehus bidra til styringsutfordringer i den vertikale og horisontale dimensjonen?

Hvordan opplever fagarbeidere og administrativt personale utfordringer knyttet til budsjettstyring og ressursfordeling i en klinikkmodell ved Hammerfest Sykehus?

1.3 Definisjoner og avgrensninger

Strukturen i helseforetak i Norge kan være noe varierende. Sykehus i Norge struktureres som regel vertikalt med en sykehusdirektør underlagt et utvalgt styre. Sykehusdirektøren er ansvarlig for ulike segmenter av driften ofte kalt klinikker (Finnmarkssykehuset HF, 2024). De fleste sykehus er strukturert med både vertikale og horisontale styringsstrukturer. Ytterligere eksisterer det horisontal strukturering på kryss av både organisatorisk og geografisk distanse (Pettersen & Solstad 2014, 2015; Nyland et. al., 2017). Vi ønsker å belyse de horisontale dimensjonene som eksisterer innad denne modellen, vårt horisontale fokus vil være på klinikker og avdelinger innad Sykehuset i Hammerfest.

Med utgangspunkt i denne problemstillingen vil vi innledningsvis vurdere det teoretiske rammeverket som er relevant for forskningsspørsmålene. For konkretisering av forskningsspørsmålene vil vi primært sette søkelys på prosessene og utfordringene rundt økonomistyring innad i og mellom konkrete klinikker og avdelinger. I lys av dette vil vi unngå utredelse av eksterne og politiske rammeverk. Dette er komplekse og relevante

aspekter av økonomisk styring, men vil være en digresjon fra oppgavens spørsmål rundt styringsutfordringer.

Vi vil vurdere de horisontale og vertikale styringsprosessene i lys av ulike teoretiske styringssystemer. Innledningsvis vil vi undersøke den operasjonelle driften i henhold til vertikal og horisontal økonomistyring. Rammeverket rundt dette er komplekst og inneholder ulike kanaler styringsprosessen kan påvirke. Grunnet den teoretiske bredden til rammeverket utnytter vi rammeverket til Simons (1994) *Levers of Control*. Vi anser dette som en relevant konkretisering av styringslitteraturen som samsvarer med problemstillingen og den ytterligere litteraturen vi har undersøkt.

1.4 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven vil deles inn i 7 kapitler som hver har en viktig rolle for oppgavens formål. I kapittel 2 vil vi i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene vurdere det relevante teoretiske grunnlaget for oppgaven. Kapittel 3 vil være en presentasjon av den metodiske tilnærmingen vi har valgt å benytte. Kapittel 4 vil være en beskrivelse av casen vi undersøker. Dette inkluderer en hierarkisk beskrivelse av Hammerfest Sykehus og de tilhørende avdelinger. Kapittel 5 og 6 omhandler funn og diskusjon av informasjonen vi har samlet inn gjennom forskningsprosessen. I diskusjonen vil våre funn vurderes opp mot problemstillingen og det teoretiske rammeverket. Kapitel 7 vil inneholde konklusjonen for forskningen og forslag til videre forskning.

2. Teori:

Som kjent, handler økonomistyring kort fortalt om å forsøke å styre individuell atferd gjennom effektiv bruk av ressurser. Økonomistyring i den offentlige sektoren og bruken av budsjett har samme målsetning. Det teoretiske rammeverket i oppgaven vår har derfor som hensikt å kaste lys over hvilke faktorer som spiller sentrale roller innenfor økonomistyring i offentlig sektor. I forlengelsen av det ønsker vi å belyse hvordan litteraturen kan forklare eventuelle styringsutfordringer som kan oppstå i en sykehusbedrift og hvordan de muligens kan løses.

Søkelyset på økonomistyringen har tradisjonelt sett fokusert på den hierarkiske tilnærmingen hvor ledelsen benytter seg av styringsmekanismer for å overvåke og styre atferden innad i organisasjonen. Dette kan også kalles for vertikal styring, og er et område hvor budsjett spiller en sentral rolle. Forskning på økonomistyring innenfor helsesektoren viser til at store deler av arbeidet der skjer på et horisontalt plan (Pettersen & Solstad, 2014, 2015). Det vises også til at denne horisontale styringen kan ha motvirkende effekt opp mot vertikal styring (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Nyland et al., 2017). Basert på dette vil det også være hensiktsmessig å se på rammeverket til Simons (1994) *Levers of Control*, ettersom dette er et rammeverk som blant annet viser til hvordan ledelsen kan opprettholde eller endre atferd innad i organisasjonen. I tillegg omtaler dette rammeverket diagnostisk styring og hvordan organisasjoner kan arbeide for å håndtere motstridene krefter ved bruk av styringsmekanismer (Simons 1994, 1995).

Til slutt vil vi se på institusjonell teori, ettersom dette vil være en viktig teori i arbeidet med å forstå ulike faktorer innenfor økonomistyring i helsesektoren og teori knyttet opp mot styringsutfordringer i helsesektoren.

2.1 Økonomistyring

Økonomistyring som begrep har gjennom årene utviklet seg mye. I de tidligere årene av begrepets levetid ble økonomistyring sett på som et bindende ledd mellom bedriftens strategi, mål og operasjonelle kontroll (Anthony, 1965). Selve definisjonen av begrepet fra Anthony (1965, s. 17) er at økonomistyring er en prosess som ledelsen i bedriften bruker på å forsikre seg om at ressurser blir anskaffet og brukt effektivt i den hensikt å oppnå bedriftens målsetninger. Dette tidlige synet på økonomistyring fokuserer kun på interne ressurser og er derfor relativt mangelfullt, men senere forskning har utviklet begrepet videre og har et bredere perspektiv.

For et mere moderne syn på økonomistyring som er mere likt begrepet slik vi kjenner det i dag kan vi se til Chenhall (2003). Her deles økonomistyring opp i 3 ulike nivåer: Management Accounting (MA), Management Accounting Systems (MAS) og Management Control Systems (MCS). Det laveste nivået her er MA. Dette nivået inneholder en samling av ulike styringspraksiser og verktøy som budsjetter, kalkyler og driftsregnskap (Chenhall, 2003). MAS er en forlengelse av MA og referer til systematisk bruk av MA over tid. Til slutt har vi

MCS som er et bredere nivå som omfatter både MAS og andre former for styring som for eksempel personstyring (Chenhall, 2003).

Dette er også sterkt koblet opp mot Simons (1994, s. 5) som definerer økonomistyring og MCS som: «*the formal, information-based routines and procedures used by managers to maintain or alter patterns in organizational activities*». Dette er et bredere perspektiv på økonomistyring enn hva Anthony (1965) definerte det som. Simons (1994) hevder altså de informasjonsbaserte systemene går over til å bli styringssystemer når de benyttes til å opprettholde eller endre organisasjonens aktiviteter. Utviklingen av MCS og økonomistyring har altså endret seg fra å bare fokusere på interne ressurser med Anthony (1965) til å inkludere styring gjennom endring eller opprettholdelse av aktiviteter og adferd innad i organisasjonen gjennom Simons (1994). Videre har vi Malmi og Brown (2008, s. 290-291) som definerer MCS og økonomistyrings som: «*Management controls include all the devices and systems managers use to ensure that the behaviours and decisions of their employees are consistent with the organization's objectives and strategies, but exclude pure decision-support systems*». Denne definisjonen gjør noen begrensninger på Chenhall (2003) sin definisjon av MCS. De skiller mellom systemer, atferder, aktiviteter og lignende som legger grunnlag for eller jobber mot organisasjonens strategier og mål og styringssystemer som fungerer som støtte for beslutningstaking for ledelsen (Malmi & Brown, 2008).

Ettersom vi skal se på Hammerfest Sykehus vil det også være relevant for oppgaven å definere økonomistyring nærmere innenfor helsesektoren. Sykehus er å ansees som profesjonelle organisasjoner hvor arbeidet som utføres ofte skjer på et horisontalt plan (Pettersen & Solstad, 2014, 2015). I forlengelsen av dette kan vi se at de øvrig nevnte definisjonene for økonomistyring kun omhandler styringsmekanismer som ledelsen i organisasjonen bruker. De tar dermed ikke med styringsmekanismer som ikke involverer ledelsen direkte med i betraktning. Det er derfor behov for å se på økonomistyringsmekanismer på det horisontale planet. Slike styringsmekanismer kan ifra tidligere forskning betraktes som mere uformelle styringsmekanismer, men er ikke begrenset til dette (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008). Disse horisontale og mere uformelle styringsformene finner man ofte i organisasjoner som preges av komplekse arbeidsoppgaver og hvor det ikke er mulig for ledelsen å definere utfallene på forhånd (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008).

Som nevnt så vil sykehus falle inn under denne kategorien, ettersom de er organisasjoner som er avhengig av prosesser som skjer på det horisontale planet. Dermed mener vi det er nødvendig å se på både den horisontale helsesektorspesifikke økonomistyringen og den tradisjonelle vertikale økonomistyringen.

2.2 Vertikal økonomistyring

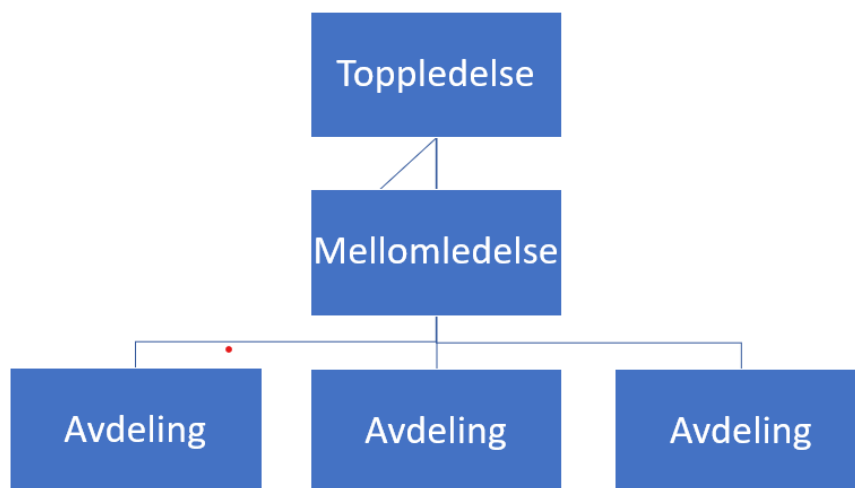
Ettersom sykehusene i Norge er bygget opp langs både det vertikale og horisontale økonomistyringsplanet (Pettersen & Solstad 2014, 2015; Nyland et. al., 2017) vil det være hensiktsmessig å forstå hva disse dimensjonene innebærer. Den vertikale økonomistyringsdimensjonen kan som nevnt tidligere sees på som tradisjonell tilnærming til økonomistyring. Det vil si at det er en hierarkisk oppbygning, og styringen foregår langs de hierarkiske dimensjonene innad i organisasjonen. Kort forklart kan vi se dette eksemplifisert av Vosselman (2002). Her eksemplifiserer han vertikal økonomistyring og dens hierarkiske oppbygning ved å se på et universitet i Nederland. I dette eksemplet kommer det fram at toppledelsen definerer mål som mellomlederne nedover i hierarkiet deretter blir ansvarlige for å innfri. Videre kan vi se at budsjettet som styringsmekanisme spiller en sentral rolle i den vertikale økonomistyringen. Det fungerer i tråd med den hierarkiske oppbygningen med at organisasjonen deles opp i organisatoriske enheter med budsjettansvar, og hvor lederen i en slik enhet har det formelle ansvaret for å sikre at budsjettmålene blir innfridd (Vosselman, 2002). Ledelsen skal helst definere disse målene på forhånd og deretter oversette de til budsjetter og lignende styringsmekanismer, for å så bruke de til evaluering og måling. Til slutt kommer informasjonen oppover igjen i hierarkiet og ledelsen kan bruke det til å fatte nye beslutninger og målsetninger. Dette kalles for en «*control loop*» eller styringsløyfe (Vosselman, 2002; Pettersen & Solstad, 2014,2015).

Som nevnt tidligere så kan det oppstå motvirkende effekter mellom vertikal økonomistyring og horisontal økonomistyring, spesielt når det forekommer stram vertikal økonomistyring (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Nyland et al., 2017). Med andre ord er det behov for forskning på både den vertikale og den horisontale økonomistyringsdimensjonen, spesielt innenfor helsesektoren.

2.3 Horisontal økonomistyring

Som nevnt ovenfor så har det blitt rettet kritikk mot vertikal økonomistyring, forankret i at stram vertikal økonomistyring kan forhindre og motvirke økonomistyring på det horisontale plan. Denne kritikken kan ha virket mot å sette søkelyset på den horisontale økonomistyringsdimensjonen i søken etter å finne en løsning på dette. Forskning har vist at den horisontale økonomistyringsdimensjonen er spesielt viktig innen helsesektoren (Pettersen & Solstad, 2014, 2015; Nyland et.al., 2017) og vi vil derfor ta for oss denne dimensjonen her.

Litteraturen beskriver horisontal økonomistyring som økonomistyring som finner sted mellom avdelinger og organisasjonsenheter som befinner seg på samme nivå i organisasjonens hierarki (Vosselman, 2002; Pettersen & Solstad, 2014, 2015). Dette setter den i kontrast mot den vertikale økonomistyringen som foregår langs den hierarkiske stigen innad i organisasjonen. For å illustrere dette kan vi se på denne modellen vi har basert på litteraturen fra Vosselman (2002) og Pettersen & Solstad (2015):



Figur 1 - Illustrasjon av vertikal og horisontal økonomistyring.

Her kan vi se illustrert hvordan litteraturen viser til både vertikal og horisontal økonomistyring. Den vertikale økonomistyringen vil skje nedover i organisasjonens hierarkiske dimensjon. Den horisontale økonomistyringen vil som Vosselman (2002) og Pettersen og Solstad (2015) viser til skje mellom organisasjonsenheter på samme hierarkiske nivå. Eksempelvis så kan det være økonomistyring som skjer mellom ulike avdelinger slik som modellen viser til. I konteksten av sykehus og klinikkmodellen vil samlingen av disse avdelingene være å anse som en enkelt klinikk. Horisontal økonomistyring vil derfor

eksempelvis skje mellom avdelingene innad i en klinikk. På den andre siden kommer det fram av litteraturen at horisontal økonomistyring ikke er å anse som et alternativ til eller en erstatning for vertikal økonomistyring. Dette kommer fram av Vosselman (2002) som hevder at horisontal økonomistyring ikke er en erstatning, men heller en utfyllende eller komplementær form for økonomistyring. Dette er også spesielt sant dersom avstandene i de vertikale dimensjonene er lange, altså at det er lang avstand og lite kommunikasjon mellom toppledelse og organisasjonsenheter (Vosselman, 2002).

Vi kan finne forskning på den horisontale økonomistyringsdimensjonen under flere ulike emner, men de vi har sett oss ut som mest fremtredende og relevante er intra- og interorganisatoriske relasjoner og laterale relasjoner (Nyland et. al., 2017; Carlsson-Wall et al., 2011; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008; Pettersen & Solstad, 2015). Fellestrekket med disse er at de alle betegner organisatoriske forhold som omhandler styring på tvers av de tidligere omtalte enhetene på samme hierarkiske nivå (Nyland et. al., 2017; Carlsson-Wall et al., 2011; Van der Meer-Kooistra & Scapens, 2008; Pettersen & Solstad, 2015).

Dette bringer oss videre inn på hvordan den horisontale styringsdimensjonen i driften av et sykehus har blitt koblet opp mot tidligere forskning og litteratur. Her kommer det blant annet fram av sykehusreformen i 2002 at norske sykehus skulle bli mere spesialiserte for at tilbudet av tjenester skulle bli mere effektivt. Dette på bakgrunn av en horisontal økonomistyring (Hagen & Kaarbøe, 2006; Pettersen & Solstad, 2015). Pettersen & Solstad (2015) argumenterer videre for at horisontal økonomistyring er betydelig ettersom tjenestene som tilbys på et sykehus fundamentalt sett er basert på prosesser. Disse prosessene strekker seg over flere organisatoriske enheter. Eksempelvis så vil en pasient ofte være innom flere ulike avdelinger eller klinikker i løpet av et sykehusbesøk. Dette krever derfor horisontal styring for å kunne effektivisere denne prosessen (Pettersen & Solstad, 2015).

Avslutningsvis, kan det være verdt å nevne at mye av litteraturen innenfor horisontal økonomistyring har vært skrevet om styringssystemer på tvers av organisasjoner og ikke så mye på tvers av organisatoriske enheter innad i en enkelt organisasjon. I tillegg har litteraturen et sterkt fokus på at hvilke styringsverktøy og mekanismer som er effektive er avhengige av konteksten til organisasjonen (Caglio & Ditillo, 2008). Litteraturen har altså fokusert hovedsakelig på kontekstavhengige variabler som samarbeidsrelasjoner, tillitsgrad og lignende faktorer. I forlengelsen har tidligere forskning foreslått at videre forskning på

området rundt horisontal styring burde ta styringsutfordringer med i betraktning (Caglio & Ditillo, 2008), noe vi vil komme nærmere inn på senere i forskningen.

2.4 «Levers of Control»: Diagnostisk og interaktiv styring

Som nevnt tidligere har forskning på horisontal økonomistyring vist at sterk grad av vertikal økonomistyring kan ha en forstyrrende eller motvirkende effekt (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Nyland et al., 2017). Forskningen stiller dermed krav til at økonomistyringen ved sykehus må finne en balansegang mellom vertikal og horisontal økonomistyring for å kunne effektivisere ressursbruken og sikre god kvalitet på tjenestene de leverer (Pettersen & Solstad, 2015). Vi kan da se til *Levers of Control*, en av de sentrale teoretiske rammeverkene innenfor økonomistyringslitteraturen. Dette rammeverket sikter blant annet på å vise hvordan en organisasjon kan forsøke å balansere diagnostisk og interaktiv styring (Simons, 1994, 1995), som igjen kan knyttes opp mot vertikal og horisontal styring.

2.4.1 Diagnostisk styring

Simons (1995) sammenligner diagnostisk styring med kontrollpanelet i cockpiten til et fly, hvor displayet er kontrollsistemene. Ved å se på verdiene der kan piloten skanne etter tegn på unormale funksjoner og holde kritiske variabler innenfor gitte parametere (Simons, 1995). En bedrift vil benytte seg av diagnostisk styring på samme måte. Mere spesifikt vil det ofte være slik at ledelsen utarbeider og kommuniserer organisasjonsmål nedover i hierarkiet for å så evaluere organisasjonens progresjon opp mot disse målene. Til slutt vil dette diagnostiske systemet mate ledelsen med tilbakemeldinger i tilknytning til progresjon opp mot målene, og ledelsen kan da iverksette tiltak.

Diagnostiske styringssystemer blir derfor i litteraturen sammenlignet med eller knyttet opp mot tradisjonell økonomistyring (Henri, 2006). Dette står i igjen i samsvar med at den tradisjonelle økonomistyringen bærer sterk sammenheng med vertikal økonomistyring.

2.4.2 Interaktiv styring

Eksempler på interaktiv styring kan være at lederen/ledelsen involverer seg direkte i de ansattes aktiviteter eller at han/hun personlig vier sin oppmerksomhet til organisasjonens daglige drift. Med andre ord, hyppig ansikt-til-ansikt interaksjon mellom leder og ansatte på tvers av bedriftens organisatoriske enheter (Simons, 1995; Bisbe et. al., 2005). Interaktiv styring kan sammenlignes med diagnostisk styring i og med at begge systemene kan sees på som måle- og feedback-systemer som benyttes for å oppnå organisasjonens mål. Forskjellen ligger i at ledelsen her vil involvere seg personlig (Simons, 1995). Simons (1995) forklarer videre at interaktive styringssystemer skal bidra til innovasjon, kreativitet og ikke minst organisatorisk læring, samt at slike styringssystemer er med på å forbedre hvordan organisasjonen reagerer på muligheter og usikkerheter i markedet. Videre karakteriseres interaktive styringsverktøy av at det er høy takhøyde og mye rom for innspill og endringer (Bisbe et. al., 2005). Dette har likheter med horisontal styring ettersom interaktiv styring krever høy grad av involvering i bredden av organisasjonen (Simons, 1995, Pettersen & Solstad, 2015). Ofte vil dette skje gjennom styring på det horisontale planet, gjerne mellom ulike ledere av ulike organisatoriske enheter (Bisbe et. al., 2005). Til slutt kan interaktiv styring kategoriseres med fire punkter som skiller den fra diagnostisk styring: informasjon som toppledelsen har identifisert som strategisk viktig, at informasjonen er viktig nok til at den krever oppmerksomhet fra ledere på alle organisasjonsnivåer, informasjonen som anskaffes gjennom interaktive systemer fungerer best når den diskuteres i ansikt-til-ansikt situasjoner og at interaktive systemer fungerer som en katalysator for framtidige antakelser og planlegging (Simons, 1995).

2.4.3 Balansering av Diagnostisk og Interaktiv styring gjennom prosessering av informasjon

For å komme inn på hvordan en kan balansere diagnostiske og interaktive styringssystemer kan vi se på Daft & Lengels (1986) rammeverk om prosessering av informasjon, og hvordan dette kobles opp mot disse styringssystemene. Daft og Lengel (1986) hevder at en organisasjon vil ha et behov for å prosessere informasjon når de møter på usikkerhet og tvetydighet.

Usikkerhet kan vi knytte opp mot diagnostisk styring. Daft & Lengel (1986) hevder at usikkerhet hos en organisasjon vil oppstå i tilfeller hvor en organisasjon møter på et problem

som er klart og identifiserbart, men at organisasjonen ikke besitter den nødvendige informasjonen for å løse det gitte problemet. På den andre siden er informasjonen som kreves for å løse problemet innforstått for organisasjonen, og det samme gjelder for framgangsmåten for å innhente informasjonen. Framgangsmåten for å løse situasjoner hvor organisasjoner er preget av usikkerhet vil blant annet innebære innhenting av store mengder objektiv data. Praktiske eksempler på hvilke styringssystemer dette kan innebære for organisasjoner er informasjonssystemer eller rapporteringssystemer som samler inn store mengder av objektiv data. Denne informasjonen vil deretter bli prosessert og presentert til ledelsen i organisasjonen på en måte som gjør den enkel å tolke (Daft & Lengel, 1986). Dette har klare likhetstrekk ovenfor Simons (1995) rammeverk om *Levers of Control*, spesielt da mot den diagnostiske styringen. Hovedpoenget her blir at diagnostiske styringssystemer også kjennetegnes av klart definerte problemer, ofte i form av organisatoriske mål, og hvor ledelsen får tilbakemeldinger i form av den prosesserte informasjonen som organisasjonen har innhentet (Simons, 1994, 1995).

På den andre siden av Daft & Lengels (1986) rammeverk om prosessering av informasjon har vi tvetydighet. Dette kan vi knytte opp mot den interaktive styringen i en organisasjon. Tvetydighet kan også omtales som uklarhet og har likheter med usikkerhet, men er på samme tid en slags motsetning til usikkerhet i organisatorisk forstand. Når en organisasjon står ovenfor tvetydighet vil det ikke være mengden av tilgjengelig informasjon som er problemet, men heller at det organisatoriske problemet er vanskelig å definere klart og at det i forlengelsen av det er vanskelig å definere en klar handlemåte (Daft & Lengel, 1986). Løsningen på organisatorisk uklarhet blir da ifølge Daft & Lengel (1986) å oppfordre til eller innføre styringssystemer som fremmer utveksling og deling av subjektiv informasjon. Dette er fordi organisasjonen som en helhet ikke har en klar idé eller definisjon av hva problemet er og hvordan det skal løses. Gjennom slik utveksling av subjektiv informasjon på tvers av organisasjonens organisatoriske enheter kan de jobbe mot at organisasjonen får en delt forståelse av organisasjonens nåværende situasjon. I forlengelsen kan de jobbe mot hvilke handlingsmønstre de burde innføre for å kunne effektivt jobbe mot samlede mål.

Defineringen av problemene og hvordan de burde løses vil skje best i ansikt-til-ansikt situasjoner (Daft & Lengel, 1986). Med andre ord kan vi se at definering og løsning av problemer tilknyttet uklarhet er sterkt tilkoblet interaktiv og horisontal styring. Interaktiv

styring skjer som sagt ofte i form av slike ansikt-til-ansikt interaksjoner, og er spesielt effektive på å hjelpe organisasjonen til å iverksette nye løsninger på problemer som er ukjente eller nye for organisasjonen.

Basert på dette kan vi ut ifra Daft & Lengel (1986) se at ulike informasjonsbehov krever ulike tilnærming til informasjonsprosessering og dermed også til økonomistyring. For eksempel vil ansikt-til-ansikt møter være effektiv på å håndtere uklarhet innad i organisasjonen ettersom den tillater oppklaringer av misforståelser fortløpende. I tillegg er det enklere å samle organisatoriske enheter under en enkelt virkelighetsoppfattelse når kommunikasjonen foregår direkte i form av tale og kroppsspråk. På den andre siden vil ikke ansikt-til-ansikt være særlig effektivt på å oppklare usikkerhet. Dette skyldes at ansikt-til-ansikt som et virkemiddel fungerer som en plattform for diskusjon rundt definisjonen av problemet og løsningsframgang. I en situasjon med usikkerhet vil problemet allerede være kjent eller definert og det vil derfor ikke være behov for diskusjon eller samarbeid rundt dette (Daft & Lengel, 1986). Ut ifra dette kan vi se at det eksisterer en sammenheng mellom de organisatoriske styringsverktøyene i både den diagnostiske (horisontale) og den interaktive (vertikale) dimensjonen.

Daft & Lengels (1986) teori om usikkerhet og uklarhet kan også knyttes opp mot økonomistyringen ved Hammerfest Sykehus, ettersom dette er en arbeidsplass hvor arbeidet og prosessene ofte skjer både i de horisontale- og de vertikale styringsdimensjonene. Usikkerhet og uklarhet i en organisasjon er sterkt knyttet opp mot diagnostisk og interaktiv styring, og dermed også de vertikale og horisontale styringsdimensjonene og det er derfor naturlig å anta at dette også vil være relevant for forskningen vår på Hammerfest Sykehus og dens tilhørende avdelinger.

2.5 Styringsutfordringer

Basert på hvilke informasjonsbehov vil det sannsynligvis være varierende grad av usikkerhet og uklarhet, noe som igjen kan gi opphav til ulike styringsutfordringer på tvers av både de horisontale og de vertikale styringsdimensjonene. Som nevnt tidligere har tradisjonell økonomistyring ofte hatt et fokus på vertikal økonomistyring nedover i organisasjonens hierarkiske dimensjon. Ofte med et fokus på å peke organisasjonens atferd i retning av organisasjonens mål, visjon og strategi.

Ettersom arbeid og prosesser ved sykehus ofte involverer den horisontale dimensjonen peker tidligere forskning på at det er styringsutfordringer som knyttes til både de vertikale og de horisontale dimensjonene som er verdt å se på. Arbeid på tvers av organisatoriske enheter kan gi grobunn for flere ulike typer av styringsutfordringer. Basert på tidligere forskning kan vi dele relevante styringsutfordringer opp i tre ulike kategorier: tillitsproblemer, samarbeidsutfordringer og koordineringsutfordringer (Caglio & Ditillo, 2008; Fallan & Pettersen, 2016; Kraus & Lind, 2007). Disse er relevante da de spesielt tar for seg styringsutfordringer som knyttes til organisasjoner hvor den horisontale dimensjonen er viktig, og hvor den horisontale dimensjonen og den vertikale, hierarkiske dimensjonen kan komme i konflikt med hverandre. (Caglio & Ditillo, 2008; Fallan & Pettersen, 2016; Kraus & Lind, 2007; Abernethy & Stoelwinder, 1995; Nyland et al., 2017). Vi vil derfor først gå inn på hva litteraturen har sagt om styringsutfordringer på et mere generelt og overordnet nivå, før vi deretter går inn på styringsutfordringer som er spesifikke for sykehusdrift.

2.5.1 Tillitsutfordringer

Som nevnt tidligere har forskning av Caglio & Ditillo (2008) sett på utfordringer som kan oppstå ved den horisontale styringsdimensjonen og en av utfordringene de setter søkelys på er tillitsbaserte utfordringer. Med dette mener de at de ulike partene i et samarbeid kan forventes til å ha et behov for å beskytte sine egne interesser når de inngår i et samarbeid med andre. Det kan være enten gjennom informasjonsdeling eller felles investeringer (Caglio & Ditillo, 2008). Med andre ord handler denne typen styringsutfordring om den typen utfordringer som oppstår på bakgrunn av at det ikke er tilstrekkelig tillit mellom en gitt samarbeidspartner og organisasjonen. Caglio & Dittillos (2008) forskning på dette omhandler som nevnt tidligere relasjoner på tvers av organisasjoner, men vi tror at dette også er overførbart mellom organisatoriske enheter ettersom de i vår case sitt tilfelle også opererer på det horisontale planet.

2.5.2 Samarbeidsutfordringer

Videre nevner både Caglio & Ditillo (2008) og Kraus & Lind (2007) at samarbeidsutfordringer er en styringsutfordring som kan oppstå, men at dette er belyst gjennom forskning på agent-teori og transaksjonskostnads-teori. Videre viser forskningen til

at samarbeidsutfordringer ofte kan oppstå ettersom samarbeidspartnerne ofte vil opptre opportunistiske. Denne typen utfordringer er ifølge litteraturen som oftest avhengig av at de ulike samarbeidspartnerne jobber for å finne felles motivasjoner eller mål. Dette skyldes at samarbeid ofte fører til utfordringer som følge av at samarbeidspartnerne har ulike eller motstridene motivasjoner eller interesser for samarbeidet (Kraus & Lind, 2007).

2.5.3 Koordineringsutfordringer

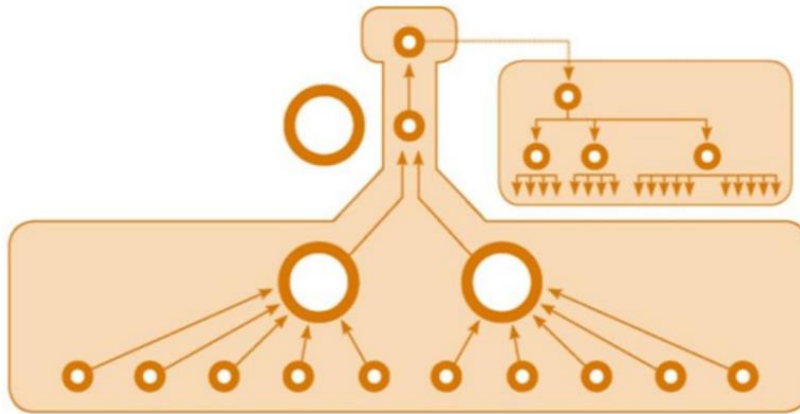
Caglio & Ditillo (2008) omtaler koordineringsutfordringer som oppstår i samarbeidssituasjoner hvor arbeidsoppgavene må fordeles mellom de ulike partene i samarbeidet. De omtaler disse problemene i lys av samarbeid mellom ulike organisasjoner og ikke mellom ulike organisatoriske enheter eller avdelinger. Det er derfor ikke garanti for at de samme utfordringene vil være å se i slike sammenhenger, men det er mulig å tenke seg til at mange av de samme trekkene også vil oppstå på tvers av organisatoriske enheter og avdelinger, ettersom disse også eksisterer på et horisontalt økonomistyringsplan.

Som nevnt tidligere så er denne litteraturen hovedsakelig fokusert på styringsutfordringer på et mere generelt grunnlag, samt at de har sett på styring på tvers av organisasjoner. På den andre siden er det ikke unaturlig å anta at styring på tvers av organisatoriske enheter også vil kunne møte på lignende utfordringer. Spesielt når vi tar med i betraktning at mye av arbeidet i et sykehus skjer gjennom koordinering på tvers av avdelinger og klinikker. Videre vil vi gå inn på sykehusspesifikke styringsutfordringer, ettersom dette er typen utfordringer som vil være mest relevant for vår case.

2.6 Sykehusspesifikke styringsutfordringer

Oppgavens forskningsspørsmål tar sikte på å adressere styringsutfordringer innad i Hammerfest Sykehus. Vi vil i lys av problemstillingen forsøke å legge et grunnlag for sykehusets struktur og oppbygning. Et sykehus kan defineres som en spesialisert organisasjon som tilbyr spesialisert kompetanse på tvers av klinikker og avdelinger. Mintzberg (1979) beskriver sykehus i et rammeverk som kalles *det profesjonelle byråkratiet*. Rammeverket presenteres blant annet i artikkelen av Pettersen et. al. (2008): *Økonomi og helse, Perspektiver på styring*. Relevant for forståelsen av klinikkmodellen er den operative kjernen. Innad den

operative kjernen finner man ansatte med spesialkompetanse. Den operative kjernen struktureres etter to hierarkier som deles inn i det administrative og det profesjonelle (Solstad, 2009).



Figur 2 - Den profesjonelle byråkratiske strukturen, hentet fra (Solstad, 2009, s.35) i (Mintzberg, 1979, s. 361).

Figuren over tar sikte på å illustrere styringsstrukturen mellom ulike ledd i hierarkiet. Det administrative hierarkiet anses som mest vesentlig under problemstillingen. Rollen til det operasjonelle hierarkiet er primært allokering av ressurser, administrative oppgaver og oppfølging av prosesser rundt mål og strategi (Pettersen & Solstad, 2014, 2015). De administrative funksjonene fungerer primært i det vertikale planet. Dette vil si at funksjonene implementeres fra toppen og ned. Det profesjonelle området arbeider med pasientbehandling gjennom koordinering og bruk av spesialkompetanse. Det profesjonelle området må fungere i både den vertikale- og horisontale dimensjonen.

Økonomistyringen ved sykehuset er dermed preget av ulike styringssystemer. (Pettersen & Solstad, 2015). Videre poengteres det at strategiske beslutninger er preget av premisser som beveger seg nedenfra og opp i hierarkiet. Ledelsen og strategiske beslutningstakere vil dermed tilegnes en observerende rolle. Organisasjonsstrukturen krever en kontinuerlig dialog mellom den profesjonelle delen av hierarkiet og den strategiske ledelsen (Pettersen & Solstad, 2015).

2.6.1 Budsjett

Budsjettet i seg selv er et bredt benyttet styringsverktøy og kan i moderne økonomistyring ses på som en av grunnpilarene for mange av styringssystemene som benyttes i ulike moderne organisasjoner (Bunce et. al., 1995; Bogsnes, 2012). Når det kommer til budsjett som styringsverktøy kan vi i moderne sammenheng trekke ut flere ulike funksjoner. For eksempel er budsjettet med på å styre at organisasjonens operasjoner og operasjonelle mål står i tråd med finansielle mål og rapporter. Videre kan det brukes som virkemiddel for økonomistyring og koordinering på tvers av organisatoriske enheter, samt forsterkning av ledelsens beslutningstaking og ansvarlighet. Det kan også brukes som et virkemiddel for å måle organisasjonen opp mot andre eller seg selv (Gjønnes & Tangenes, 2014).

Med andre ord er budsjettet et svært sentralt tema innenfor økonomistyringslitteraturen, men det betyr ikke at den er uten problemer eller kritikker. I følge Bogsnes (2012) er tradisjonell økonomistyring med budsjett som grunnlag under kritikk. Han hevder at kritikkene rettes mot at bruk av budsjettet ofte kan føre til at informasjonen eller feedback mottas for sent og at den derfor vil være irrelevant i organisasjonens beslutningsøyeblikk. På den andre siden er budsjettet et sentralt økonomistyringsverktøy for det offentlige næringslivet, og det samme gjelder for sykehusnæringen (Pettersen & Solstad, 2014, 2015; Nyland et. al., 2017). Vi anser derfor teori rundt budsjett som relevant for vår case. Under vil vi koble budsjettet som styringsverktøy opp mot vår case og teorien som er relevant for den.

Videre vil vi ta for oss det teoretiske rammeverket rundt budsjett. Budsjett anses som et diagnostisk styringsverktøy som fungerer hovedsakelig i den vertikale dimensjonen. Ansvar for rundt budsjetter delegeres til klinikklederne (Pettersen & Solstad, 2015). Inntektsaspektet til budsjetter innad klinikkmodellen er preget av et innsatsstyrt element. Dette medbringer at aktiviteten til en gitt klinikk skal sette grunnlag for delegeringen av finansielle midler (Pettersen & Solstad, 2014). For å knytte aktivitetsnivå til inntektene delegert, utnyttes DRG poeng. DRG poeng har som formål å være et insentiv for produktivitet for klinikkene (Pettersen & Solstad, 2014).

Ved vurdering av budsjett vil det være vesentlig å forstå hva som påvirker kostnadssiden i et budsjett i den kliniske modellen. Det eksisterer 2 separate systemer for styringsinformasjonen til en klinikk. Klinikken kostnadsinformasjon påvirkes av en manglende kommunikasjon mellom styringsinformasjon og kostnadsinformasjon (Pettersen & Nyland, 2006; Scarparo,

2006). En kritikk av dette er at kostnadene budsjetteres etter historiske kostnader og ikke aktivitetsnivå (Pettersen & Nyland, 2006). Dette gjør det vanskelig for klinikklederne og styre ressursbruk basert på kostnad. Dette kan også føre til situasjoner hvor økt aktivitet fører til lavere budsjetterte midler (Pettersen & Nyland, 2006).

Ettersom budsjetteringen følger de vertikale linjene i en organisasjon, kan det føre til en manglende integrering av de horisontale prosessene. Konkret for klinikkmodellen ser man en manglende integrasjon av pasientbehandlingsprosessen og samarbeid på tvers av avdelinger i budsjetteringen. Klinikkledere kan oppleve en manglende evne til å kontrollere kostnadene, ettersom kostnadene påløper i andre horisontale dimensjoner de ikke kan kontrollere (Nyland et al., 2017). Ytterligere kan de eksistere ulike budsjetts praksiser på tvers av klinikkene. Dette kan medføre at enkelte klinikker styres ved bruk av faste budsjetter samtidig som andre styres ved innsatsstyrte budsjetter. Dette kan virke som enda en kilde for problematikk i økonomistyringsprosessen (Nyland et al., 2017). En slik strukturering kan føre til manglende evne til kommunikasjon og koordinering på tvers av klinikker. Et økende aktivitetsnivå innad en avdeling kan resultere i en budsjettsprekk i en annen avdeling. Ytterligere kan en reduksjon av kostander innad en avdeling virke hemmende for produksjonen innad en annen avdeling (Nyland et al., 2017).

Det kan argumenteres for at DRG systemet bidrar til den negative utvikling budsjetts praksis. Målene for DRG er nasjonalt aggregerte mål som ofte avviker sterkt fra de enkelte avdelingene. Dersom det er store avvik fra ressursbruken innad de enkelte avdelingene vil de aggregerte tallene ha svekket evne til å fungere som mål for økonomistyring (Nyland & Pettersen, 2018). DRG målene kan være en kilde til betydelige svingninger og endringer i ressursallokering innad et sykehus. Om man forstår DRG-vektene som et mål på aktivitet kan dette føre til problematikk på bekostning av andre avdelinger. Ettersom ressursallokering holdes relativt konstant på et nasjonalt nivå vil en økning av aktivitet gå på bekostning av andre avdelingers ressurser (Nyland & Pettersen, 2018). DRG modellen kritiserer også for å anse pasienter i grad av lønnsomhet. Denne graden av lønnsomhet kan oppleves motstridene i prosessen av pasientbehandling. Dette ettersom beslutninger i helseforetak skal tas på bakgrunn av medisin og ikke økonomi i henhold til praksisen. Dette illustrerer en vesentlig konflikt mellom medisin og økonomi. Denne konflikten kan manifestere seg i et tydelig skille mellom plan og handling (Nyland & Pettersen, 2018, Pettersen & Nyland, 2006). Det er på

andre siden verdt å nevne at vi har fokusert mere på budsjett som virkemiddel i sin helhet og mindre på det spesifikke budsjettssystemet de benytter seg av ved Hammerfest sykehus, ettersom vi følte at dette var mere relevant for problemstillingen og konteksten.

2.6.2 Målsetninger og visjon

I de norske sykehusene kommer overordnede mål og visjon utenifra. Mere spesifikt blir de gitt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom et oppdragsdokument, som deretter blir brutt ned til de spesifikke målene som gjelder på enhetsnivå. I sykehusdrift viser også litteraturen at sterke profesjoner er med på å lede til motsetninger mellom profesjonsrelaterte og økonomirelaterte målsetninger (Nyland & Pettersen, 2018). Det samme gjelder også for Finnmarkssykehuset HF, og mere spesifikt Hammerfest Sykehus.

At mål og visjon settes utenifra fører til at det er lang avstand mellom de som fastslår målene og de som skal jobbe mot nettopp målene og visjonen. Litteraturen viser at dette fører til at disse oppdragsdokumentene derfor blir uklare, ettersom disse dokumentene implementeres på et veldig overordnet nivå. Når målene oppleves som uklare og veldig overordnede kan det føre til problemer med virkelighetsforståelse. Som nevnt tidligere (Daft & Lengel, 1986) vil ulik virkelighetsforståelse innad i organisasjonen føre til problemer rundt å jobbe mot samlede mål eller visjoner. Dette er spesielt relevant for sykehusorganisasjoner, ettersom disse som sagt er utsatt for konflikter mellom de institusjonelle logikkene. Med det menes at helseperspektivet alltid blir satt opp mot økonomiperspektivet, da igjennom mål og visjon og videre ned til den daglige driften (Daft & Lengel, 1986; Pettersen & Solstad, 2014, 2015, 2019).

I forlengelsen av dette viser litteraturen at målene da kan ende opp med å motvirke hverandre, innad i organisasjonens drift (Pettersen & Solstad, 2014, 2015; Solstad & Pettersen, 2019). Slike konflikter kan derfor føre til større problemer med implementering av mål nedover i organisasjonens hierarki, og dermed også med målkongruens (Pettersen & Solstad, 2014, 2015; Solstad & Pettersen, 2019).

Vi ser videre av Pettersen et. al. (2008) at denne typen problem med ulik virkelighetsforståelse har konsekvenser for organisasjoner. Når det kommer til målsetning og visjon kan det medføre utfordringer rundt å angi måloppnåelsen i organisasjonen. Dette er spesielt relevant for sykehusorganisasjoner da det ofte eksisterer ulike metodikker og praksiser rundt behandlinger, noe som i neste omgang medfører at de ofte har store ulikheter

når det kommer til ressursbehov. Dette fører til at sykehusorganisasjoner står ovenfor ulike subjektive valg, både tilknyttet det helsefaglige og det økonomiske. På bakgrunn av dette sier Pettersen et. al. (2008) at det naturligvis derfor kan oppstå konflikter i forbindelse med mål, visjon og ressursbruk. Litteraturen viser at sykehusorganisasjoner derfor ofte står ovenfor et dilemma når det kommer til målsetning og visjon, spesifikt i form av at det helsefaglige og økonomiske ofte blir satt opp mot hverandre. Dette kan dermed føre til at sykehusledelsen og fagarbeiderne/klinikerne har motstridende syn på hva målsetningene og visjonen er. I tillegg kan økt fokus på det ene området føre til at det andre området blir neglisjert (Pettersen et. al., 2008; Solstad & Pettersen, 2019). For eksempel vil økt fokus på økonomi kunne gå ut over helsefaglige mål, og økt fokus på helsefaglige mål vil kunne gå ut over økonomiske mål.

2.6.3 Institusjonelle logikker og tolkninger

Som etablert tidligere fungerer verktøy som budsjett som en del av økonomistyringsprosesser i et foretak. For å danne en forståelse av virkeområdet til økonomistyring vil vi ta stilling til institusjonelle logikker og tolkninger. En institusjonell logikk belager seg på en antagelse om at organisasjoner er dypt preget av institusjonelle forhold. Disse forholdene betegner sosiale og kulturelle forhold som preger antagelser og oppfatninger av virkeligheten foretaket eksisterer i. Dette danner et grunnlag for den felles forståelsen av målsetning og formål for driften (Scott, et. al. 1994).

Institusjonen vil formes av rutiner og normer som gjentar seg for å etablere en kjent praksis. Når disse praksisene anerkjennes som effektive måter og handle på vil de utvikles til rutiner innad i driften (Burns & Scapens, 2000). Institusjoner kan betegnes som stabile sosiale konstrukt med motstandskraft og felles målsetning. De etablerte antagelsene, rutinene og målsettingene vil videreføres til nye medlemmer av organisasjonen. Burns & Scapens (2000) formulerer en prosess hvor dette skjer (Burns & Scapens, 2000).

Institusjonell logikk vil i sykehuset fungere som et overordnet sett av retningslinjer som styrer hvordan en gruppe individer handler for å opprettholde struktur. Dette gir veiledning for tolkning og håndtering av sosiale situasjoner. Disse rammene skaper en følelse av sikkerhet og aksept blant aktørene, noe som tillater enkeltpersoner å navigere situasjoner basert på etablerte prinsipper (Greenwood et al., 2011). De ulike institusjonelle logikkene kan skape ulike perspektiver rundt betydningen av økonomistyring, noe som igjen kan føre til

utfordringer med å oppnå økonomisk balanse i helsesektoren. Dette spekteret av forståelser og tilnærminger til økonomistyring kan forårsake konflikter i organisatoriske beslutningsprosesser (Greenwood et. al., 2011).

I større organisasjoner eksisterer det ulike institusjonelle logikker knyttet til ansattes utdanning og arbeid. Disse logikkene er ofte utarbeidet fra ulike profesjonelle retninger (Exworthy & Halford, 1999). Profesjonelle logikker er assosiert med den individuelle, profesjonelle identiteten (Lok, 2010). Ledere spiller en sentral rolle i å omsette disse logikkene til praktiske handlinger (Thornton et al., 2012). Imidlertid kan dette være utfordrende når det oppstår et avvik mellom ulike logikker som ledere må navigere mellom (Greenwood et. al., 2011). Det er påvist at ledere i profesjonelle organisasjoner, som har sin utdanning rettet mot fagområdet til profesjonen, ofte legger vekt på den profesjonelle logikken kontra for eksempel den økonomiske. (Pache & Santos, 2013).

Når lederne blir introdusert for nye institusjonelle logikker som eksisterer parallelt med den profesjonelle logikken, kan mangelen på kunnskap og informasjon om den nye logikken føre til ignoranse som en vanlig reaksjon (Pache & Santos, 2013). Empirien indikerer at mellomledere kan havne i konflikt mellom ledelseslogikk og profesjonell logikk (Olsen & Solstad, 2017). Dette fokuset varierer imidlertid innenfor ulike profesjoner og deres kontekst. For eksempel oppstår det mindre spenning mellom logikkene til ledere i skole- og barnehagesektoren sammenlignet med helsesektoren. I sektorer hvor den profesjonelle logikken er mer fremtredende oppleves det ofte større grad av konflikt (Olsen & Solstad, 2017). Dette studiet er med på å sette søkelys på konflikten mellom den helsefaglige logikken og den økonomiske logikken, hvor ledere med bakgrunn i profesjoner ofte har sentrale roller, og tar utgangspunkt i disse komplekse dynamikkene knyttet til nettopp disse institusjonelle logikkene.

I helsesektoren blir skillet mellom økonomisk styring og profesjonelle prioriteringer ekstra tydelig. Helsesektoren er ifølge litteraturen preget av ekstra sterke profesjonslogikker, noe som derfor fører til dette skillet. Vi ser også at fagarbeidere ofte til en viss grad blir skjermet fra det økonomiske (Pettersen & Solstad, 2014). Denne praksisen fører til at klinikere primært fokuserer på medisinske aspekter og følger den profesjonelle logikken, mens ledelsen ofte er mer opptatt av økonomisk rapportering og følger den administrative logikken. Denne delingen gjenspeiles i styringen på ulike nivåer i sykehuset, hvor ledelsen på øverste nivå er orientert

mot budsjetter og regnskapsinformasjon, mens den operative kjernevirksomheten styres ut fra normer og verdier (Nyland & Pettersen, 2004). En slik separasjon kan føre til en dekopling mellom de formelle styringssystemene og den daglige operative virksomheten (Pettersen & Solstad, 2015). Tidligere forskning har vist hvordan denne avstanden skaper utfordringer knyttet til manglende samordning mellom klinisk praksis og den økonomisk-administrative styringen (Pettersen & Nyland, 2006). Vår studie vil utforske utfordringer tilknyttet konflikten mellom disse institusjonelle logikkene.

2.7 Oppsummering av det teoretiske rammeverket

For det teoretiske rammeverket vurderte vi eksisterende teorier og litteratur og tok sikte på å utforske det som ville være mest relevant for vår studie. I vurderingen av det konseptuelle rammeverket la vi til grunne problemstillingen om styringsutfordringer ved Hammerfest sykehus. Innledningsvis tar vi for oss en generell konseptualisering av begrepet «økonomistyring» og viser til begrepets ulike kvaliteter. Blant annet gjennom rammeverk som Simons (1994) *Levers of control*. Videre vurderer vi økonomistyring i henhold til den vertikale- og horisontale dimensjonen. Her poengteres ulikhetene mellom disse styringsteoriene i henhold til økonomistyring som begrep.

Deretter tar vi for oss «*levers of control*» som rammeverk for å kaste lys på hvordan horisontal- og vertikal økonomistyring kan balanseres. Videre legges det frem en drøfting av balansen mellom interaktiv og diagnostisk økonomistyring. Den interaktive og diagnostiske styringen vurderes i henhold til horisontal og vertikal økonomistyring (Simons, 1994, 1995; Pettersen & Solstad 2014, 2015; Nyland et. al., 2017). Videre ser vi på hvordan disse styringssystemene påvirkes av prosessering av informasjon. Her utforskes manglende informasjon og tvetydelighet i kontekst av økonomistyring på det horisontale- og vertikale planet (Daft & Lengel, 1986).

Vi undersøker deretter styringsutfordringer. Her utforsker vi først en overordnet konseptualisering av begrepet. I henhold til rammeverket av Caglio & Ditillo (2008) deler vi styringsutfordringer inn i 3 primære kategorier: tillitsutfordringer, samarbeidsutfordringer og koordineringsutfordringer. Med denne defineringen til grunne beskriver vi mer konkrete styringsutfordringer som oppstår i sykehusorganisasjoner. Her begynner vi med en overordnet beskrivelse av sykehusets strukturer og hierarki. Vesentlig for problemstillingen utforskes et

skille mellom de operasjonelle og profesjonelle logikkene i sykehuset (Olsen & Solstad, 2017). Vi ser deretter på budsjett i lys av sykehusets rammeverk. Her utforsker vi DRG-modellen og interessekonfliktene som kan oppstå mellom de profesjonelle og administrative aktørene (Pettersen & Solstad, 2014). Vi har på den andre siden valgt å fokusere på budsjett som virkemiddel på overordnet nivå. Konkluderende for det teoretiske rammeverket ser vi på institusjonelle antagelser som kan påvirke aktørene. Her undersøker vi hvordan institusjonelle forhold legger til rette for en felles forståelse av målsetting og hvordan denne forståelsen utvikler seg til felles vaner og rutiner (Scott, et. al., 1994).

3. Metode

Vi vil i dette kapittelet ta sikte på å beskrive den metodiske tilnærmingen av oppgaven. Ettersom vi undersøker menneskelige systemer, vil vi basere den metodiske tilnærmingen på den samfunnsvitenskapelige metoden. Begrepet metodologi betegner hvordan undersøkelser skal gjennomføres for riktig produksjon av kunnskap. Metode kan tolkes som en utdypning av begrepet mytologi. Dette vil i større grad være en konkretisering av fremgangsmåte og prosess for generering av pålitelig kunnskap (Johannessen et al., 2010).

For denne masteroppgaven planlegger vi å angripe oppgaven med en kvalitativ tilnærming. Nærmere bestemt vil det si tilnærmingen vår baserer seg på at vi tar et fortolkende ståsted og at selve forskningen på fenomenet tar sted mellom forskerens forståelse av fenomenet og konteksten av forskningstemaet (Bell et. al., 2019).

I forlengelsen av dette kan vi da si at vi også har en deduktiv tilnærming. Det er ofte et skille mellom deduktiv og induktiv tilnærming til forskningen, hvor induktiv går ut på å bruke empiri for å danne en teori. Deduktiv på den andre siden bruker teori for å forsøke å forklare empiri (Johannessen et al., 2010). Basert på dette vil vi benytte oss av en deduktiv tilnærming.

Videre kan vi si litt om tidsperspektivet for dette studiet, ettersom dette er en faktor som virker sterkt inn på metodevalg. Ettersom dette er en masteroppgave som skal skrives og leveres innenfor et tidsrom på mere eller mindre 6 måneder så er tidsrommet ganske så begrensende. Av den grunn vil vi benytte oss av en tverrsnittstudie. Dette er en metode som går ut på å danne et bilde av situasjonen eller fenomenet i et enkelt øyeblikk, og er ikke begrenset av tidsrom da all data samles inn i det samme øyeblikket (Johannessen et al., 2010).

Videre tror vi ikke dette vil ha en negativ innvirkning på masteroppgaven da vi ikke har som hensikt å måle utviklingen av dette fenomenet, men heller å belyse hvordan en virksomhet i offentlig sektor påvirkes av styringsutfordringer i det undersøkende øyeblikket.

Når det kommer til de spesifikke metodene for datainnsamling vil vi benytte kvalitative intervjuer med et sett informanter fra den gitte virksomheten, samt dokumentanalyse av eksisterende litteratur og eventuelle sekundærdata.

3.1 Vitenskapeteoretisk tilnærming

Vi vil innledningsvis for den metodiske tilnærmingen ta stilling til hvordan vi definerer og oppfatter virkeligheten. Vi vil på bakgrunn av dette velge og vurdere den metodiske tilnærmingen. Relevant for samfunnsvitenskapelig forskning er forskerens syn på omverden og sosiale fenomener. Et sentralt spørsmål for den vitenskapeteoretiske tilnærmingen er om sosiale fenomener eksisterer objektivt og uavhengig av enkeltindivider. Alternativt kan sosiale fenomener antas å være et sosialt konstrukt som eksisterer separat fra den objektive verden (Johannessen et al., 2010; Bryman & Bell, 2015).

Ontologiske spørsmål om eksistens og sikker viten utforskes gjennom objektiv og subjektiv ontologi. Objektiv ontologi hevder at virkeligheten eksisterer uavhengig av subjektiv oppfatning, mens subjektiv ontologi understreker nødvendigheten av subjektiv tolkning av virkeligheten som et sosialt konstrukt. Epistemologien, som omhandler tilegnelse av kunnskap, har konkurranse mellom positivisme og hermeneutikk, som representerer ulike syn på objektivitet og kunnskap (Johannessen et al., 2010). Filosofiske spørsmål om sikker viten vil ikke danne grunnlaget for vår oppgave. Mest relevant for oss er den samfunnsvitenskapelige metodens begrensninger med tanke på subjektivitet.

Den hermeneutiske retningen assosieres ofte med kvalitative forskningsmetoder og subjektiv ontologi. Denne retningen baseres på en tvilsomhet til sikker viten og presiserer viktighet bak en subjektiv oppfattelse av virkeligheten. Innen tilnærmingen vektlegges tolkning av virkeligheten (Grenness, 2001).

Innad det akademiske landskapet vil ulike problemstillinger legge grunnlag for valg av ontologiske og epistemologiske antagelser. Oppgaven vil ha et kvalitativt forskningsdesign

som assosieres med hermeneutikk og subjektiv ontologi. Det eksisterer også fenomener og aspekter med forskningsspørsmålene som må vurderes i en mer objektiv ontologisk tolkning.

3.2 Metode for datainnsamling

Kvalitative intervjuer som metode for datainnsamling er en av de mest brukte metodene for innsamling av data av den kvalitative typen. Samtidig gir kvalitative intervjuer forskerne større grad av fleksibilitet og en dypere beskrivelse av forskningsfenomenet (Johannesen et. al., 2010; Bell et. al., 2019).

For å definere eller beskrive hva et kvalitativt intervju er kan man gå nærmere inn på hva som karakteriserer et slikt intervju. Kvalitative intervjuer beskrives av Johannesen et. al. (2010) som en strukturert samtale mellom en informant og en eller flere forskere hvor formålet består av å beskrive eller forstå et gitt fenomen. Videre kan vi se at det finnes flere måter å gjennomføre et kvalitativt intervju på. Man kan for eksempel gjennomføre et strukturert intervju med forhåndsformulerte spørsmål og forhåndsdefinerte svaralternativer. På den andre siden kan man ha et ustrukturert intervju, hvor man isteden har en mere uformell samtale hvor spørsmålene og svarene ikke er forhåndsdefinerte, men heller lages etter hvor samtalen bærer. I midten av disse har man et semi-strukturert intervju, hvor man tar deler av både strukturerte og ustrukturerte intervju for å tilpasse situasjonen man befinner seg i (Johannesen et. al., 2010).

Vi benyttet oss av kvalitativ metode ettersom vi tror dette passet best for vår studie og konteksten. Videre benyttet vi oss av semi-strukturerte intervjuer, altså en mellomting mellom strukturerte og ustrukturerte intervjuer. På forhånd laget vi en intervjuguide som dannet grunnlaget for intervjuet/samtalen med intervjuobjektene. På den andre siden begrenset vi oss ikke fullstendig av denne intervjuguiden, men at den heller fungerte som en guide for samtalen. Eksempelvis benyttet vi muligheten for å endre litt på spørsmålene, rekkefølgen eller stille oppfølgingsspørsmål ettersom hva situasjonen krevde (Johannesen. Et. al., 2010). Fordelen med denne typen intervju er at man får frem intervjuobjektene virkelighet tydeligere. Dette på bakgrunn av at metoden er fleksibel, men fortsatt relativt strukturert. Et motargument mot semi-strukturerte intervju kan være at det er vanskeligere å sammenligne dataene man samler inn ettersom slike intervjuer ofte vil være forskjellige fra gang til gang (Johannesen et. al., 2010).

Dokumentstudier vil også være en relevant metode for datainnsamling. Dokumentstudier kan vi definere som analyse av sekundærdata fra f.eks. nettsider, avisartikler, nyhetsoppslag, rapporter og bilder (Bell et. al., 2019). Dette er relevant for å supplere informasjonen vi fikk fra intervjuer og at det bidro til å danne et overordnet bilde av situasjonen vi forsket på.

3.3 Forskningsdesign

Et forskningsdesign utgjør grunnlaget for struktureringen av forskningsprosessen, og det er utformet for å adressere og løse en spesifikk problemstilling (Bryman & Bell, 2019).

Forskningsdesignet gir retningslinjer for hva som skal undersøkes, hvordan undersøkelsen skal gjennomføres, og hvordan data skal analyseres for å gi svar på den formulerte problemstillingen (Easterby-Smith et.al., 2008). Forskningsdesignet omfatter behandlingen av forholdet mellom teori og empiri, formålet mellom beskrivelse eller forklaring, tidsdimensjonen, samt graden av bredde og dybde i undersøkelsen (Jacobsen 2005).

Innledningsvis for forskningsdesign vil det være vesentlig å bestemme tilnærmingen til teorien. Litteraturen skiller mellom en deduktiv og induktiv tilnærming til teori. Dette refererer til om forskeren tar utgangspunkt i teori når empiriske studier skal gjøres, eller om forskeren starter med empiriske observasjoner for deretter å danne teori (Easterby-Smith m.fl., 2008). Det kan etableres en distinksjon mellom å empirisk teste etablert teori og utvikling av teori utelukkende basert på observerte fenomener. I tillegg eksisterer en tredje tilnærming kjent som abduksjon, som involverer en gjentakende prosess som veksler mellom induksjon og deduksjon (Bryman & Bell, 2015). I vår studie vil vi ta sikte på å utnytte teori for å forklare fenomener ved Hammerfest Sykehus. Dette vil være en abduktiv tilnærming til vitenskap.

Et annet skille i tilnærmingen er forskjellen på beskrivende og forklarende design. Beskrivende design innebærer å gi en detaljert beskrivelse av hvordan et fenomen manifesterer seg på et bestemt tidspunkt eller hvordan det utvikler seg over tid. Dette inkluderer også undersøkelse av eventuelle samvariasjoner med andre fenomener, og gir dermed et omfattende bilde av relasjonene og dynamikken knyttet til det aktuelle fenomenet (Jacobsen, 2005).

Forklarende design setter søkelys på å undersøke årsakssammenhenger, også kjent som kausale sammenhenger. Begrepet kausalitet er ofte omstridt innenfor samfunnsvitenskapen, da det involverer ideer om årsak og virkning. Å forstå kausalitet innebærer å identifisere og

forklare hvordan en variabel påvirker en annen, og dette krever ofte komplekse analytiske tilnærminger. Diskusjonen om kausalitet i samfunnsvitenskapen reflekterer ofte kompleksiteten knyttet til å etablere årsakssammenhenger i sosiale fenomener. I samfunnsvitenskapen kan det være vanskelig å fastslå strenge lover eller universelle prinsipper på samme måte som i naturvitenskapen. Forskere i samfunnsvitenskapen må derfor være forsiktige med hvordan de tolker og generaliserer funn om årsakssammenhenger (Jacobsen, 2005).

Et annet vesentlig aspekt med forskningsdesign er tidsdimensjonen. Mer konkret tidspunktet for datainnsamling og om denne innsamlingen skjer over tid. Dersom innsamlingen av data skjer over tid, kaller man dette en longitudinell studie (Jacobsen, 2005). I vår studie samler vi inn data på et tidspunkt. Vi vil også ta stilling til grad av bredde og dybde i studien vi skal gjennomføre. Bredden i en studie referer til antall enheter som undersøkes. Samtidig vil dybden være et mål på datamengde og kompleksiteten til dataen som innhentes til studien. Bredde og dybde i en undersøkelse forstås som to gjensidige utelukkende kvaliteter. En studie med betydelig dybde vil sjeldent ha stor bredde og vice versa. (Jacobsen, 2005).

Det intensive designet setter søkelys på å undersøke et lite utvalg grundig for å oppnå en omfattende og detaljert forståelse av fenomenet. Denne tilnærmingen søker å samle relevante data for å gi en dyp og helhetlig beskrivelse (Jacobsen, 2005). Denne type forskningsdesign går ofte i dybden på et lavt antall enheter og er derfor avhengig av konteksten. Dette begrenser muligheten for generell bruk til teoretisk generalisering (Jacobsen, 2005). Vi har valgt et intensivt design fordi vi ønsker å danne en forståelse av tolkninger og opplevelsen til enkelte aktører innad i klinikken. Videre ønsker vi å undersøke konsekvensene av konfliktene som oppstår grunnet ulike oppfatninger av mål innad i klinikken. Vi har i lys av denne målsettingen gjennomført intervjuer i ulike avdelinger hvor vi får innsikt hos administrative arbeidere og helsepersonell.

Avslutningsvis vil vi si at denne studien benytter et beskrivende design med en deduktiv tilnærming til teori. Vi har valgt å utføre en intensiv studie der data samles på ett enkelt tidspunkt. Innenfor intensiv design velger vi å bruke casedesign som det forskningsdesignet som er valgt for denne studien.

3.4 Casedesign

En studie med et casedesign har som formål å undersøke et fenomen i dybden. I et casedesign blir problemstillingen studert i en virkelig kontekst. I denne typen design omtales objektet man forsker på som en case. Ytterligere vektlegges det at hvert design har særpreg som ikke alltid kan generaliseres (Bryman & Bell, 2015).

I vårt tilfelle har vi satt søkelyset på Hammerfest Sykehus, også omtalt som Klinikk Hammerfest. Hammerfest Sykehus er et offentlig helseforetak med aktører innenfor både det administrative og det profesjonelle. Vi har som mål å undersøke ulike perspektiver på styringsutfordringer. Formålet vårt er å gjennomføre intervjuer av helsefagarbeidere og ledere på tvers av avdelinger og ulike nivåer. På den måten vil vi oppnå ulike perspektiver på styringsutfordringer som avhenger av kontekst. Vi opplever dette som rett design for vår oppgave ettersom casedesign best utnyttes for å beskrive kompleksiteten til et fenomen.

Det kan være ulike grunner til å utføre en casestudie. Vår case er klassifisert som en deskriptiv case, ettersom hensikten er å utvide innsikten til et fenomen som tidligere har vært undersøkt. Ifølge Yin (2014) må forskerne bestemme seg for hvor mange saker og analyseenheter som skal inkluderes. Forskerne kan velge å studere ett eller flere tilfeller, som kan undersøkes som en helhet eller som flere analyseenheter (Yin, 2014).

3.5 Metodevalg

Metodevalget har som mål å svare på hvilke data som skal innhentes. For valg av metode opplevde vi det som nødvendig å velge en metode for innsamling av data som passer problemstillingen. Overordnet gjøres det et skille på kvalitativ og kvantitativ metode for innsamlingen (Jacobsen, 2005). Ved en kvalitativ metode innsamles f.eks. lyd, bilder og ord. Samtidig skjer kvantitativ metode ved innsamling av tall (Jacobsen, 2005).

Vi har valgt en kvalitativ metode for vår studie. Forskingen handler om hvilke styringsutfordringer som kan oppstå i et sykehus som er organisert gjennom klinikkmodellen. Vi opplever problemstillingen som kompleks, nyansert og avhengig av tolkning. For en slik problemstilling vil en kvalitativ metode være hensiktsmessig. I tråd med forskningsdesignet anerkjenner vi at vårt arbeid også vil preges av fortolkningen av informasjonen som samles inn (Bryman & Bell, 2015; Jacobsen 2005). En av fordelene med en kvalitativ metode er at det gir rom for en åpen og fleksibel tilnærming. Dette tillater utforskning av ny og relevant informasjon, selv uten definerte retningslinjer (Jacobsen, 2005).

En annen fordel er at den kvalitative tilnærmingen tillater oss å fange opp hva som skiller informantene fra hverandre. Enten det skulle være på informantnivå, eller på et mere overordnet nivå. Ytterligere gir det oss en forståelse av emnet i lys av den spesifikke konteksten vi undersøker (Jacobsen, 2005). Noen ulemper med et slikt forskningsdesign kan være at innhenting av data er ressurskrevende. Ytterligere vil dataen som hentes inn være kompleks og detaljrik, noe som gjør analyseprosessen krevende. En annen innvending mot et slikt valg av datainnsamling er at forskerne kan komme for nært intervjuobjektene og miste nøytralitet (Jacobsen, 2005).

3.6 Kvalitative Intervjuer

Et kvalitativt intervju kan beskrives som en samtale med struktur og formål (Johannessen m.fl., 2011). Slike intervjuer utnyttes for å sikre høy detaljrikdom i datamaterialet. Slike intervjuer er den mest vanlige tilnærmingen til datainnsamling under den kvalitative metoden (Johannessen m.fl., 2011). Når et av intervjuobjektene responderer på spørsmål i et kvalitativt intervju, dokumenteres disse svarene som data. Målet med et slikt intervju er å oppnå innsikt i fenomenet eller å beskrive et emne. Dette skjer ved å samle inn informasjonen gitt av intervjuobjektene om deres subjektive tolkning av problemstillingen. Videre vil denne dataen tolkes i lys av fenomenene som beskrives (Johannessen m.fl., 2011). Vi har valgt kvalitative intervjuer fordi vi ønsker nyanserte og detaljrike beskrivelser av problemene vi undersøker. Vi ønsker å tilby informantene en anledning til å gi sin beskrivelse av hvordan de opplever organiseringen og deres opplevelse av fenomenet.

Kvalitative intervjuer inneholder varierende grad av strukturering. Alt fra intervjuer uten stor grad av struktur med åpne spørsmål til strukturerte intervju med svaralternativ. Det eksisterer fordeler og ulemper med valg av strukturering. Mye struktur vil gjøre dataen mer sammenlignbar. Samtidig vil dette begrense fleksibiliteten (Johannessen m.fl., 2011). I midten av dette spekteret finner man semistrukturerte intervjuer. Dette er datainnsamlingsmetoden vi har valgt å benytte oss av. Her benyttes forhåndsformulerte spørsmål, tema og problemstillinger. Spørsmålene er utarbeidet i lys av oppgavens problemstilling og har som mål å nå en balanse mellom standardisering og fleksibilitet. Denne balansen skjer ved standardisering av spørsmål som stilles, men med spillerom til at informanten selv viker fra strukturen der de opplever det som nødvendig (Johannessen m.fl., 2011).

3.7 Forskningsprosessen

Vi tok kontakt med tidligere økonomisjef på Finnmarkssykehuset den 14.01.2024. Deretter hadde vi samtaler rundt vår problemstilling og hvem vi ønsket å intervjuer til vår studie. Vi ble så satt i kontakt med direktøren for Finnmarkssykehuset HF. Vi hadde en uformell samtale rundt vår problemstilling og hvilken problematikk direktøren møtte på i sin arbeidshverdag. Ettersom økonomisjefen sluttet i sin stilling, fikk vi kontaktinformasjonen til klinikkssjefen for Hammerfest sykehus den 19.03.2024. Vi hadde deretter et møte med vedkommende hvor kontaktinformasjon til mulige informanter ble oppgitt. Totalt fikk vi kontaktinformasjonen til 6 mulige informanter. Vi opplevde problematikk rundt å avtale intervjuer ettersom enkelte av informantene ikke var tilgjengelige eller ikke ga oss svar. Vi fikk så planlagt datoene for intervjuene vi ønsket å gjennomføre. Vi fikk totalt gjennomført 5 intervjuer i uke 15, 16 og 17. I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt et samtykkeskjema og en forkortet intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp og senere transkribert. Under kommer en modell som viser beskrivelsen av stillingen til informantene, når intervjuene tok sted og lengden på intervjuene.

	Dato	stilling	varighet
Informant 1	10.04.2024	Helsefagarbeider	49min
Informant 2	12.04.2024	Leder	53min
Informant 3	12.04.2024	Leder	50min
Informant 4	17.04.2024	Leder	58min
Informant 5	30.04.2024	Helsefagarbeider	40min

Figur 3 - Tabell over informanter, dato, stilling og varighet på intervjuer.

3.8 Data analyse

Kvalitativ dataanalyse omhandler prosessen rundt tolkning av nedskrevet meningsinnhold. Denne prosessen gjelder både tolking av primær og sekundærdata. Innledningsvis vil prosessen omhandle analyse og kategorisering av data. I vårt forskningsdesign utnytter vi hovedsakelig primærdata. Denne prosessen er fortolkende og har som formål å trekke slutninger mot teori (Johannessen m.fl., 2011).

I analysen av data benytter vi oss av en prosess som omtales som innholdsanalyse. Denne prosessen omhandler å bryte ned meningsinnhold i konkrete kategorier av innhold. Ytterligere behandler man de ulike kategoriene som respektive fenomener (Berg & Lune 2012). Første steg i prosessen rundt dataanalyse er å definere konkrete kategorier for innholdet vi har samlet. For at en kategori skal la seg definere må den være relevant for minst 2 uavhengige analyseenheter (Jacobsen, 2005). Under en gitt kategori kan det eksistere underkategorier dersom de er naturlige for konteksten vi undersøker. Vi vil behandle kategoriene som dynamiske med mulighet for endring dersom nye kategorier vokser frem. (Bryman & Bell, 2015).

Dokumentstudier har vært en vesentlig del av prosessen. Innledningsvis for oppgaven ville vi danne oss en oversikt over relevant bakgrunnsinformasjon. Utarbeidelse av intervjuguiden krever en forståelse av strukturen til sykehusets organisering. I denne prosessen analyserte vi offentlig tilgjengelige dokumenter produsert av Finnmarkssykehuset HF. Disse dokumentene omhandler klinikkstrukturen og styringsmønstrene innad i sykehuset. Disse informasjonskildene dannet grunnlaget for intervjuene og bidro i anskaffelsen av rett teoretisk grunnlag.

Analyseprosessen startet med transkribering av intervju. Vi utnyttet et digitalt verktøy kalt for NVivo i denne prosessen. Videre ble intervjuene gjennomgått og kodet. Kodingen foregår i henhold til kategoriseringen i intervjuguiden. En kategori betegnes som en lik type data som er sammenlignbar og vil utnyttes som et verktøy for analyse (Jacobsen, 2005). I analysen av data etablerte vi 4 ulike hovedkategorier. Vi oppdaget at flere av styringsutfordringene som ble nevnt ofte gikk på tvers av ulike kategorier. Grunnet valg av intervjuobjekter har vi gjort analyser på tvers av profesjon, og ulike posisjoner i hierarkiet.

Videre har vi valg å tolke intervjuene ordrett. Ved en ordrett tolkning vil vi som forskere behandle de transkriberte intervjuene som egne analyseobjekter. På den andre siden kan ord fortolkes. Det kan skje ved å gjøre antagelser om de underliggende meningene og holdningene til analyseobjektene (Johannessen m.fl., 2011). Vi har forsøkt å behandle de transkriberte intervjuene mest mulig objektivt. Til tross for dette vil det alltid eksistere en viss subjektiv tilnærming når vi forsøker å kategorisere innhold.

3.9 Studiets Kvalitet

Fram til nå har vi vist at det vitenskapsteoretiske ståstedet er basisen for forskningsdesign, problemstilling og metode. Videre vil vi også gå nærmere inn på studiets kvalitet og hvordan dette knytter seg til det vitenskapsteoretiske ståstedet.

For å gjøre dette er det fire kjernespørsmål med tilknyttede kriterium for kvalitet som må besvares. Disse er spørsmålene om sannhetsverdi og troverdighet, anvendbarhet og overførbarhet, konsistens og pålitelighet og forskningens nøytralitet og funnenes bekreftbarhet (Lincoln & Guba, 1985).

3.9.1 Studiets sannhetsverdi og Troverdighet

Det første spørsmålet kan forklares kort som prosessen om å forsikre leserne at studiets funn kommer som et produkt av hva informantene har sagt og konteksten studiet undersøker (Lincoln & Guba, 1985). Kriteriet som må oppfylles for at studiet skal ha sannhetsverdi kommer av hvor godt en klarer å representere informantenes fremstilling av deres virkelighetsoppfatning. Nærmere bestemt kalles dette kriteriet for troverdighet (Lincoln & Guba, 1985). Videre foreslår Lincoln & Guba (1985) at man kan sikre troverdighet i forskningen gjennom triangulering, respondentvalidering, samt å tilbringe tid i feltet hvor forskningen tar sted.

Triangulering kan beskrives som prosessen med å benytte flere ulike kilder for datainnsamling, metodebruk og forskerinvolvering. Dette kalles for datatriangulering, metodetriangulering og forskertriangulering (Lincoln & Guba, 1985). I vår forskningsprosess har vi benyttet oss av datatriangulering og metodetriangulering ettersom vi har innhentet data fra 5 ulike informanter gjennom semi-strukturerte intervjuer. I tillegg har vi benyttet oss av dokumentstudier. Vi oppfyller også kravet til forskertriangulering ettersom vi har vært to forskere gjennom hele forskningsperioden. Grunnen til at vi har benyttet oss av triangulering er fordi litteraturen anbefaler dette for å fjerne feil og andre unøyaktigheter fra det innsamlede datamaterialet (Lincoln & Guba, 1985; Bryman & Bell, 2015).

Videre kan vi gå nærmere inn på respondentvalidering. Kort forklart går dette ut på å sikre studiets troverdighet ovenfor leserne gjennom en rekke kriterier. Prosessen innebærer å sikre at informantene får mulighet til å korrigere, endre, tilføye ny informasjon eller trekke tilbake sine påstander. Dette for å få samsvar mellom informantenes påstander og forskernes funn (Lincoln & Guba, 1985; Bryman & Bell, 2015). I vår studie har vi gjennomført

respondentvalidering gjennom å ta opp intervjuene, samt å transkribere de ordrett for å sikre at det som blir sagt stemmer mest mulig med det som blir skrevet ned. I tillegg har vi gitt informantene vår kontaktinfo dersom de skulle ønske å korrigere, endre på eller trekke tilbake informasjon som er blitt sagt. Ingen av informantene har valgt å endre, tilføye eller korrigere informasjon etter intervjuene.

Til slutt nevner som sagt Lincoln & Guba (1985) at studiets troverdighet sikres gjennom å tilbringe tid i feltet for å sikre at man får grundige observasjoner under forskningsprosessen. Årsaken til dette er å sørge for at forskerne får frem flere sider av forskningsobjektet og at det på den måten dannes et korrekt bilde av fenomenet det forskes på. I vår studie har vi forsøkt å oppfylle dette kriteriet gjennom å ha flere intervjuer for å forsterke vår forståelse av forskningsobjektet. Eksempelvis har vi merket at jo flere intervjuer vi gjennomførte, jo større forståelse fikk vi av forskningen som helhet.

3.9.2 Studiets anvendbarhet og overførbarhet

Videre er det ofte slik at det er viktig for leserne å vite hvorvidt funn og konklusjoner som dras ut av forskningen er forenelig med andre kontekster med ulike informanter. Dette kalles i litteraturen overførbarhet og blir ofte målt gjennom kriteriet ekstern validitet (Lincoln & Guba, 1985). Tradisjonelt sett peker forskningslitteraturen på at fenomener er kontekstavhengige, men at ved hjelp av empirisk forskning kan det bevises at fenomener kan være gjeldene eller relevante for andre situasjoner (Lincoln & Guba, 1985). I tillegg viser litteraturen at tidligere gjennomført forskning med sammenlignbare eller like funn kan bidra til å styrke overførbarheten. Dette skjer gjennom at man i slike tilfeller kan hevde at slike funn kan ses på som mere generelle funn (Jacobsen, 2022). I vår forskningsprosess har vi forsøkt å sørge for god overførbarhet gjennom å dokumentere grundig konteksten og tidspunktet forskningen tok sted. I tillegg har vi oppdaget at våre funn samsvarer med lignende forskningsprosjekter som er gjort tidligere. Basert på dette kan vi si at våre funn er mere overførbare ettersom de faller inn under et mere generelt fenomen.

3.9.3 Forskningens pålitelighet og konsistens

Lincoln & Guba (1985) nevner at det tredje kjernes spørsmålet om studiets kvalitet er hvorvidt gjentakende undersøkelser i samme eller lignende kontekst vil gi omtrentlig samme resultater. Videre går de inn på at dette er et problem som vanligvis besvares gjennom kvalitetskriteriet reliabilitet, noe som sørger for studiets konsistens. Lincoln & Guba (1985) forslår på andre siden at det er mere passende å benytte seg av pålitelighet som kvalitetskriterium. I en slik

forskningskontekst vil det ikke være logisk å replisere det nøyaktige øyeblikket som fenomenet tar sted i. Ettersom et fenomen antas å være i stadig endring kan pålitelighet oppnås gjennom at forskerne nøye beskriver endringene i fenomenet og forskningsdesignet. I tillegg burde forskerne dokumentere hvordan de kan ha påvirket fenomenet gjennom forskningsprosessen (Lincoln & Guba, 1985). Ved å gjøre dette hevder Lincoln & Guba (1985) at man vil klare å skille mellom endringene som skyldes fenomenet selv og endringene som skjer som følge av forskernes unøyaktigheter. De nevner videre at løsninger på dette kriteriet er å sikre pålitelighet gjennom at forskerne benytter seg av triangulering og revidering. Vi har forsøkt å gjøre rede for endringer som har oppstått underveis i forskningsprosessen, og vi har som nevnt benyttet oss av triangulering.

3.9.4 Forskningens nøytralitet og funnenes bekreftbarhet

Det siste kjernespørsmålet som kommer av Lincoln & Guba (1985) omhandler studiets funn og konklusjoner og hvorvidt disse er upåvirket av forskerne og forskningsprosessen. Kvalitetskriteriet dette spørsmålet avhenger av har tradisjonelt sett vært objektivitet, men Lincoln & Guba (1985) foreslår bekreftbarhet. Dette skyldes at dersom funnene gir en korrekt beskrivelse av det undersøkte fenomenet, kan dataene ansees som bekreftbare (Lincoln & Guba, 1985; Bryman & Bell, 2015). I vår forskning har vi forsøkt å imøtekomme kriteriet gjennom å benytte oss av lydopptak og ordrett transkripsjon av intervjuene. I tillegg har vi sørget for å være åpen med intervjuobjektene. Dette gjennom informasjon i et samtykkeskriv hvor det forklares at de kan endre på, korrigere eller trekke tilbake sine påstander. På den måten vil alternative funn, motstridende forklaringer eller andre faktorer forskningen ikke har tatt høyde for, bli tatt med i betraktning slik at bekreftbarheten styrkes.

3.10 Forskningsetikk

Videre vill vi gå litt inn på temaet etikk rundt forskningsprosessen. Ifølge Johannesen et. al. (2016) må forskere ta hensyn til etikk under forskningsprosessen. Mere spesifikt kan vi ut ifra litteraturen si at forskningsetikk er et sett med grunnleggende regler og normer for god vitenskapelig praksis. Disse normene og reglene dreier seg om ulike regler, prinsipper og retningslinjer for hva som betraktes som god handlemåte, rent forskningsetisk (Johannesen et. al., 2016). Når det kommer til forskning som direkte involverer eller berører mennesker er det svært viktig å ha dette i baktanke. Spesielt dersom det omhandler innsamling av data (Johannesen et. al., 2016). Nærmere bestemt betyr dette at vi som forskere må unngå

forskningspraksis som medfører etiske konsekvenser for enkeltpersoner, grupper eller samfunnet i sin helhet (Johannesen et. al., 2016).

Meldeskjema om prosjekt og intervju ble sendt inn til Sikt- Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 28.02.2024 og ble godkjent 29.02.2024. Etter vi fikk godkjenning satt vi i gang prosessen med å få gjennomført intervjuer med intervjuobjektene. Før intervjuene ble gjennomført laget vi et infoskriv og samtykkeskjema som ble tilsendt alle intervjuobjektene sammen med intervjuguiden. Dette samtykkeskjemaet inneholdt alle vesentlige opplysninger om studien. Nærmere bestemt, studiens formål, metode, opplysning om at deltakelse er frivillig, at deltakerne til enhver tid kunne trekke seg uten særskilt grunn, hvem som har tilgang til den innsamlede dataen, hvordan dataene blir lagret og info om anonymisering av intervjuobjektene. Samtykket ble innhentet gjennom fysisk signatur på en kopi av samtykkeskjemaet. Denne kopien ble medbragt til intervjuene foruten om et. I det siste tilfellet ble samtykket sendt over e-post. Alle intervjuobjektene ble informert om at det ville bli gjort lydopptak og transkripsjon av intervjuene for å sikre størst mulig treffsikkerhet på datainnsamlingen. Alle sa seg enig i dette. Lydopptakene er senere slettet i samsvar med info i samtykkeskjemaet. Sitater fra intervjuene er anonymisert ved hjelp av tallkoder i form av informant 1 til og med 5.

4. Casebeskrivelse

Vi vil i dette studiet ta for oss Finnmarkssykehuset HF og en tilhørende klinikk.

Finnmarkssykehuset HF er en del av Helse Nord og kan defineres som et helseforetak som skal tilby befolkningen i Finnmark spesialhelsetjenester. Organiseringen kan kort fortalt deles opp i fire sykehus/klinikker og en tverrgående klinikk, samt eventuelle støttefunksjoner (Finnmarkssykehuset, 2023).

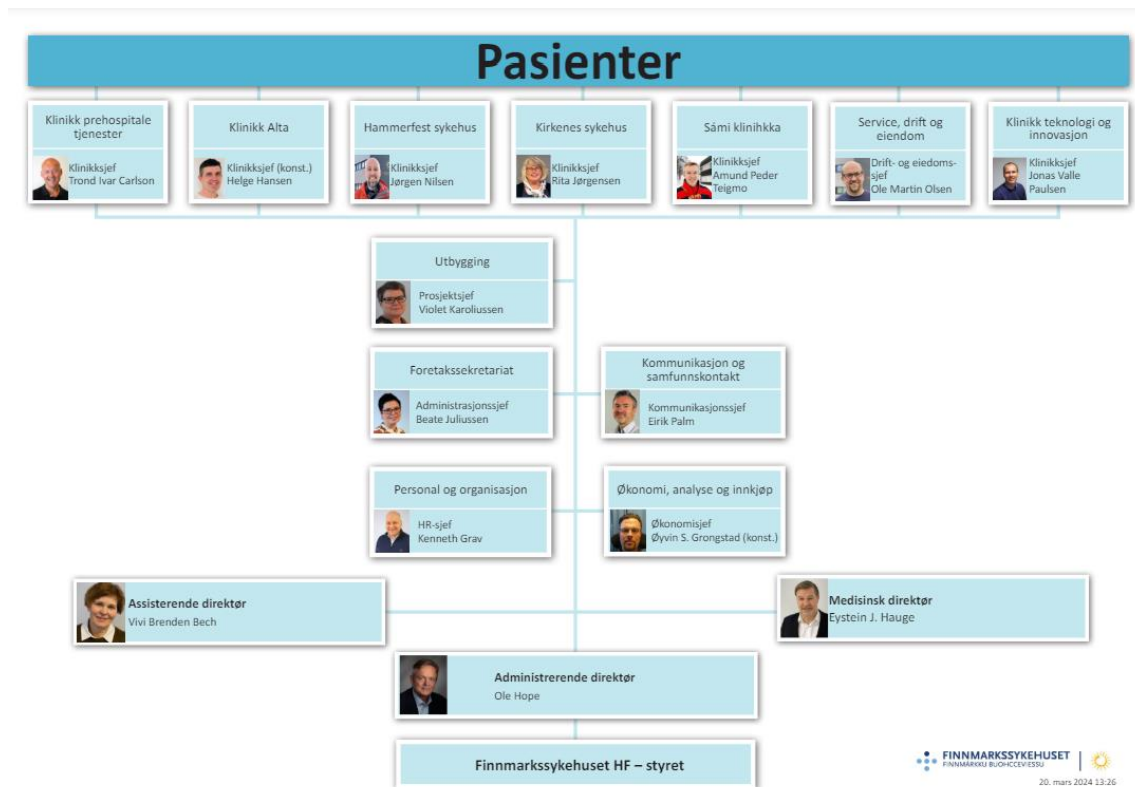
Finnmarkssykehuset er med andre ord et desentralisert helseforetak som strekker seg på tvers av geografiske og organisatoriske avstander. Mere spesifikt er Finnmarkssykehuset HF delt opp i følgende enheter og tilhørende støttefunksjoner:

Kliniske enheter	Støttefunksjoner
<ul style="list-style-type: none"> • Hammerfest sykehus • Kirkenes sykehus (med døgnenhet for PHR og VPP i Tana) • Klinikk Alta • Sámi klinihkka • Prehospitale tjenester • Service, drift og eiendom 	<ul style="list-style-type: none"> • Direktør med stab • Fag, forskning og samhandling • Økonomi, analyse og innkjøp • Personal og organisasjon • Kommunikasjon og samfunnskontakt

Figur 4 – Liste over kliniske enheter og støttefunksjoner (Hentet fra Finnmarkssykehusets strategiske utviklingsplan 2023-2038)

Blant disse klinikkene vil vi fokusere på Klinikk Hammerfest (Hammerfest Sykehus) og dens tilhørende avdelinger.

I likhet med resten av landet er Finnmarkssykehuset HF organisert gjennom en klinikkstruktur, som vist av tabellen ovenfor. Mellom årene 2019 og 2020 gjennomgikk denne strukturen store endringer. Sámi klinihkka og Klinikk Alta ble separert fra Klinikk Hammerfest og etablert som egne klinikker under Finnmarkssykehuset HFs klinikkstruktur. I tillegg ble klinikk Psykisk helsevern og rus oppløst og fordelt mellom de to nye klinikkene, Klinikk Hammerfest (Hammerfest Sykehus) og Klinikk Kirkenes (Kirkenes Sykehus). Hensikten bak denne omstruktureringen var å sørge for god integrering mellom tjenester for somatisk helse og psykisk helsevern/rus. I tillegg ønsket de å tydeliggjøre satsningen i Alta og for den samiske befolkningen (Finnmarkssykehuset, 2023).



Figur 5 - Organisasjonskart Finnmarkssykehuset HF 2024. (Hentet fra Finnmarkssykehuset: Organisering, 2024)

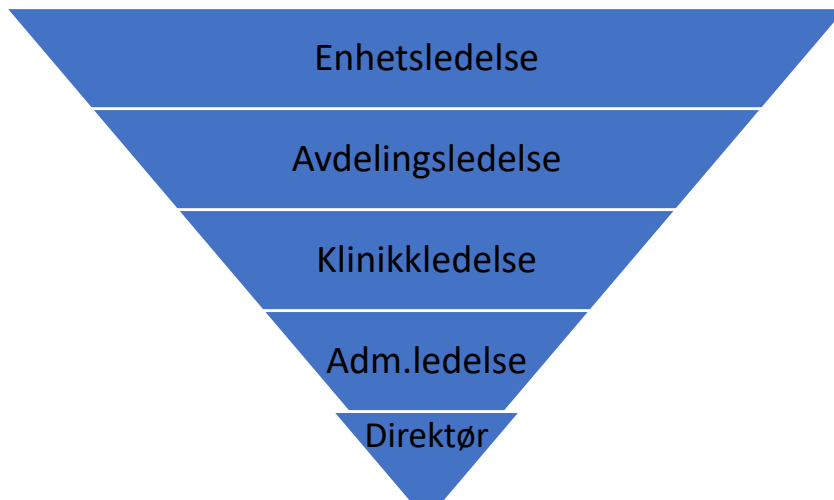
Dette bringer oss videre til hva som er hensikten bak denne struktureringen.

Klinikkmodellen/strukturen har til hensikt å sørge for at hver enkelt klinikk har et klart avgrenset fagområde. Det gjelder for både medisinske- og administrative fagområder. Videre skal hver enkelt klinikk ha en klar oversikt over den hierarkiske lederlinjen, slik at ting flyter enkelt fra enhetsnivå og opp til ledelsen ved sykehuset (Informant 4, 2024).

Den hierarkiske oppbygningen ved Finnmarkssykehuset består av 5 ulike ledernivåer under styret. Den hierarkiske lederlinjen består av administrerende direktør, administrasjonsledelsen, klinikkledelsen, avdelingsledelse og enhetsledelse (Finnmarkssykehuset, 2024).

Som nevnt ovenfor så har vi valgt å fokusere på Klinikk Hammerfest (Hammerfest sykehus). Denne klinikken består av 6 ulike avdelinger: Kvinne/barn-, Medisinsk-, Kirurgisk/ortopedisk-, Akuttmedisinsk-, Medisinsk service- og Psykisk helsevern og Rus avdeling. Hver enkelt av disse avdelingene har enheter under seg som ledes av enhetslederne (Finnmarkssykehuset, 2024). Strukturen ved sykehuset blir beskrevet som en opp-ned

pyramide, hvor toppledelsen sitter nederst i pyramiden og de ulike ledernivåene nedover i hierarkiet illustreres oppover i pyramiden. Vi har laget denne figuren for å illustrere dette:



Figur 6 – Illustrasjon av klinikkmodellen ved Finnmarkssykehuset HF

5. Presentasjon av empiri

Vi vil i dette kapitlet presentere våre empiriske funn. Vi har valgt å kategorisere våre funn i 4 hovedkategorier. Vi benytter også underkategorier for presentering av funn der vi opplever det som nødvendig. Vi vil henvise til intervjuobjektene som informant 1 til 5.

5.1 Klinikkstruktur: strukturelle utfordringer

Klinikkstrukturen omtales av flere informanter i både positivt og negativt lys når det kommer til styringsutfordringer. Som nevnt i kapitlet casebeskrivelse er Finnmarkssykehuset HF organisert etter klinikkmodellen, og Klinikk Hammerfest (Hammerfest sykehus) er en av dens tilhørende klinikker. Informant 4 beskriver strukturen slik: «[...] vi er jo en linjeorganisasjon i utgangspunktet, da med klinikkchef som øverste leder, og så er det delt inn i avdelinger med hver sin avdelingsleder innenfor de ulike fagområdene. Og hver avdelingsleder har enheter under seg som de styrer. Både enheter for legeressurser og enheter for sykepleiere og pleiepersonell.» Dette er en struktur som har som hensikt å sørge for at de ulike ledernivåene skal ha den kunnskap og myndighet som trengs for å kunne styre på en god måte. Informant 4 beskriver videre hensikten bak denne strukturen slik: «Hensikten er jo sånn sett å ha det [slik] at avgjørelsene tas på det rette nivået, i forhold til forbruk av økonomiske midler, i forhold til

bruk av personell, i forhold til innkjøp av utstyr, og så videre[...]». Informant 2 påpeker mye av det samme og bemerker at beslutningene som tas blir bedre ettersom lederne på de ulike nivåene har spisskompetansen som trengs for å fatte ulike avgjørelser: «*Jeg tror at hensikten bak struktureringen vi har er å passe på at lederne får bruke sin kunnskap, ja altså at lederne på de ulike nivåene kjenner til sine oppgaver best på en måte*». Informant 3 forteller videre at klinikkstrukturen oppleves som et godt filter for ledelsen. Altså at den informasjonen som er relevant for de ulike ledernivåene deles, mens det unødvendige filtreres ut, samt at klinikkstrukturen gir god støtte oppover i hierarkiet:

«[...] men der tenker jeg at med god ledelse klarer man å sile ut de viktigste tingene, og det tror jeg er litt sånn avhengig av den kvaliteten [...] Nei, altså vi er jo sånn sett heldig som på en måte har det nivået over oss hvor jeg på en måte vet at jeg har noen å gå til ikke sant? Som er over meg i og med at jeg ikke den største grad har den oversikten som de da har, og den muligheten til å gå høyere opp [i hierarkiet]. Så sånn sett føler jeg at den organiseringen er veldig grei for at man har de mellomledernivåene som siler ut informasjonen».

Videre kommer vi innpå hvilke utfordringer denne struktureringen kan føre til. Flere av informantene er inne på at samarbeidet mellom avdelingene og klinikkene ofte oppleves som godt, men at strukturen også kan gi grobunn for problemer som følge av økonomiske innstramminger og lignende utfordringer.

5.1.1 Styringsutfordringer som følge av sterk vertikal styring

Som nevnt tidligere er den økonomiske situasjonen ved Finnmarkssykehuset relativt anstrengt. Koblet med ny sykehusledelse med økt fokus på økonomi har dette ført til utfordringer og konflikter på tvers av avdelinger. Den økonomiske situasjonen og den nye ledelsen har brakt med seg et krav om økonomisk praksis og standarder, noe flere av informantene påpeker. Dette er noe som på den andre siden har ført til ulike utfordringer, og i enkelte tilfeller viser funnene våre at det kan oppstå utfordringer med horisontal styring som følge av dette. Flere av informantene føler at sterk vertikal økonomistyring går ut over samarbeidet på tvers av avdelingene. Informant 5 sier:

«[...] på en måte på et nivå der fagfolk samarbeider sammen sånn så synes jeg at det fungerer godt. Altså vi, hverdagen min på sykehuset fungerer jo fint når jeg skal

samarbeide med andre avdelinger rundt sånn sett. Men det er jo det at det blir, den måten vi kanskje har det på blir, må gjøres annerledes fordi man skal spare penger. Og da begynner jo samarbeidet å rakne.»

Informant 2 følger opp dette med at han ikke personlig har opplevd at sterk vertikal styring har påvirket hans arbeidshverdag på en negativ måte, men at han kan se for seg hvordan dette kan virke inn på styringen på tvers av avdelinger: «[...] men ja, man kan jo tenke seg til at det, på en måte, kan påvirke samarbeidet mellom, ja avdelingene». Informant 3 nevner videre at beskjeder som kommer ovenfra kan gå ut over horisontal styring og samarbeid på tvers av avdelingene. Informanten kommer i tillegg inn på at det kan skape grobunn for konflikter mellom avdelinger:

«ja, det tror jeg absolutt, fordi man tolker ting forskjellig, også får man ulike på en måte innstramminger eller beskjeder, eller ja. Også vil jo alle beskjeder eller tiltak og sånn påvirke i ulik grad. Sånn at noe på en måte kan påvirke noen i større grad enn oss. For eksempel når det er innstramming på byrå, ikke sant, at man ikke skal bruke vikarer fra byrå fordi det er kjempedyrt. Vår avdeling bruker ikke byrå så vi merker ikke så mye til det, mens den frustrasjonen er kjempestor hos andre avdelinger».

Informant 4 kommer også inn på dette, gjennom at den hierarkiske oppbygningen kan utfordre samarbeidet som foregår på tvers.

«[...] særlig med at vi er organisert sånn som vi er, som hierarkisk oppbygd og som selvstendige rettssubjekter, og sykehussubjekter og klinikker, så kan det utfordre samarbeidet, fordi vi blir bedt om å egentlig sørge for vår egen del. Og det er klart skal du feie bare foran din egen dør, så vil ikke naboens dør bli kostet. Så det er klart at det utfordrer samarbeidet».

Informantene har både positive og negative innspill når det kommer til hvordan dette påvirker samarbeidet. Flere informanter er innom hvordan samarbeidet fungerer og hvordan det i enkelte tilfeller kan oppstå utfordringer eller konflikter.

5.1.2 Interessekonflikter og motstridende interesser

Ut ifra våre funn kan vi også se enkelte tegn på at den økonomiske situasjonen og dermed den økonomiske styringen ved Hammerfest sykehus kan føre til motstridende interesser og interessekonflikter. Organiseringen er satt opp slik at klinikken er delt opp i ulike avdelinger

med sine egne interne enheter. På den andre siden krever sykehusdriften at disse avdelingene og enhetene samarbeider og koordinerer seg imellom. Når dette kobles opp mot en krevende økonomisk situasjon, med strenge krav til økonomisk innsparing ser vi at flere av informantene belyser ulike problemer. Informant 5 forteller blant annet om hvordan de økonomiske begrensningene fører til at avdelingene kjemper om de samme knappe ressursene, og at dette kan føre til konflikt:

«Man kan ta som et eksempel kirurgisk [avdeling], som har for eksempel portør, men det har ikke medisinsk [avdeling]. Men da ble det fortalt at om medisinsk [avdeling] skulle få portør, så måtte de tatt ei sykepleierstilling».

Her kommer det fram at bemanning er en viktig ressurs på sykehuset, men at det er knapphet av nettopp denne ressursen. Dette er med på å skape interessekonflikter innad i organisasjonen, ettersom den økonomiske situasjonen gjør det vanskelig å hente inn ny bemanning. Informant 4 forteller:

«Det vi ser nå, det er jo det at ordtaket at når trauet[krybben] er tomt så bites hestene. Det kommer virkelig til synet nå. Det er klart nå er man helt, man er så marginal på økonomi at man begynner å sloss internt. Der er klart det er utfordrende at man skal settes opp mot hverandre hele tiden. For å si at de gjør det mye bedre enn dere, og dere gjør det mye dårligere eller bedre enn dem».

Videre kommer informant 4 inn på at det er utfordringer og motstridende interesser når det kommer til skillet mellom ressursbruk og økonomi, og den faglige biten. Det kommer fram at det er vanskelig å få fram de nødvendige endringene som trengs økonomisk gjennom å påvirke hvordan det faglige arbeidet og samarbeidet skal gjennomføres:

«[...] til tider bra og til tider mindre bra [...] det er klart at har man vært en plass der det er relativt grei slækk i oppgavene som skal gjøres på en dag eller en uke, så er det vanskelig å få flere oppgaver de skal gjøre, flere pasienter og så videre. [...] det er utfordrende til å få andre til å overta oppgaver for oss [...] men de har gjort seg til vane med at det ikke jobbes like mye som vi kanskje gjør her.»

Den økonomiske situasjonen ved sykehuset fører også til at informantene føler at de kan havne i situasjoner hvor de ender opp med å kjempe mot de andre avdelingene om de samme knappe ressursene. Enten det skulle gjelde personell eller andre ting. Informant 3 forteller:

[...] også blir det jo litt sånn kniving om ressurser eller [om] å bli forstått». Informant 3 følger opp dette med å si at dette ikke gjelder absolutt alle, og at det ofte er avhengig av hvem som er involvert i situasjonen: « [...] også er det jo personavhengig. Man er jo folk. Selv om man har samme tittel så er man jo forskjellig. Noen, ja, vektlegger ting forskjellig eller tar ting veldig tungt, eller overdriver eller underdriver eller ja. Det er litt sånn personavhengig også tror jeg.».

Informantene er også inne på at organiseringen ikke legger til rette for noen faste systemer eller retningslinjer for hvordan samarbeid på tvers av avdelinger eller klinikker skal skje. Dette kan føre til at det oppstår interessekonflikter eller motstridende interesser. Informant 3 sier:

«det har vært flere ganger at man for eksempel bare det å skrive prosedyrer så kan man ikke sitte på hvert sitt nes, så mener jeg at noen andre skal gjøre sånn og sånn [Hvis noen andre] skriver en prosedyre, for eksempel hvor noe innbefatter oss også forventer de at vi skal gjøre det de har lyst til, men det passer ikke [for] oss, så kan det bli en diskusjon».

På denne måten ser vi at det grunnet den økonomiske og strukturelle situasjonen ved sykehuset vil kunne oppstå interessekonflikter, utfordringer og motstridende interesser. Dette på bakgrunn av at alle avdelingene kjemper om de samme knappe ressursene i form av økonomi og personell.

5.1.3 Utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker

Som nevnt tidligere så medførte sykehusreformen den såkalte klinikkmodellen, og i forlengelsen er klinikkene og avdelingene spesialisert på sine spesifikke fagområder. Disse spesialiserte klinikkene og avdelingene må derfor samarbeide seg imellom for å sikre god drift. Flere av informantene beskriver samarbeidet som nokså godt, men de påpeker også at det ikke er uten utfordringer. Informant 3 beskriver situasjonen som at avdelingene innad i klinikken kan oppfattes som at de sitter på hver sitt nes: «Ja, altså det kan jo sikkert også skape barrierer, ikke sant? Det tror jeg nok. Inn imellom tror jeg nok man blir sittende litt på hver sitt nes om man deler inn [...]». Informant 1 forteller videre om at det ikke finnes noen gjennomgående struktur for samarbeid på tvers av avdelingene og at de ofte blir sittende litt hver for seg:

«vi har ikke noen sånn koordinering på en måte. Vi har jo hver vår oppgave, også av og til poliklinikk eller kirurgi, for eksempel bare ringer og ber om hjelp [...] så hvis vi har anledning kan vi være behjelpelig av og til».

Informant 1 følger opp dette med å si:

«vi planlegger stort sett kun til våres avdeling og personale. Vi har ikke noen forbindelse med de andre nei. De kan få be om hjelp hvis de trenger hjelp [...]».

Informant 4 sier videre at det er fokus på å få til koordinering og samarbeid på tvers av avdelingene, men at det fortsatt er en del skille mellom dem. På spørsmål om hvordan dette samarbeidet oppleves svarer informant 4:

«vi har hatt det som fokus [det] med at vi må ha det her med, altså vi sier at de fire grunnverdiene til Helse Norge er kvalitet, tillit og respekt. Og for Helse Nord sin del har også lagspill kommet med. Og det har vi dratt ned i sykehuset her og jobbet masse med [...] Så avdelingene har et bra samarbeid, fortsatt litte grann sånn silo tankegang. Først meg selv og deretter meg selv hvis det gagnar meg selv, men men [...] det er enda litt sånn at den avdelingen samarbeider med den avdelingen og den avdelingen samarbeider ikke i det hele tatt [...]».

Det oppleves også blant flere av informantene at mangel på system og rutiner når det gjelder samarbeid på tvers av avdelinger kan føre til utfordringer. De informerer om at det stort sett er opp til dem selv å organisere denne type samarbeid. Informant 3 forteller: *«jeg tror egentlig det er mere på initiativ fra oss, kontra at det på en måte er en styringsmessig ting, som blir sånn type uformelt og for at vi ser behovet for at det er lurt og gagnar oss og hverandre. Det er ikke noe sånn systematisk».* Informant 2 følger opp dette med å legge til: *«nei, jeg tror stort sett det er opp til de ansatte selv [...] ja, altså at når det oppstår behov for koordinering eller samarbeid mellom avdelingene, så, ja, det er ikke noe fastsatt system eller noe sånt».*

På den andre siden er informantene innforstått med at sykehusdrift krever koordinering på tvers av avdelinger og klinikker for å kunne driftes godt. Informantene forteller om møtevirksomhet som skal gjennomføres hver dag for å hjelpe til med koordinering og samarbeid. Informant 4 forteller: *«hver morgen så har alle enhetsledere i sykehuset et møte. Dem som er ansvarlige for sengepostene. For å si noe om hva belegget som hver enkelt avdeling har, og hva ressursene de har tilgjengelig [...]».* Informantene er klare på at dette er

med på hjelpe koordineringsarbeidet innad i sykehuset. På den andre siden er disse møtene mest for å dele informasjon, og er ikke med på å skape retningslinjer eller rutiner for koordinering og samarbeid på tvers. Informant 3 påpeker: «[...] prøver å være ganske flink å skape arenaer for å møte oss [...] selv om det er et ledd imellom så tror jeg han er oppriktig interessert [...] men det er mere uformelle ting, eller det er ikke satt i system». Informant 4 følger dette opp med å si at: «det er nok del av utfordringen som ligger i dag. Vi blir for silotenkende fordi vi har selvstendige økonomiske budsjetter vi skal forholde oss til».

På den andre siden så nevner informantene stort sett at dersom de møter eller samarbeider med andre avdelinger og klinikker så oppleves dette samarbeidet stort sett som godt. Funnene viser at når samarbeidet først tar sted så er det få problemer og det fungerer fint. Informant 2 forteller: «jeg synes egentlig samarbeidet fungerer fint. Ja, egentlig, når vi må koordinere med andre på andre avdelinger for eksempel.».

På den andre siden er det ikke alltid slik at dette samarbeidet er så enkelt, spesielt på klinikknivå. Informant 4 følger opp med å si:

«[...] jeg opplever vel egentlig at det ikke, altså, det gjøres ikke endringer selv om man blir enige om at vi skal ha, tilbake til eksemplet med gastroskopi eller det her med kolonoskopi [...] så er det liksom hvor lang tid skal du bruke på det? Hvor mye ressurser skal du ha til det? Så det gjøres ulikt enda til tross for at vi egentlig har blitt enige om hva vi skal ha ressurser [til]. Og da blir det altså det som blir utfordret er jo den tillitten du skal ha mellom de ulike klinikkene og det at man skal sitte med samme arbeidsbyrde. Man prøver i alle fall det å se om du er i Alta så skal du ha samme arbeidsbyrde for den samme undersøkelsen som om du er i Hammerfest [...].»

Altså viser funnene at samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker stort sett fungerer godt når samarbeidet først inntreffer, men at mangel på retningslinjer og system kan føre til utfordringer i denne dimensjonen. For eksempel at endringer ikke gjennomføres eller at ressursfordeling i form av personell blir vanskeligere.

5.1.4 Mangel på myndighet innad i klinikken

Funnene viser også tegn på at det kan oppstå styringsutfordringer som følge av den hierarkiske oppbygningen. Alle informantene var inne på at mange avgjørelser og beslutninger blir tatt over hodet på de i hierarkiet. Informant 5 hadde dette å si: «ja, det blir jo det, jeg synes jo altså [at] avgjørelsen som blir tatt er så langt fra pasienten som overhodet

mulig. Det er jo sånn, det er jo aldri at det er en som står og holder pasienten i hånden som tar den avgjørelsen.». Informant 2 følger opp med å si at de kan ofte havne i pressede situasjoner hvor avgjørelsene som tas ovenfra fører til at det blir økt press fra undersiden: *«ja, jeg føler det absolutt slik. At avgjørelsene tas over hodet på oss. Vi har ikke så veldig mye vi skulle ha sagt i forhold til det, men det fører også til at det blir press både ovenifra og underifra.».*

Funnene viser at flere av informantene har lite myndighet når det kommer til avgjørelsene som tas. På spørsmål om dette forteller Informant 1: *«Nei. Avgjørelsen tar dem selv uten å spørre oss. Det er mange som prøvde å si ifra».* Informant 1 følger opp dette med å si: *«men det er min personlige mening at det er dem [ledelsen] som skal bestemme. Jeg har ikke lyst å bestemme. Jeg kan informere videre om hva som er bedre. [...]. Det er en som må bestemme og si nå skal du gjøre det og det og det».* Dette er dog ikke en mening som virker å deles av de andre informantene.

Informant 3 svarte dette på spørsmål om det følte som om avgjørelser ofte ble tatt over hodet på informanten:

«Ja, det føler jeg jo mange gang. Jeg har ikke så veldig mye jeg sku sagt sånn sett, men jeg, ja, kunne sikkert gitt beskjed om det skulle være ting jeg absolutt skulle reagere på. Men det skjer nok absolutt over hodet. At man, det er ikke så veldig mange arenaer for å si ifra til høyere hold og det er ikke sikkert man blir hørt heller.».

Det virker altså som om informantene stort sett er enige i at de har lav grad av beslutningsmyndighet og at avgjørelsene stort sett blir tatt over hodet på dem. På den andre siden er de innforstått med nødvendigheten av den hierarkiske oppbygningen og ansvaret dette bringer med seg. Informant 4 sier: *« [...] så en del av det som gjøres er klart at det blir styrt ovenfra, men sånn må det være i en hierarkisk organisasjon. Vi er ikke uten ansvar, vi som sitter lengere ned. Vi er jo nødt til å følge de retningslinjene eller styringssignalene som vi får.».*

5.1.5. Oppsummering: Strukturelle styringsutfordringer

For å oppsummere styringsutfordringer tilknyttet oppbygning og klinikkstrukturen viser funnene til at den økonomiske situasjonen koblet med ny ledelse har ført til utfordringer. Dette har brakt med seg sterk vertikal økonomistyring, som igjen virker å ha gått ut over den horisontale styringen, og samarbeid på tvers av avdelinger. Dette virker også å ha ført til

ytterligere interessekonflikter og motstridende interesser innad i klinikken og mellom avdelingene. De må kjempe om de samme knappe ressursene, noe som kan føre til at avdelingene i enkelte situasjoner blir satt opp mot hverandre. Et eksempel på dette er i form av knapphet på ressurser når det kommer til personell. I tillegg oppleves det utfordringer tilknyttet samarbeidet på tvers av avdelinger og klinikker. Mange opplever samarbeidet som godt når det først inntreffer, men det påpekes også at det kan være utfordrende å organisere ettersom det ikke finnes noen faste retningslinjer eller rutiner. Funnene viser også til at informantene i stor grad opplever at avgjørelser blir tatt over hodet på dem, og at de har svært varierende grad av beslutningsmyndighet i arbeidshverdagen.

5.2 Budsjettrelaterte styringsutfordringer.

Budsjett brukes ved Hammerfest Sykehus som et økonomisk styringsverktøy. Dette får vi bekreftet av samtlige informanter. Intervjuguiden satt styringen for spørsmålene til informantene. Vi merket tidlig at noen informanter hadde begrensede forutsetninger for å svare på spørsmål knyttet til økonomistyring og budsjett. Til tross for dette føler vi at informantene ga verdifull innsikt i budsjett som styringsverktøy basert på deres stilling i organisasjonen.

5.2.1 Påvirkning på budsjett

Den første underkategorien for budsjettrelaterte styringsutfordring vi ønsker å undersøke er informantenes påvirkning på budsjett. Vi opplever at ansvar og innflytelse på budsjett varierer avhengig av informantens stilling. Informant 4 forteller: *«Ja da, vi skal være med å utarbeide budsjettene. Det er vi hvert eneste år, og det er også avdelingen og avdelingslederne og enhetslederne også med på»*. Samtidig påpeker tre av fem informanter at de har lite til ingen innflytelse på utarbeidelsen av budsjett.

Utover dette informerer de resterende 2 informantene om at budsjettet oppleves som noe som etableres uten deres involvering. Informant 5 bemerker: *«Nei i forhold til budsjett, så er det jo det at vi får beskjed hele tiden ovenfra at vi må holde budsjettet. Ikke noe mer enn det. Men vi får jo beskjed hele tiden om at vi skal, ja med å spare og holde oss innenfor budsjettet»*. Vi tolker at informantene med hovedansvar for helsefagarbeid har lite involvering i utarbeidelsen av budsjettet, mens de samtidig får vage instruksjoner om at sparing må skje. Informant 1 bemerker: *«Nei, nei, vi får jo av og til informasjon at vi må spare, men vi får ikke noe beskjed*

hva vi skal spare på [...] Det er litt vanskelig å ikke kjøpe medisin til behandling. Det kan ikke vi spare på».

5.2.2 Incentiver til sparing

Et vesentlig aspekt av budsjettrelaterte styringsutfordringer vi opplevde som fremtredende var manglende incentiver til sparing. Som etablert opplever fagarbeiderne signaler om at budsjettet må opprettholdes og at sparing må skje. Underskudd som vedvarer, kan indikere at det mangler incentiv til å følge budsjett. Intervjuobjektene fikk spørsmål om konsekvensene av at budsjettet overskrides. Informantene delte oppfatningen rundt at overskridelse av budsjett førte til innstramming rundt ressursbruk og bemanning. Enkelte opplevde denne innstrammingen som vilkårlig og urettferdig. Informant 3 poengterer: *«Det skjer en god del, jeg opplever jo at det er jo innsparinger og innskrenkinger, og som også kan oppleves urettferdig».*

Informant 5 bemerker: *«vi får jo beskjed hele tiden at vi skal spare og holde oss innenfor budsjettet, så er det også beskjed om at det billigste blir kjøpt inn når det gjelder utstyr»*

Informant 2 forteller om at det oppleves press fra både fagarbeidere og ledelsen når budsjettet overskrides. Ingen av informantene beskriver en gevinst eller fordel ved å holde budsjett. Dersom det er midler til overs vil ikke dette gagne informantene vi har intervjuet. Informant 4 sier at: *«Vi har en sekk som vi får i finnmarkssykehuset. Bruker vi ikke dem opp, så er ikke det noe som vi får beholde eller gjør avsetninger på. Det går tilbake til tjenesten»* Her opplever vi en misnøye med budsjett som et vertikalt styringsverktøy i en organisasjon som også arbeider mye på det horisontale planet.

5.2.3 Samarbeidsbegrensninger

Det eksisterer et samarbeid mellom de ulike avdelingene når det kommer til ressursfordeling. Til tross for samarbeidet mellom avdelingene opplever vi en misnøye når det kommer til individuell tilpasning av budsjettet. Informant 4 forteller om samarbeid som oppstår, men påpeker noen begrensninger: *«Ja, det gjør det. Vi har jo hatt, vi har hatt ansvaret for den ambuleringen som skjer inn mot klinikk Alta innenfor kirurgiske fag, ortopediske fag og gynekologi og pediatri. Hver gang vi tar en behandler her fra oss inn til Alta, så er det Alta som får inntektene»* Eksemplet poengterer problematikken med at budsjettet ikke legger til rette for samarbeid på tvers av avdelinger eller klinikker.

Informant 3 belyser samme problematikk rundt samarbeid. På spørsmål om samarbeid på tvers av avdelinger svarer informanten: *«Hvis man skal hjelpe hverandre på tvers av avdelinger, for eksempel som jo er en ting som er aktuelt for min jobb, så blir det jo stort sett spørsmålet, Hvem skal stå for den kostnaden?»*. Tre av fem informanter opplever begrenset mulighet for samarbeid grunnet budsjettet. Vi opplever at budsjettet gjør at samarbeid på tvers av avdelinger kan føre til konflikter rundt hvor kostnadene skal føres.

Ytterligere opplever vi at det er manglende konkrete systemer for samarbeid på tvers av avdelinger. Informant 4 belyser denne problemstillingen når vi spør om mulige begrensninger for samarbeid i lys av budsjettrestriksjoner:

«Ja, det gjør det måten det er bygd opp på med den linjeorganisasjonen gjør, at man blir litt for silotenkende. Men det er klart det er mitt ansvar også å ha den dialogen, [jeg] som da sitter med sittende ansvar for å kunne se på tvers. Det har vi jobbet masse med de siste 2 årene etter at jeg kom med å se altså hele Hammerfest sykehus under ett».

Dette indikerer at de er klar over de mulige begrensningene av det nåværende systemet og at det jobbes aktivt for å finne løsninger.

5.2.4 Oppsummering av budsjettrelaterte styringsutfordringer

I funn om budsjettrelaterte utfordringer presenteres tre underkategorier, tilknyttet styringsutfordringer ved Hammerfest Sykehus. Informantenes innflytelse på budsjettet varierer avhengig av stilling, men kun enkelte informanter har innflytelse over budsjettutformingen. Det mangler incentiver til sparing, og overskridelse av budsjettet fører til vilkårlige innstramninger som kan oppleves som urettferdige. Samarbeid mellom avdelinger begrenses av manglende tilpasning av budsjettet. Vi ser også at systemer for samarbeid på tvers av avdelinger er uklare. Disse funnene viser utfordringer knyttet til budsjettstyring og samarbeid ved Hammerfest Sykehus. Dette fører videre til mulige konsekvenser rundt effektivitet og ressursutnyttelse. Det belyser også problematikken rundt vertikal og horisontal økonomistyring i en sykehusorganisasjon.

5.3 utfordringer tilknyttet målsetting og visjon

Det viser seg gjennom intervjurundene at informantene har lite fokus på Hammerfest Sykehus sine målsetninger og visjoner. De fleste gir uttrykk for at de ikke er klare over noen spesifikke målsetninger de skal jobbe mot, annet enn at de har fått signaler om at de skal spare penger der det lar seg gjøre. Informant 2 forteller:

«Ja, det er klart vi har visse mål vi jobber mot. Det tror jeg jo absolutt. Vi skal jo spare penger, ikke sant? Men, ja jeg tror ikke jeg har noen sånne helt klare ting vi har fått beskjed om at vi har. Som mål altså. Men ja, det er vel stort sett det vi opplever. Å spare så mye vi klarer. Sjefene er i hvert fall veldig klar på det i hvert fall.»

Videre forteller informant 2 at målsetningene som kommer ovenfra kan oppleves som overambisiøse: *«altså vi i Finnmarkssykehuset har jo vært i underskudd i flere år nå. Og starte og produsere overskudd mens vi er i skifte av sykehus virker for meg overambisiøst. Det kan altså bli vanskelig å se hvor man skal starte».*

Funnene viser i forlengelsen av dette at det muligens er problemer med tydeligheten, implementeringen og målkongruens innad i klinikken. Dette ettersom informantene i stor grad gir uttrykk for forskjellige syn på hvorvidt klinikken eller avdelingenes mål er noe de er klare over i arbeidshverdagen deres.

5.3.1 utfordringer tilknyttet tydelighet

I våre intervjuer fikk vi et inntrykk av utfordringer knyttet til tydelighet av mål. Majoriteten av informantene var ikke klar over konkrete de målsetningene til Hammerfest Sykehus. I spørsmål om mål forteller Informant 4 at Finnmarkssykehusets overordnede mål er underlagt Helse Nord.

«Vi har nok kvalitet, trygghet og respekt og lagspill er jo liksom det som er grunnpilarene og verdisynet til Helse Nord, og som også alle foretakene skal ha [...] Det er litt ulikt perspektiv på det fra ulike nivåer i organisasjonen. Noen vil antageligvis si at økonomi er det viktigste, og så kommer kvaliteten og tryggheten og respekten og lagspillet etterpå [...]»

Videre forteller informant 3 at hovedmålsettingen for driften er å ha best tilbud av helsetjenester til minst mulig penger. Utover dette bemerker informant 3 at mål med driften hovedsakelig er å tilby best mulig helsehjelp:

«Nei, altså vi har vel målsettinger på å opprettholde det aktivitetsnivået som vi har, og bruke de sengene vi har, ikke sant? [...] Så for min del, så er det jo på en måte en målsetting at det er folk på jobb og nok pasienter som vi behandler med god kvalitet»

Informant 1 bemerker også en opplevd tvetydighet angående overordnede mål. På spørsmål om det eksisterer overordnede mål svarer informant 1. «Mål? Nei. Ja, nå er det bare litt kaos. Jeg tror dem selv ikke helt vet hvordan ting skal fungere.» Vi opplever en tvetydighet rundt oppfatningen av de overordnede målene til Hammerfest Sykehus. Videre forteller informant 2 om lignende utfordringer:

«I min stilling hender det jo at man må ta stilling til mål, da kanskje i form av budsjett og sparing [...] Jeg opplever jo at dette kanskje noen ganger blir vanskelig å ta stilling til i tilfeller hvor behandling og kanskje helsehjelp er i fokus. Om du spør en helsefagarbeider vil jeg tro at de deler den samme oppfatningen»

Informantene belyser ulike utfordringer som oppstår på bakgrunn av manglende tydelighet og konkretisering av mål. Vi antar at ulike oppfatning av mål på bakgrunn av ulike roller vil være vanskelige å unngå. Men om målene som er presisert er utydelige vil vi betrakte dette som en separat problemstilling. Informant 5 belyser samme utfordring på spørsmål rundt målene som eksisterer, og hvordan disse eventuelt påvirker arbeidshverdagen til informantene:

«Ja altså for meg så har jeg forstått at det er sånn at nå skal vi jo inn i et nytt sykehus og da også så er vel målet å holde budsjettet [da] får vi jo eventuelt kanskje ikke leie inn over alt eller fra byrå sant? Så det blir jo en utfordring å ja som sagt tidligere også, så er det jo en utfordring med at man ikke får nok folk eller at det ikke skal kjøpes inn, hverken det ene eller det andre»

Her får vi videre et inntrykk av at utydelige målsetninger primært bidrar til vage økonomiske restriksjoner. At flere av informantene tolker spørsmål om mål på ulike måter indikerer for oss at det eksisterer tvetydighet rundt disse.

5.3.2 Utfordringer tilknyttet implementering og målkongruens

Videre kan vi se at funnene peker på problemer rundt implementering av målsetningene innad i Hammerfest Sykehus. Det virker det som om det eksisterer en dekopling mellom fagarbeidere og ledelsen når det kommer til målsetning og visjon. Dette samme fenomenet ser vi til stede også når det kommer til implementering av mål og målkongruens. Som informant

4 var inne på tidligere ser vi at målsetningene til Hammerfest Sykehus først og fremst stammer fra grunnpilarene i Helse Nord's visjon. Funnene viser at dette kan bidra til veldig lang avstand mellom målene og de som er fagarbeidere. Noe som igjen kan føre til at det blir vanskeligere for ledelsen å implementere disse målsetningene i arbeidshverdagen. Informant 5 følger opp dette med å påpeke at målsetningene de er klare over stort sett er tilknyttet den økonomiske situasjonen og at det er klare signaler om sparing. Dette fører igjen til at fokuset hos avdelingene blir flyttet mot økonomien:

«[...]så det er jo sånne utfordringer. Også sånn med utstyr og sånn, ja. Og så er jo utfordringen [med målene om innsparing] som jeg sier, også at jeg synes jo også det blir, det blir på en måte sånn, ikke at jeg [ikke] stortrives på jobb sammen med mine kollegaer. Sånn sett har vi jo det veldig flott og med pasientene og sånne ting. Men det blir jo det her maset eller jaget, eller hva jeg skal si. [Vi får beskjed] nei dere trenger ikke tenke på det for det har vi ikke råd til, [eller] det får dere ikke, sånn blir det ikke og ja. »

Disse synspunktene virker å gjenta seg blant alle informantene. Dette viser at det eksisterer et skille mellom hva ledelsen ved sykehuset mener målsetningen og visjonen skal være og hva som faktisk oppleves innad i klinikken. Informantene virker å stort fokusere på at målene er tilknyttet signalene som ledelsen gir i forbindelse med den økonomiske situasjonen. Den økonomiske situasjonen virker å ha brakt med seg et stort fokus på innsparing og lignende. Dette virker igjen å føre til at implementeringen av de andre målene, f.eks. de som er tilknyttet pasientbehandling og den slags, kan bli overskygget. Informant 3 snakket tidligere om at de på avdelingen selvfølgelig er opptatte av at pasientene får god behandling og den type ting, men at dette stort sett oppleves å være på avdelingsnivå. Dette synspunktet gjenspeiles av hva informant 4 sa tidligere. I tillegg følger informant 4 opp med å si:

«Herregud, nå husker jeg det ikke ordrett, men ja, vi skal være det faglige fyrtårnet for utvikling av spesialisthelsetjenesten i Finnmark, så det har vi laget som visjon da som vi prøver å jobbe etter. Men så vet vi jo at økonomien setter begrensninger for det og det er hele tiden det her med bemanning og tilflyt av personell som lager utfordringer for det. Men det å prøve å etterleve noen sånne ting gjør også det at du kan skape noen holdningsendringer hos folk, og i helsetjenesten så er det nok det som er den største hemskoen, det med holdninger og kultur [...]».

Funnene viser altså at det finnes overordnede mål og visjoner for Hammerfest Sykehus, men at det ikke nødvendigvis blir implementert godt nok nedover i organisasjonens hierarki. Dette virker i stor grad å skyldes den økonomiske situasjonen som tar mye av fokuset til både lederne og fagarbeiderne. Informant 2 påpeker at de mener både helse og økonomiperspektivet er viktig, men at det for øyeblikket virker å være et økt fokus på økonomien: *«ja, jeg tror at situasjonen vi er i nå, så er det klart at det er veldig mye fokus på økonomien og det, ja fra ledelsen»*. Vi tror at funnene derfor peker mot at det oppstår en manglende målkongruens mellom hva ledelsen og fagarbeiderne tenker. Alle informantene er klare på at både helse- og økonomiperspektivene er svært viktige for sykehuset. På den andre siden virker det som om at mye av visjonen og målsetningene som faller utenfor det økonomiske, til en viss grad blir overskygget. Informant 4 påpeker at holdning og kultur vil være sentralt i arbeidet mot målkongruens innad i Hammerfest Sykehus:

«[...] for å oppnå de organisatoriske og administrative målene med gjennomførte konsultasjoner med pasienter, men også de økonomiske målene. Så jeg tror at det er en holdnings og kulturendring som vi er nødt til å jobbe mest med for å få den økonomiske biten på plass. Til syvende og sist.»

Det kommer altså fram at de overordnede målene og visjonen til Hammerfest Sykehus er noe som jobbes aktivt med, gjennom et forsøk på å endre holdning og kultur innad i organisasjonen. På den andre siden er det vanskelig å oppnå tilstrekkelig implementering og målkongruens nedover i hierarkiet på grunn av den økonomiske situasjonen. Ledelsen ved sykehuset virker å gi uttrykk for at de har forståelse for problemene tilknyttet implementering av mål og målkongruens. De påpeker også at situasjonen er slik at den krever økt fokus på økonomi på alle nivåer av hierarkiet. Dette synspunktet virker å deles av alle informantene. Informant 3 svarer på spørsmål om målsetningene til sykehuset fører til utfordringer i arbeidshverdagen: *«ja, det er klart at det jo mange ganger er motstridende [målsetninger]. Hva som på en måte er en ønskelig situasjon og hva som er det faktiske da. Men det er jo igjen uforutsigbart [...]»*. Dette følges opp av informant 4 som legger til at:

«Altså vi jobber jo ut ifra at vi skal levere god kvalitet til pasientene, og det måles vi på gjennom nasjonale kvalitetsparametere. Og det er klart at dersom man ikke klarer å levere god kvalitet så vil tillitten ute blant befolkningen til helsevesenet falle. Så det er hele tiden en sånn avveining om hvordan vi skal klare å få det til for å levere god

kvalitet på de tjenestene vi har, til tross for at vi har færre behandlere [...] men så er det viktig at man ikke skal gå på akkord med de ansatte heller [...] man må tenke på hva man utsetter de for. For det kan gå utover kvaliteten og reduserer tilliten til helsetjenesten. Så det er absolutt en sammenheng mellom de her [målsetningene].

Vi ser altså at funnene viser at målene og visjonene ved Hammerfest Sykehus er fokusert rundt økonomien og økonomiske innsparinger. Dette skyldes at situasjonen krever det, noe alle informantene virker å være innforstått med. Det påpekes at det selvfølgelig enda er fokus på mål rundt pasientbehandling og daglig drift, men at dette til tider blir overskygget av et økt fokus på økonomi. Alt i alt virker det som om det er svært lite fokus på overordnede målsetninger nedover i hierarkiet, noe som kan tyde på en dekopling mellom ledelsen og fagarbeiderne ved sykehuset.

5.3.3 Oppsummering av utfordringer tilknyttet målsetninger og visjon:

For å oppsummere kan vi se at utfordringene rundt målsetninger og visjon ved Hammerfest Sykehus kan deles opp i to kategorier. Funnene indikerer at målsetningen ved Hammerfest Sykehus er noe uklar. Med dette menes at målsetningene og visjonen ikke kommer godt nok fram for fagarbeiderne. Informantene har svært varierende grad av kjennskap til målene. Årsaken til dette virker å være manglende tydelighet rundt hva som er de faktiske målene, noe som fører til at det blir et sprik mellom ledelsens og fagarbeidernes syn på målsetningene. I forlengelsen av dette ser vi at utydelige mål har ført til manglende implementasjon og dermed også dårlig målkongruens nedover i klinikken. Den økonomiske situasjonen ved Hammerfest Sykehus har ført til at ledelsen har et stort fokus på dette når det kommer til målsetning. Informantene er stort sett innforstått med at det er nødvendig med fokus på økonomiske mål. På den andre siden virker det som om det økte fokuset på økonomiske mål har gått ut over målene rundt pasientbehandling og daglig drift. Dette ser vi gjennom at så å si ingen av informantene var klare over noen spesifikke mål rundt dette. Jo lengere ned vi kommer i hierarkiet, jo mere virker dette å stemme. Vi ser derfor at målsetningene og visjonene ved Hammerfest Sykehus kan tyde på at det eksisterer en dekopling mellom ledelsen og fagarbeiderne.

5.4 Dekobling mellom fagarbeidere og ledelsen

5.4.1 Dekobling mellom klinikere og administrasjonen

En vesentlig kategori med utfordringer som tydeliggjorde seg gjennom vår intervjuprosess var dekobling mellom helsefagarbeidere og administrasjonen i klinikken. Med dette mener vi utfordringer som oppsto grunnet ulike roller i organisasjonen og ulike oppfatninger av mål. Informant 4 belyser dette temaet i svaret på spørsmålet: hvordan samarbeidet mellom administrasjonen og klinikere fungerer: *«Administrasjonen kan nok sitte med en virkelighet, mens de som er klinikere og ute i sengepostene på poliklinikken har en helt annen virkelighet. Så det er det som er litt av drawbacket, at de som da sitter i administrative posisjoner ikke kjenner virksomheten godt nok»*.

Tre av fem informanter opplever en dekobling i samarbeidet mellom fagarbeidere og administrasjonen. Informant 2 legger til *«[...] administrasjonen opplever kanskje noen ganger mangel på innsikt i hva som skjer på gulvet»*. Informant 2 bemerker videre: *«Administrativt arbeid kan noen ganger oppleves som utakknemlig arbeid, [administrasjonen] har begrenset med ressurser å fordele, og det kan føre til press fra begge kanter»*. Både helsefagarbeidere og ansatte med administrative arbeidsoppgaver belyser at deres stilling bidrar til ulike syn på hva som er viktigst i driften.

Informantene er i varierende grad klare over økonomiske konsekvenser i arbeidshverdagen deres. Informant 3 bruker et eksempel for å poengtere de økonomiske konsekvensene av organisering av arbeidet:

«Skal du operere en pasient, så kreves det 2 operasjonssykepleiere. En anestesisykepleier, og så er det noen som må vaske og klargjøre i forkant og vaske og klargjøre i etterkant [...] hvis du har det på poliklinikk, så kan en lege og en sykepleier å gjøre samme jobben».

Videre viser funnene til at to av tre helsefagarbeidere, blant våre informanter ikke er tilstrekkelig informert om de økonomiske konsekvensene av arbeidet som utføres. Unntaket er at de fanger opp signaler rundt krav til sparing.

Informant 3 bemerker: *«Vi som jobber med pasienter er veldig lite glad i å snakke om hva det koster. Vi er mest opptatt av at det skal være bra faglig behandling og god kvalitet»*. Til tross for konfliktområder mellom klinikere og administrasjonen mener fire av fem at samarbeidet

stort sett fungerer. Informant 3 forteller videre: *«det kan jo være diskusjoner og fagområder som på en måte er i strid med hverandre, men jeg oppfatter jo at folk klarer å skvære opp og bli enig til det beste for pasienten, og at det er liksom det er som til syvende og sist blir i fokus».*

5.4.2 Ulike perspektiver på styring

Som etablert opplever vi en dekopling mellom helsefagarbeidere og administrasjonen som et resultat av ulike perspektiver på mål og styring. Utover dette opplever vi en distinksjon mellom helsefagperspektivet og økonomistyringsperspektivet. Samtlige av informantene forteller at helsefagperspektivet vil være det viktigste for et sykehus, men utover dette foreligger det ulike antagelser om drift og målsetting. Informant 4 forteller at helse og økonomi er vanskelig å skille, og at det har skjedd en holdningsendring ovenfor pasienter: *«Jeg synes det er ikke noe sånn enkelt svar. De er tett koblet til hverandre fordi at man har gjort om det offentlige helsevesenet til markedstenkning, der man egentlig har fjernet vekk pasienten, men leverer en vare til en kunde».* Videre påpeker informanten at denne endringen i perspektiv kan medføre noen bekymringer: *«da fjerner du litt av det som jeg tenker, er det viktig i helsetjenesten. Det den ivaretagelsen av pasientene som gjøres. Jeg tror det er noen elementer av begge deler uansett. Men helseperspektivet er jo klart det viktigste».*

Utover dette har informanter med bakgrunn i helsefag også et perspektiv som påvirkes av helsefag og økonomi. Vi fikk inntrykk av at informantene med bakgrunn i helsefag hadde et sterkt fokus på helsefaglig behandling samtidig som de var informerte og bevisste på de økonomiske konsekvensene av driften. Informant 3 forteller *«Jeg tenker jo at begge to er viktig. Det er ikke holdbart og ikke tenke på økonomi i det hele tatt, og man må ha noen styringer i forhold til ja, forvaltning av pengene, det økonomiske. Men jeg synes jo det er det helsemessige som jo selvfølgelig er viktigst».*

Til tross for kunnskapen om de økonomiske konsekvensene opplever vi at det økonomiske perspektivet kan være vanskelig å innpasse i kliniske avgjørelser. Som etablert, er det vage signaler om hvor sparing skal gjennomføres, noe som gjør sparingen utfordrende i praksis. Informant 5 poengterer dette med et eksempel: *«Men selvfølgelig, og da må man jo også vurdere om er fare for liv og helse. Og hvis det ikke er det OK, ja da kan det vente. Ja, det kan vente, og da siden det er så dyrt, så lar vi det vente litt».* Videre utreder informant 5 om en misnøye rundt eksisterende perspektiver i sykehuset på pasienter. Vi stilte spørsmål om hva

som er viktigst av økonomi- og helseperspektivet. Informant 5 svarer: «*Nei det er jo helt, helt, helt klart helse. Ja som er det viktigste. Det er jo derfor jeg trodde at vi var her, men noen ganger så er man usikker på om det er det eller om det er økonomien*».

Samtidig oppfatter Informant 1 at en hierarkisk struktur med søkelys på økonomi er nødvendig for å drive et sykehus. Informant 1 forteller: «*Alle vil bestemme, men det er jo ikke rett. Det funker ikke sånn at alle skal bestemme og alle blir hørt, og da blir vi aldri ferdig*». Basert på et begrenset utvalg av informanter opplever vi at perspektiver på økonomi og helse ikke nødvendigvis preges av stillingstittel. Selv om vi opplever ulike perspektiver på viktigheten rundt økonomisk styring ser vi at disse perspektivene er mindre avhengig av informantenes rolle enn først antatt. Dette kan være grunnet et begrenset antall informanter.

5.4.3 Oppsummering av dekobling mellom fagarbeidere og ledelsen

Vi opplever en dekobling mellom helsefagarbeidere og administrativt personell som en utfordring ved Hammerfest Sykehus. Dette resulterer i ulike oppfatninger av virksomhetens realiteter, spesielt mellom kliniske og administrative perspektiver. Selv om samarbeidet generelt fungerer til det beste for pasienten, avdekkes forskjeller i prioriteringer og perspektiver. Informantene i våre intervjuer belyser en tydelig dekobling og forskjeller mellom helsefagarbeidere og administrative aktører innad i sykehuset. Informantene understreker den eksisterende avstanden mellom administrasjonens virkelighetsoppfatning og de praktiske utfordringene som fagarbeiderne møter i sitt daglige arbeid. Videre gir informantene, både fra helsefaglig og administrativ bakgrunn, innsikt i hvordan ulike perspektiver påvirker samarbeid og beslutningsprosesser. Disse perspektivene reflekterer både ulike oppfatninger av virksomhetens mål og ulike opplevelser rundt hva som er viktigst i driften av sykehuset.

5.5 Oppsummering av funn:

Klinikkstruktur: Strukturelle utfordringer:

Funnene viser til utfordringer med at sterk vertikal økonomistyring kan gå ut over den horisontale styringen. Dette støttes opp av at den hierarkiske oppbygningen, og klinikkstrukturen fører til at de fleste informantene mener at avgjørelser stort sett tas over hodet på dem. På grunn av den økonomiske situasjonen blir det konkurranse om knappe

ressurser innad i klinikken, og det kan oppstå interessekonflikter. Dette merkes spesielt godt ettersom det ikke ligger til grunne retningslinjer eller lignende når det kommer til samarbeid på tvers av avdelinger.

Budsjettrelaterte styringsutfordringer:

Ledelsen har flere år på rad fått strenge signaler om at sparing må skje, noe som krever innsparinger og begrenser handlingsrommet til ledelsen. Få av informantene er involvert i utarbeidelsen av budsjettet og opplever at det ikke stemmer overens med det faktiske ressursbehovet. Som følge av dette opplever både mellomlederne og helsefagarbeiderne kapasitetsbegrensninger og manglende tydelighet på hvor sparing skal ta sted.

Utfordringer knyttet til målsetning og visjon:

Funnene viser at det eksisterer utfordringer rundt målsetninger og visjon ved Hammerfest Sykehus. Målene kommer i første linje eksternt fra Helse Nord. Det blir derfor lange distanser mellom fagarbeiderne og målsetningene, noe som gjør at målene blir uklare og utydelige. I tillegg er Hammerfest Sykehus i en presset situasjon, økonomisk sett. Dette har medført økt fokus på økonomiske mål, som igjen har gått utover fokuset på de helsefaglige og driftsrelaterte målene. Alt i alt fører dette til at fagarbeiderne og ledelsen har svært ulike syn på målsetning og visjon ved Hammerfest Sykehus, noe som indikerer en dekobling.

Dekobling mellom fagarbeidere og ledelsen:

Våre funn indikerer at avdelingsledelsen hovedsakelig fokuserer på økonomiske aspekter. Samtidig opererer helsefagarbeiderne i mindre grad på økonomisk informasjon. Vi opplever at helsefagarbeidere på det operative nivået rapporterer primært helsefaglig informasjon, og deres tilbakemeldinger holder seg til det helsefaglige området. Dette resulterer i en dekobling mellom den økonomiske styringen og det helsefaglige nivået. Vi observerer i våre intervjuer tegn på helsefaglige perspektiver og økonomisk perspektiver. Til tross for at begge perspektivene er til stede ser vi tydelig at de økonomiske perspektivene står sterkere i fokus blant aktører med bakgrunn i økonomi og administrasjon. Helsefagarbeidere er mindre

informerte og interesserte i økonomiske konsekvenser av arbeid, ettersom primærfokuset står på ytelse av helsetjenester.

6. Diskusjon

6.1 Klinikkstrukturen

Hammerfest Sykehus er som nevnt tidligere satt opp etter klinikkmodellen og styres i prinsipp etter denne modellen. Klinikksjef på toppen, med avdelingsledere og deres tilhørende enhetsledere under seg igjen. Overordnet styres dette gjennom disse lederne, hovedsaklig da i form av at beskjeder og styringssignaler kommer ovenfra og går nedover igjennom de ulike hierarkiske nivåene i organisasjonen. På denne måten kan vi se at styringsstrukturen både fremstår og oppleves som vertikal (Vosselman, 2002). I praksis ser vi ut ifra funnene at klinikksjefen har myndighet over alle avdelingene innad i klinikken, mens avdelingslederne ofte kan bli stående litt hver for seg. Strukturen blir beskrevet som silotenkende av informantene, og kan oppleves å bære preg av en «oss og dem»-situasjon. Dette virker å ha klare innvirkninger på den horisontale styringen ettersom at klinikkstrukturen bærer preg av å ha en klar overvekt av vertikal styring kontra horisontal styring. Vi ser også på den andre siden at det gjøres forsøk på å dra inn den horisontale styringsdimensjonen. Dette gjennom morgenmøter mellom klinikksjef, avdelingsledere og deres respektive enhetsledere. Dette virker å være et steg mot bedre balanse mellom vertikal og horisontal styring og faller inn under litteraturens definisjon på horisontal styring. Altså at det gjøres et forsøk på å få til styring mellom organisatoriske enheter som ligger på samme nivå i den hierarkiske oppbygningen (Vosselman, 2002).

6.1.1 Styringsutfordringer som følge av sterk vertikal styring

Forskningen på området indikerer at sykehusorganisasjoner er avhengig av å balansere horisontal styring med den mere tradisjonelle hierarkiske, vertikale økonomistyringen for å kunne drifte godt (Pettersen & Solstad, 2014, 2015; Nyland et.al., 2017). På den andre siden viser litteraturen at dersom den vertikale styringen blir for sterk kan det ha en motvirkende effekt på den horisontale styringen (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Nyland et al., 2017). Vi kan se ut ifra våre funn at virkeligheten i dette tilfellet virker å gjenspeile litteraturen. Flere av informantene ga uttrykk for at den økonomiske situasjonen koblet med ny ledelse har brakt

med seg mye større og strengere krav til økonomistyring. Funnene viser i forlengelsen av dette at strengere vertikal økonomistyring har ført til utfordringer i de horisontale relasjonene. Avdelingene påpeker at de økonomiske innstrammingene oppleves svært ulikt av de forskjellige avdelingene, slik at enkelte avdelinger blir hardt påvirket, mens andre i mye lavere grad. Eksemplet som blir mest tatt opp er graden avdelingene er nødt til å benytte seg av vikarbyrå. Dette på bakgrunn av at det er en av de største kostnadene. De som er avhengige av vikarbyrå merker styringen sterkt, mens de som ikke er like avhengige er relativt upåvirket. Dette fører videre til at avdelingene føler at de blir bedt om å passe på seg selv, før de tenker på de andre og hvordan samarbeidet blir påvirket. Vi ser at funnene samsvarer godt med hva litteraturen viser (Abernethy & Stoelwinder, 1995; Nyland et al., 2017), ettersom avdelingene merker at den vertikale styringen går utover samarbeidet på tvers, og derfor den horisontale styringen.

6.1.2 Utfordringer knyttet til samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker

Dette bringer oss inn på neste styringsutfordring som omhandler styringen på tvers av avdelingene. Nærmere bestemt, hvorvidt kommunikasjonen og kommunikasjonskanalene mellom de ulike avdelingene fungerer og er med på å hjelpe den horisontale styringen. Vi har som sagt valg å fokusere på Hammerfest Sykehus og dens tilhørende avdelinger. Alle disse avdelingene ligger geografisk sett i Hammerfest, mens de andre klinikkene under Finnmarkssykehuset HF ofte har andre geografiske lokasjoner. Våre funn peker derfor ikke på styringen som ligger på tvers av klinikkene, men heller på avdelingene innad i Hammerfest sykehus. Vi kan se av Daft & Lengel (1986) at organisatoriske enheter som inngår i en organisasjon med horisontale relasjoner ofte kan oppleve ulik virkelighetsforståelse, i form av tvetydighet. Daft & Lengel (1986) foreslår i disse situasjonene at det er behov for å benytte seg av ansikt-til-ansikt situasjoner for å dele subjektiv informasjon, og på den måten sikre en mere helhetlig virkelighetsoppfatning og dermed også styring.

Som sagt har vi undersøkt avdelingene ved Hammerfest Sykehus, noe som utelukker kommunikasjonsproblemer tilknyttet geografisk avstand. Vi står derfor igjen med avstander i organisatorisk forstand. Informantene våre ga uttrykk for at samarbeidet mellom avdelingene som oftest fungerer bra når det først inntreffer, men at det som regel må skje på eget initiativ eller på en mere uformell måte. Vi ser i tillegg at de har dette morgenmøtet hvor avdelingsledere og enhetsledere kan delta. Det er derfor vår oppfatning av at mangel på

kommunikasjon og retningslinjer kan være en årsak til utfordringer innenfor samarbeid på det horisontale planet, altså på tvers av avdelinger.

For å gå mer i dybden kan vi som sagt anse disse morgenmøtene som et virkemiddel innenfor litteraturen fra Daft & Lengel (1986). For å motvirke tvetydighet og organisatorisk avstand innad i organisasjonen kan en løsning være å benytte seg av ansikt-til-ansikt situasjoner, som f.eks. gruppemøter eller lignende. Slike ansikt-til-ansikt møter vil ifølge litteraturen være best egnet for å definere og løse problemer tilknyttet tvetydighet. Det vil derfor også være egnet for å bidra til at man får en felles virkelighetsforståelse innad i klinikken, og mellom de organisatoriske enhetene (avdelingene). Dette kobles også sterkt opp mot litteraturen innenfor interaktiv styring og horisontal, hvor dette er et virkemiddel som eksisterer for å forbedre den horisontale styringen og for å forkorte de organisatoriske avstandene mellom avdelingene (Simons, 1995; Vosselman, 2002; Pettersen & Solstad, 2014, 2015). Dette støttes også opp av funnene våre. Informantene påpekte at de stort sett var enige om at denne typen møtevirksomhet var med å hjelpe til med å forbedre samarbeid på tvers av avdelingene. Med andre ord så har informantene et inntrykk av at denne typen virkemiddel er med på å forbedre de horisontale parameterne innad i klinikken. Vi tror derfor det er mulig å anta at denne type møtevirksomhet er med på å begrense tvetydigheten innad i klinikken. Dette gjennom å dele subjektiv informasjon mellom avdelingene og på den måten finne ut f.eks. hvilke ressursbehov hver enkelt avdeling har. Funnene våre gjenspeiler at ledelsen innad i klinikken stort sett virker å føle at det er godt samarbeid når det kommer til slike problemer, men at det ikke finnes noen helhetlig klinikk-kultur. Funnene peker på at dette muligens kan skyldes at fagarbeidere ikke involveres nok i møtevirksomheten, noe som kan bidra til at det blir en slags silo-mentalitet.

Fagarbeiderne som ikke er en del av ledelsesteamet (enhetsledere er begge deler) virker ut ifra funnene våre å kun ha møtevirksomhet med fagarbeidere innenfor sin egen avdeling. På den måten ser vi at kommunikasjonslinjene og utvekslingen på tvers av avdelinger stort sett er avhengig av nivåer som er over de i hierarkiet. Funnene peker på at tvetydigheten derfor er sterkere blant fagarbeiderne enn hos ledelsen ved klinikken, noe som samsvarer med tidligere forskning (Daft & Lengel, 1986). Flere av informantene påpeker at de som oftest jobber og kommuniserer god seg imellom og at kommunikasjon mellom avdelinger stort sett skjer på eget initiativ. Det virker derfor som at dette er noe som bidrar til denne silo-tankegangen

innad i klinikken. Dette ettersom den horisontale og interaktive styringen involveres i mye lavere grad hos fagarbeiderne enn hos ledelsen (Daft & Lengel, 1986; Simon, 1995; Vosselman, 2002).

På den andre siden er det verdt å merke seg at funnene viser at graden av kommunikasjon også kan variere fra person til person. Intervjuene gir oss et inntrykk av at informantene har varierende holdninger til kommunikasjon og samarbeid på tvers av avdelinger. Noen virker å ha godt forhold til sine viktigste samarbeidsavdelinger og opplever dette samarbeidet som godt og viktig. På den andre siden mener noen at de stort sett jobber for seg selv og at samarbeidet kun skjer når det er absolutt nødvendig, eller at noen andre ber om hjelp. Basert på dette kan vi se at samarbeid på tvers av avdelinger, ikke bare mellom de ulike lederne, men også mellom fagarbeiderne bygger opp under kommunikasjon og informasjonsdeling innad i klinikken. Vi ser av våre funn at dette som oftest foregår i form av ansikt-til-ansikt møter, noe som følger av Daft & Lengels (1986) forslag til hvordan horisontale styringsverktøy kan benyttes i slike situasjoner.

Vi ser altså at våre funn samsvarer med Daft & Lengel (1986) i den grad at avdelinger og personer som ikke benytter seg av eller er med på ansikt-til-ansikt møter opplever større problemer med samarbeidet på tvers. Dette virker å skyldes at det er lavere grad av kommunikasjon og informasjonsdeling på tvers i disse tilfellene, noe som da fører til ulike virkelighetsoppfatninger og derfor også større grad av tvetydighet. Ettersom funnene viser til at ansikt-til-ansikt møter virker å fungere godt for samarbeidet tror vi at det er gode muligheter for å forbedre samarbeidet på tvers. Dette er dog avhengig av at klinikken klarer å organisere slike ansikt-til-ansikt møter ikke bare mellom ledelsen, men også for fagarbeidere. Altså viser funnene og litteraturen (Daft & Lengel, 1986) til at de horisontale virkemidlene ofte vil kunne forbedre de horisontale relasjonene innad i klinikken.

6.1.3 Interessekonflikter og motstridende interesser

Neste punkt er også tydelig relatert med hva funnene viser til. Dette i form av at avdelingene blir for silo-tenkende og i flere tilfeller blir stående hver for seg. Funnene viser i forlengelsen av dette at en slik situasjon kan føre til at det oppstår utfordringer tilknyttet samarbeid på tvers av avdelinger, samt tillitsutfordringer. Dette samsvarer med hva litteraturen fra Caglio & Ditillo (2008) og Kraus & Lind (2007) sier. De sier som nevnt at både tillits og

samarbeidsutfordringer kan oppstå når de ulike organisatoriske enhetene opplever behov for å først og fremst beskytte sine egne interesser. Dette kan ha en rekke ulike årsaker som f.eks. at den økonomiske situasjonen er anstrengt eller manglende incentiver til samarbeid med andre enheter. Dette kan igjen føre til at det oppstår motstridende interesser eller interessekonflikter på tvers av avdelingene. Funnene våre viser en situasjon som til en viss grad samsvarer med hva litteraturen fra Caglio & Ditillo (2008) og Kraus & Lind (2007) sier. Flere av informantene påpeker som sagt at enkelte avdelinger samarbeider mindre godt enn andre, og at det enda er en «oss-og-dem»-tankegang innad i klinikken. I tillegg påpeker alle informantene at den økonomiske situasjonen ved sykehuset er anstrengt. Ingen av informantene gir uttrykk for at det finnes noen form for incentiv til samarbeid. Dette forutenom at en sykehusorganisasjons natur krever at det samarbeides i den horisontale dimensjonen for å sikre at de klarer å drifte. Denne problematikken er også tett tilknyttet budsjettering, noe vi kommer nærmere inn på senere.

Vi ser blandede signaler fra informantene når det kommer til dette. Enkelte gir indikasjoner på at de forsøker å sørge for at samarbeidet på tvers av avdelinger skal være så godt og smertefritt som mulig. På den andre siden opplever de at dette kan være vanskelig da organiseringen og den økonomiske situasjonen i enkelte tilfeller tvinger de til å opptre i egeninteresse. Den ene informanten ga et eksempel på dette i form av at de fikk beskjed om at dersom de skulle innføre samme portørordning som en annen avdeling ville det gå på bekostning av en annen stilling innad i avdelingen. Dette på bakgrunn av økonomien. På andre siden er det informanter som ikke opplever noen incentiver til å forbedre samarbeidet på tvers og at de derfor kun samarbeider når det bes om hjelp eller behovet oppstår. Vi ser derfor at situasjonen ved Hammerfest Sykehus i enkelte tilfeller samsvarer med hva Caglio & Ditillo (2008) og Kraus & Lind (2007) sier om tillits- og samarbeidsutfordringer. Avdelingene havner i situasjoner hvor de blir satt opp mot hverandre og dette kan føre til konflikter og utfordringer for samarbeidet på tvers.

Litteraturen viser som nevnt at horisontal styring er en viktig del av driften for en sykehusorganisasjon, ettersom arbeidsoppgavene og prosessene innad i organisasjonen ofte strekker seg på tvers av avdelinger eller klinikker (Simons, 1995; Bisbe et. al., 2005). Våre funn viser som sagt at Hammerfest Sykehus til en viss grad benytter seg av horisontale styringsverktøy, da gjennom møtevirksomhet mellom avdelings og klinikkledelsen. På den

andre siden ser vi ut ifra funnene våre at det er manglende grad av involvering i bredden av organisasjonen (Simons, 1995, Pettersen & Solstad, 2015). Vi ser at ledelsen i avdelingene og klinikken stort sett føler at samarbeidet på tvers virker godt, men at fagarbeiderne opplever mangel på retningslinjer og lignende. Vi tror dette kan skyldes en manglende grad av involvering av fagarbeiderne i bredden av organisasjon, fra ledelsens side. Bisbe et. al. (2005) viser til at denne involveringen i organisasjonens bredde ofte kan gjøres gjennom mellomledelsen. I dette tilfellet vil det si at avdelings og enhetslederne i større grad kan være med på å legge retningslinjer og lignende for fagarbeidere når det kommer til samarbeid på det horisontale planet.

6.2 Budsjettrelaterte styringsutfordringer

Før vi tar stilling til informantenes opplevelse av utfordringer knyttet til budsjett vil vi ta stilling til de teoretiske rammene rundt vertikal økonomistyring. Som etablert i teorikapittelet betegner vi vertikal økonomistyring som en hierarkisk oppbygning med styring som foregår langs de hierarkiske dimensjonene innad i organisasjonen (Vosselman 2002). I vår teoretiske utredelse brukte vi også *Lever of control* som teoretisk bakgrunn for vår oppgave. Dette rammeverket tar også stilling til vertikale styringsmekanismer vi opplevde som relevante for vår oppgave. Generelt sett utarbeider ledelsen organisasjonsmål og formidler dem til de ansatte, for å deretter vurdere organisasjonens fremgang mot disse målene.

Deretter gir dette diagnostiske systemet tilbakemeldinger til ledelsen om progresjonen mot målene, slik at de kan implementere nødvendige tiltak (Simons, 1995). Videre er budsjett et verktøy for å utøve økonomistyring langs disse vertikale linjene. Budsjettet fungerer gjennom den hierarkiske oppbygningen. Dette gjennom at organisasjonen deles opp i organisatoriske enheter med budsjettansvar, og hvor lederen i en slik enhet har det formelle ansvaret for å sikre at budsjettmålene nås etter beste evne (Vosselman, 2002). Våre funn støtter den teoretiske bakgrunnen rundt vertikal styring. Informantene ga innsikt i styringssystemene fra de ulike nivåene i hierarkiet. Utover dette ga informantene innsikt i styringsutfordringer som kan oppstå i de vertikale linjene. Utfordringer knyttet til budsjett gjorde seg tydelig i vår undersøkelse.

Hammerfest Sykehuset har over gjentatte år opplevd betydelige budsjettunderskudd, som indikerer at budsjett som styringsverktøy fungerer dårlig. Budsjett betegnes som en tallmessig representering av ressursbehov innad en organisasjon. Budsjettet utnyttet som et

styringsverktøy i henhold til organisasjonens overordnede mål (Pettersen & Solstad, 2015). I vår undersøkelse opplever vi at det budsjetterte ressursbehovet ikke er representativt for de ressursene som kreves i Hammerfest Sykehus.

6.2.1 Påvirkning på budsjett

Vi bemerker oss at majoriteten av informantene ikke har innflytelse på utarbeidelsen av budsjett, flere av informantene opplever at beslutninger tas over hodet på dem. Videre opplever samtlige av informantene med budsjettansvar at de får signaler og beskjeder om sparingstiltak. Informanter med budsjettansvar opplever det utfordrende og innføre sparing dersom dette begrenser muligheten til å utøve helsehjelp. Disse informantene forteller at sparing dermed er vanskelig å aktualisere.

6.2.2 Incentiver til sparing

Ytterligere forteller informantene at det er manglende incentiver til sparing. Dersom penger spares, vil ikke dette utgjøre en forskjell for organisasjonen eller de enkelte aktørene. Flere informanter forteller om at sparte resurser vil gå tilbake til felleskassen uten noe belønning for gjennomførte sparingstiltak. Tidligere litteratur indikerer at det vil være vanskelig å gjennomføre sparingstiltak dersom det ikke eksisterer reelle konsekvenser for underskudd (Pettersen & Solstad, 2015).

På spørsmålet om incentiv opplever vi at våre funn sammensvarer med eksisterende litteratur. Majoriteten av informantene forteller at verken underskudd eller overskudd sannsynligvis ikke vil ha en reel innflytelse på deres arbeidshverdag. Ingen av våre informanter hadde erfaring med overskudd i nyere tid, men det var en delt antagelse om at overskudd ikke ville ført til betydelige fordeler for avdelingene. I tillegg til dette opplever informantene at incentiver rundt sparing kan motvirke helseperspektivet.

6.3.3 Samarbeidsbegrensninger

Videre opplever vi en sperre i fordeling av økonomisk informasjon. Vi opplever her et skille mellom helsefagarbeidere og ledere i relasjon til økonomisk kompetanse. Disse funnene står i tråd med tidligere forskning om vertikal økonomistyring hvor det oppleves en dissonans mellom ledere og helsefagarbeidere i henhold til deres tilgang til økonomisk informasjon (Pettersen & Solstad, 2014). På spørsmål om kunnskap om økonomiske konsekvenser av

arbeid og interesse av økonomisk informasjon fikk vi innblikk i et skille mellom ledere og helsefagarbeidere.

Våre funn underbygger at helsefagarbeidere ikke er involvert i økonomiske prosesser eller i utarbeidelsen av budsjettet. Samtidig har ledelsen en bedre forståelse av de økonomiske konsekvensene av driften. Den økonomiske informasjonen helsefagarbeiderne mottar er signaler rundt sparingstiltak. Vi opplever at denne informasjonen mangler konkretisering rundt hvor sparing skal ta sted, samtidig som helsefagarbeidere ikke har tilstrekkelig kompetanse og involvering i økonomiske prosesser. Helsefagarbeiderne opplever at deres involvering fungerer mest som en formalitet. Våre funn indikerer at styringssystemet som utnyttes er sammenlignbart med et top-down styringssystem, hvor interaktive styringsprosesser ikke prioriteres (Vosselman, 2002).

6.3 utfordringer rundt målsetning og visjon

Som tidligere etablert omhandler økonomistyring i stor grad samspillet mellom en bedrifts overordnede mål og resten av driften (Anthony, 1965). Basert på denne forutsetningen til økonomistyring vil den overordnede målsettingen og implementeringen av mål være relevant for hvordan styringen fungerer. Utover dette har vi i teorikapittelet undersøkt tidligere forskning på hvordan profesjons- og økonomiperspektivene respektivt påvirker oppfatning av mål (Nyland & Pettersen, 2018). Vi opplever at våre funn stort sett samsvarer med tidligere forskning.

Vi har også sett på tidligere forskning rundt konsekvensene av overordnede mål med manglende tydelighet. At visjoner og mål kommer ovenfra uten betydelig samarbeid nedover i organisasjon blir sett på som en årsak til tvetydighet (Daft & Lengel, 1986). Slike utfordringer rundt mål har konsekvenser for oppfatninger av institusjonelle logikker. Dersom mål og visjoner mangler konkretisering vil rommet for subjektiv oppfattelse være større (Daft & Lengel, 1986; Pettersen & Solstad, 2014, 2015). I vår studie har vi dermed satt søkelys på å undersøke mål og visjon og hvordan det kan føre til styringsutfordringer.

Målsetninger og visjoner kan være vanskelig å aktualisere dersom det ikke samsvarer med det faktiske ressursbehovet til organisasjonen (Pettersen og Solstad 2015). Majoriteten av informantene gir ulike tolkninger av hva som er målene til Hammerfest Sykehus. Videre ga informantene innsikt i hvordan de overordnede målene påvirket de i arbeidshverdagen. Vi fikk et inntrykk av at Finnmarkssykehuset HF's visjoner og mål er preget av subjektive tolkninger

informantene gjør. Samtidig forteller enkelte informanter at de eksisterende målene om å unngå underskudd blir for ambisiøse. Informantene gir uttrykk for at økonomiske og helsefaglige mål går ut over hverandre, men at det for øyeblikket er størst fokus på det økonomiske.

Vi får også et syn på at det er manglende informasjonsflyt mellom fagarbeidere og ledere. Dette gjør at økonomiske mål og tiltak blir vanskelig å implementere nedover. Videre fører dette til at både ledere og fagarbeidere uttrykker misnøye rundt mål og visjon. Samtlige av informantene fortelle at de sjeldent utnytter målinger fra andre avdelinger i klinikken. De utnytter sjeldent ressurser fra andre avdelinger og poengterer at det ikke eksisterer systematisk samarbeid mellom avdelinger. Vi opplever derfor styringsutfordringer grunnet en dekobling mellom fagarbeiderne og ledelsen. Dette samsvarer med tidligere forskning på området (Daft & Lengel, 1986; Pettersen & Solstad, 2014, 2015).

6.4 Dekobling mellom fagarbeidere og ledelsen

På spørsmål om struktureringen til Hammerfest Sykehus forteller flere informanter om den tradisjonelle styringspyramiden hvor myndighet delegeres fra toppen og ned. Utover dette får vi også et innblikk i hvordan perspektivet på dette hierarkiet er i endring. Nyere konseptualiseringer snur hierarkiet på hodet hvor fagarbeiderne plasseres på toppen. Intervjuer belyser at denne endringen har som formål å bidra til en endring i perspektiv på driften av organisasjonen. Perspektivet som blir forsøkt implementert er at det helsefaglige perspektivet skal være det viktigste for sykehuset. Men hvordan opplever informantene at dette perspektivet fungerer i et system hvor fokus på økonomistyring tar stadig større plass?

6.4.1 Dekobling mellom klinikere og administrasjonen

Innad en organisasjon eksisterer det felles oppfatninger av mål og praksiser. Faktorene som utgjør et overordnet sett med retningslinjer for hvordan individer skal oppføre seg refererer vi til som institusjonelle logikker. I vår teoretiske utredelse benyttet vi oss av rammeverket til Scott, et. al. (1994) og Burns & Scapens (2000) for å forklare disse mekanismene. Gjennom våre intervjuer gjorde to hovedperspektiver på styring seg gjeldene. Disse perspektivene var det helsefaglige perspektivet og det økonomiske perspektivet. Dette samsvarer med vårt teoretiske utgangspunkt.

Teorien etablerer at det ofte kan oppstå en dekobling mellom ulike perspektiver. Dekobling kan oppstå når ledelsen mangler kunnskapen til den profesjonelle kjernen (Pache & Santos, 2013). I våre funn finner vi en dekobling som følge av helsefagarbeidernes adferd, som preges av et økonomisk perspektiv. Majoriteten av helsefagarbeiderne forteller at deres arbeid i hovedsak påvirkes av et profesjonelt perspektiv når de skal behandle pasienter. Utover dette finner vi i intervjuene at det sjeldent rapporteres på økonomisk informasjon i de helsefaglige leddene av driften. Vi opplever at helsefagarbeiderne primært rapporterer på utfall av behandling og annen helsefaglig informasjon. Den økonomiske informasjonsflyten involverer sjeldent fagarbeiderne i organisasjonen. Samtidig kan vi bemerke at majoriteten av fagarbeiderne stort sett ikke formidlet noe misnøye rundt manglende informasjonsflyt av økonomi.

Vi opplever at dekobling mellom helsefagarbeidere og ledelsen som kilder til styringsutfordringer. Fagarbeiderne forteller at økonomiske perspektiver ofte ikke er en del av deres beslutningsgrunnlag ved behandling. Dette i kombinasjon med manglende informasjonsflyt gjør at økonomisk styring kan være vanskelig å implementere i behandlingen av pasientene. Vi opplever at mange av kostnadene som påløper ikke lar seg påvirke av budsjett og andre økonomiske signaler. Dette står i trad med vårt faglige rammeverk som påpeker at klinikere ofte mangler relevant kunnskap og incentiv når det kommer til økonomistyring (Pache & Santos, 2013)

Tross dette opplever vi at enkelte helsefagarbeidere tar stilling til økonomiske spørsmål når det kommer til bemanning og valg av behandling. Dette skjer i tilfeller hvor behandlingen kan utsettes til fordel for en billigere løsning. Men i disse tilfellene foreligger det enda mangelverdig rapportering rundt økonomiske spørsmål. Dette kan skape en dissonans i styringskjeden som kan bidra til utfordringer. Noe som samsvarer med tidligere forskning (Pettersen & Solstad, 2014).

7. Konklusjon og videre forskning

7.1 Konklusjon

Gjennom dette casestudiet har vi tatt for oss en klinikk ved Finnmarkssykehuset HF. Mere spesifikt har vi undersøkt Klinikk Hammerfest, gjerne omtalt som Hammerfest Sykehus og dens tilhørende avdelinger. Forskningsprosessen har bestått av intervjuer med både

fagarbeidere og ledere på ulike nivåer og har hatt som formål å besvare følgende problemstilling:

Hvilke styringsutfordringer opplever avdelinger ved Finnmarkssykehuset som er organisert gjennom klinikkmodellen?

Hammerfest Sykehus opplever en rekke utfordringer når det kommer til økonomistyring. Vi ser at for øyeblikket benytter klinikken seg hovedsakelig av vertikal økonomistyring, men at utfordringene eksisterer både i den vertikale- og horisontale økonomistyringen.

Vi ser at hovedutfordringen ved Hammerfest Sykehus virker å ha opphav i den nåværende økonomiske situasjonen. De har historisk sett hatt trange økonomiske vilkår som følge av et lavt pasientgrunnlag. Kombinert med at de skal flytte inn i et nytt og moderne sykehus er den økonomiske situasjonen svært krevende. Dette har medført at ledelsen stiller store krav om fokus på økonomi, som f.eks. igjennom krav til innsparing og begrensninger på forbruk. Dette fører i bunn og grunn til en rekke andre problemer tilknyttet økonomistyring, både vertikalt og horisontalt. Funnene viser at avdelingene innad i klinikken enda preges av en individualistisk tankegang og at de ofte havner i «oss-og-dem»-situasjoner. Dette er med på å dyrke situasjoner hvor avdelingene opplever å ha motstridende interesser og at de må kjempe om knappe ressurser. Vi ser derfor at det oppstår problemer i den horisontale dimensjonen som følge av sterkt fokus på vertikal styring, og at dette går ut over samarbeid på tvers av avdelinger. Både samarbeids- og koordineringsutfordringer virker derfor å ikke være tilstrekkelig i fokus ved klinikken, ettersom klinikken opptrer mere som flere avdelinger, istedenfor en samlet klinikk. Vi tror derfor det er i klinikkens interesse å øke fokuset på den horisontale styringen, f.eks. gjennom økte retningslinjer og lignende i forbindelse med samarbeid på tvers av avdelingene.

Budsjett er et vesentlig styringsverktøy for den vertikale styringen i Hammerfest Sykehus. Ettersom budsjettet implementeres top-down opplever både ledere og helsefagarbeidere at budsjettet ikke samsvarer med det reelle ressursbehovet. Informasjonsflyten i organisasjonen viser seg å være primært gjennom den vertikale dimensjonen. I tillegg til dette ser vi at den vertikale dimensjonen har mangel på økonomiske rapportering. Dette skaper en dekopling mellom ledere og helsefagarbeidere som gjør sparing vanskeligere. Vi har undersøkt fagarbeidernes incentiver og innflytelse knyttet til budsjett. Signaler om sparing oppleves som vage og utydelige. Videre påpeker fagarbeiderne at sparing ikke rapporteres tilstrekkelig, og at

sparing ikke vil belønnes. Majoriteten av informantene opplever at budsjettet bestemmes over hodet på dem, samtidig som det ikke samsvarer med de faktiske ressursbehovene.

Dette studiet bidrar til den eksisterende litteraturen på flere punkter, da spesielt innenfor den horisontale styringslitteraturen. Så langt vi vet er det ingen forskning på horisontal styring innenfor en sykehusklinikk med såpass begrenset pasientgrunnlag som ved Hammerfest Sykehus. Pasientgrunnlaget gir lavere inntekt hos foretaket enn hos lignende foretak med høyere pasientgrunnlag. Tidligere forskning har etterspurt kvalitativ forskning i form av intervjuer (Pettersen & Solstad, 2015), noe vi i dette studiet har etterkommet. Vi kan også se av Caglio & Ditillo (2008) at forskning på horisontal styring ofte bare har fokusert på styringssystemer, sett fra et enkelt ståsted. I vår studie har vi heller valgt å fokusere på styringsutfordringer framfor styringssystemer fra fire ulike synspunkter. Når det kommer til den horisontale styringen, ser vi at det brukes i en svært begrenset grad. Dette fører til at klinikken ikke klarer å organisere og strukturere samarbeidet på tvers av avdelinger i tilstrekkelig grad. For eksempel tror vi at forbedret horisontal styring kan bidra til å dempe de økonomiske problemene gjennom å for eksempel forminske bruk av vikarbyrå. Vi ser også at tidligere forskning ønsker å kaste lys på temaet rundt institusjonelle logikker og hvorvidt disse kan skape utfordringer rundt styring i offentlig sektor (Kraus & Lind, 2010). På dette området viser våre funn til at målsetningene til ledelsen ved klinikken dekker både det helsefaglige og det økonomiske, men at grunnet den økonomiske situasjonen ligger fokuset på de økonomiske målene. Dette fører til manglende målkongruens nedover i klinikkens hierarki, og fagarbeiderne gir stort sett kun inntrykk om at det eksisterer økonomiske mål. Vi ser at de institusjonelle logikkene og målsetningene derfor har gitt grobunn for en dekobling mellom ledelsen og fagarbeiderne. Vi bidrar derfor til litteraturen gjennom å vise hvordan forholdet mellom profesjonslogikkene balanseres i et sykehus med begrenset pasient- og inntjeningsgrunnlag.

Avslutningsvis kan vi se at organiseringen og struktureringen ved Hammerfest Sykehus er med på å skape grobunn for styringsutfordringer. Vår studie har forhåpentligvis kastet lys på disse problemene og hvordan de potensielt sett har vært med på å skape disse styringsutfordringene. Vi håper derfor at vår studie kan ha en praktisk implikasjon gjennom at denne kunnskapen kan bidra til at styringssystemet ved Hammerfest Sykehus kan videreutvikles.

7.2 Forslag til videre forskning

Vår studie har hovedsakelig som formål vært å undersøke styringsutfordringer i klinikkmodellen ved Hammerfest sykehus. Vi har undersøkt både vertikale og horisontale styringsmekanismer i klinikkmodellen og undersøkt flere perspektiver på økonomistyring. For denne casen har vi benyttet et kvalitativt forskningsdesign ettersom dette samsvarer best med vår case. Vår oppgave har hovedsakelig hatt fokus på styringsmekanismer fremfor styringssystemer.

Våre funn viser til 4 hovedkategorier for styringsutfordringer i klinikkmodellen. Funnene er avhengig av kontekst og preget av et begrenset antall informanter. Videre forskning kan sette søkelys på funnenes overførbarhet til andre kontekster. De kan bidra til litteraturen ved å undersøke andre klinikker med ulike forutsetninger for drift eller å se på styringsutfordringer ved Finnmarkssykehuset HF som en helhet. Med dette mener vi at vi hovedsakelig har sett på utfordringer innad i en enkelt klinikk, og på tvers av dens tilhørende avdelinger. Videre forskning kan derfor se på utfordringer på tvers av klinikker.

Vår studie viser til at det eksisterer styringsutfordringer i Hammerfest sykehus. Vi har kategorisert styringsutfordringene i 4 kategorier. Disse er utfordringer knyttet til klinikkstrukturen, budsjett, dekobling og tydelighet av mål. Videre forskning kan undersøke styringsutfordringer på bakgrunn av ulike kategoriseringer av styringsutfordringer. Med dette mener vi at det sannsynligvis eksisterer andre synspunkter og perspektiver som kan gi ny kunnskap og innsikt om styringsutfordringer ved sykehusorganisasjoner eller lignende.

Referanser:

- Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1995). *The role of professional control in the management of complex organizations*. *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), 1–17. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(94\)E0017-O](https://doi.org/10.1016/0361-3682(94)E0017-O)
- Andreassen, M. (2017). *Økonomistyring i fremtidens offentlige sektor*. *Praktisk økonomi & finans*, 33(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
- Bell, E., Bryman, A. & Harley, B. (2019). *Business research methods* (5. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Berg, B. L., & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for the social sciences* (8th ed., pp. XI, 432). Pearson.
- Bisbe, J., Foguet, J. M. B., & Chenhall, R. (2005). *What Do We Really Mean by Interactive Control Systems?: The Risks of Theoretical Misspecification* (Vol. 18). ESADE.
- Bogsnes, B. (2012). *Beyond Budgeting – en styringsmodell som tar virkeligheten på alvor*. *Praktisk økonomi og finans*, 28(4), 3–11. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2871-2012-04-02>
- Bryman, A. & Bell, E. (2015). *Business research methods* (4. utg.). Oxford: 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.
- Burns, J. & Scapens, R. W. (2000). *Conceptualizing management accounting change: an institutional framework*. *Management accounting research*, 11(1), 3-25.
- Caglio, A., & Ditillo, A. (2008). *A review and discussion of management control in inter-firm relationships: Achievements and future directions*. *Accounting, Organizations and Society*, 33(7-8), 865–898. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2008.08.001>

- Carlsson-Wall, M., Kraus, K., & Lind, J. (2011). *The interdependencies of intra- and inter-organisational controls and work practices—The case of domestic care of the elderly*. *Management Accounting Research*, 22(4), 313–329.
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2010.11.002>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(01\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(01)00027-7)
- Daft, R. L., & Lengel, R. H. (1986). *Organizational Information Requirements, Media Richness and Structural Design*. *Management Science*, 32(5), 554–571.
<https://doi.org/10.1287/mnsc.32.5.554>
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R. & Jackson, P. R. (2008). *Management Research* (3. utg.). London: SAGE Publications Ltd.
- Exworthy, M. & Halford, S. (1999). *Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration. Professionals and the new managerialism in the public sector*, 1-17
- Fallan, L., & Pettersen, I. J. (2016). *Bedriftsøkonomiske atferdsteorier: endrede perspektiver på atferd, koordinering og organisering* (p. 297). Fagbokforl.
- Finnmarkssykehuset HF (2024). *Organisering*. <https://www.finnmarkssykehuset.no/om-oss/organisering>
- Finnmarkssykehuset HF (2024). *Strategisk-utviklingsplan- 2023-2038*.
<https://www.finnmarkssykehuset.no/4ad47e/siteassets/documents/strategisk-utviklingsplan-2023-2038-fin.pdf>
- Gjønnnes, S. H., & Tangenes, T. (2014). *Økonomi- og virksomhetsstyring : strategistøtte ved prestasjonsstyring, ressursstyring og beslutningsstøtte* (2. utg., p. 840). Fagbokforl.
- Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E. R. & Lounsbury, M. (2011). *Institutional complexity and organizational responses*. *Academy of Management annals*, 5(1), 317-371
- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl

- Hagen, T. P., & Kaarbøe, O. M. (2006). *The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals*. *Health Policy (Amsterdam)*, 76(3), 320–333. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.06.014>
- Henri, J.-F. (2006). *Organizational culture and performance measurement systems*. *Accounting, Organizations and Society*, 31(1), 77–103. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2004.10.003>
- Hoff, K. G., Helbæk, M., & Bjørnenak, T. (2015). *Økonomistyring 2 : driftsregnskap og budsjettering* (6. utg., p. 472). Universitetsforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave.). Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomiskadministrative fag* (3. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kraus, K., & Lind, J. (2007). *Management control in inter-organisational relationships*. *Issues in management accounting*, (3 utg., s. 269-296). Harlow: Pearson Education Limited.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (p. 416). Sage.
- Lok, J. (2010). *Institutional logics as identity projects*. *Academy of management Journal*, 53(6), 1305-1335.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). *Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions*. *Management accounting research*, 19(4), s. 287-300
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: a synthesis of the research* (The Theory of management policy series). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Nyland, K., Morland, C., & Burns, J. (2017). *The interplay of managerial and non-managerial controls*

- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2004). *The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings*. *Financial Accountability & Management*, 20(1), 77-102.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og Helse: fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olsen, T. H. & Solstad, E. (2017). *Changes in the power balance of institutional logics: Middle managers' responses*. doi:10.1017/jmo.2017.72
- Pache, A.-C. & Santos, F. (2013). *Embedded in hybrid contexts: How individuals in organizations respond to competing institutional logics*. I *Institutional logics in action*, part B: Emerald Group Publishing Limited.
- Pettersen, I. J., & Nyland, K. (2006). *Management and control of public hospitals-the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study*. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(2), 133–149. <https://doi.org/10.1002/hpm.835>
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse. Perspektiver på styring* (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Pettersen, I. J., & Solstad, E. (2014). *Managerialism and Profession-Based Logic: The Use of Accounting Information in Changing Hospitals*. *Financial Accountability & Management*, 30(4), 363–382. <https://doi.org/10.1111/faam.12043>
- Pettersen, I. J., & Solstad, E. (2015). *Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals*. *Journal of Health Organization and Management*, 29(2), 185–199. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2013-0003>
- Scarparo, S. (2006). *The integration of clinical and costing information: a comparative study between Scotland and Sweden*. *Financial Accountability & Management*, 22(2), s. 133-155
- Scott, W. R., & Meyer, J. W. (1994). *Institutional environments and organizations: Structural complexity and individualism*. Sage Publications
- Simons, R. (1994). *How new top managers use control systems as levers of strategic renewal*. *Strategic Management Journal*, 15(3), 169–189. <https://doi.org/10.1002/smj.4250150301>

- Simons, R. (1995). *Control in an age of empowerment*. In Harvard business review (Vol. 73, Issue 2, pp. 80–88). Harvard Business School Press.
- Solstad, E. (2009). *Fusjoner i offentlig sektor*. Magma, 12(7), s. 27-35.
- Solstad, E., & Pettersen, I. J. (2019). Middle managers' roles after a hospital merger. *Journal of Health Organization and Management*, 34(1), 85–99. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2018-0269>
- Thornton, P., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.
- 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
- Vosselman, E. G. J. (2002). *Towards horizontal archetypes of management control: a transaction cost economics perspective*. Management Accounting Research, 13(1), 131–148. <https://doi.org/10.1006/mare.2002.0182>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5. utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.

Vedlegg

Vedlegg A: Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke styringsutfordringer opplever Finnmarkssykehuset som følge av organisering gjennom klinikkmodellen?»

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *kaste lys på hvilke styringsutfordringer som oppleves i et sykehus som følge av at de er satt opp gjennom klinikkmodellen*. I dette skrivet vil vi gi deg informasjon om hva målene til dette prosjektet er, og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med prosjektet

Dette prosjektet er en masteroppgave innen Økonomi og Administrasjon ved UiT Norges Arktiske Universitet. I denne masteroppgaven ønsker vi å belyse hvilke styringsutfordringer som oppleves ved organisering gjennom klinikkmodellen i sykehus. Vi vil studere Klinikk Hammerfest og dens tilhørende avdelinger ettersom dette er et godt eksempel på denne typen organisering, hvor koordinering og samarbeid skjer både på tvers og langs. Typen utfordringer vi søker å kaste lys på er både økonomiske og administrative utfordringer.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi har et ønske om å intervjuer både personer med helsefaglig og økonomisk ansvar, og som derfor kan fortelle oss om hva å være en del av en avdeling og klinikk innebærer. Vi ønsker som nevnt å kaste lys på dette fra et administrativt ståsted, men har også interesse av å intervjuer fagpersoner som ikke har administrativt ansvar.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Handelshøgskolen ved UiT Tromsø v/ Prosjektansvarlig Bernt Arne Bertheussen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen særskilt grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i dette prosjektet vil vi intervjuer deg om hvilke styringsutfordringer du opplever i din arbeidshverdag eller om du opplever utfordringer tilknyttet dette. Vi vil benytte oss av lydopptak under intervjuene som vil lagres på sikker måte, før det slettes etter vi har transkribert dataene. Denne prosessen sørger for at du vil bli anonymisert. I etterkant vil du få tilsendt en kopi av det transkriberte intervjuet og du vil få mulighet til å komme med innvendinger og korrigeringer.

Kort om personvern

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer om personvern under.

Utdypende om personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- *Det er kun vi (intervjuerne) som vil ha tilgang til lydopptakene*
- *Du vil bli anonymisert og vi vil tildele deg en tallkode som kun vi kjenner identiteten til*
- *Lydopptakene vil bli lagret kryptert på en datamaskin til prosjektets slutt og vil deretter slettes.*

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

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

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

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 01.06.2024. Opplysningene/Lydopptakene vil slettes fortløpende og transkripsjoner vil slettes innen utgangen av 01.06.2024.

Spørsmål

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

- Handelshøgskolen UiT Tromsø v/ Bernt Arne Bertheussen, e-post: bernt.arne.bertheussen@uit.no
- Vårt personvernombud: Annikken Steinbakk, e-post: personvernombud@uit.no

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

Med vennlig hilsen

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.
- Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person.
- Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [sett inn tittel], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysninger om meg publiseres med den mulighet om at jeg kan gjenkjennes indirekte.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet ca.
01.06.2024

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg B: Intervjuguide

Intervjuguide – Masteroppgave

Innledningsspørsmål:

- Hvilken stilling har du?
- Hvor lenge har du innehatt denne stillingen?
- Hvilke arbeidsoppgaver innebærer denne stillingen?
- Hvilket forhold har du til økonomi i denne stillingen?
- Innebærer denne stillingen noen form for personalansvar?
- Hvem rapporterer du til?
- Hva rapporterer du? – Økonomisk eller helsereelatert?
- Hvordan er din avdeling satt opp/organisert?

Vertikal Økonomistyring:

- Har du noe som helst ansvar i forhold til budsjettet?
 - Om ja, hva bruker du budsjettet til i din arbeidshverdag?
- Er du med å utarbeide budsjettet?
 - Om ja: Hvordan da? Om nei: Hvorfor ikke?
- Har du noen meninger om hvordan budsjettet påvirker din arbeidshverdag?
- Opplever du at budsjettet eller budsjettrestriksjoner skaper et hinder for samarbeid innad i klinikken?
 - På hvilken måte?
- Mener du at budsjettet er et godt verktøy for styring i Finnmarkssykehuset?
 - Hvorfor/ Hvorfor ikke?
- Hvilken informasjon baserer budsjettet aktivitetsnivå ved klinikkene/avdelingene seg på?
 - Kan det være at man burde ta hensyn til annen informasjon?
 - Hvorfor/ikke?
 - Ser man klar sammenheng mellom budsjett og aktivitetsnivå?
- Hva skjer om budsjettet overskrides?
 - Har du opplevd at budsjettet overskrides?
 - Eksempler på dette?
- Og motsatt: Hva skjer om budsjettet ikke brukes opp?
 - Har du opplevd dette?
 - Eksempler?
- Påvirkes kostnadene i din klinikk/avdeling av aktiviteten i andre klinikker/avdelinger?
 - På hvilken måte?
 - Hvordan tilpasses budsjettet behovene i den enkelte klinikken eller avdelingen?
 - Hvilken innvirkning har dette på arbeidshverdagen eller driften?
 - Skaper dette utfordringer for samarbeidet i klinikken?

Horisontal økonomistyring:

- Opplever du at koordinering er nødvendig i din arbeidshverdag?
 - Hvordan foregår denne koordineringen?
- Er det noe koordinering eller samarbeid på tvers av avdelinger eller klinikker?
 - Hvordan foregår denne koordineringen?
- Har dere systemer eller rutiner og slikt for å hjelpe med dette?
 - Hvem bruker dette og hvordan opplever du at det fungerer?
 - Hvordan opplever du at denne koordineringen fungerer?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Noe du mener kunne vært gjort annerledes?
- Tas det hensyn til andre avdelinger i klinikken når du planlegger ditt arbeid?
 - Involveres de?
 - Hvordan?
 - Kan det oppstå interessekonflikter som følge av dette?
- Involveres de andre avdelingene i klinikken når det tas økonomiske beslutninger?
 - Hvilke typer beslutninger er det som tas?
 - Hvem involveres?
 - Hvordan blir de involvert?
 - Opplever du at det oppstår interessekonflikter som følge av dette?
- Hvor godt opplever du at samarbeidet på tvers av avdelinger/klinikker er?
 - Hva samarbeides det om?
 - Hvem samarbeider?
 - Fungerer samarbeidet som en klinikk eller er samarbeid mellom ulike avdelinger?
- Opplever du at det er utfordringer med å være en del av klinikkmodellen i forhold til samarbeid og styring?
- Opplever du at en slik organisering gir muligheter for samarbeid og styring?
- Har dere formelle møtearenaer på avdelingen deres?
 - Hvilke type møtearenaer?
 - Hvem deltar i disse?
 - Hva diskuteres/tas opp der?
 - Fungerer det/fungerer det ikke?
 - Kan det gjøres annerledes?
- Hva med uformelle møtearenaer?
 - Hvilke typer møtearenaer?
 - Hvem deltar i disse?
 - Hva diskuteres/tas opp der?
 - Fungerer det/fungerer det ikke?
 - Kan det gjøres annerledes?

Interaktiv og diagnostisk styring (Hvordan systemene brukes):

- Hvilken info i forbindelse med styring får du i din stilling?
- Måltall og budsjettinfo?
- Hvem gir denne informasjonen?

- Kommer informasjonen fra andre avdelinger i samme klinikk eller andre klinikker?
- Kommer informasjonen kun ovenfra og ned eller er det informasjonsflyt på tvers av avdelinger også?
- I hvilken grad foregår det måling i din avdeling?
 - Hva måles det?
 - Måles samarbeid på tvers av avdelinger?
 - Får du/dere tilbakemeldinger på hva som måles?
 - Om ja: Hva gjør du/dere med disse tilbakemeldingene?
- Diskuteres det økonomisk styringsinformasjon i din avdeling?
 - Vil du si at du og dine kollegaer er opptatte av slik type info?
- Til hvilken grad vil du si at dere deler gode løsninger på økonomiske styringsutfordringer på tvers av avdelinger/klinikker?

Vertikale utfordringer:

- Føler du at klinikkstrukturen/organiseringen fører til utfordringer i arbeidshverdagen din?
 - Hvordan da?
 - Føler du det kan gjøres annerledes?
- Hvordan føler du at klinikkstrukturen påvirker samarbeidet mellom avdelingene?
- Føler du at organiseringen/strukturen fører til at styringsavgjørelser gjennomføres nedover i hierarkiet?
 - Om nei: Hvorfor ikke?
- Føler du at organiseringen fører til at styringen blir gjort over hodet på deg i hierarkiet?
 - Hvordan påvirker dette din arbeidshverdag?

Horisontale utfordringer:

- Opplever du noen utfordringer tilknyttet å være en del av en klinikk med flere ulike avdelinger?
- Hvilke typer utfordringer?
- Opplever du utfordring med samarbeid på tvers av avdelingene kontra beskjeder som kommer ovenfra i hierarkiet?

Sykehusspesifikke styringsutfordringer:

- Er du klar over hvilke økonomiske konsekvenser dine daglige arbeidsoppgaver eller handlinger har?
- Kan du eksemplifisere dette?
- Føler du om den økonomiske informasjonen du har tilgang til har noen nytteverdi for din arbeidshverdag?
 - Om ja: Hvorfor? Om nei: Hvorfor ikke?
 - Hvem tildeler deg den informasjonen?
 - Hva bruker du denne informasjonen til?

Skjæringspunktet mellom vertikal og horisontal styring:

- Planlegges aktivitetene i avdelingen gjennom et samarbeid mellom klinikere og administrasjonen?
- Om ja: Hvordan fungerer det?
- Om nei: Hvorfor ikke?
- Hvordan kobles det økonomiske perspektivet inn i de kliniske avgjørelsene?
- Hva er viktigst? Helseperspektivet eller økonomiperspektivet?
- Hvorfor er det ene eller andre viktigst?
- Hvordan opplever du samarbeidet mellom klinikerne og administrasjonen?
- Hva er bra, og hva kan gjøres bedre?

Finnmarkssykehusets og avdelingenes målsetninger:

- Kjenner du til målene som din avdeling har?
 - Hvordan påvirker dette din arbeidshverdag?
- Etter din mening, møter du på utfordringer i din hverdag tilknyttet disse målene?
 - Kan du gi eksempler?
 - Forståelige/klare?
 - Konflikter?
 - Enighet/uenighet om hvordan de skal nås?

Til slutt spørre intervjuobjektet om de kan oppsummere hva de føler om hvorvidt klinikkmodellen ved Finnmarkssykehuset fører til styringsutfordringer i både den vertikale og den horisontale dimensjonen.

Høre om de har noe å legge til som vi ikke har spurt om.