



UiT Norges arktiske universitet

Handelshøgskolen ved UiT

Er det samsvar mellom teori og praksis?

En studie av utformingen og implementeringen av styringssystemer og rutiner ved en poliklinikk ved UNN i Tromsø

Michelle Irén Guldhav og Erik Karlstrøm

Masteroppgave i økonomi og administrasjon – BED-3901 – juni 2023

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på masterstudiet i økonomi og administrasjon ved UiT-Norges Arktiske Universitet og utgjør 30 studiepoeng.

Studien er skrevet innenfor fagområdet økonomistyring, og handler om hvordan UNN har lyktes med å utforme og implementere styringssystemer og rutiner for å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved en poliklinikk. Studien fokuserer på hvordan utformingen og implementeringen har vært, sammenlignet med teori om økonomistyring, styringssirkelen, institusjonell teori og teorier om ledelse og styring.

Først og fremst ønsker vi å si takk til UNN i Tromsø for deres åpenhet og tilgjengelighet. Tusen takk for at dere tok dere tid, i en allerede travel hverdag. En stor takk rettes også til vår veileder Helen Marita Sørensen Holst for et godt samarbeid og konstruktive tilbakemeldinger. Takk for gode råd, og hjelp med å finne sammenhengene. I tillegg vil vi takke Henning Sollid for god hjelp, spesielt når det kommer til det teoretiske rammeverket. Vi vil også takke andre forelesere og ansatte ved HHT for inspirerende og lærerike stunder de siste to årene.

Så vil vi takke venner og familie for god støtte gjennom masterstudiet. Vi er heldige som har dere! En spesiell takk går til lunsjgjengen klokka 12 for et godt sosialt avbrekk fra studiene.

Tromsø, juni 2023

Michelle Irén Guldhav

Erik Karlstrøm

Sammendrag

På bakgrunn av høyere krav fra omgivelsene og problemer med stadig høyere ventelister jobber UNN med å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen gjennom nye styringssystemer og rutiner.

Formålet med denne studien er å undersøke utformingen og den pågående implementeringen av ulike styringssystemer og rutiner ved UNN. Vårt bidrag ses på som en del av det fjerde leddet av Anthony og Young (2003) sin styringssirkel, rapportering og evaluering, hvor vi vil fokusere på evalueringen. Vår studie ser på dette gjennom problemstillingen:

Hvordan lykkes UNN med å utforme og implementere styringssystemer og rutiner for å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved en utvalgt poliklinikk?

Vi har gjennomført en kvalitativ casestudie av en utvalgt poliklinikk ved UNN i Tromsø, med triangulering mellom semistrukturerte intervjuer og dokumentstudier. Intervjuene er gjort av et utvalg bestående av toppledere, mellomledere og ansatte ved den aktuelle poliklinikken og tilhørende avdeling og klinikk.

Hovedfunnene i studien viser at styringssystemene og rutinene i for stor grad er utformet ved bruk av prinsipal-agentteori. Dette, sammen med dårlig vertikal kommunikasjon i organisasjonen, og en kultur for lav endringsvilje har ført til stor motstand mot endringene. Motstanden og for utstrakt bruk av forvalterteori i implementeringen, har ført til at styringssystemene og rutinene ikke er innført i praksis, og dermed har de ikke oppnådd ønsket effekt på tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen. Vi ser vi at arbeidet som er satt i gang for å redusere dobbeltarbeid og unødvendig arbeid er veldig viktig. Dette påvirker tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen direkte, samtidig som det vil være viktig for å beholde og rekruttere nye leger og sykepleiere, noe som vil ha stor påvirkning på dette i fremtiden.

Nøkkelord: Økonomistyring, styringssirkelen, institusjonell teori, prinsipal-agentteori og forvalterteori.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Aktualisering | 1 |
| 1.2 | Formål..... | 2 |
| 1.3 | Studiens videre oppbygging | 3 |
| 2 | Teoretisk rammeverk..... | 4 |
| 2.1 | Økonomistyring | 4 |
| 2.2 | Styrings sirkelen | 5 |
| 2.2.1 | Strategisk planlegging | 6 |
| 2.2.2 | Budsjettforberedelse..... | 6 |
| 2.2.3 | Drift og måling | 6 |
| 2.2.4 | Rapportering og evaluering..... | 7 |
| 2.3 | Det institusjonelle perspektivet | 8 |
| 2.3.1 | Ny-institusjonell teori..... | 9 |
| 2.3.2 | Tillit og legitimitet | 9 |
| 2.3.3 | Institusjonelle logikker..... | 11 |
| 2.3.4 | Løse koblinger..... | 12 |
| 2.4 | Ledelse og styring..... | 14 |
| 2.4.1 | Prinsipal-agent-teori | 14 |
| 2.4.2 | Forvalterteori..... | 15 |
| 2.4.3 | Motstand mot endring | 16 |
| 2.5 | Sammendrag av teoretisk rammeverk | 17 |
| 3 | Metodisk tilnærming | 19 |
| 3.1 | Vitenskapsteoretisk ståsted..... | 19 |
| 3.2 | Forskningsdesign | 20 |
| 3.2.1 | Rekruttering av informanter | 21 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.3 | Forskningsmetode..... | 21 |
| 3.3.1 | Semistrukturerte intervju..... | 22 |
| 3.3.2 | Dokumentstudier | 23 |
| 3.4 | Forskningsprosessen..... | 24 |
| 3.5 | Analyse av datamaterialet..... | 25 |
| 3.6 | Studiens kvalitet | 26 |
| 3.6.1 | Pålitelighet..... | 26 |
| 3.6.2 | Troverdighet (gyldighet) | 27 |
| 3.6.3 | Overførbarhet | 27 |
| 3.6.4 | Bekreftbarhet..... | 28 |
| 3.7 | Etiske avveininger | 29 |
| 4 | Casebeskrivelse | 30 |
| 4.1 | Universitetssykehuset Nord-Norge..... | 30 |
| 4.1.1 | Organisasjonsstruktur..... | 30 |
| 4.1.2 | Strategi, mål og visjon..... | 31 |
| 4.1.3 | Kontinuerlig forbedring..... | 32 |
| 4.1.4 | Poliklinikkprogrammet..... | 33 |
| 5 | Empiriske funn | 35 |
| 5.1 | Økonomistyring | 35 |
| 5.1.1 | Arbeidsfordeling..... | 36 |
| 5.2 | Styrings sirkelen | 38 |
| 5.2.1 | Tilgjengelighet og ressursstyring | 38 |
| 5.2.2 | Tid og ressurser | 40 |
| 5.3 | Det institusjonelle perspektivet | 41 |
| 5.3.1 | Kommunikasjon | 41 |
| 5.3.2 | Tillit og legitimitet | 43 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.3.3 | Endringsvillighet | 44 |
| 5.4 | Ledelse og styring..... | 46 |
| 5.4.1 | Oppfølging | 47 |
| 5.4.2 | Start- og sluttid på poliklinikk..... | 48 |
| 5.5 | Oppsummering av empiriske funn | 50 |
| 6 | Diskusjon..... | 53 |
| 6.1 | Økonomistyring | 53 |
| 6.1.1 | Arbeidsfordeling..... | 54 |
| 6.2 | Styrings sirkelen | 55 |
| 6.2.1 | Tilgjengelighet og ressursstyring | 56 |
| 6.2.2 | Tid og ressurser | 57 |
| 6.2.3 | Institusjonelle logikker og løse koblinger | 57 |
| 6.3 | Det institusjonelle perspektivet | 58 |
| 6.3.1 | Kommunikasjon | 58 |
| 6.3.2 | Tillit og legitimitet | 59 |
| 6.3.3 | Endringsvillighet | 60 |
| 6.4 | Ledelse og styring..... | 61 |
| 6.4.1 | Start- og sluttid | 62 |
| 6.4.2 | Tillit og legitimitet | 63 |
| 7 | Konklusjon | 65 |
| 7.1 | Videre forskning | 67 |
| 8 | Referanser..... | 68 |
| 9 | Vedlegg 1 Intervjuguide | 73 |
| 10 | Vedlegg 2 Informasjonsskriv | 78 |

Figurer

| | |
|--|---|
| Figur 1 Styrings sirkelen Anthony og Young (2003)..... | 5 |
|--|---|

Tabeller

| | |
|--|----|
| Tabell 1 Intervjuoversikt | 25 |
| Tabell 2 Forskjellen på gjennomsnittlig planlagt og rutinemessig start- og sluttid i minutter (T., Krogh, e-post, 1. mars 2023) | 49 |

1 Innledning

1.1 Aktualisering

Norge vil møte store utfordringer knyttet til demografiske endringer i de kommende tiårene, og dette vil særlig få konsekvenser for helsesektoren. Ifølge Theie et al. (2017) vil den norske befolkningen vokse til over 7 millioner innen 2060, noe som vil føre til en betydelig økning i behovet for helse- og omsorgstjenester og vil sette sterkt press på helsesektoren. For første gang i moderne tid, vil antallet personer i yrkesaktiv alder falle i absolutte tall fra midten av 2030-tallet. Denne utviklingen vil forsterke seg ytterligere etter 2040. Demografiutviklingen betyr altså både en økning i antallet eldre og en reduksjon i antallet i arbeidsfør alder på samme tid (NOU 2023:4).

Som et resultat vil offentlige utgifter øke raskere enn inntekter i fremtiden, og dette vil sette økt press på den offentlige økonomien (NOU 2023:4). Helsesektoren kan derfor ikke forvente at offentlige bevilgninger vil øke i takt med ressursbehovet.

Samtidig som behovet for helsetjenester øker, forventer brukerne også stadig høyere kvalitet og tilgjengelighet på behandling, kortere ventetid og større grad av individuell tilpasning. I dagens samfunn er det økt fokus på individets rettigheter og valgfrihet, og dette fører til at forventningene til helsetjenester øker, samtidig som de økonomiske rammevilkårene for helsesektoren endres (Scott et al., 2000).

Helsesektoren vil derfor møte et stadig sterkere effektiviseringspress, og dette vil kreve både nye arbeidsmetoder og mer effektiv ressursprioritering. For å imøtekomme de økende kravene til kvalitet og tilgjengelighet, samtidig som kostnadsøkninger begrenses, må helseforetakene utvikle sin styringsmetode. Nyland og Pettersen (2018) peker på at utviklingen innen informasjonsteknologi gir nye muligheter innen styring, spesielt når det gjelder å koble aktivitetsdata og regnskapsinformasjon. Dette vil gi ledere og fagpersonell tilgang på beslutningsrelevant informasjon som kan hjelpe dem med å allokere eksisterende ressurser og utvikle nye prosesser.

Den 9. september 2022 hadde NRK en sak om at UNN er i store økonomiske vanskeligheter. Styreleder Roald Lindaker ved UNN sier at vi må ta i bruk ordet «krise» og stemningen var amper under styremøtet hvor tallene ble lagt frem. Sykehuset står i et alvorlig økonomisk

uføre der overforbruket de syv første månedene i 2022 var på svimlende 250 millioner kroner (Hansen & Finnset, 2022). På grunn av situasjonen innføres det umiddelbar stopp i vikarbruk, alle sosiale sammenkomster resten av året avlyses og i tillegg gjøres det kutt i innkjøp og reiser (Andreassen, 2022; Johansen, 2022). Dette vil gå utover pasientene. «På kort sikt sier styret at det ikke skal gå ut over pasientene. Det jeg er mer bekymret for er hva som skjer på lang sikt», sier distriktsleder i Kreftforeningen, Brage Sollund (Hansen & Finnset, 2022).

Samtidig sliter de med å få tatt unna pasienter og har lange ventelister (Strøm et al., 2021). Gjennom møter med økonomiseksjonen har vi fått fortalt at den aktuelle poliklinikken spesielt sliter med dette. Grunnet den økonomiske situasjonen får de ikke lov å bruke vikarer eller innleid personell fra bemanningsbyråer. Ettersom de har mangel på kritisk helsepersonell fra før, vil ikke dette gjøre situasjonen bedre. På bakgrunn av dette er det et klart behov for å bedre ressursutnyttelsen og tilgjengeligheten ved UNN, da de ikke har lyktes med å bedre måloppnåelsen sammenlignet med tidligere år (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2022). Det er derfor utformet en flere styringssystemer og rutiner for å styrke drift og utnytte eksisterende kapasitet bedre. Her er kontinuerlig forbedring og poliklinikkprogrammet de mest sentrale.

1.2 Formål

Formålet med denne studien er å undersøke utformingen og den pågående implementeringen av ulike styringssystemer og rutiner ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Vi ønsker med dette å undersøke om utforming og implementering er gjort fra et formålsrasjonelt perspektiv, og hvordan implementeringen blir sett på fra et bedriftsøkonomisk perspektiv. Dette vil bli gjort med utgangspunkt i et normativt og et deskriptivt perspektiv på økonomistyring, hvor den deskriptive innfallsvinkelen knyttes til ny-institusjonell teori. Vårt bidrag kan ses på som en del av det fjerde leddet av Anthony og Young (2003) sin styringssirkel, rapportering og evaluering, hvor vi vil fokusere på evalueringen.

Vår problemstilling vil derfor være:

Hvordan lykkes UNN med å utforme og implementere styringssystemer og rutiner for å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved en utvalgt poliklinikk?

Grunnet sykehusets størrelse, antall avdelinger og ulike lokasjoner vil denne studien rettes mot en utvalgt poliklinikk i Tromsø. Av hensynet til informantene vil det ikke nevnes hvilken poliklinikk det er, eller hvilken avdeling/klinikk poliklinikken tilhører.

For å besvare problemstillingen vil vi utføre intervjuer ved den aktuelle poliklinikken og den tilhørende avdelingen og klinikken, i tillegg til dette vil gjennomføre dokumentstudier. Funnene i intervjuene og dokumentstudiene vil vi sammenligne med teori om økonomistyring, styringssirkelen, ulike deler innen institusjonell teori og teorier om ledelse og styring.

1.3 Studiens videre oppbygging

Etter innledningskapittelet hvor aktualisering og formålet for studien presenteres, vil det teoretiske rammeverket presenteres i kapittel 2. I kapittel 3 vil den metodiske tilnærmingen presenteres. Her redegjør vi for vårt vitenskapelige ståsted, forskningsdesign, forskningsmetode, forskningsprosessen, hvordan dataene er analysert og studiens kvalitet. I kapittel 4 presenterer vi caset vi har hatt som utgangspunkt for studien. Deretter presenter vi de empiriske funnene i kapittel 5. I kapittel 6, diskusjon vil de empiriske funnene diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket. Til slutt vil kapittel 7 inneholde konklusjon, samt forslag til videre forskning.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres ulike teoretiske rammeverk som sammenlagt vil danne et overordnet teoretisk rammeverk for studien videre. Teoriene er valgt ut fra oppgavens problemstilling og formål. Første delkapittel vil bli brukt på å definere begrepet økonomistyring, da dette er et viktig begrep som vil følge videre gjennom studien. Videre tar vi utgangspunkt i Anthony og Young (2003) sin styringssirkel, det institusjonelle perspektivet og ny-institusjonell teori for å undersøke om utformingen og implementeringen av nye styringssystemer i UNN er gjort fra et formålsrasjonelt perspektiv, og om implementeringen av styringsverktøy kan bli sett på som et virkemiddel for å øke legitimiteten i organisasjonen fra et bedriftsøkonomisk perspektiv. Oppgaven vil deretter presentere to ulike teorier innen lederatferd, prinsippal-agentteori og forvalterteori. Dette vil være relevant for å forstå hvordan sykehuset har utført ledelse og styring rundt utforming og implementering av styringssystemet.

2.1 Økonomistyring

Virksomhetsstyring handler om ledelsens bruk av verktøy og systemer for å styre atferd og beslutninger innad i en organisasjon (Malmi & Brown, 2008). Dette skal sørge for at virksomhetens mål og strategier blir fulgt. En leder har ofte flere roller, og må derfor tilpasse seg de ulike målene (Cheffi & Beldi, 2012). For en avdelingsleder på et sykehus kan dette omhandle både ansvaret for at avdelingen gir pasientene den rette helsehjelpen, samtidig som at vedkommende har det økonomiske ansvaret for avdelingen. For at de skal nå disse målene, har økonomistyringen en viktig rolle (Cheffi & Beldi, 2012).

Økonomistyringens rolle er nettopp å nå målene på en best mulig måte (Nyland & Pettersen, 2010). Nyland og Pettersen (2010, s. 28) påpeker:

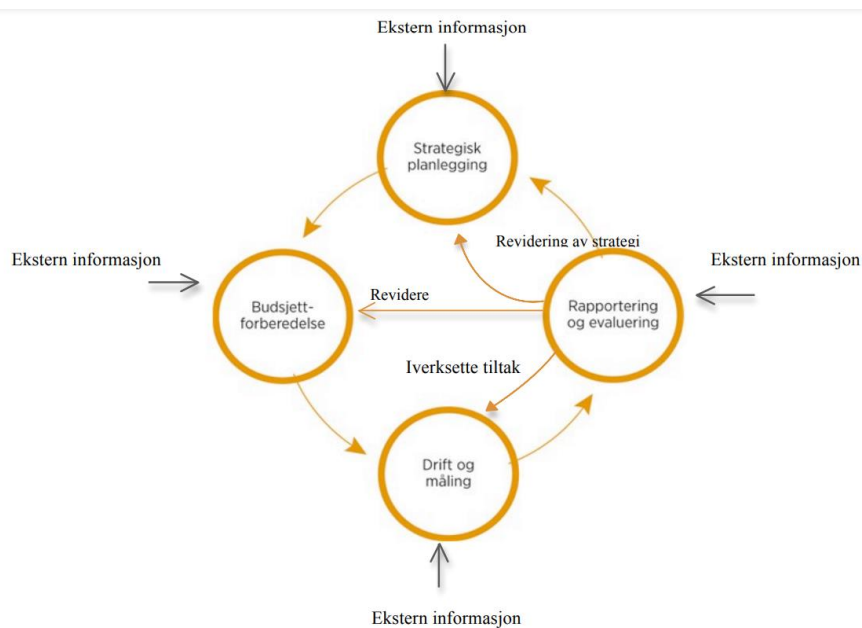
«Økonomistyring har både et målformulerende, kommuniserende, lederorientert og analytisk perspektiv som – i prinsippet – må knyttes sammen slik at organisasjonen som helhet blir målorientert».

Økonomistyring skal derfor legge til rette for at individene i organisasjonen får tilgang til nødvendig informasjon, slik at man kan oppnå ønsket mål. Dette er spesielt viktig for organisasjoner som er i perioder med økonomiske vanskeligheter.

Et styringssystem ses på som bruken av økonomistyring for å oppnå målene (Chenhall, 2003). Etableringen og utformingen av styringssystemene skjer gjennom en styringsprosess (Anthony & Young, 2003). De hevder at denne styringsprosessen til sammen utformer styringssystemet.

2.2 Styringssirkelen

Ifølge Anthony og Young (2003) må styringsprosessen skje i organisasjonens kontekst og i sammenheng med organisasjonens mål. Styringssirkelen beskriver hvordan man skal binde sammen de ulike delene av organisasjonen gjennom fire faser; strategisk planlegging, budsjettering, drift og måling, og rapportering og evaluering for å oppnå en helhetlig styring (Anthony & Young, 2003). Dette er en kontinuerlig prosess hvor man går frem og tilbake og mellom de ulike nivåene i sirkelen, der hensikten er å skape tette koblinger mellom de ulike elementene (Nyland & Pettersen, 2010). De ulike delene av sirkelen må revideres og evalueres kontinuerlig for å oppnå et best mulig resultat. Ifølge Anthony (1965) må man ha et helhetlig fokus på styringen, for å lykkes.



Figur 1 Styringssirkelen Anthony og Young (2003)

Som vi ser av figuren over vil omgivelsene og eksterne faktorer påvirke styringen i organisasjoner, i større grad nå enn tidligere. Det viktig å påpeke at styringssirkelen ikke fullføres hele tiden, som man ser av figuren. Dette på grunn av at når man finner ting som kan

forbedres i budsjettforberedelsene eller drift og måling, vil det være naturlig å gå rett til disse fasene for å gjøre endringer (Nyland & Pettersen, 2010). Dersom målene er vanskelig å konkretisere, og det oppstår brudd i koblingene, har organisasjonen et styringsproblem (Anthony og Young 2003).

2.2.1 Strategisk planlegging

I strategisk planlegging utvikles en strategisk plan basert på overordnede mål og visjoner (Anthony & Young, 2003). Det lages da en plan for hvordan driften av hele organisasjonen som skal fungere som et utgangspunkt for budsjettet som skal utformes (Nyland & Pettersen, 2010). Gjennom planer og tiltak konkretiseres målene, og det dannes grunnlag for å nå målsetningene. For sykehusene må de strategiske planene ta hensyn til de krav og forutsetninger staten fastsetter (Nyland & Østergren, 2008)

2.2.2 Budsjettforberedelse

I neste fase, budsjetteringsdelen utarbeides budsjett som et uttrykk på de strategiske planene (Anthony & Young, 2003). Budsjettet fungerer som bindeleddet mellom det strategiske og det operative styringsnivået. Her tildeles det ressurser til avdelingene og klinikkene ved sykehuset, slik at de kan planlegge hvordan de skal nå de strategiske målene. Denne fasen er det avdelings- og klinikkledelsen som har det operative ansvaret (Nyland & Østergren, 2008).

I offentlig sektor er det vanlig å ha to ulike budsjetter. Et overordnet budsjett for hele organisasjonen, dette fungerer som tildelingsbudsjett som viser hvor mye de får tildelt kommende periode. Dette budsjettet er lite detaljert og egner seg derfor dårlig til operativ styring. Det er da vanlig å utarbeide et eget budsjett, ofte på avdelingsnivå, som er mer detaljert og egner seg bedre til operativ styring (Anthony & Young, 2003). Disse budsjettene gir igjen mellomlederne fullmakt til å disponere ressursene.

2.2.3 Drift og måling

Den tredje fasen i styringssirkelen er drift- og målingsfasen består av handlinger og målinger som foregår gjennom hele perioden. Her foregår det løpende oppfølging og måling av resultat og innsats. Anthony og Young (2003) presenterer to typer kontroll, prestasjonskontroll og finansiell kontroll. Prestasjonskontrollen handler om å følge opp de ulike aktivitetene i organisasjonen. Formålet med dette er å kontrollere at de spesifikke aktivitetene som utøves, bidrar til at organisasjonen når målene som er fastsatt. Finansiell kontroll omhandler å følge

opp den finansielle delen av driften. Denne kontrollen handler om å sikre tett kobling mellom budsjett og aktiviteter. Her legger budsjettet rammene for de ulike aktivitetene sykehuset skal gjennomføre (Anthony & Young, 2003).

2.2.4 Rapportering og evaluering

I rapportering- og evalueringsfasen samles regnskapsinformasjon sammen med annen informasjon og gir grunnlag for å analysere og evaluere prestasjonene (Anthony & Young, 2003). Denne informasjonen rapporteres til de som har ansvar for måloppnåelse og kontroll. Planene og budsjettene sammenlignes da med de faktiske resultatene. For at informasjonen skal ha verdi, er det avgjørende at lederne bruker informasjonen aktivt under korrigerende av fremtidige planer og budsjetter.

De tidligere stegene i styringssirkelen handler om informasjonsflyt, men det er i denne delen styringen skjer. Det er viktig at organisasjonen tar lærdom av den evalueringen som blir gjort, slik at problemene som kommer fram blir løst. Informasjonen som kommer frem av denne fasen av styringssirkelen kan ifølge Anthony og Young (2003) tjene tre formål. Det første handler om å bruke informasjonen til å koordinere og kontrollere løpende aktiviteter. Gjennom å analysere informasjonen finner man ut hvilke aktiviteter som bidrar til å oppnå målsetningen, og hvilke aktiviteter som ikke gjør det, for å så forbedre aktivitetene. Ledere får på denne måten et informasjonsgrunnlag de kan bruke til å gjennomføre nødvendige tilpasninger og endringer.

Det andre formålet med rapporteringen er at det gir muligheten til å måle og evaluere de ansattes prestasjoner (Anthony & Young, 2003). Ifølge (Nyland & Pettersen, 2010) er dette viktig for vise omgivelsene at ressursene brukes på en hensiktsmessig måte, altså legitimere ressursbruken. Styringssirkelen er en interaktiv prosess, som fungerer som «limet» mellom ledelsen og de ansatte (Nyland & Pettersen, 2018). Men det viktig å påpeke at styringssirkelen kun beskriver idealsituasjonen (Nyland & Pettersen, 2004). Dette er med på å gi de ansatte motivasjon og insentiver til å yte ekstra for å nå de strategiske målene. I offentlige helseorganisasjoner viser ikke regnskapet hvilke/hvor mange helsetjenester som er produsert, men kun et økonomisk resultat. Dermed vil ikke regnskapet være et like godt grunnlag for å måle prestasjoner. Til slutt fungerer rapporteringssystemet som en feedbackmekanisme på arbeidet som er utført (Anthony & Young, 2003). Dette gjør at

organisasjonen hele tiden kan jobbe med å lære av evalueringen for å forbedre de daglige rutinene. På det strategiske nivået kan dette bidra til å i fremtiden utarbeide bedre planer og strategier, som igjen danner grunnlag for bedre budsjetter fremover.

2.3 Det institusjonelle perspektivet

Sykehus er komplekse organisasjoner, som ikke har de samme målsetninger som andre bedrifter (Kirkhaug, 2017). På bakgrunn av dette er det nødvendig å se sykehus fra et annet perspektiv enn man ville sett på en bedrift som kun drives av mål om økonomisk profitt. Der de fleste bedrifter har enkle mål om økonomisk vinning, sitter et sykehus med flere ulike mål som ikke nødvendigvis deles av alle de ulike profesjonene på sykehuset (Abernethy & Stoelwinder, 1990). En lege på et sykehus vil kunne ha mål om å investere i utstyr som forbedrer pasientforløpet, mens en økonom vil gjøre investeringer som skal kunne gi lik eller høyere nytte enn beløpet de investerer. På bakgrunn av dette kan ikke et sykehus bli forstått på samme måte som et vanlig selskap, da beslutningsprosessene rundt valg i sykehus ofte har andre årsaker liggende bak som ikke kan forklares av normative teorier. Basert på dette ønsker vi å benytte det institusjonelle perspektivet for å kunne besvare vår problemstilling bedre.

Dette institusjonelle perspektivet kan deles inn i en klassisk institusjonell og en ny-institusjonell teori. I motsetning til styringsteori forklarer det institusjonelle perspektivet hvordan ulike beslutninger blir tatt, og forklarer hvorfor organisasjoner er som de er gjennom politisk, kulturell, sosial og strukturell påvirkning (Kirkhaug, 2017). Gjennom gjentatte samhandlinger over tid vil de ansatte i organisasjonen skape en egen oppfatning av virkeligheten, der de vil utvikle verdier, handlingsregler, antakelser og uformelle normer som vil være spesifikke for den organisasjonen de tilhører. Når denne virkeligheten dannes vil det påvirke organisasjonens funksjoner, rundt hva de ansatte tillater seg å gjøre, hvordan en oppgave skal utføres og til slutt hvor godt organisasjonen kan klare å tilpasse seg kravene fra omgivelsene rundt (Kirkhaug, 2017).

Thornton et al. (2012) beskriver hvordan organisatorisk praksis gjennomgår tre ulike prosesser: beslutningstaking, meningsdannelse og kollektiv mobilisering.

Beslutningsprosesser tar hensyn til hvordan institusjonaliseringen påvirker de valgene og beslutningene som tas. Meningsdannelse refererer til en pågående tankeprosess der man gir

rasjonelle grunner for sine valg. Ved å rasjonalisere og kategorisere skaper man handlingskapasitet og beholder fokus. Meningsdannelse kan være retrospektiv, der man begrunner tidligere valg, eller kontinuerlig, der man utvikler sitt eget narrativ om hva som bør skje. Kollektiv mobilisering innebærer samspeillet mellom organisasjonens aktører og det handlingsrommet som oppstår gjennom felles tilhørighet og forståelse av hva som er den rette løsningen (Thornton et al., 2012). Organisasjonsendringer blir også påvirket av de praktiske og lokale endringene som utføres av organisasjonens medlemmer i tråd med det de anser som nødvendig. Disse lokale endringene har potensial til å påvirke organisasjonens forståelse av sin egen identitet (Thornton et al., 2012), og dermed legge grunnlaget for endringsprosesser.

2.3.1 Ny-institusjonell teori

Kravene for omstillingsevnen til moderne organisasjoner har økt i takt med en verden som stadig blir mer internasjonal, med økende markeds konkurranse og en rask teknologisk utvikling. Effektivitet og en positiv økonomisk avkastning må bygges sidestilt med hensyn rundt miljø, etikk og normer for å skape aksept og tillit fra omgivelsene rundt (DiMaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977).

Det ny-institusjonelle perspektivet anser organisasjoner som systemer med en åpenhet for omgivelsene, der det som skiller den ny-institusjonelle fra den institusjonelle teorien er at det stadig har blitt mer rom for de eksterne påvirkningskreftene og man er blitt mer opptatt av hvordan disse organisasjonene tilpasser seg normer og regler fra omgivelsene rundt (Meyer & Rowan, 1977; Scott & Davis, 2014). Meyer og Rowan (1977) hevder at samfunnet inneholder en rekke institusjonaliserte regler og mønstre i form av rasjonaliserte myter som danner store deler av utviklingsgrunnlaget ved en organisasjon. Ifølge ny-institusjonell teori vil disse mytene ha en betydelig innvirkning på utviklingen av tankemodeller og implementeringen av systemer i hver enkelt virksomhet. Disse institusjonelle reglene gjør det nødvendig for organisasjoner å ta i bruk en aktiv strategi for å samhandle og kommunisere med omgivelsene, men også for å skape en evne til å omstille seg etter samfunnets skiftende krav.

2.3.2 Tillit og legitimitet

Det er en sentral antagelse i ny-institusjonell teori at tillit og legitimitet er en grunnleggende forutsetning for overlevelse og eksistens, samt for å forklare implementering av nye styringssystem og rutiner (Meyer & Rowan, 1977). Tillit mellom grupper skapes gjennom

samhandling over tid, der en høy tillit mellom ledelse og ansatte vil preges av mindre behov for kontroll og høy grad av handlefrihet blant de ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Omgivelsene bedømmer organisasjoner ut fra hvorvidt de anvender strukturer, prosesser og ideologier som oppfattes moderne og tidsriktig, og kravene de institusjonaliserte omgivelsene stiller blir ofte kalt institusjonaliserte standarder (Røvik, 1998). Ved at organisasjonen tar til seg de moteriktige standardene for organisasjonsstruktur vil de kunne oppnå eller øke legitimitet i samfunnet. Røvik (1998) benevner disse standardene som «*en legitimert oppskrift*» som gir retningslinjer for hvordan en organisasjon bør utforme struktur og prosedyrer i virksomheten.

For å kunne oppnå en slik legitimitet og tillit fra omgivelsene er det viktig at organisasjonen reflekterer tro, normer og verdier de står for i aktivitetene de utfører (Meyer & Rowan, 1977). For et sykehus kan dette gjelde verdier rundt menneskeverd og at alle har tilgang til fri og rask helsehjelp. Slik tillit fra omgivelsene krever at sykehuset har opparbeidet seg en struktur som er i tråd med forventninger og lovgivning, som at helsepersonell skal ha nødvendig kompetanse, lokaler og utstyr skal ha korrekt sertifisering, samt at pasienter skal få behandling innen gitt tidsfrist.

På bakgrunn av dette handler det ikke lenger kun om intern økonomistyring, men at en organisasjon slik som et sykehus er avhengig av å ta beslutninger for å vedlikeholde eller øke sin legitimitet jevnt med forventninger og krav fra omgivelsene. Pettersen (2013) argumenterer for at den deskriptive tilnærmingen til økonomistyring ser på styringssystemer som allerede etablerte institusjonelle fenomener i samfunnet. Denne tilnærmingen gir en dypere forståelse for ulike problemer som oppstår rundt beslutningstaking, og går langt utover tradisjonell regnskapsmessig og finansiell kontroll. Når man studerer økonomistyring på denne måten, tar man hensyn til sosiale normer, krav og forventninger fra forskjellige interessenter, samt de institusjonelle omgivelsene. Denne tilnærmingen innebærer at normer og verdier vil bli integrert inn i organisasjoner, noe som har konsekvenser for både effektivitet, samt organisasjonens identitet og legitimitet i forhold til omgivelsene (Pettersen, 2013). En organisasjon som velger et styringssystem eller et konsept som er legitim i omgivelsene vil oppnå økt tilgang på ressurser, støtte og stabilitet og vil dermed også øke sannsynligheten for at organisasjonen overlever på sikt (Meyer & Rowan, 1977).

2.3.3 Institusjonelle logikker

Ny-institusjonelle teori har opp gjennom tiden lagt vekt på at organisasjonen bruker en felles institusjonell logikk på tvers av organisasjoner i samme felt. Men i nyere forskning er det satt lys på at det kan sameksistere ulike logikker innad en organisasjon. Det finnes flere definisjoner på institusjonelle logikker, men Thornton og Ocasio (2008, s. 101-102) peker på at det som forener dem er:

«(...) definitions of institutional logics all presuppose a core meta-theory: to understand individual and organizational behavior, it must be located in a social and institutional context, and this institutional context both regularizes behavior and provides opportunity for agency and change».

Dette sitatet sier noe om viktigheten ved å studere institusjonelle logikker for å kunne forstå en organisasjon. Logikkene styrer atferd, slik at logikker blir til praksis. Det er nemlig ulike logikker som vil utforme de viktige problemstillingene og bestemme hvordan man skal gå frem for å nå målene i organisasjonen (Scott et al., 2000).

Denne tilnærmingen kan man se svært godt i sykehus, der det vil møtes flere sterke profesjoner som jobber under samme organisasjon. Som eksempel kan vi se på to ulike logikker, basert på yrkesgruppene lege og økonom. Legens medisinske logikk utformes gjennom studiet under strenge krav. Ved endt utdanning understrekes det etiske idealet ved å avlegge en ed i form av «legeløftet», der de lover å handle etter pasientens beste. Dette er normer og verdier legen vil ta med seg ut i arbeidslivet, og vil være det som kan kalles medisinlogikk basert på egnethetslogikk (March & Olsen, 1989). En økonom vil gjennom sin utdanning ha hovedfokus på styringsteori, der opplæring vil baseres på økonomisk rasjonalitet. Her vil økonomien få utformet en logikk som vi kaller økonomilogikk basert på konsekvenslogikk (March & Olsen, 2004).

Disse to institusjonelle logikkene vil møtes i organisasjoner slik som et sykehus. Legen vil ha et ønske om å møte og behandle pasienter med best mulig utstyr og medisiner, med pasienten som hovedfokus. Økonomen vil ha et ønske om å investere og vurdere kost-nytte, med økonomi og budsjett som fokus. Slike mål kan ofte havne i en konflikt med hverandre når det kommer til spørsmål om ressurser og drift i organisasjonen, og en logikk kan ofte være mer dominerende enn den andre (Thornton & Ocasio, 2008).

2.3.4 Løse koblinger

Ifølge Meyer og Rowan (1977) vil de rasjonaliserte mytene som legitimerer det formelle styringssystemet ikke nødvendigvis være i samsvar med krav til styring og organisering som settes internt i organisasjonen. Slik kan det oppstå konflikter rundt det som bidrar til en effektiv produksjon, og de prosessene som skaper legitimitet. Ved en hendelse som dette kan det oppstå et gap mellom den formelle strukturen som blir satt og de interne aktivitetene som blir utført. Dette kalles for løse koblinger (Meyer & Rowan, 1977), og kan for eksempel skyldes tilstedeværelsen av flere institusjonelle logikker. Løse koblinger kan være med på å forklare hvordan sykehuset aksepterer en reform som er pålagt av staten, men som likevel utfører rutiner, prosedyrer og beslutninger som før, uten å implementere de nye (Nyland & Pettersen, 2010). Meyer og Rowan (1977) forklarer dette som at sykehuset modererer konsekvensene og usikkerheten som skapes av ulike påvirkninger som reformer, teknologi og reguleringer. Organisasjonen unngår dermed konflikter ved å adoptere institusjonelle strukturer og prosedyrer, uten å gjennomføre dem på det operative nivået. Resultatet kan bli at sykehuset utvikler en struktur med løse koblinger (Meyer & Rowan, 1977).

Orton og Weick (1990) konkluderte med at konseptet om løse koblinger hadde for mange dimensjoner og dermed ikke kunne representere en enhetlig teori. I sin forskning, basert på tilgjengelig litteratur presenterte de en utvidet definisjon av løse koblinger innad en organisasjon. Denne definisjonen omfatter fem ulike kategorier: koblinger mellom individer, avdelinger, intensjoner, ideer og kommunikasjon.

Løse koblinger kan oppstå når det er kommunikasjonsproblemer mellom enhetene, eller når individuelle ansatte ikke har god nok oversikt over hva som skjer i andre deler av organisasjonen (Orton & Weick, 1990). Slik kan løse koblinger føre til at endringer som er nødvendige for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene, ikke blir implementert. Dette kan skyldes manglende samarbeid og koordinering mellom avdelinger og individer, samt mangel på kommunikasjon og informasjonsdeling. For å håndtere løse koblinger i et helseforetak, kan det være nyttig å ha fokus på å bygge relasjoner og samarbeid mellom avdelinger og individer. (Hoffer Gittell, 2002) har funnet at relasjonell koordinering kan fungere som en mekanisme for å redusere negative effekter av løse koblinger i helsevesenet. Dette innebærer å bygge sterke og gjensidige relasjoner mellom ansatte og avdelinger, og å etablere gode kommunikasjonskanaler og informasjonsdeling.

Orton og Weick (1990) viser også til hvordan løse koblinger kan påvirke helseforetak spesielt. Helseforetak opererer i et komplekst og dynamisk miljø, og har derfor behov for fleksibilitet og evne til å tilpasse seg endringer. Samtidig er helseforetak også avhengige av effektivitet og koordinering for å sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Orton & Weick (1990) argumenterer for at helseforetak kan dra nytte av løse koblinger mellom ulike avdelinger og funksjoner, men samtidig må de også være forsiktige med å ha for løse koblinger da det kan føre til ineffektiv ressursbruk, manglende samarbeid og motstridende prioriteringer, noe som kan påvirke pasientbehandlingen negativt (Thompson, 1967). For eksempel kan en endring i en avdeling som skal føre til forbedring i kvaliteten på pasientbehandlingen, ikke ha noen innvirkning på andre avdelinger som ikke er tett knyttet til denne avdelingen. Slike endringer kan føre til at organisasjonen mister sine løse koblinger og dermed reduserer sin organisatoriske fleksibilitet og tilpasningsevne (Orton & Weick, 1990). Denne risikoen for ukoordinert arbeid og feil kan reduseres ved å styrke kommunikasjon og samarbeid mellom individer, avdelinger og nivåer, etablere klare retningslinjer og prosedyrer, samt ha et system for kontinuerlig overvåkning og evaluering for å identifisere eventuelle problemer i organisasjonens funksjon (Orton & Weick, 1990).

På bakgrunn av dette viser Orton & Weick (1990) til at en organisasjon som et helseforetak må finne en balanse mellom løse og stramme koblinger for å kunne håndtere kompleksitet og usikkerhet. Dette krever en bevissthet om hvilke koblinger som er nødvendige for å sikre effektivitet og kvalitet, samtidig som man er åpen for endringer og fleksibilitet når det er nødvendig.

Selv om både Orton og Weick (1990) og Meyer og Rowan (1977) fokuserer på organisatorisk struktur og funksjon, er det noen viktige forskjeller i deres tilnærminger. Orton og Weick (1990) setter lys på hvordan organisasjoner kan oppnå optimal funksjon ved å ha en balanse mellom stramme og løse koblinger, mens Meyer og Rowan (1977) undersøker hvordan organisasjoner kan tilpasse seg eksterne forventninger og normer gjennom adoptering av formelle strukturer og prosedyrer. En annen viktig forskjell mellom de to artiklene er at Orton og Weick (1990) legger vekt på betydningen av kommunikasjon og samarbeid mellom avdelinger for å oppnå koordinert og effektiv organisatorisk funksjon, mens Meyer og Rowan (1977) fokuserer på hvordan eksterne faktorer kan påvirke organisatorisk struktur og funksjon.

2.4 Ledelse og styring

Måten ledelse og styring er utført på har stor innvirkning på motivasjonen til de ansatte, på kulturen blant de ansatte, hvordan endringsprosjektene gjennomføres og så videre (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ledelse er en rekke handlinger som utøves av én eller flere personer, og som har til hensikt å få andre til å gjøre noe som skal bidra til å oppnå organisasjonens mål. Ifølge Nyland og Pettersen (2018) er styring av et helseforetak er utfordrende.

Organisasjonene er store og komplekse, og helsetjenestene stiller store krav til koordinering mellom organisasjonsnivå og institusjoner. Da er de to ytterpunktene av ledelsesteorier, prinsipal-agentteori og forvalterteori sentrale.

2.4.1 Prinsipal-agent-teori

Prinsipal-agentteori handler om at agenten ivaretar prinsipalens interesser på vegne av andre, slik at vi får et prinsipal-agent forhold. Agenten er den som utfører handlinger, mens prinsipalen er den agenten utfører handlingene på vegne av (Hagen, 1990; Jensen & Meckling, 1976). I sykehusene finner vi flere slike relasjoner, med denne forståelsen. For det første kan staten oppfattes som overordnet oppdragsgiver, og dermed er prinsipalen for helseforetakene, mens helseforetakene utfører oppdrag på vegne av staten og er dermed prinsipal. Ledelsen i helseforetaket kan også ses på som prinsipal, mens ledere og ansatte lengre ned i organisasjonen blir sett på som agenter. Men det er viktig å påpeke at i kjeden nedover i systemet, får mange rollen som både prinsipal og agent. For eksempel mellomlederne blir sett på som agenter for toppledelsen, mens de er prinsipale for de andre ansatte. I de fleste tilfeller er disse prinsipal-agent-relasjonene basert på gjensidig avhengighet (Nyland & Pettersen, 2018).

Dersom begge parter i forholdet er nyttemaksimerende, er det god grunn til å tro at agenten ikke alltid vil handle i tråd med prinsipalens beste (Jensen & Meckling, 1976). Dette er et sentralt problem med denne teorien, prinsipalen og agenten vil ofte ha ulike interesser. Dette til tross for at prinsipalen har ansatt agenten for å bidra til å maksimere prinsipalens nytte. Slike relasjoner og slik atferd kan lett oppstå i situasjoner med knappe ressurser og måleproblemer (Nyland & Pettersen, 2018).

Det er prinsipalen som legger føringer på hvilken aktivitet som skal gjennomføres og hvilke ressurser agenten har til rådighet. Dette kan bli et problem i og med at det er agenten som er

tettest på og har mest informasjon om driften. Det påpekes at «*by definition the agent has been selected for his specialized knowledge and the principal can never hope to completely check the agent's performance*» (Martimort & Laffont, 2009, s. 2).. Når partene har ulike tilgang på informasjon, kalles dette asymmetrisk informasjon. Dette fører lett til opportunistisk atferd (Williamson, 1983), hvor prinsipalen og agenten jobber ut ifra ulike målsetninger.

Et styringsregime fult i tråd med anbefalinger fra prinsipal-agent-teori, vil være et styringsregime med en underliggende antakelse om mistillit mellom prinsipalen og agenten (Bjurstrøm, 2021). Derfor vil det være behov for relativt sterk styring for å begrense agentens handlingsrom, og dermed mulighet for opportunistisk atferd. Dette kan gjøres ved å ta en «ovenfra-ned» tilnærming i styringen og innføre resultatmålinger for å redusere informasjonsasymmetri (Eisenhardt, 1989; Jensen & Meckling, 1976). Dette gjør at i tilfeller hvor resultater er vanskelige å måle, kan prinsipalen i større grad styre agentens atferd gjennom styring av innsats og prosess (Eisenhardt, 1989). Dette kan gjøres ved å innføre rutiner hvor de ansatte i større grad må rapportere oppover i hierarkiet. Den største potensielle fallgruben ved bruk av denne teorien er hvis styringen blir for detaljert, noe som krever mye ressurser, og som lett kan føre til at agentens kompetanse ikke blir utnyttet (Bjurstrøm, 2021).

2.4.2 Forvalterteori

Forvalterteori (stewardship theory) er en kritikk av prinsipal-agentteori og dens antakelser om målkonflikt og en opportunistisk atferd blant agentene (Davis et al., 1997). Det hevdes at tanken om opportunistiske agenter har liten empirisk støtte (Pierre & Peters, 2017). Olsen (2015) argumenterer for at prinsipal-agentteori ikke har tatt hensyn til betydningen institusjonelle omgivelser og normer legger begrensinger på opportunistisk atferd.

Forvalterteori antar at agenten opptrer som en lojal forvalter (*steward*) for prinsipalen og opptrer og handler etter beste evne i tråd med og for å nå prinsipalens interesser og mål (Davis et al., 1997; Schillemans, 2013). I motsetning til prinsipal-agentteori er dette preget av at prinsipalen og forvalteren sammenfallende interesser og fravær av målkonflikt.

Forvalteteori anbefaler derfor å vise forvalteren større grad av tillit og delegeres mer autonomi (Bjurstrøm, 2021). I organisasjoner vil ansatte som identifiserer seg med og er forpliktet til organisasjonens verdier, utføre oppgaver med organisasjonens beste for øye.

Dette harmonerer med en kollektivistisk tilnærming hvor kultur og deltakelse er bygget på tillit (Davis et al., 1997).

Når begge partene samarbeider mot å nå samme mål, skapes det økonomiske fordeler for prinsipalen siden kostnadene knyttet til incentiver og overvåkning blir lavere (Pastoriza & Ariño, 2008). Dette gjør at prinsipalen kan ta en mer avslappet og tilbakeholden tilnærming til ledelse og styring. Forholdet mellom prinsipalen og forvalteren er derfor preget av en «nedenfra og opp» tilnærming, med fokus på involvering og samarbeid (Bjurstrøm, 2021). Det kan virke forlokkende med slik tilnærming til styring, men en potensiell fallgrube er at prinsipalen blir for naiv, og at forvalteren opptrer (til dels) opportunistisk uten at prinsipalen har metoder for å oppdage dette.

2.4.3 Motstand mot endring

I alle sammenhenger hvor det er snakk om endringer, møtes endringene med motstand (Herold et al., 2007). Dette gjelder dette særlig i perioder med mange store endringer. Ifølge Irgens (2011) fører dette til stress og frustrasjon over, noe som svekker oppslutningen om endringene. I store organisasjoner er det mange ulike typer mennesker med ulike modenhetsnivåer, med ulik erfaring, innsikt og refleksjonsevne (Martinsen, 2019).

Motstand mot endring trenger ikke nødvendigvis å skyldes dysfunksjon eller patologisk tilstand. Jacobsen og Thorsvik (2019) trekker derfor fram en rekke årsaker som er de vanligste årsakene til motstand mot endring. Blant dem nevnes frykt for det ukjente, frykt for dobbeltarbeid og utsikter til personlig tap. *Frykt for det ukjente* handler om at endringer fører til at man går fra en sikker tilstand, til mer usikkerhet (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Endring fører til at man konfronteres med det ukjente, altså at det representerer usikkerhet, noe som er «skummet» for mange. *Frykt for dobbeltarbeid* (i en periode) kommer av at en endring vil være en oppgave man må løse i tillegg til den vanlige driften (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Man ønsker ikke å utføre flere oppgaver i en normal (kanskje presset) arbeidshverdag. *Utsikter til personlig tap* handler om at organisasjonsendringer kan få direkte økonomiske konsekvenser for den enkelt (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette kan handle om alt fra mer å gjøre i arbeidstiden, til at endringene fører til oppsigelse.

Thornton et al. (2012) beskriver hvordan organisatorisk praksis gjennomgår tre ulike prosesser: beslutningstaking, meningsdannelse og kollektiv mobilisering.

Beslutningsprosesser tar hensyn til hvordan institusjonaliseringen påvirker de valgene og beslutningene som tas. Meningsdannelse refererer til en pågående tankeprosess der man gir rasjonelle grunner for sine valg. Ved å rasjonalisere og kategorisere skaper man handlingskapasitet og beholder fokus. Meningsdannelse kan være retrospektiv, der man begrunner tidligere valg, eller kontinuerlig, der man utvikler sitt eget narrativ om hva som bør skje. Kollektiv mobilisering innebærer samspelet mellom organisasjonens aktører og det handlingsrommet som oppstår gjennom felles tilhørighet og forståelse av hva som er den rette løsningen (Thornton et al., 2012). Organisasjonsendringer blir også påvirket av de praktiske og lokale endringene som utføres av organisasjonens medlemmer i tråd med det de anser som nødvendig. Disse lokale endringene har potensial til å påvirke organisasjonens forståelse av sin egen identitet (Thornton et al., 2012), og dermed legge grunnlaget for endringsprosesser.

2.5 Sammendrag av teoretisk rammeverk

I dette kapittelet er det teoretiske rammeverket som legges til grunn i studien. For å forstå hvordan styringssystemer og rutiner utformes og implementeres i en offentlig organisasjon har det vært viktig å se på begrepet økonomistyring både i et normativt og deskriptivt perspektiv.

Det normative synet på økonomistyring beskriver hvordan virkeligheten bør være basert på visse forutsetninger. Det formålsrasjonelle perspektivet fokuserer på beslutninger som tar sikte på å maksimere profitt og optimalt bruke ressurser ved hjelp av formelle styringsverktøy. Anthony og Young (2003) sin ideelle styringssirkel beskriver en kontinuerlig, fast rekkefølge av de fire fasene innen økonomistyring: strategisk planlegging, budsjettforberedelse, drift og måling samt rapportering og evaluering. De påpeker at dersom det oppstår brudd i koblingene mellom disse fasene, vil det oppstå styringsproblemer.

De deskriptive syn på økonomistyring ser på økonomistyring innenfor en organisatorisk og institusjonell kontekst og beskriver virkeligheten slik den er. I henhold til ny-institusjonell teori, forklares implementeringen av nye styringssystemer med organisasjonens behov for å fremstå som legitime i omgivelsene. Å skape legitimitet betyr ikke nødvendigvis å ta i bruk nye styringssystemer. Institusjonell teori hevder at selv om styringssystemer kan være legitime utad, så er det ikke sikkert at de er effektive internt. Dette kan føre til at

organisasjoner utvikler en struktur med løse koblinger, der de gjør en ting internt, mens de utad kommuniserer at de gjør noe helt annet (Meyer & Rowan, 1977).

I styringsteorien forventes det at det eksisterer en tett kobling mellom de fire elementene (Anthony & Young, 2003), men det er sjeldent slik i virkeligheten (Orton & Weick, 1990). Løse koblinger hjelper oss å forklare at et sykehus kan operere uten en tett kobling mellom strategisk planlegging, budsjettforberedelse, drift og måling og rapportering og evaluering. Dette kan forklare hvordan budsjettavvik stadig skjer i sykehus uten at det gjøres endringer.

For å skape denne tette koblingen mellom de ulike delene av organisasjonen, hvor lederne har en god relasjon til de ansatte og de ansatte er motiverte til å gjøre en god jobb, samtidig som man unngår opportunistisk atferd blant de ansatte er måten ledelse og styring skjer på viktig (Orton & Weick, 1990). Her kommer prinsippal-agentteori og forvalterteori inn i bildet.

3 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil vi beskrive de metodiske valgene som ligger til grunn for studien. Johannessen et al. (2016) påpeker at å gjennomføre vitenskapelige undersøkelser dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data, og fremhever at studiens formål og problemstilling er avgjørende for valg av fremgangsmåte i gjennomføringen av studiet. Her vil vi redegjøre for hvilket vitenskapsteoretisk ståsted vi har, valg av forskningsdesign, hvilke metoder vi har brukt og hvordan vi har analysert dataene. Til slutt vil vi se på studienes kvalitet og hvordan vi har gått fram med hensyn på etiske retningslinjer. For å kunne svare på vår problemstilling på en god måte må hensiktsmessig forskningsdesign og metode velges.

Den metodiske tilnærming vi har valgt for å besvare problemstillingen er et kvalitativt forskningsdesign. For å besvare vår problemstilling vil vi benytte en poliklinikk ved UNN Tromsø som case, og analysere UNNs offentlige dokumenter om formålet og utformingen av styringssystem. Vi har intervjuet ledere og ansatte ved poliklinikken som har vært involvert i implementeringen og berørt av de nye styringssystemene og rutinene for å belyse deres perspektiver, vurderinger og verdier. Vi vil også presentere tall og data vi har fått tilsendt fra økonomiseksjonen ved UNN. Vi vil kombinere innsiktene fra intervjuene med analysene av interne dokumenter, samt talldataene vi har fått.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Når man driver med forskning, så vil man ofte, enten bevisst eller ubevisst, gjøre ulike antakelser om hvordan virkeligheten ser ut (ontologi), hvordan kunnskap oppnås (epistemologi) og hvordan metoder man bruker for å oppnå kunnskap (metodologi) (Busch, 2021). Disse antakelsene vil ha betydning for hvordan man utfører forskningen, og hva man kan konkludere med i analysen av resultatene. Johannessen et al. (2016) definerer forskning som en systematisk undersøkelse av ett eller flere spørsmål. Ifølge Gran (2012) handler det om å gå inn i verden med spørsmål om hvordan ting er, har vært og henger sammen.

Ontologi er læren om hvordan virkeligheten faktisk er (Jacobsen, 2022), hva som eksisterer i samfunnet (Nyeng, 2004; Tjora, 2021) og hva vi mener vitenskapen handler om (Nyeng, 2004). Hvorvidt en forskers ontologiske utgangspunkt er generelle lovmessigheter eller forståelse for det spesielle og unike, vil få betydning for hva man leter etter i en undersøkelse (Jacobsen, 2022). Ontologien legger premissene for epistemologien.

Epistemologi er læren om kunnskap og kunnskapstilegnelse (Easterby-Smith et al., 2012; Jacobsen, 2022; Nyeng, 2004). Her er man opptatt av hva som er akseptabel kunnskap om et fenomen (Saunders et al., 2019). Marsh og Furlong (2002) sier at en forskers epistemologiske posisjon beskriver synet på hva man kan vite om verden og hvordan man kan vite det. Epistemologi er derfor direkte relevant for vitenskapelige undersøkelser (Busch, 2021).

3.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign defineres som en grov skisse eller et rammeverk for hvordan man skal gå frem for å innhente, analysere og svare på undersøkelsens problemstilling og formål (Saunders et al., 2019). Forskningsdesign beskriver hva og hvem som skal undersøkes og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres (Johannessen et al., 2016). Det er tre hovedtyper forskningsdesign, deskriptivt, eksplorativt og kausalt forskningsdesign. Dersom studiens formål er å beskrive hendelser, personer og situasjon slik de faktisk er, uten å vurdere og forklare dem, er det et deskriptivt forskningsdesign. Dersom formålet er å søke ny innsikt i fenomener, og deretter vurdere dem i nytt lys, er det et eksplorativt design. I studier hvor formålet er å studere en situasjon eller et problem for å avdekke et årsaks-virkningsforhold mellom ulike variabler, er det snakk om et kausalt forskningsdesign (Saunders et al., 2019). Vi ønsker å beskrive utfordringene med utformingen og implanteringen av styringssystemer og rutiner, og har derfor valgt deskriptivt forskningsdesign.

Forskningsdesignet kan være intensivt og/eller ekstensivt. Ved bruk av ekstensive forskningsdesign studer man få variabler og nyanser, men mange enheter for eksempel gjennom en spørreundersøkelse (Jacobsen, 2022). Ekstensive design brukes i kvantitative studier, da går man i bredden og samler inn data fra mange personer. Fordelen med slike forskningsdesign er at det er lett å samle inn og analysere data (Busch, 2021; Jacobsen, 2022). Studier med intensivt forskningsdesign studerer mange variabler og nyanser, men med relativt få enheter gjennom for eksempel intervjuer. Intensiv design er hensiktsmessig dersom man ønsker å undersøke et komplekst problem med mange variabler og brukes i kvalitative studier (Busch, 2021; Jacobsen, 2022). Fordelen med intensive design er at man får mye informasjon om det man studerer, og derfor egner designet seg til å analysere komplekse sammenhenger. Ulempen er at det er vanskelig å generalisere funnene til en større populasjon. Likevel dannes generelle teorier om hvordan virkeligheten er eller hvordan fenomenet henger sammen fordi det kan generaliseres teoretisk (Busch, 2021; Jacobsen, 2022). Slike studier er

virkelighetsnære, det vil si at informantene kjenner seg igjen i beskrivelsen av funnene. Dermed er gyldigheten i studiene høy (Jacobsen, 2022). God intern gyldighet gjør at intensive undersøkelser er godt egnet for teoretisk generalisering. For å formulere teorier og hypoteser er gode beskrivelser og forståelser av virkeligheten det beste grunnlaget (Jacobsen, 2022). I vår studie har vi valgt et intensivt forskningsdesign med en casestudie av poliklinikken ved UNN. Dette på grunn av at vi ønsker å se på et komplekst problem i en stor organisasjon.

UNN er en stor og kompleks organisasjon med mange klinikker og avdelinger med ulike lokasjoner. Vi har valgt å avgrense vår case til en poliklinikk ved UNN i Tromsø. Vi har valgt å ha et intensivt design hvor vi samler informasjon gjennom detaljert og omfattende datainnsamling gjennom kvalitative intervjuer og dokumentstudier. Dette er den vanligste formen for casestudier (Ringdal, 2018), dette på grunn av designet sikrer en mest mulig grundig og detaljert undersøkelse (Askheim & Grenness, 2008; Johannessen et al., 2016). Casestudier er den mest brukte designet kvalitative studier (Askheim & Grenness, 2008). Det normale er å starte med en problemstilling om hvorfor eller hvordan virkeligheten hegner sammen (Johannessen et al., 2016).

3.2.1 Rekruttering av informanter

Ifølge Johannessen et al. (2016) er hensikten med kvalitative undersøkelser å skaffe mest mulig kunnskap om fenomenet, dermed er det viktig at informantene velges med et klart mål. Det er derfor viktig at informantere har kunnskap og erfaring til å kunne uttale seg om temaet som studeres på en reflektert måte (Tjora, 2021). Med vårt tema og problemstilling er det naturlig å velge et strategisk utvalg fordi vi ønsker å få utfyllende kunnskap om hvor god implementeringen av styringssystemer og rutiner ved poliklinikken har vært, og hvorfor. På bakgrunn av dette har vi intervjuet toppledere, mellomleder og ansatte ved poliklinikken, avdelingen over og klinikken avdelingen tilhører, som kan gi best mulig kunnskap slik at vi kan besvare vår problemstilling.

3.3 Forskningsmetode

Metode er ifølge Johannessen et al. (2016) en bestemt vei mot målet. Metode blir generelt sett på som en planmessig fremgangsmåte for å nå et bestemt mål (Grønmo, 2016; Nyeng, 2004). Aubert og Alstad (1985, s. 196) beskriver metode som «*en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette*

som formål, hører med i arsenalet av metoder». Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan man går fram for å få informasjon om virkeligheten, hvordan denne informasjonen skal analyseres og tolkes, og hjelper oss med å ta de rette valgene og bruke rette fremgangsmåter for å besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2016; Nyeng, 2004). Det er vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode, og valget av metode tas med utgangspunkt i problemstillingen (Grenness, 2001; Johannessen et al., 2016). Kvalitativ metode omtales som tekstens tale, mens kvantitativ metode omtales som tallens tale. Ved kvalitativ forskning er man opptatt av hva slags meninger mennesker har og hvordan de tenker og handler (Askheim & Grenness, 2008).

Det er også mulig med metodetriangulering, det vil si at man kombinerer kvalitative og kvantitative metoder, eller kombinere ulike kvalitative metoder som intervju og dokumentstudier. Gjennom dette kan man se fenomenet fra flere perspektiver, det vil si at man bruker flere metoder for å samle inn og analysere data (Johannessen et al., 2016). Metodetriangulering vil bidra til en mer samlet og helhetlig forståelse av det som studeres, i tillegg bedres troverdigheten (Askheim & Grenness, 2008; Grønmo, 2016). I vår studie har vi benyttet oss av kvalitativ metode, med metodetriangulering mellom intervjuer og dokumentstudier. Dette er valgt fordi gjennom intervjuene får god innsikt i hvordan de ulike nivåene tenker om situasjonen ved poliklinikken i dag og hva som har funket og ikke, mens gjennom dokumentstudiene får vi god innsikt i hva som var planlagt av ledelsen. Intervjuene er våre primærdata, mens dokumentstudiene er sekundærdata (Saunders et al., 2019).

3.3.1 Semistrukturerte intervju

Den mest brukte metoden for å samle inn kvalitativ data er intervju, dette fordi det er en fleksibel metode som kan brukes i mange sammenhenger, og det gjør det mulig å få fylldige og detaljerte data (Johannessen et al., 2016). Intervjuer blir karakterisert som en samtale med utveksling av synspunkter (Kvale et al., 2009). Formålet til intervjuer er å gjennom dialog forstå eller få beskrivende informasjon om temaet (Johannessen et al., 2016).

Det er vanlig å skille mellom ulike former for intervju, og en vanlig kategorisering skjer på bakgrunn av grad av formalitet og struktur (Johannessen et al., 2016; Saunders et al., 2019), Da skiller man mellom strukturerte, semistrukturerte og ustrukturerte intervjuer. I et *strukturerte intervjuer* har forskeren på forhånd fastlagt tema, spørsmål og rekkefølgen på

spørsmålene (Johannessen et al., 2016). Denne typen intervjuer gir begrenset fleksibilitet, og kan ligne på spørreundersøkelser. Ved *semistrukturerte intervjuer* tar forskeren utgangspunkt i en overordnet intervjuguide, men tema, spørsmål og rekkefølgen på spørsmålene varierer, og forskeren har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål (Johannessen et al., 2016). Dette er den mest brukte formene for intervju fordi metoden gir god balanse mellom standardisering og fleksibilitet (Dalen, 2011; Johannessen et al., 2016). *Ustrukturerte intervjuer* vil si at forskeren har forberedt et tema, men spørsmålene og rekkefølgen på spørsmålene er ikke klar (Johannessen et al., 2016). I vår studie har vi valgt å bruke semistrukturert intervjuer. Det gir oss god fleksibilitet, slik at vi kan stille oppfølgingsspørsmål dersom det trengs, samtidig som det forenkler analysen av intervjuene.

Før vi startet intervjuprosessen utarbeidet vi en intervjuguide (vedlegg 1) på bakgrunn av teorien vi har valgt, dokumentstudier og annen data som vi fikk tilsendt fra økonomiseksjonen. Katalogiseringen av spørsmålene ble til dels lagt opp etter teorien, men også etter de ulike programmene og problemene vi fant i dokumentstudien. Dette gjorde vi for å skape en god struktur for å forenkle analysen. Intervjuguiden brukte vi som utgangspunkt for alle intervjuene med de 8 ulike informantene. I etterkant av intervjuene transkriberte dem, før vi sendte transkriberingene til de ulike informantene, slik at de hadde mulighet til å lese gjennom og rette eventuelle feil.

3.3.2 Dokumentstudier

Dokumentstudier er en forskningsmetode som er mye brukt innenfor samfunnsvitenskap, humaniora og juridiske studier. Metoden går ut på å analysere skriftlig materiale for å få innsikt og kunnskap om ulike fenomener. Dette kan være alt fra offentlige registre til private brev og notater.

Ifølge Bowen og Rudolph (2018) er dokumentstudier en verdifull metode for å undersøke historiske hendelser, politiske beslutningsprosesser og juridiske saker. Dokumenter kan gi detaljerte beskrivelser av disse fenomenene og gi forskere innsikt i hvordan samfunn og institusjoner har utviklet seg over tid.

Det er viktig å være klar over at dokumenter kan være mangelfulle eller villedende, spesielt når det gjelder følelser og intensjoner. Dokumenter kan også være påvirket av den sosiale

konteksten der de ble produsert, og kan derfor ikke alltid være representative for virkeligheten som helhet (Bowen & Rudolph, 2018).

Ettersom hensikten ved studien er å undersøke implementeringen, har ulike styringsdokumenter, samt tilhørende vedlegg, dannet rammen for implementering av styringssystem og rutiner. Disse dokumentene er brukt som støtte i presentasjonen av empiriske funn, samt supplerer informasjon innhentet gjennom intervjuer. Vi har videre også analysert datamateriale som er tilsendt fra Helse Nord RHF sitt informasjonssystem for å kunne oppnå en dypere innsikt rundt utviklingen over tid, dette ser vi på som en del av dokumentstudiene.

3.4 Forskningsprosessen

Den 17. oktober 2022 tok vi kontakt med økonomiseksjonen ved UNN for å høre hvordan de stilte seg til å bidra med en masteroppgave. Dette var de veldig interessert i, og den 14. november 2022 hadde vi et møte med dem for å fastlegge tema og veien videre. Under møtet fikk vi informasjon om at det var spesielt ved den aktuelle poliklinikken de hadde kapasitetsproblemer, og at de slet med implementeringen av nye styringssystemer og rutiner som skulle forbedre dette. Vi ble anbefalt å ta kontakt med avdelingsleder på avdelingen poliklinikken ligger under og vi sendte vedkommende en e-post den 14. februar 2023 og vi fikk bekreftet at de ønsket å stille, og at de gjerne ville være behjelpelige. Etter hvert kom vi frem til 8 informanter fra ulike nivåer, klinikkledelse, avdelingsledelse, seksjonsledelse og ansatte. Etter at vi fikk godkjent søknaden til NSD begynte vi prosessen med å få gjennomført intervjuene. Intervjuene ble gjennomført 20., 21., 27., 28. mars og 12. april 2023. Samtlige av intervjuene ble gjennomført på UNN i Tromsø. Med hensyn til taushetsplikten er det ikke anført hvem som er hvem av informantene.

Alle våre informanter jobber på poliklinikken, på avdelingen over poliklinikk eller i klinikkledelsen over avdelingen og er enten ansatt, mellomleder eller toppleder. Under presenteres en oversikt over om de forskjellige informantene er ansatt, mellomleder eller toppleder, og dato for og varighet på intervjuene.

| Nr. | Nivå | Dato | Varighet |
|-----|---------------|------------|----------|
| 1 | Toppleder 1 | 28.03.2023 | 01:04 |
| 2 | Toppleder 2 | 12.04.2023 | 01:04 |
| 3 | Mellomleder 1 | 27.03.2023 | 00:57 |
| 4 | Mellomleder 2 | 20.03.2023 | 00:30 |
| 5 | Ansatt 1 | 20.03.2023 | 01:04 |
| 6 | Ansatt 2 | 21.03.2023 | 00:30 |
| 7 | Ansatt 3 | 21.03.2023 | 00:28 |
| 8 | Ansatt 4 | 27.03.2023 | 00:41 |

Tabell 1 Intervjuoversikt

Etter tillatelse fra alle informantene, ble alle intervjuene tatt opp ved hjelp av lydopptaker på telefonen. Dette forenklet transkriberingen og vi fikk transkribert kort tid etter intervjuene. Etter dette sendte vi transkriberingen til informantene for gjennomlesning, og godkjenning. På denne måten sikret vi at det var god kvalitet på datamaterialet, og at datamaterialet samsvarte med et informantene hadde opplyst. Transkriberingen ble anonymisert og lydopptakene ble slettet.

3.5 Analyse av datamaterialet

Når datainnhenting er gjennomført må forskeren analysere dataene. Dataanalyse defineres som «*systematisering av data slik at eventuelle mønstre og struktur trer frem*» (Askheim & Grenness, 2008, s. 142). Før man starter analysen må mengden data reduseres, man må derfor skille de viktige delene, fra de uviktige (Askheim & Grenness, 2008; Johannessen et al., 2016). Derfor skrev hver av oss et sammendrag ut ifra transkriberingen av alle intervjuene, før vi sammenlignet dem med hverandres, for å sørge for at vi fikk med alt det viktige.

I vår studie kategoriserte vi dataene etter tema. Deretter ble datamaterialet tolket og sett i sammenheng med teori slik at vi kunne finne svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. For å forenkle dette skrev vi sammendrag av alle intervjuene, hvor vi trakk ut alle de viktige punktene. For å finne igjen spesielle temaer i datamaterialet brukte vi indeksering (Johannessen et al., 2016). Gjennom dette fikk hver enkelt setning/påstand i sammendragene fra hvert av intervjuene en merkelapp etter hvilket tema og teori setningen/påstanden tilhørte. Ved bruk av Microsoft Office Excel kunne vi da enkelt sortere dataene etter de ulike temaene og teori. På denne måten ble tolkningen av dataene enklere, og det ble enklere å se hvilke synspunkter som var like og ulike. Analyseprosessen blir da også mer orientert mot informantenes synspunkter, og mindre preget av forskernes forutinntatte

holdning (Thagaard, 2018). Utover dette sammenlignet vi hele veien svarene fra de ulike informantene og med informasjonen vi fant gjennom dokumentstudiene, for å prøve å finne mønstre. I tillegg tok vi hele veien notater, hvor vi noterte ned de viktigste mønstrene og koblingene til teorien for å enklere kunne besvare problemstillingen.

3.6 Studiens kvalitet

Ifølge Jacobsen (2022) er det viktig å sikre at studiens konklusjoner er gyldige og til å stole på, og at innsamlingen og analysen av data er korrekt, og har høy kvalitet. Metodevalgene vi har gjort gjennom undersøkelsen påvirker kvalitet og hvor mye vi kan stole på resultatene i studien (Busch, 2021). Lincoln og Guba (1985) hevder kvalitative og kvantitative undersøkelser burde vurderes på ulike måter, og at kvalitative undersøkelser burde operere med pålitelighet, troverdighet (gyldighet), overførbarhet og bekreftbarhet. Vi har valgt å bruke Lincoln og Guba (1985) sine begreper, fordi disse retter seg spesifikt mot særpregene i kvalitativ forskning.

3.6.1 Pålitelighet

Ifølge Busch (2021) handler pålitelighet om målekvalitet, om vi kan stole på dataene som er blitt samlet inn. Nyeng (2012) sier at pålitelighet handler om hvor robust er undersøkelse er, og om resultatene er til å stole på. Hvor pålitelig studien er påvirkes av hvilke data som er samlet og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2016).

Hvor pålitelig studien er kan styrkes ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten, og en detaljert beskrivelse av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2016). For å ivareta dette har vi et eget kapittel med casebeskrivelse og vi har beskrevet forskningsprosessen detaljert. For å sikre påliteligheten utarbeidet vi en intervjuguide for å sikre velformulerte spørsmål, og slik at alle ble stilt de samme spørsmålene. Under utarbeidelsen av denne var vi veldig opptatt av å forme nøytrale spørsmål, slik at svarene informantene ga oss ikke ble påvirket av det vi kunne om temaet fra før av.

I empiridelen har vi brukt mange sitater gjennom direkte sitater for å presentere som kom frem, så nøyaktig som mulig. Dette vil styrke påliteligheten fordi til undersøkelsen for informantens *stemme* kommer tydelig frem (Tjora, 2021). Ved bruk av intervju er det mange mulige feilkilder i kommunikasjonsprosessen (Dalland, 2020). Vi har derfor vært nøye med at informantene har forstått spørsmålene, spurt oppfølgingsspørsmål der det har trengtes, og

vært nøye med å transkribere så ordrett som mulig. Disse momentene mener vi bidrar til å styrke påliteligheten i vår studie, samt reduserer risikoen for eventuelle feilkilder.

3.6.2 Troverdighet (gyldighet)

Troverdighet/gyldighet sier noe om i hvor stor grad vi måler det vi tror vi måler, altså om dataene vi har samlet inn er gyldig for problemstillingen (Busch, 2021). Det handler om i hvilken grad forskerens fremgangsmåte og funn reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten på en god måte. Vurderinger om teoretiske funn, begrepsmessig klarhet og metodiske vurderinger er en viktig del av dette (Johannessen et al., 2016). For å styrke troverdigheten til studien er det lurt å formidle resultatene til informantene, og få bekreftet at de stemmer (Lincoln & Guba, 1985). For å sikre at de innsamlede dataene stemmer med virkeligheten, transkriberte vi lydfilene ordrett, før vi sendte transkriberingene tilbake til informantene for å få resultatene bekreftet. En av våre informanter hadde noen tilføyelser, så vi la disse inn i transkriberingen, slik at vi fikk sikret at all informasjonen stemte. Samtidig var det en god indikasjon på at resultatene stemte med virkeligheten, når det bare var noen få tilføyelser.

Gjennom hele forskningsprosessen har vi vært nøye med å være åpen om hvordan forskningen er gjennomført ved å redegjøre for de valgene som gjelder innsamling av data og teoretiske innspill til analysen. Ifølge Tjora (2021) er dette viktig å være for å styrke gyldigheten i studien.

Ifølge Lincoln og Guba (1985) er det to vanlige metoder som benyttes for å øke troverdigheten i studien. Den ene metoden er metodetriangulering, hvor forskeren benytter seg av flere ulike metoder for å forbedre troverdigheten rundt studien. Dette har vi gjort, gjennom at vi har triangulert intervjuer og dokumentstudier. Dette bedrer troverdigheten til vår studie.

3.6.3 Overførbarhet

Overførbarhet vil si om resultatene i våre studier kan overføres til andre situasjoner eller populasjoner (Busch, 2021). Dersom resultatene fra en undersøkelse kan overføres til andre situasjoner/populasjoner enn dem man faktisk har undersøkt, kan det generaliseres. Målet med all forskning er å kunne trekke slutninger utover de data som er samlet inn, men slik generalisering gjelder ikke bare for kvantitative undersøkelser (Johannessen et al., 2016).

Fordelen med kvalitative metoder er at man kan generalisere teoretisk. Det handler om å avdekke fenomener, etablere kausalsammenhenger og avdekke spesielle forutsetninger for at noe skal ha effekt. Det er også mulig å generalisere fra utvalg til populasjon, men dette er vanskeligere med kvalitative metoder fordi man bare undersøker noen få enheter, og disse enhetene er trukket ut for et spesielt formål. Dermed blir det vanskelig å påstå at dette utvalget er representativt for en større populasjon (Jacobsen, 2022).

I vår studie har vi bruk en enkeltcase for å se på utformingen og implementeringen av ulike styringssystemer ved en poliklinikk ved UNN i Tromsø. Vi tror at andre klinikker og avdelinger ved UNN har stor grad har de samme utfordringene, og kan derfor muligens generaliseres andre deler av UNN. Men ved andre sykehus og helseinstitusjoner er det nok annerledes, og dermed er det vanskeligere å generalisere i et større perspektiv. Dermed er det teoretisk generalisering som kan gjøres i vår studie.

3.6.4 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet vil si om funnene er et resultat av forskningen, og ikke av forskerens subjektive holdninger. Begrepet viser til om resultatene hadde blitt de samme, dersom studien hadde blitt utført av en annen forsker med andre holdninger, erfaringer eller oppfatninger (Johannessen et al., 2016). Forskeren må beskrive alle beslutninger gjennom hele forskningsprosessen. Bekreftbarhet tilsvarer objektivetskriteriet i kvalitativ forskning, og det finnes flere strategier for å sikre at dette kriteriet blir oppfylt (Johannessen et al., 2016). I vår studie gjorde vi et strategisk utvalg av informanter, slik at vi fikk nødvendig informasjon til å besvare problemstillingen, og det styrker dermed bekreftbarheten.

Bekreftbarheten kan også styrkes dersom forskeren gjør en vurdering om fortolkningen støttes av annen litteratur, og om informasjonen vi fikk fra informantene stemmer med virkeligheten. Vi har ikke kjennskap til andre studier som har sett på samme, så derfor kan vi ikke si om fortolkningene stemmer med annen litteratur. Men for å sjekke om informasjonen vi fikk fra informantene stemte, sendte vi transkriberingene tilbake til informantene for gjennomlesning. Vi fikk noen få tilføyelser, som vi la til i transkriberingen. Dette styrker også bekreftbarheten til vår tolkning av resultatene.

3.7 Etiske avveininger

Ifølge Johannessen et al. (2016) må man som forsker ta hensyn til etiske prinsipper.

Forskningsetikk er de grunnleggende normene for vitenskapelig praksis, og dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for hva som er rett og galt handlemåte (Johannessen et al., 2016; Ringdal, 2018). Disse problemstillingene er spesielt viktig når forskningen direkte berører mennesker, særlig i forbindelse med innsamling av data. At forskeren må ta etiske hensyn innebærer at forskeren tenker over hvordan et tema kan belyses uten at det får etisk uforutsigelige konsekvenser for enkeltmennesker, grupper av mennesker eller hele samfunn (Johannessen et al., 2016).

Prosjektet og intervjurunden ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) den 17. februar 2023. Når vi fikk godkjent dette den 18. februar 2023, startet vi intervjuprosessen. I forkant av intervjuene utformet vi et informasjonsskriv, hvor alle nødvendige opplysninger om studien ble presisert: Studiens formål, metoder, frivillig deltakelse, at en når som helst har mulighet til å trekke seg, hvem som har tilgang til dataene, hvordan dataene ble lagret med hensyn til anonymisering og når studien avsluttes. Samtykket ble innhentet via e-post, og før intervjuet ble det delt ut informasjonsskrivet (vedlegg 1). Alle informantene godtok at intervjuene ble tatt opp via lydopptaker. Etter intervjuene ble de transkribert, og transkriberingene ble sendt tilbake til informant, og godkjent med noen endringer. Lydopptakene er senere slettet. Vi valgt å ikke angi hvilken poliklinikk vi bruker som case. Når sitater fra intervjuer er brukt i studien, er de anonymisert ved bruk av notasjonene toppleder 1-2, mellomleder 1-2 og ansatt 1-4. På denne måten får vi fram hvilket nivå informanten bak sitatet jobber på, uten at det kan spores tilbake til informanten.

4 Casebeskrivelse

I dette kapitlet vil det bli gitt en generell beskrivelse av Universitetssykehuset Nord-Norge, samt organisasjonsstrukturen. Det vil bli gitt en kort beskrivelse av bakgrunn for implementering av ulike styringssystem og rutiner.

4.1 Universitetssykehuset Nord-Norge

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) ble etablert som helseforetak i 2001 og har siden den gang vært en viktig aktør innen medisinsk forskning, utdanning og pasientbehandling (Tollåli, 2022). UNN er underlagt Helse Nord RHF og har en sentral rolle i å betjene befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard. UNN har virksomheter fordelt over flere lokasjoner og betjener et omfattende geografisk område med et svært variert pasientgrunnlag.

UNN tilbyr et bredt spekter av medisinske tjenester og har spesialisering på flere områder. Blant de viktigste spesialiseringene er kreftbehandling, nevrologi, kardiologi, ortopedi, psykiatri, og pediatri (Tollåli, 2022). Sykehuset har også avanserte enheter for diagnostisering og behandling av ulike medisinske tilstander, som for eksempel ved hjelp av laboratorietjenester og kirurgiske prosedyrer.

Sykehuset er tilknyttet Universitetet i Tromsø og deltar aktivt i utdanningen av medisinstudenter, sykepleiere og annet helsepersonell (Tollåli, 2022). Dette samarbeidet har fokus på å fremme medisinsk forskning og innovasjon innen helsesektoren. UNN tilbyr også videre- og etterutdanning for helsepersonell, og det er etablert stipendprogrammer og forskningsstøtte for å oppmuntre til akademisk utvikling blant ansatte.

I 2022 hadde UNN et budsjett på 8,7 milliarder fordelt på blant annet 1 002 årsverk leger og 2 504 årsverk sykepleiere og jordmødre (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2023a). Det ble utført til sammen 398 429 polikliniske konsultasjoner og de utførte 2 524 praksisopphold for studenter.

4.1.1 Organisasjonsstruktur

UNN har en hierarkisk organisasjonsstruktur med en administrerende direktør, som har ansvaret for den overordnede driften og strategiske planleggingen. Under administrerende direktør er helseforetaket organisert i ni ulike klinikker med underliggende avdelinger og enheter, samt åtte senter som er ansvarlige for spesifikke områder av sykehusdriften

(Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2023b). Avdelingene er inndelt i mindre enheter, som for eksempel seksjoner og team, som har ansvar for spesifikke oppgaver og tjenester.

Administrerende direktørs lederteam består av assisterende direktør, klinikkjefer og senter- og driftsledere (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2023b). Klinikksjefene representerer de ulike kliniske fagområdene som direkte påvirker pasientbehandlingen, mens senter- og driftsledere håndterer stabs- og støttefunksjonene til klinikkene. Under disse finner vi avdelingslederne, som er ansvarlige for organisering og ledelse av spesifikke avdelinger innenfor deres respektive områder. Avdelingslederne har også ansvar for seksjonsledere under seg, som igjen kan være ansvarlige for mindre enheter eller grupper innenfor avdelingen.

4.1.2 Strategi, mål og visjon

UNN har brukt mye tid på å utvikle en stor og grundig strategiplan for årene frem til 2025. Strategien er utarbeidet etter analyser og mål som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan, i strategi og utviklingsplan for Helse Nord, i vedtatte satsinger i UNN og andre nasjonale og regionale føringer (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2021b). Videre sier de «*våre verdier, kvalitet, trygghet, respekt og lagspill ligger til grunn i alt vi gjør. Vårt særlige ansvar for å levere spesialisthelsetjenester av internasjonal kvalitet underbygges av vår visjon: Med pasienten – for pasienten*» (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2021b, s. 4).

Administrerende direktør Anita Schumacher uttrykte da at hun håper «*den nye strategien treffer ledere og medarbeidere på UNN, og kan bli noe mer enn et pent papir eller digitalt dokument på intranett*» (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2021a).

UNN har på bakgrunn av dette fem ulike satsingsområder for perioden 2021-2025 fordelt inn i kategoriene: «*Pasientperspektiv i alt vi gjør, medarbeideren er vår viktigste ressurs, universitets- og regionsykehuset for hele Nord-Norge, vi er åpne om prioriteringer og vi er en synlig og forberedt samfunnsaktør*» (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2023c).

UNNs fremste mål er å tilby høykvalitets helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2023c). Sykehuset arbeider kontinuerlig med å forbedre kvaliteten på tjenestene og sikre pasientsikkerhet gjennom blant annet implementering av ny teknologi, systematisk evaluering og kvalitetskontroll. UNN har et sterkt engasjement for medisinsk forskning og innovasjon, der målet er å skape ny kunnskap, bidra til medisinsk utvikling og være i forkant av medisinske fremskritt. Sykehuset støtter og

fremmer forskning på ulike fagområder, inkludert klinisk forskning, grunnforskning og translasjonsforskning. UNN setter pasienten i sentrum og har et sterkt fokus på å tilby omsorgsfull og individuelt tilpasset behandling. Målet er å gi pasientene en positiv og trygg opplevelse gjennom god kommunikasjon, respekt for pasientens autonomi og ivaretagelse av deres behov.

UNNs visjon er å være ledende i å utvikle og levere helsetjenester som møter dagens og fremtidens behov. Sykehuset har en ambisjon om å være en anerkjent og respektert aktør innen medisinsk behandling, forskning og utdanning både nasjonalt og internasjonalt (Tollåli, 2022). UNNs visjon understreker også betydningen av å være en innovativ og nyskapende institusjon.

4.1.3 Kontinuerlig forbedring

Etter gjentatte diskusjoner omkring utfordringsbildet ved UNN, herunder krav fra helseministeren om å sørge for de nødvendige tiltak for å oppfylle vilkårene for en kultur preget av åpenhet og læring, besluttet direktørens ledergruppe i 2016 å innføre et organisasjonsomfattende system for implementering av kontinuerlig forbedring (Ingebrigtsen, 2016).

Kontinuerlig forbedring som metode er en systematisk tilnærming som har blitt stadig mer utbredt i helsevesenet for å sikre økt kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet.

Kunnskapsgrunnet er godt etablert gjennom publisert forskning fra Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston. I sine rammeverk oppsummerer de blant annet at nøkkelen til å lykkes med forbedringsarbeid er fokus på mellomlederens daglige arbeid, understøttet av et styringssystem for ledelse som klargjør oppgaver og ansvar for ledere i alle organisatoriske nivåer (Scoville et al., 2016).

Kontinuerlig forbedring innebærer å sikre økt kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet i organisasjonen ved å kontinuerlig analysere og evaluere eksisterende prosesser, identifisere potensial for forbedring og implementere endringer basert på evidensbaserte metoder (Perlo et al., 2017). Ved å implementere kontinuerlig forbedring kan de systematisk identifisere områder som krever forbedring, identifisere risikofylte prosesser, innføre tiltak for å redusere risiko og forbedre kommunikasjonen og samhandlingen mellom ansatte og ledelse. I et allerede presset helsevesen er det avgjørende å optimalisere ressursbruken, derfor ble

kontinuerlig forbedring innført for å identifisere ineffektive arbeidsprosesser, fjerne unødvendig sløsing av ressurser og forbedre arbeidsflyten. Målet er å skape en organisasjonskultur som fremmer læring, innovasjon og bærekraftige forbedringer.

Effektiv lederutøvelse i helsevesenet er også et sentralt punkt for å lykkes med forbedringsarbeid, og IHI presenterer tre dimensjoner ved ledelse som sammen definerer lederskap med høy effekt i helsevesenet (Swensen et al., 2013). Ledere må opptre som drevet av både individ og fellesskap, de må engasjere seg på grunnplanet, ha fokus på virksomhetens visjon og gjennomføring av vedtatte strategier ved å sikre åpenhet og transparens.

4.1.4 Poliklinikkprogrammet

På bakgrunn av dårlige resultater gjennom tidligere år, både økonomisk (Øverås & Lindekleiv, 2022) og når det kom til ventelister (Bugge & Øverås, 2020), ble det satt i gang tiltak for å bedre tilgjengeligheten i UNN. Kvalitets- og virksomhetsrapporter viste i ettertid at tiltakene som ble iverksatt ikke hadde tilstrekkelig effekt, og det ble utført en grundig undersøkelse blant UNNs poliklinikker for å finne underliggende årsaker knyttet til dette. Ventetiden for fortsatt ventende pasienter var i august-oktober 2021 like lang som i august-oktober 2020. Samtidig økte den polikliniske virksomheten med 6 % sammenlignet med 2019, selv om antall nye henvisninger var på samme nivå som i 2019 (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2022). Etter en gjennomgang av poliklinikkene i november 2021 ble det utarbeidet en oversikt som beskrev de viktigste funnene og tilhørende risikovurderinger, samt forslag til nye tiltak.

På bakgrunn av disse funnene ble det etablert et større forbedringsprogram for å styrke ledelse og drift av poliklinikkene ved UNN (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2022). I styringsdokumentet ble det utformet ulike virksomhets-, effekt- og resultatmål med ønsket måloppnåelse innen mai 2023, samt mål om etablering av en felles dokumentsamling for hvordan arbeidsprosesser, prosedyrer, planlegging, utnyttelse av åpningstider og drift av polikliniske aktiviteter skal foregå

Gjennom poliklinikkprogrammet sin gjennomføringsstrategi blir det vektlagt tett samarbeid mellom lederne i poliklinikkene, samt at programmet skal jobbe så mye nedenfra-og-opp som mulig med forbedringsmetodikk som metode (Universitetssykehuset Nord-Norge HF, 2022). Programmets suksesskriterier for å lykkes er avhengig av interesse, deltagelse og oppfølging

fra linjeledelsen. Det er avhengig av at hver enkelt leder for poliklinikkene i UNN jobber med å forbedre egen virksomhet i samarbeid med sine ansatte.

5 Empiriske funn

I dette kapittelet vil vi presentere de empiriske funnene vi har kommet frem til gjennom intervjuene og dokumentstudiene. Dette kapittelet vil danne grunnlag for analysen i kapittel 6. Kapittelet vil struktureres etter hovedelementene, økonomistyring, om forsøket er gjort i et formålsrasjonelt perspektiv, og om implementeringen av styringsverktøy kan bli sett på som et virkemiddel for å øke legitimiteten i organisasjonen fra et bedriftsøkonomisk perspektiv, samt hvordan styring som er utøvet under utforming og implementering.

5.1 Økonomistyring

Toppledelsen og enkelte av mellomlederne har god kjennskap til verdier og visjonen i organisasjonen, mens det var dårligere kommunisert nedover i systemet. Toppleder 2 sier at: *«Jeg mener de ansatte har kunnskap om dette, da det alltid blir tatt opp på allmøter, i jobbintervjuer og lignende»*. H*n viste stor entusiasme rundt verdiene og visjonen. Dette stemmer ikke ifølge det informantene som tilhørte de ansatte uttrykte. Ansatt 1 sier at etter h*n fikk ny stilling, litt høyere opp i hierarkiet har h*n fått vite mer om dette, mens informanten tror ikke at det er vanlig å ha kjennskap til verdiene og visjonene til UNN ved stillinger lenger ned. Ansatt 1 påpeker også at noe av årsaken til at h*n har innsikt i dette er på bakgrunn av eget initiativ og at den ansatte har lest seg opp på dette selv. Mens mellomleder 1, som har hatt stillingen i kort tid sier at *«jeg har ikke lest noen strategidokumenter veldig nøye, men dette er noe jeg ønsker å få gjort etter hvert»*. Alle informantene kunne derimot si seg enig i UNN sine verdier, og føler at UNN gjenspeiler dem i aktivitetene de utfører når de blir fortalt om verdiene og visjonen.

Det er også stor følelse av målkonflikt. Legene og sykepleierne er først og fremst opptatt av pasienten og pasientens beste, mens ledelsen er nødt til å ha flere tanker i hodet. Toppleder 2 mener at *«en leder må være opptatt av tre ting. Kvalitet, personale og økonomi. Jeg føler det blir bedre og bedre samspill mellom de tre»*. Ansatt 4 mener derimot at ledelsen i for stor grad tenker økonomi, og glemmer at avdelingene forskjellige, og at pasientene har veldig ulike behov. På grunn av dette mener flere av de ansatte at de felles rutinene i poliklinikkprogrammet ikke er gjennomførbare. Dette har ført til at de ansatte føler at det i for stor grad blir fokusert på effektivitet.

5.1.1 Arbeidsfordeling

En av utfordringene ved poliklinikken er at det gjøres for mye unødvendig arbeid, som kunne vært gjort på en annen måte, som de ikke trenger å gjøre eller som kunne vært overført til andre i organisasjonen. Toppleder 1 forteller: *«jeg opplever at systemene vi bruker ikke kommuniserer godt nok sammen, og at det kan skape flaskehals og dobbeltarbeid grunnet dette»*. Alle våre informanter er enige om at både leger og sykepleiere bruker mye tid på administrativt før- og etterarbeid som tar tiden fra pasientbehandlingen. Ifølge mellomleder 2 er mye av det administrative arbeidet som det brukes mye tid på, skulle de helst sett at av fastlegene tok seg av. Men de opplever at fastlegene jobber litt mot dem på dette området.

Flere av informantene påpeker at alt dette administrative og til dels unødvendige arbeidet gjør at de er mindre motiverte, og de tenker at dette kan være en av grunnene til høy turnover blant LIS-legene. I dag er det flere ubesatte LIS-legestillinger. På grunn av disse utfordringene er det satt i gang flere prosjekter for å få systemer som kan snakke sammen og skaffe automatisk datafangst slik at legene ikke trenger å legge informasjonen inn manuelt etter konsultasjoner. Dette vil gjøre at legene kan ta flere konsultasjoner på en dag, at de ansatte blir mer motiverte og det kan være med på å bidra til å løse rekrutteringsproblemene. Mellomleder 2 forteller at *«det brukes mye tid på registrering til kvalitetsregistre som tar mye arbeid, og dette oppfatter noen av legene som unødvendig arbeid. Her jobbes det med Helse Nord for å få automatisk datafangst slik at dette arbeidet blir gjort automatisk»*.

I intervjuet kom det derimot frem at de informantene som hadde noe kjennskap til styringsverktøyene i organisasjonen hovedsakelig jobbet i ledelsen. De ytret et felles ønske om bedre kommunikasjon og samhandling mellom de ulike systemene internt for å unngå dobbeltarbeid. Per i dag opplever de at mye informasjon må legges inn flere ganger, først i det ene systemet og så i det andre. Det er derfor satt i gang et arbeid for å sørge for at systemene snakker bedre i lag, slik at de slipper dette dobbeltarbeidet. Både informant 5, 6 og 7 uttrykte klart at mye av det administrative arbeidet så de på som unødvendig, og at de ikke så årsaken til at de måtte legge inn all mulig informasjon om pasientene.

I dag har de problemer med å få tak i nok leger. Både toppleder 1 og mellomleder 1 sier at de har flere legestillinger utlyst, men som de ikke får besatt, og spesielt vanskelig er det å få tak i LIS-leger. Ansatt 2 er enig i dette og sier at dette er en av grunnene til at ventelista er såpass

lang. Ansatt 4 sier at *«hvis alle 12 legene hadde hatt poliklinikk jevnlig, så har vi nok kunne klart det bra. Men vi har opplæring av nye leger og mye administrativt arbeid, som gjør at poliklinikk tar lengre tid»*. Ifølge flere av informantene har det derfor vært igangsatt et arbeid med å overføre mulig pasienter fra legene til sykepleierne. Men mellomleder 2 påpeker at *«sånn som det er nå, så blir det litt sånn skippertak med at en av legene går gjennom lista og fører over en hel haug istedenfor å dele det jevnt»*. En annen utfordring med ventelista er ifølge ansatt 1 at det fort blir pasientstyrt. H*n sier at det ofte er den som roper høyest som får time først, mens andre som er sykere og trenger time raskere, men som ikke sier ifra blir glemt. Derfor mener h*n det er viktig å få bort ventetiden.

For å unngå fristbrudd på poliklinikken tar de alltid inn de ny-henviste pasientene, og de pasientene som ikke er ferdig utredet først. Ifølge toppleder 2 betyr dette at de eksisterende pasientene blir skjøvet på, og får lengre ventetid. Et av problemene h*n beskriver er at de har for mange pasienter som står på ventelista, som ikke har bruk for videre oppfølging. Derfor har det ved flere anledninger blitt satt inn ekstra ressurser med fokus på å få avsluttet flest mulig. Toppleder 2 sier videre at *«høsten 2021 hadde jeg en poliklinikkperiode for å prøve å ta unna 120 av de pasientene som hadde utsatt kontroll, og jeg avsluttet omentrent halvparten av disse. Dette var litt på grunn av at jeg hadde fokus på dette, men jeg avsluttet ikke pasienter som hadde behov for videre oppfølging»*. Her mener h*n at de har en del å gå på.

Et annet punkt de har jobbet mye med på poliklinikken er videokonsultasjoner. Mellomleder 1 sier på spørsmål om tilgjengelighet og ressursutnyttelse at *«(...) spesielt den teknologiske utviklingen ser vi at kan gjøre at vi bedrer dette, blant annet gjennom større bruk av videokonsultasjoner»*. Toppleder 1 sier videre at de fikk løft når det kommer til bruken av videokonsultasjoner under pandemien, og h*n mener dette er bra for pasienten fordi de slipper å ta fri fra skole og jobb på grunn av reise. Videre sier h*n at

«(...) vi ser at vi har fryktelig mange telefoner og litt for lite videokonsultasjoner. Jeg vil ha mer video og mindre telefon, og det er mange gode grunner til det. Men vi klarer på et eller annet vis ikke å få det til, så nå har jeg bedt om at vi skal ha ekstra fokus på det».

Det er noen også noen av informantene som opplever litt utfordringer med sekretærene. På spørsmål om hvordan ressursutnyttelsen er, sier ansatt 2:

«Egentlig er det en plass der jeg føler at ressursene kunne vært utnyttet bedre, det tror jeg er sekretærkapasiteten. Fordi, det er jo dem som setter pasienter til oss og skal fylle våre lister og kalle inn pasienter. Og der virker det som at de henger litt etter».

5.2 Styrings sirkelen

Ifølge våre informanter er ikke styringen helhetlig. Når systemer og rutiner blir utformet blir ikke mellomlederne og de ansatte tatt med i prosessen, hverken i den strategiske planleggingen eller budsjettarbeidelsen, endringene blir ikke implementert drift og måling og det er ingen form for rapportering og evaluering. På spørsmål om det er god kommunikasjon både oppover og nedover i systemet svarer ansatt 3, *«nei, det kan jeg ikke si»*. Blant annet når det kommer til budsjettet, dette hører de ikke noe om, før det blir snakk om at noe må kuttes. Videre sier h*n at de ikke har deltatt på prosessen med å utforme rutiner og prosedyrer, men h*n vet at enkelte andre sykepleiere har det. Flere av informantene uttrykker klart at dette er en viktig grunn til at de ikke klarer å gjøre noe med tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen, fordi systemene og rutinene blir ikke implementert.

5.2.1 Tilgjengelighet og ressursstyring

For å bedre situasjonen rundt tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen har de ansatte fått tilgang til ulike styringsverktøy som skal kunne sikre de ansatte, og spesielt ledelsen, en god overvåkning rundt aktivitet og drift av poliklinikk. Dokumentsamlingen fastsetter at verktøy som HN LIS, GAT, DIPS Arena, Nimes og vedtatt budsjett skal benyttes i arbeidet med tilgjengelighet og ressursstyring. Flere av informantene kunne fortelle om lite opplæring fra administrasjon og øverste ledelse på dette området, og at mye av kunnskapen de hadde om de ulike verktøyene, hadde de skaffet seg på egenhånd. I dokumentstudiene kom det frem i en rapport utarbeidet november 2021 at enkelte poliklinikker i UNN hadde ledere som aldri hadde logget seg inn i styringsportalen HN LIS, noe som skal fungere som et ledelses og informasjonssystem. Dette styringsverktøyet inneholder ulike rapporter som skal sikre ledere oversikt over drift i poliklinikk, og skal i følge UNN brukes ukentlig for å overvåke aktivitet.

Ved spørsmål om hvilke ulike styringsverktøy informantene har kjennskap til, kom det frem svært varierende svar. Alle hadde en viss kjennskap til verktøyet GAT, men de fleste brukte dette kun for å ha oversikt over sin egen arbeidshverdag. Resterende verktøy ble svært sjeldent brukt, og flere informanter hadde ikke hørt om dem før. Ansatt 1 kunne fortelle at

«HN LIS brukes til å ta ut rapporter, og de ser vi på hver uke» og kunne nevne ulike rapporter og målinger som blir gjennomgått i møter med ledelsen. Under en e-postkorrespondanse (anonym, e-post, 17. februar 2023) med flere ansatte i (mellom)ledelsen, kom det derimot frem tvil og spørsmål knyttet til data og rapporter som ble lagt frem for dem. Denne tvilen ble bekreftet av flere informanter, som enten ikke var klar over at slike rapporter eksisterte, eller som mente at denne dataen ikke kunne være korrekt. Mellomleder 1 følte stor forvirring og ga tilbakemelding under intervjuet om at «ja, dere sendte disse tallene (...), og jeg skjønner ikke helt hvor det kommer fra. Det er helt nytt for meg» og bekreftet at det var manglende tillit til dataene som blir hentet ut. Mellomlederen fortsatte med å fortelle at «hvis jeg henter ut tall og en ansatt henter ut tall, så får vi forskjellig og jeg skjønner ikke helt hvorfor». Informantene bekrefter en manglende pålitelighet rundt systemene de bruker, og følte dette synet ble delt av flere i ledelsen. Dette ble vektlagt da mellomleder 1 kunne fortelle:

«Når vi er på møter, får lagt frem tall og spør hva som er årsaken til at tallene er annerledes enn tidligere, så er det ingen som vet hvorfor. Jeg har ikke møtt noen som kan svare på det. Tallene brukes jo, så tallene er av en verdi. Men da tenker jeg mest for å se på trender og ikke nødvendigvis nøyaktige verdier. For de er forskjellige avhengig av hvilket program du bruker og til hvilken tid».

Et fåtall av informantene har blitt inkludert rundt utforming av budsjett. Toppleder 1 kunne fortelle at «det vi får gjort på avdelingsnivå med budsjettene våre, er jo stort sett å foreslå tiltak og omstillingstiltak». Ifølge ledelsen er dette noe som jobbes med i lederteam, der tillitsvalgt og verneombud skal representere de ansatte. Informanten forteller videre «planen er vel at budsjettet i større grad skal speile det vi planlegger. For plantallene som vi leverer, det som planlegges for neste år, det er ikke sånn at budsjettet er lagt etter det». Flertallet av de ansatte skulle ønske de ble mer involvert rundt utforming og informasjonsspredning av budsjett. Mellomleder 1 forklarte seg med at:

«Nei, vi har ikke lagt frem noe budsjett for de ansatte. Det kunne jeg helt sikkert ha gjort, men jeg har så mye andre ting som jeg heller vil bruke tid på».

Ved spørsmål til toppleder 2 om hvorvidt de ansatte blir informert og involvert rundt budsjett blir vi informert om at seksjonslederne er de som er ansvarlige, og at enhetsleder og lederlinjen skal være involvert hele veien ned. Informanten utdyper:

«Hvis ikke du har lederlinjen engasjert i budsjettarbeidet og de ikke har et forhold til det, så har man liten mulighet til å lykkes med å klare budsjettbalanse. Men vanlige ansatte tror jeg ikke har noe særlig forhold til det. De bryr seg ikke om det koster mer eller mindre».

5.2.2 Tid og ressurser

Et sentralt tema som ofte gikk igjen underveis i intervjuene var at de ansatte opplever å ha for lite tid underveis i arbeidshverdagen. Dette gjør at de ikke får mulighet til å sette seg inn i, og delta i utformingen av de ulike styringssystemene og rutinene, samtidig blir ikke de nye styringssystemene implementert og satt i verk. Mellomleder 1 fortalte: *«Jeg ser at det ligger mye verktøy der man kan bruke, og det kan godt hende det finnes folk som kan hjelpe. Men hvis jeg skal få hjelp til det, så må jeg bruke tid på det»*. Toppleder 1 og ansatt 3 sier at den største utfordringen vi ser i dag, er å få tak i fagfolk. Dette fører til at det er stort arbeidspress, som igjen fører til at de ansatte ikke har tid og kapasitet til å sette seg inn i de nye styringsverktøyene. Mellomleder 1 forteller:

Denne problematikken kom også frem ved spørsmål om informasjonsformidling fra ledelsen rundt kontinuerlig forbedring og prosessene underveis. Mellomleder 1 deler at det er lite informasjon fra ledelsen og nedover i organisasjonen, men forteller at det antakelig ligger noe i e-postboksen, da informanten får masse e-poster som blir bortprioritert på grunn av mangel på tid.

Selv om majoriteten av informantene var enige om at de har for lite tid tilgjengelig, kom det frem at mangelen på tid også var en konsekvens av ulike hendelser de ikke kunne kontrollere. Toppleder 1 forteller at det er gjentagende scenarioer som skaper voldsomt merarbeid for dem, og utdyper om en eldre hendelse der avdelingen skulle innføre et nytt datasystem:

«Vi hadde rigget hele systemet for de ukene vi skulle innføre systemet, med å ta folk ut av drift, få dem i opplæring, sette av tid og ta ned pasientaktiviteten. Også får vi plutselig beskjed om at det ikke er klart å innføres, så vi måtte utsette det. Det er et

forferdelig merarbeid altså. Det er veldig demotiverende, og det er mange sånne situasjoner».

Informanten forteller videre om en hendelse som skjedde nylig, der ansatte brukte flere arbeidsdager på å gjøre systemet klart for registrering av kort for de ansatte. Dette måtte også utsettes, og det resulterte i en hel avdeling som måtte finne nye tidspunkt for å få lagt seg inn i systemet.

5.3 Det institusjonelle perspektivet

UNN er en stor organisasjon med mange perspektiver på hva som er viktig. Både toppleder 1 og 2 har master i helseledelse, mens ansatt 1 har bare videregående utdanning. Dette i tillegg til leger, sykepleiere og helsefagarbeidere, og andre økonomiutdannede. Dette fører naturlig nok til at beslutningen som tas, tas på ulikt grunnlag. Noen fokuserer på økonomi og effektivitet, mens andre er opptatt av pasientens beste. Mellomleder 1 sier at pasientens beste alltid er i fokus, og at det i liten grad er økonomi som setter begrensninger. Ansatt 4 mener derimot at årsaken til at det er lite leger, er på grunn av økonomien.

5.3.1 Kommunikasjon

God kommunikasjon er nøkkelen når det kommer til endring, tillit og legitimitet. Det kommer frem under intervjuene at flertallet av informantene har en manglende tillit til ledelsen i UNN, og det har blitt satt spørsmål rundt implementering av ulike styringssystem, verktøy og rutiner. De ansatte kan fortelle at de i liten grad kjenner til de ulike styringsverktøyene eller endringstiltakene, og at de ikke har deltatt eller blitt invitert på utforming av disse eller informasjonsmøter rundt det.

Blant ledelsen kan flere informanter fortelle at de tror ansatte blir godt inkludert rundt daglig drift, styringsverktøy og forbedringsarbeid. Toppleder 1 forteller om utvidet ledermøte som skal bli holdt en gang i måneden med fokus på involvering, og at de oppfordrer alle til å inkludere de ansatte og få informasjon spredt ut på personalmøter. Toppleder 2 tror styringsverktøyene vil bedre kommunikasjonsflyten og informasjonstilgangen på sikt. H*n forteller:

«På sikt vil det nok være lettere å få forståelse for prinsippene man jobber etter og hvordan man skal ta opp ting. Også er det en del opplæring som gjør at man får informasjon om hvorfor vi i ledelsen tar de beslutningene som vi tar».

Ved videre spørsmål til ledelsen om de føler at de ansatte er godt nok informert om planer, tiltak og nye rutiner, er det ingen av dem som kan si noe om dette med sikkerhet. Toppleder 1 er usikker på hvor mye som er kommunisert ut til de ansatte, og sier:

«Det var egentlig et godt spørsmål. Jeg tror jeg må spørre lederteamet hvor godt de faktisk har klart å kommunisere det ut. Jeg håper lederne har tatt tak i det, og jeg tror jo de har det. Men jeg tørr ikke si det 100 % altså».

Flere ledere føler ikke de har blitt godt nok informert eller inkludert i dette selv. Toppleder 2 påpeker at det er mulig å få mye informasjon dersom de ansatte ønsker dette, men forstår at de kan oppleve utfordringer knyttet til kapasitet og tid til å sette seg inn i dette. Et felles punkt blant alle informantene er at informasjonsspredning og inkludering kunne ha vært bedre, men ledelsen vektlegger at de ansatte har representanter i form av verneombud og tillitsvalgte som alltid blir invitert med på møter. Ansatt 1 forteller at de ikke har fått medvirket i noe, og sier at:

«Mye av det som blir implementert føler vi kommer ovenfra, og det er ikke blitt spurt så nøye om hva våre behov er, eller hva vi tenker om utformingen av det som blir bestemt at vi skal gjøre. De ansatte får sagt sin mening litt for sent».

Både toppleder 1 og 2 forteller at de har forståelse for at de ansatte ikke alltid skjønner hvorfor ulike tiltak og rutiner blir innført, og at de derfor kan føle seg som et offer i et system som hele tiden skal skjæres ned og effektiviseres. Toppleder 2 bekrefter at den største utfordringen knyttet til implementering og utførelse av tiltak muligens er en mangel på forståelse blant de ansatte og at det har blitt kverulering rundt ord, setninger og punkter når tiltak har blitt lagt frem for dem. Men h*n påpeker at

«Det kan ikke være slik at hver gang det er snakk om nedskjæringer eller effektivisering, så ser de ansatte på dette som bare tull. Holdningen blir fort at så lenge det ikke går utover meg, så er det greit».

Ledelsen opplever på grunn av dette at det må jobbes hardt for å få «*solgt seg inn*» blant de ansatte, og de opplever utfordringer med å finne løsninger på dette problemet. Toppleder 1 tror dette kan være en årsak til at de ansatte stiller seg kritisk til endringer og at dette er noe som må jobbes aktivt med, spesielt blant mellomlederne. Spesielt dersom det går utover lønn eller arbeidstid, blir det store protester.

Selv om mange informanter ikke er klar over meningen med flere av tiltakene, kunne de fortsatt forstå at ledelsen ikke innfører tiltak uten at det er nødvendig og at det er gjort i en felles tro om forbedring. Mellomleder 1 forteller at selv om de ikke alltid er enige, så «*vil jeg tro at i de store linjene, om vi ikke er enig, så tror jeg nok vi vil bli enige*». Informantene tror at mye av uenighetene bunner ned i ulike ønsker og forutsetninger knyttet til ulike profesjoner som ønsker det beste for sine ansatte i sine arbeidshverdager.

5.3.2 Tillit og legitimitet

Tilliten til ledelsen har også blitt svekket på grunn av manglende samsvar mellom teori og praksis rundt implementering av tiltak og rutiner. Ansatt 1 kan fortelle at:

«Vi har jo dette med 6 måneders planleggingshorisont som ledelsen har innført. Vi jobber knallhardt for å få dette til, men nå venter vi på godkjenning av sommerplaner fra øverste ledelse og den begynner å haste litt. Så har vi store møter og kurs (...) og de kommer ikke 6 måneder frem i tid. De kommer ofte med kort tidshorisont, som 1-2 uker før».

Dette er noe flere av informantene har reagert på, og de kan fortelle at dette er noe som har gått ut over planlagte aktiviteter, men også for pasienter som har fått avlyst timer på kort varsel. Videre legger ansatt 1 klart frem at «*det hjelper ikke at retningslinjene fra ledelsen sier at vi skal planlegge 6 måneder frem i tid, når vi får slike beskjeder to uker før. (...) så det strider litt mot hverandre*». Dette har vært med på å skape frustrasjon blant de ansatte, og flere informanter kjenner på lite motivasjon rundt implementering av slike tiltak når ledelsen stadig bryter med retningslinjene.

Alle informantene har tillit til sine nærmeste ledere, og alle føler de har noen å gå til dersom de skulle behøve det. Men tidsforbruket til ledelsen blir kritisert når det gjelder oppfølging av tilbakemeldinger, avvik eller ved oppfølging av spørsmål. Selv om majoriteten av

informantene har tillit til at ledelsen følger opp ting, så kan flere fortelle at det ikke alltid har vært slik. Ansatt 3 påpeker på spørsmål om de kan gå til nærmest leder at *«det syns jeg per nå. Men det var ikke sånn for ett år siden, to år siden, tre år siden nei»*, noe som også ble bekreftet av ansatt 1. H*n kunne fortelle:

«Det er veldig viktig å ha en god leder, og jeg vet at det var veldig ustabil med enhetslederen for sykepleierne en lang periode. Da var det veldig mange, også av oss, som opplevde at vi ikke ble hørt fordi det ikke var noen å gå til».

To informanter deler sin erfaring om at det er vanskelig å få med seg hva som er gjort, eller om det er gjort noe ved innrapportering av avviksmeldinger eller andre rapporteringer. Ansatt 1 som jobber tett med ledelsen forteller at: *«korte, konkrete ting blir tatt tak i, men det tar ofte lang tid. Mens andre ting nytter det ikke å gi tilbakemelding på, fordi det skjer ikke noe med det uansett».*

5.3.3 Endringsvillighet

Under intervjuet var 6 av 8 informanter svært klare på at de har gjennomgått flere store endringer over en kort periode, og flertallet satt igjen med en negativ opplevelse av måten det har blitt håndtert på. Ansatt 1 sier at:

«Vi har gått gjennom enormt mange endringer på poliklinikken den siste tiden. Vi har blitt slått sammen med en annen poliklinikk, vi har fått en felles dag-enhet med hele avdelingen og da ble ganske mye endret på. Når de skal kalles inn, når de skal snakke med lege og sykepleier, strukturering av telefoner som kommer inn som skal til sykepleier. Mange har fått en helt annen arbeidshverdag enn tidligere, spesielt sykepleierne. Så da vegrer man seg litt til nye endringer, for det har vært så mye».

Dette ble også bekreftet av ansatt 3 som sier at *«ting er jo i endring hele tiden. En uke er det sånn, neste uke er det sånn. (...) Det handler jo mer og mer om effektivisering da, av vårt yrke også, eller helsevesenet generelt»*. H*n påpeker dette ikke går utover pasienter eller tilbud for øyeblikket, men at dersom det forsetter med slike hyppige endringer i helsevesenet, vil det kanskje gjøre det i fremtiden. Informanten fortsetter å forklare at de ikke har tatt del i utformingen av noen prosesser, men at det mest sannsynlig ikke hadde blitt noen prosesser dersom de ble inkludert. H*n forteller: *«Nei, når det er snakk om endringer, så vil man jo*

egentlig ikke. Vi er kanskje skeptiske til endring, for vi vil kanskje ha det slik vi alltid har hatt det. Ting er bra med endring, og ting kan kanskje ikke være så bra med endring. Det er begge deler». Dette ble bekreftet av toppleder 1 som delte samme synet rundt endringsvilligheten til de ansatte:

«Vi er ikke så glade i å endre oss. I hvert fall ikke når du har gjort ting likt i 20 år, også kommer det noen som sier at dere skal gjøre ting på en annen måte. Men plutselig skjønner folk at her må man henge med. Når man får en omlegging av behandling, så må jo vi som behandlere også endre oss. Og jeg tror at når det kommer nedefra, så er det lettere å få med seg alle på den prosessen».

Et annet moment som har skapt frustrasjon blant de ansatte er også mangelen på informasjon før og underveis i prosessene med endringstiltak. Ansatt 1 forteller at de fleste endringene blir satt inn fra ledelsen, uten at de får muligheten til å medvirke i prosessen. Dette har skapt en negativ endringskultur blant de ansatte og h*n forteller videre: *«Det kan iblant bli litt poengløst, når vi vet det ikke funker eller at det ikke blir å fungere for oss. Ellers får vi vite ting litt for sent, eller bare ved en ren tilfeldighet. Det er litt dumt at noe bare blir susende der oppe, så får vi bare info av og til før det står på døren».*

Ved spørsmål til ledelsen om mengden med endringstiltak og ved motivasjonen til de ansatte er det svært blandet med svar og erfaring. Mellomleder 1 forteller at det ikke har vært så mye endringer, og de endringene som er gjort er som oftest satt i gang av dem selv. Informanten forteller videre at vedkommende hadde signert ganske mange prosedyrer det siste halvåret, men at h*n ikke har fått endret så mye eller vært med på å utforme noe utenom det. Hovedfokuset for informanten er å prøve å få til et bedre pasientforløp og få inn digitale hjelpemidler for å gi best mulig behandling til pasientene. Ansatt 1 sier:

«Det er vanskelig å få med seg folk til å gjøre nye ting hvis du ikke har en god måte å legge det frem på. Jeg opplever at ledelsen har feil fokus, og at vi står og stanger i de samme problemstillingene hele tiden. Det er konstant masing om de samme tingene. Men når det ikke funker å mase om det, så må man finne andre løsninger, og den delen tror jeg er vanskelig. Veldig mange av oss på gulvet føler oss ikke hørt i den prosessen, og at det blir vi som må gjøre jobben. Hvis man skal gå og mase om det hele tiden, og de ansatte sier nei? Da må du finne på noe annet».

Toppleder 1 forstår frustrasjonen de ansatte opplever, og synes det er vanskelig og tidskrevende å få gjennomført endringer i en klinisk hverdag. Informanten legger vekt på hvor viktig det er å ha ledere og nøkkelpersoner som kan forbedringsmetodikken, og h*n savner å ha flere engasjerte ledere i sitt team. Informanten avslutter med: *«Også må jeg bare si. På de årene siden jeg begynte så har vi hatt så mye endringsprosjekter i den her avdelingen. Jeg kjenner litt på at folk begynner å bli endringstrøtt. Man må dempe intensiteten litt».*

5.4 Ledelse og styring

Gjennom intervjuene har det kommet tydelig frem at måten de nye styringssystemene og rutinene har vært forsøkt implementert på, har vært for dårlig. Dette har skapt irritasjon og ført til at de ansatte er lite motiverte for å gjennomføre endringene. Ved en gjennomgang av poliklinikker hos UNN i november 2021 blir det beskrevet i et notat: *«Lederne i poliklinikken beskriver at de i liten grad har fått opplæring i styring av poliklinikk. Beskrivelsen av hvordan poliklinikkene ble styrt og planlagt syntes å variere mellom hver poliklinikk».* Det ble på bakgrunn av dette innført et tiltak som skulle sørge for opplæring av ledere i «effektfull ledelse» for poliklinikkene med størst utfordringer. Dette tiltaket ble satt inn for å oppnå en effekt på kort sikt, med forventet effekt de tre første månedene i 2022.

På spørsmål om hvordan ledelse og styring utføres kommer det klart frem fra informantene om at styringen skjer ovenfra og ned. Dette resultatet var mest fremtredende blant de ansatte lengst ned i systemet. Ansatt 3 forteller at *«ting blir bestemt ovenfra og ned over alle og enhver. Om du er sykepleier, lege eller hva enn du måtte være, så må vi bare innføre oss med det».* Dette var meninger som ble delt gjentatte ganger fra de ansatte, men også blant mellomlederne. De savnet også en bedre oppfølging, og svar knyttet til ulike tiltak. Ansatt 1 fortalte:

«Når vi spør om hvordan vi skal få det til uten å miste annen viktig tid, så er det ikke noe svar på de spørsmålene. Da tror jeg det er vanskelig å få med seg noen, og det handler om hvordan man skal få med seg folk. Det nytter ikke å bare komme med piskan, men man må gå foran som en leder. Der tror jeg de feiler litt».

De ansatte med utvidet ansvar var usikker på hvor mye handlingsrom de har i sin egen hverdag, og rundt sin stilling. Noen hadde ikke hatt tid til å utforske det handlingsrommet, mens toppleder 1 forteller at handlingsfriheten har blitt veldig innskrenket den siste tiden.

H*n forteller at styret har satt klare krav til omstillingstiltak. Hvert utstyr de skal kjøpe må godkjennes av klinikkjefen. For eksempel dersom noen trenger nye PC-skjerm, må kjøpet godkjennes av klinikkjefen. Når man da har mange ansatte, blir det vanskelig når man ikke har noe handlingsfrihet. Informantene delte en forståelse for at dette ikke nødvendigvis er ledelsen sin feil, men at de jobber på bestilling fra Helse Nord og derfor må innføre seg med krav. Mellomleder 2 er helt enig i dette, og sier *«handlingsrommet er veldig begrenset, i hvert fall sammenlignet med tilsvarende stilling jeg har hatt før, men det hadde kanskje vært annerledes hvis jeg hadde hatt stillingen en stund»*.

5.4.1 Oppfølging

De ansatte i avdelingen har tidligere opplevd stor grad av autonomi og selvråderett, og startet å merke utfordringer med ledelse og styring etter de slo sammen to ulike poliklinikker. Et av målene var å oppnå en bedre ressursutnyttelse på tvers av avdelingene, men toppleder 1 kunne fortelle at de har en vei å gå for å kunne utnytte det potensialet godt nok:

«Man må bruke litt tid, man må planlegge det og man må gjennomføre det. Så vi har ikke helt lykkes med den biten. Også er det en del forutsetninger som er vanskelig, for det er ganske mange ledere oppi dette som skal være med å styre».

Dette blir forklart med at det er mange, ulike ledere som setter ulike betingelser rundt styring, noe som har gjort arbeidet med tilgjengelighet og ressursutnyttelse vanskelig. Ved spørsmål om det er utfordringer rundt samarbeid for de ulike profesjonene, kan toppleder 1 fortelle: *«Av og til er det helt uproblematisk. Man har jo tross alt samme ønsker og man har jo samme mål. Men så har vi en del forskjellige forutsetninger, og derfor så blir det av og til litt vanskelig»*. Flere av de ansatte føler at det er vanskelig med kommunikasjon vertikalt i organisasjonen, men føler samarbeidet går greit mellom de ulike profesjonene i avdelingen. I tillegg til at det er for få ansatte mener ansatt 1 at årsaken til problemene med tilgjengelighet og ressursutnyttelse at det er vanskelig å med seg folk på endringer, hvis du ikke har en god måte å legge det frem på, og fortsetter:

«Jeg opplever at ledelsen har feil fokus, og at vi står og stanger i de samme problemstillingene hele tiden. Det er konstant masing om de samme tingene. Men når det ikke funker å mase om det, må man finne andre løsninger, og den delen tror jeg er vanskelig. Veldig mange av oss på gulvet føler seg ikke hørt i den prosessen, og at det

blir vi som må gjøre jobben. Hvis man skal gå og mase om det hele tiden og de ansatte sier nei, da må du finne på noe annet».

Blant toppledelsen kommer det klart frem at oppfølging er et av problemområdene, og forteller at det ikke alltid er samsvar mellom teori og praksis underveis i forbedringsarbeidet som blir gjort. Informanten forteller: *«Det som er enklest er selvfølgelig å finne ut problemet, forslå tiltak og lage en plan. Så er utfordringen å følge det opp og evaluere det. Det er der problemet kommer, for da er man jo gjerne i gang med noe annet igjen. Vi er nok ikke så gode på den oppfølgingen. Vi prøver, men vi er ikke der vi skulle ha vært».* De forteller om en del ulike arenaer som er etablert. Blant annet et driftsråd i poliklinikkene med representanter fra alle yrkesgruppene, og der jobber de med å forbedre oppfølgingen av tiltak. Toppleder 2 bekrefter at det ikke alltid er samsvar mellom teori og praksis når det kommer til implementering, og utdyper:

«I teorien skal man gjennomgå en utvikling og en opplæring med veiledning, og det får man. Men utfordringen er å få implementert endringen, og her vet vi at teori og praksis er ulik. Det vet vi krevet visse strategiske ferdigheter og en plan, og dette får de undervisning om. Det tar lang tid, og derfor er det viktig å holde fokuset på å implementere endringene ved like. Det er krevende, men som leder må man hele tiden etterspørre dette».

5.4.2 Start- og sluttid på poliklinikk

Noe av det som det har vært størst frustrasjon rundt blant de ansatte, spesielt blant legene, er de nye rutinene om åpningstid som ble beskrevet tidligere. Gjennom dokumentstudiene kom det klart frem at dette ikke har blitt innført, da blant annet flere poliklinikker ikke var kjent med poliklinikkrapporten til ØAS, der flere ledere ikke kjente til føringene om å etablere en slik drift. Rutinene legger føring for at start- og sluttiden skal være tilnærmet lik åpningstiden, som er 08:00 til 15:30. I dokumentstudiene har vi tatt utgangspunkt i tall vi har fått fra økonomiseksjonen, for å se på dette. Tallene er basert på gjennomsnittet av når hver enkelt lege/sykepleiers som har poliklinikk den aktuelle dagen, har planlagt start for sin første, og slutt for sin siste konsultasjon. De siste årene har forskjellen på planlagt og rutinemessig åpningstid per dag vært:

| | Starttid | | | | | Sluttid | | | | |
|--------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | År 2019 | År 2020 | År 2021 | År 2022 | År 2023 | År 2019 | År 2020 | År 2021 | År 2022 | År 2023 |
| Gjennomsnitt | 59,20 | 65,20 | 55,80 | 56,20 | 85,40 | 52,00 | 43,20 | 33,60 | 41,60 | 102,20 |
| Mandag | 52,00 | 61,00 | 53,00 | 52,00 | 82,00 | 34,00 | 28,00 | 18,00 | 28,00 | 76,00 |
| Tirsdag | 52,00 | 63,00 | 44,00 | 46,00 | 120,00 | 32,00 | 35,00 | 20,00 | 32,00 | 113,00 |
| Onsdag | 80,00 | 91,00 | 72,00 | 61,00 | 52,00 | 29,00 | 28,00 | 26,00 | 37,00 | 73,00 |
| Torsdag | 56,00 | 57,00 | 53,00 | 69,00 | 99,00 | 48,00 | 32,00 | 33,00 | 34,00 | 92,00 |
| Fredag | 56,00 | 54,00 | 57,00 | 53,00 | 74,00 | 117,00 | 93,00 | 71,00 | 77,00 | 157,00 |

Tabell 2 Forskjellen på gjennomsnittlig planlagt og rutinemessig start- og sluttid i minutter (T., Krogh, e-post, 1. mars 2023)

Som vi ser av tabellen, taper de i snitt mellom en og en halv og tre timer i gjennomsnitt per dag, altså er de langt unna å oppfylle rutinene. Disse rutinene var det flere av informantene som klart uttrykte at var tredd ned på dem, og at de ikke hadde fått mulighet til å si imot. Toppleder 2 sier på spørsmål om dette er gjennomførbart.

«Ja, med forståelse av at ikke alle nødvendigvis må på morgenmøtet. Hvis alle skal være på hvert morgenmøte, så kan du aldri komme deg ut før klokka 09.00. Og sånn har det alltid vært. Så tenker jeg at, du går i dag klokken 08.00, du trenger ikke å være på morgenmøtet, men akkurat den der er litt vanskelig å få aksept for».

Men når vi spør om det er god informasjonsflyt og kommunikasjon sier h*n at «*innad i avdelingene tas dette opp på morgenmøter, hvor problemene diskuteres*». Senere i intervjuet blir vi også fortalt at de ansatte er UNNs viktigste ressurs, så derfor er det viktig at vi tar vare på dem. Så det er litt misvisende informasjon fra ledelsen. Videre påpeker ansatt 4 at «*(...) det tenkes for mye økonomi. Skjønner at det også er en del av bildet, men i det lange løp funker ikke det. Vi trenger møtene for faglig utvikling og vi trenger å snakke sammen vi leger.*»

Ansatt 4 forteller at legene har morgenmøte fra 8 til 9 hver dag, så for legene er det ønskelig at første pasient kommer klokka 9. Videre sier h*n at dette er et svært viktig møte for dem, og påpeker at:

«Dersom vi skulle gjennomført dette vil det ført til dårligere pasientbehandling og dårligere flyt gjennom dagen. Allerede nå er det noen av legene som begynner 08:30 på mandager, og da går de glipp av undervisningen som er da mandag og torsdag, og som er pålagt oss».

Ansatt 1 mener derimot at det muligens er gjennomførbart, men sier at:

«(...) måten det legges fram på her er feil. Ledelsen kan ikke gå inn å si at dere trenger ikke morgenmøter for de er irrelevant, dere må ha pasienter i stedet. Det er å undergrave det legene gjør på morgenmøtet. Da må det kanskje legges frem på en litt annen måte, sånn at man har et godt alternativ til hva man kan gjøre med morgenmøtene hvis første pasientene skal komme klokka 8».

Den ansatte forteller videre at det blir veldig frustrerende når ledelsen bare sier at sånn skal det være, og at de ikke får svar når de spør hva vi skal gjøre med veiledninger, biologiske møter, kursing og lignende som de bruker morgenmøtene til. H*n tror at dette gjør at de ansatte ikke har implementert disse rutinene, *«(...) det nytter ikke å bare komme med piskan»*. Mellomleder 1 tror også dette er gjennomførbart, men er bekymret for hva de ender opp med å ofre for å få dette gjennomført. På bakgrunn av dette er det ønsket bedre dialog oppover.

Ifølge ansatt 3 får som regel sykepleierne inn første pasient rundt klokka 08:30. Dette fordi de i tillegg til et kort morgenmøte på 10 minutter, må forberede og lese seg opp på pasientene som kommer og klargjøre rommene. Men også for sykepleierne blir det vanskelig å skulle starte klokka 08:00. Ansatt 2 og 6 tror ikke dette er mulig, og ansatt 3 sier at *«det kan bli veldig stress, for da får vi ikke koblet på maskinen engang. Litt bør man jo vite om den som kommer. Altså, huske hva navnet er i hvert fall. Du kan ikke bare ta inn en pasient, og ikke vite hvilken diagnose pasienten har engang»*. Men mellomleder 2 er litt mindre skeptisk til dette, og sier at det kunne vært mulig dersom noen andre gjorde rommene klare.

5.5 Oppsummering av empiriske funn

De ansatte på de ulike nivåene hadde veldig ulik kjennskap til verdiene i UNN. Ledelsen viste stort engasjement rundt dette, mens andre knapt hadde hørt om dem. Men alle var enige i at visjonen og verdiene gjenspeilte aktiviteten deres, når vi fortalte hva verdiene var.

Det var også stor grad av målkonflikt mellom de ulike profesjonene. Legene og sykepleierne var opptatt av pasientene, mens ledelsen i større grad hadde fokus på effektivitet og økonomi. Mange av de ansatte føler at de ledelsen i for stor grad tenker på effektivitet, og dermed ikke tar nok hensyn til pasientene og de ansatte.

De ansatte føler de gjør mye unødvendig arbeid og arbeid som andre burde gjort. Dette er noe som påvirker motivasjonen deres negativt, og flere tror at dette er en av årsaken til at sliter

med å få tak i, og beholde LIS-leger. For å møte dette problemet jobbes det med å få på plass systemer for automatisk datafangst.

For å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen har det blitt innført ulike styringsverktøy som skal bedre kommunikasjonen. Problemet er at det har vært lite opplæring rundt bruken av disse verktøyene, og at mye av kunnskapen de hadde om dette, var selvlært.

Det er få av informantene som er involvert i budsjettarbeidet. På avdelingsnivå var det stort sett forslag på innsparingstiltak som ble tatt opp, men at verneombud og tillitsvalgt representerte de ansatte i budsjettarbeidet. Flere av de ansatte skulle ønske de var mer involvert i dette, mens mellomlederne mente at det var viktigere at de ansatte tok seg av andre oppgaver.

Noe av det som gikk igjen gjennom intervjuene var at de ansatte følte de hadde for lite tid i arbeidshverdagen, og dermed ikke fikk mulighet til å sette seg inn i og delta i utformingen av ulike systemer og rutiner, samtidig som dette dermed ikke ble implementert.

Flertallet av informantene har lite tillit til ledelsen, og dette har gått utover implementeringen av styringssystem og rutiner. Topplederen tror de ansatte er godt inkludert rundt dette, og dette tas opp på de utvidede ledermøtene. Enkelte av mellomlederne føler heller ikke de selv har blitt informert og inkludert rundt dette.

Topplederen mente at de ansatte er godt inkludert rundt daglig drift, styringsverktøy og forbedringsarbeid, men de er usikre på hvor godt de ansatte er informert om planer, tiltak og nye rutiner. Topplederen har forståelse for at de ansatte ikke alltid skjønner hvorfor ulike tiltak og rutiner blir innført, og de mener at dette er den største utfordringen årsaken til at styringssystemene og rutinene ikke har fått ønsket effekt. Men de mener at det kan ikke være slik at hver gang det er snakk om effektivisering, sier de ansatte blankt nei. På tross av dette skjønner de ansatte at ledelsen ikke innfører slike ting uten at det er nødvendig.

Poliklinikken har vært gjennom mange endringer de siste årene, og flere påpeker at ting endres hele tiden. Det er effektivisering i helsevesenet hele tiden, og dette er noe informantene tenker muligens kan gå utover pasientene i fremtiden.

Topplederne har forståelse for de ansattes frustrasjon rundt dette, og at det er vanskelig å få implementert endringene i en travel hverdag, og skjønner at de ansatte begynner å bli endringstrøtt.

Det kommer klart frem at ledelsen utføres ovenfra og ned. De ansatte på poliklinikken har tidligere opplevd stor grad av autonomi og selvråderett, men at dette har blitt redusert etter sammenslåingen med en annen poliklinikk. Flere påpeker at kommunikasjonen mellom de ulike profesjonene innad i avdelingen fungerer, men at det er vanskeligere vertikalt i organisasjonen.

Et av problemområdene er at det er lite oppfølging rundt tiltakene som blir iverksatt. Dette gjør at tiltakene ikke blir implementert, og dermed blir det forskjell på teori og praksis. For å bedre dette er driftsråd, hvor alle yrkesgrupper er representert, for å følge opp dette.

Noe av det som skapt størst frustrasjon er innføring av rutiner for åpningstider i forbindelse med poliklinikkprogrammet. Toppledelsen mener at dette er helt nødvendig og at det er gjennomførbart. De ansatte er uenige i dette. Men det de begge er enig i, er at måten dette er lagt fram på er feil, og at det bidrar negativt i implementeringen. Gjennom dokumentstudiene har vi sett at det dette ikke har bedret seg etter at dette skulle vært implementert.

6 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere de empiriske funnene fra kapittel 5 og sammenligne funnene med det teoretiske kapitlet. Dette kapitlet vil ha de samme delkapitlene empirikapitlet.

6.1 Økonomistyring

Gjennom intervjuene var det uklart hvor godt de ansatte på de ulike nivåene var kjent med UNNs verdier og visjon. En av topplederne var veldig entusiastisk rundt dette, og mente at dette var noe som ble tatt opp på allmøter stadig vekk, mens flere av de ansatte ikke kunne noe om dette. Vårt inntrykk er at de til en viss grad følger visjonene og verdiene, men at de ikke er klar over dette på et formelt plan. Det tyder på at de ikke klarer å bruke økonomistyring for å styre atferd og beslutninger innad i en organisasjon, slik Malmi og Brown (2008) beskriver det. Dette tyder også på at det er dekobling, som ifølge Meyer & Rowan (1977) er at kan det oppstå et gap mellom den formelle strukturen som blir satt og de interne aktivitetene som blir utført, og at det ikke har vært et helhetlig nok fokus i styringen (Anthony, 1965). Dette skyldes at legene og sykepleierne ikke har tid til å følge opp og sette seg inn i slike ting. Dermed får de ikke økonomistyringen til å fungere. Samtidig hjelper det ikke at det er satt i gang mange store endringstiltak, noe som ført til at de ansatte har blitt endringstrøtte.

Det er også stor følelse av målkonflikt mellom de ulike logikkene. Legene og sykepleierne har er opptatt av pasientenes beste, mens ledelsen må ha flere tanker i hodet, kvalitet, personale og økonomi. Men enkelte av de ansatte synes at økonomi har fått for stor plass, og dermed at de innfører systemer og rutiner felles for hele organisasjonen, uten å tenke på at avdelingene er forskjellige og at pasientene har ulike behov. Det virker som at kvalitet og personale glemmes litt, og at fokuset i for stor grad er på økonomi. Målformuleringen som er viktig i økonomistyringen ifølge Nyland og Pettersen (2010), blir dermed for dårlig. Dette kan skyldes ulike intensjonelle logikker, og at en logikk, økonomi i dette tilfellet blir mer dominerende enn de andre (Thornton & Ocasio, 2008). Det hjelper ikke når alle drar ulik vei. Her mener vi det er viktig at de ansatte i større grad blir tatt med i prosessene, altså at styringen baseres på forvalterteori (Davis et al., 1997; Schillemans, 2013), og at det dermed skapes det økonomiske fordeler for prinsipalen siden kostnadene knyttet til incentiver og overvåkning blir lavere (Pastoriza & Ariño, 2008).

6.1.1 Arbeidsfordeling

Ifølge våre informanter bruker de ansatte på poliklinikken mye tid på arbeid som burde vært gjort på en annen måte eller av andre. Dette består av administrativt før- og etterarbeid, registrering i registre, skrive journal, bestilling av blodprøver og så videre. For å løse disse utfordringene, har det i regi av Helse Nord blitt satt i gang et arbeid for å få innført automatisk datafangst, slik at det blir mindre administrativt arbeid. Videre er det også et problem at systemene ikke snakker godt nok sammen. Dette gjør at noe av informasjonen blir de nødt til å legge inn to ganger, noe som skaper ekstraarbeid og flaksehals. I tillegg til dette bruker legene også mye tid på opplæring av LIS-legger. Problemet er at mange av dem slutter etter kort tid, og dermed må de starte på nytt. Problemene med dobbeltarbeidet vil være viktig, og kan også bidra til mindre turnover blant legene.

Det er helt klart viktig at dette arbeidet gjøres, så man kan ikke bare slutte med slik arbeid. Problemet er at disse punktene gjør at de ansatte føler på mindre lyst og motivasjon i arbeidet, og flere av informantene mente at mye administrativt arbeid, måtte ta skylden for noe av den høye turnoveren, spesielt blant LIS-legene. Så sies det også at mange av de som står på ventelisten ikke har behov for videre behandling. Toppleder 2 hadde i 2021 en poliklinikkperiode for å få tatt unna 120 av de pasientene med utsatt kontroll. Da hadde h*n fokus på å få avsluttet de pasientene som ikke hadde behov for videre oppfølging. H*n fikk da avsluttet halvparten av disse, men problemet er at i dag gjøres dette gjennom skippertak, det er ikke et kontinuerlig fokus på dette. H*n mener at her har de helt klart en vei å gå, og at dette vil gjøre at de kan bruke mer ressurser på de pasientene som trenger det.

Så dersom de lykkes med å få ned mengden med slikt arbeid, tror vi at det også vil bedre ressursutnyttelsen ved poliklinikken og dermed vil bedre legitimiteten og tilliten for arbeidet som gjøres, både hos de ansatte og omgivelsene rundt (Meyer & Rowan, 1977). Dette vil ifølge Meyer og Rowan (1977) videre føre til at de vil kunne oppnå økt tilgang på ressurser, støtte og stabilitet.

Det kommer tydelig frem gjennom intervjuene at det er leger som er knappeste ressursen. For å forbedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved poliklinikken har de derfor satt i gang et arbeid med å delegere flere av pasientene på legenes lister ned til sykepleierne. Men det påpekes at dette også preges av skippertak, og at man ikke får dette til å skje jevnt. Problemet

dersom det skippertakene blir for store, er at økonomi og effektivitet blir for viktig, og at man pasienter som burde vært hos lege, blir delegert ned. Dersom det skjer, vil dette svekke tilliten og legitimiteten til poliklinikken, spesielt dersom de bryter med den institusjonaliserte standarden, om at det er legene som tar seg av legeoppgaver (Røvik, 1998).

Videre er det flere av informantene som har lagt vekt på å få flere videokonsultasjoner. Toppleder 1 sier at de fikk et løft i bruken av dette under pandemien, men slik vi tolker informanten har fokuset på dette forsvunnet litt. Mellomleder 1 mener at flere videokonsultasjoner kan være med på å løse utfordringene med tilgjengelighet og ressursutnyttelse. Vi tror at det til en viss grad kan stemme, spesielt for de pasientene som bort langt unna, og bare har en kort konsultasjon. Spørsmålet blir om de da klarer å ta unna flere pasienter på en dag, eller som videokonsultasjonene tar like lang tid.

6.2 Styringssirkelen

For å skape god styring i en stor organisasjon som UNN, er det viktig at de ulike delene av organisasjonen er tett knyttet sammen. Ifølge Anthony og Young (2003) gjøres ved bruk av styringssirkelen som består av; strategiske planlegging, budsjettering, drift og måling og rapportering og evaluering. UNN sliter med å skape sammenheng mellom delene, og dermed får de ikke styringen til å fungere. Det som blir bestemt under strategisk planlegging, får ikke i stor grad følger for styringen videre. De ulike delene av sirkelen må revideres og evalueres kontinuerlig, slik at prosessen blir best mulig (Nyland & Pettersen, 2010). Ansatt 4 påpeker at det er dårlig kommunikasjon mellom de ulike nivåene, både oppover og nedover. Dette gjør at styringen på alle nivåene mislykkes.

I den strategiske planleggingen lages det en strategisk plan over hvordan man skal nå de overordnede målene og visjonene som er satt (Anthony & Young, 2003). Den strategiske planleggingen i UNN kommer i stor grad gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Nord, som er en oversettelse av departementets oppdragsdokument til Helse Nord. Dette har igjen UNN oversatt til kontinuerlig forbedring. Kontinuerlig forbedring er et av de viktige planverkene UNN har utformet under den strategiske planleggingen. Som beskrevet i casestudie er det her fokus på mellomledernes daglige arbeid, understøttet av et system for ledelse som klargjør oppgaver og ansvar for ledere på alle organisatoriske nivåer. Denne delen har UNN gjennomført på en god måte, men problemet kommer i neste fase.

I neste fase, budsjetteringsdelen utarbeides budsjett som et uttrykk på de strategiske planene (Anthony & Young, 2003). Budsjettet fungerer som bindeleddet mellom det strategiske og det operative styringsnivået. Ifølge toppleder 2 er dette en stor jobb for UNN. Vi velger derfor å fokusere på følgene av kontinuerlig forbedring.

Som en følge av kontinuerlig forbedring har UNN utformet poliklinikkprogrammet som inneholder nye rutiner for blant annet åpningstid på poliklinikkene. Det er her problemene begynner. Rutinene sier i praksis at mye av møtetiden og tiden til før-/etterarbeid skal kuttes. Dette for å oppnå at de første pasientene kommer klokka 08:00 og at de siste pasientene drar 15:30. Spesielt legene har vært veldig imot det og det er tydelig at de ansattes meninger i for liten grad tatt hensyn til. Dette har ført til at allerede i denne fasen, er de ansatte imot programmene. Videre betyr det også at budsjettene som er utarbeidet om antall konsultasjoner, ventetider og lignende ikke blir fulgt.

Dette har ført til at rutinene ikke har blitt innført i den daglige drifta, tvert imot. Rutinene skal etter planen innføres 1. juni 2023, men vi ser på tallene til og med april 2023, og det ser ikke ut som om dette blir innfridd innen tidsfristen. Frem til nå har det heller ikke vært noen oppfølging på dette internt på avdelingen, mye på grunn av at motstanden mot disse endringene.

Videre rapportering- og evalueringsfasen heller ikke får oppfylt sin rolle med å analysere og evaluere prestasjonene. Noe som igjen fører til at ikke klarer å vise omgivelsene at ressursene brukes på en hensiktsmessig måte (Nyland & Pettersen, 2010). Til UNNs forsvar, må vi likevel trekke frem at det ikke er klinikken hvor den aktuelle poliklinikken tilhører, som UNN i første omgang har prioritert å få implementert de nye rutinene.

6.2.1 Tilgjengelighet og ressursstyring

For å bedre situasjonen rundt tilgjengelighet og ressursutnyttelse har det blitt innført en rekke styringsverktøy. Problemet er de ansatte i liten grad har kjennskap til dette. Dette tyder på at styringssirkelen er brutt, og at de ansatte ikke har fått nok informasjon om dette. Alle informantene hadde kjennskap til GAT til en viss grad, men ellers var det veldig varierende.

Hovedproblemet ligger derimot i at de ansatte ikke har tiltro til informasjonen som kommer fra de ulike verktøyene. Mellomleder 1 sier at ingen kan forklare hva årsaken til endringene i

tallene og at tallene varierer ut ifra hvem som henter dem ut. Dette gjør at oppfølgingen av effektivitetstall og lignende gjennom prestasjonskontroll blir utfordrende og lite troverdig, og bidrar dermed ikke til at organisasjonen når målene som er fastsatt (Anthony & Young, 2003).

Når det kommer til budsjett, er de ansatte lite involvert. Toppleder 1 sier at den eneste gangen de ansatte har noe med budsjettet å gjøre er når det skal forslås omstillingstiltak. Mellomleder 1 sier at det kunne de sikkert gjort, men at de må de prioritere å bruke tid og ressurser på dette. Toppleder 2 sier også at de opplever at de ansatte heller ikke er så veldig opptatt av dette. Men det er i stor grad de ansatte som er ansvarlige for den operative aktiviteten, og dermed har nok ikke de ansatte nok påvirkning på og mulighet til å delta på revideringen av budsjettene som utarbeides.

6.2.2 Tid og ressurser

En stor utfordring for legene og sykepleierne er at dersom de skal ha mulighet til å sette seg inn i styringssystemer og rutiner, og ta dette i bruk må de ta fokuset vekk fra sin hovedoppgave, nemlig pasienten. Dette kommer klart fram til gjennom intervjuene, og flere av våre informanter sier at de vet om systemene, verktøyene og rutineene, men at de ikke har tid og kapasitet til å sette seg inn i dette.

Når de ansatte opplever høyt arbeidspress og at de ikke rekker gjennom alt de skulle ha gjort gjennom en dag, er det ekstra viktig tingene som blir gjort, blir gjort til rett tid og at man oppnår ønske effekt. Eksemplet toppleder 1 fortalt om, da de hadde rigget alt, tatt folk ut av driften og kuttet ned på pasientaktiviteten for å innføre ett nytt datasystem. Når de da får beskjed på at datasystemet ikke er i klart til å implementeres som planlagt, og at alt tilretteleggingen var bortkastet. En ting er tiden som er brukt på dette, men enda verre er det at det skaper enormt mye merarbeid noe som irriterer de ansatte, og bidrar negativt på motivasjonen.

6.2.3 Institusjonelle logikker og løse koblinger

Ifølge Nyland og Pettersen (2010) er punktene som er nevnt tidligere i kapittel 6.2 typiske eksempler på løse koblinger, hvor sykehuset, aksepterer en reform de er pålagt, uten å gjøre endringer på rutiner, prosedyrer og beslutninger. I vårt tilfelle er det poliklinikken som aksepterer endringer som er pålagt den av toppledelsen på sykehuset. Meyer og Rowan (1977)

sier at på denne måten modererer poliklinikken konsekvensene og usikkerheten som skapes av ulike påvirkninger som reformer, teknologi og reguleringer. Poliklinikken unngår dermed konflikter ved å adoptere institusjonelle strukturer og prosedyrer, uten å gjennomføre dem på det operative nivået. Resultatet kan bli at sykehuset utvikler en struktur med løse koblinger (Meyer & Rowan, 1977), som igjen fører til at systemene, verktøyene og rutineene ledelsen innfører ikke får ønsket effekt.

6.3 Det institusjonelle perspektivet

UNN er stor organisasjon hvor beslutninger påvirkes av ulike logikker innad i organisasjonen og mange interesser utenfor organisasjonen. Dette gjør at det lett blir utfordrende å styre. Hovedmålet til UNN er å gi pasienten best mulig helsehjelp til rett tid. Men for å klare dette, må de ha flere tanker i hodet, blant annet økonomi. Problemet blir når balansen mellom de ulike logikken blir feil. Flere av våre informanter mener at de ansatte i for liten grad får sagt sin mening, og at dette har ført til at fokuset på økonomi og effektivitet har blitt for stort, dette kan være med på å redusere tilliten og legitimiteten de ansatte har til ledelsen.

Kirkhaug (2017) hevder at organisasjoner påvirkes politisk, kulturelt, sosialt og strukturelt. UNN påvirkes i stor grad politisk gjennom at det er Stortinget som gir Helse Nord sitt oppdrag og økonomisk ramme, som igjen gir det videre til UNN. Kulturelt påvirkes i stor grad av de ansattes kultur, blant annet når det kommer til holdninger til endring. Ifølge toppleder 1 er det i dag en kultur om ting skal være slik som de alltid har vært og dermed blir alle endringer møtt med skepsis. Sosialt påvirkes UNN av forventningene både hos pasientene, politikerne og Helse Nord, i dag klarer de ikke å levere etter forventningene. Når denne virkeligheten dannes vil det påvirke organisasjonens funksjoner, rundt hva de ansatte tillater seg å gjøre, hvordan en oppgave skal utføres og til slutt hvor godt organisasjonen kan klare å tilpasse seg kravene fra omgivelsene rundt (Kirkhaug, 2017).

6.3.1 Kommunikasjon

Organisatorisk praksis kan oppnå en vellykket endring gjennom ulike prosesser innenfor beslutningstaking, meningsskaping og kollektiv mobilisering (Thornton et al. 2012). De ansatte i UNN blir ofte ikke informert godt nok om hvorfor ulike tiltak settes inn, og har opplevd hendelser der nye rutiner, verktøy og systemer plutselig blir innført uten noe forvarsel. De ansatte opplever dermed en lav tilhørighet til organisasjonen når de ikke blir

inkludert eller informert underveis i beslutningsprosessen. Mangelen på rasjonalisering av sine beslutningsvalg kommer klart frem som en negativ opplevelse for de ansatte, da de ofte kan sitte igjen med spørsmål eller tvil knyttet til ledelsen og de valgene som blir tatt. På bakgrunn av dette blir den kollektive mobiliseringen svært svekket grunnet mangel på kommunikasjon, samarbeid og samhandling fra ledelsen og ned til de ansatte.

På bakgrunn av denne empirien kan vi se at det oppstått løse koblinger i flere av kategoriene som Orton & Weick (1990) har presentert i sin definisjon av løse koblinger innad en organisasjon. Årsakene til dette kan skyldes manglende samarbeid, mangel på koordinering mellom avdelinger og individer, samt dårlig kommunikasjon og informasjonsdeling. UNN har per dags dato ingen felles møtekanaler for de ulike profesjonene, da faste møter kun blir holdt for de profesjonene det gjelder i avdeling. Dette er noe UNN tidligere har hatt, og det ble under intervjuene uttrykt et ønske om å gjeninnføre et felles møte for alle de ansatte i avdeling for å styrke samarbeid. Selv om et helseforetak som UNN kan dra nytte av løse koblinger for å oppnå fleksibilitet og tilpasningsevne (Orton & Weick, 1990) er det ikke etablert klare nok prosedyrer for at UNN kan oppnå en balanse mellom de ulike koblingene, spesielt grunnet mangelen på informasjonsflyt og kommunikasjon mellom nivåer og individer. På bakgrunn av empirien kan vi også se en mangel på relasjonell koordinering, som Hoffer Gittell (2002) forklarer som en mekanisme som kan redusere negative konsekvenser av slike løse koblinger. For å oppnå en god relasjonell koordinering må det ifølge Hoffer Gittell (2002) etableres gode kommunikasjonskanaler for god informasjonsdeling og for å styrke relasjonen mellom ansatte, avdelinger og profesjoner, noe de ansatte ikke føler de har.

6.3.2 Tillit og legitimitet

For at et helseforetak skal kunne opparbeide seg legitimitet og tillit fra omgivelsene rundt har Meyer & Rowan (1977) lagt vekt på hvor viktig det er at en organisasjon reflekterer tro, normer og verdier i aktivitetene de utfører. Røvik (1998) understreker også organisasjonens bruk av struktur, prosesser og ideologi som en del av dette, samt at organisasjonsoppskrifter må tolkes, tydeliggjøres og tilpasses i hver enkelt virksomhet for å lykkes. Ved å se til empirien kan man se en lav grad av tillit blant medarbeiderne, både til ledelsen og prosessene rundt og etter implementering. De opplever et stort gap mellom teori og praksis, spesielt når det kommer til retningslinjer som ikke blir fulgt av ledelsen. Mangelen på samhandling over

tid vil derfor kunne være en årsak til den lave tilliten som oppleves mellom medarbeider og leder, slik som Jacobsen & Thorsvik (2019) har beskrevet i sine funn.

Underveis i intervjuprosessen kommer det frem en klar usikkerhet fra ledelsen om hvor godt de ansatte er informert om planer, tiltak og nye rutiner som er, og skal bli implementert i organisasjonen. Ledelsen føler selv de sitter på god informasjon og kunnskap, men anerkjenner at det kunne vært delt bedre til de ansatte. Løse koblingene mellom ledelsen og de ansatte har skapt et gap mellom den formelle strukturen og de interne aktivitetene som gjøres både ved implementering av nye systemer og rutiner i poliklinikk, men også hvor godt de ansatte opplever legitimitet til de ulike prosessene. Denne strukturen med løse koblinger kommer tydelig frem på bakgrunn av kommunikasjonsmangel fra ledelsen og til de ansatte, men kan også bli sett mellom individ-nivå grunnet institusjonelle logikker. Ledelsen har ifølge flere ansatte i ulike profesjoner satt høye krav og forventninger til legene, selv om det er blitt kommunisert ut at legene ikke har tid eller kapasitet til å oppfylle disse uten store negative konsekvenser.

Dette indikerer at ledelsens oppfatning av medarbeiderne ikke er i samsvar med forvalterteorien (Davis et al., 1997), og at bruken av prinsippal-agentteori er for utbredt (Hagen, 1990; Jensen & Meckling, 1976). De viser manglende tillit til medarbeiderne og deres evne til å identifisere behov, og harmonerer ikke med hvordan kontinuerlig forbedring skal implementeres i UNN ifølge styringsdokumentene.

6.3.3 Endringsvillighet

Gjennom de siste årene har det vært mange, store endringer i måten UNN driver på. Etter intervjuene er vårt klare inntrykk at de ansatte er imot flere av de store endringene, spesielt legene og sykepleierne. Dette er noe som er typisk ifølge Herold et al. (2007). Martinsen (2019) mener årsaken til dette er at medlemmene i organisasjonen har ulike modenhetsnivåer, med ulik erfaring, innsikt og refleksjonsevne. Dette er en tydelig trend i UNN. Topplederne, og mellomlederne vi intervjuet var mer positive til endringene enn legene og sykepleierne fordi de hadde i større grad vært med på endringen, og dermed viste de mer om hva som lå bak endringene.

Motstanden mot endringene kan ha mange årsaker ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019). De trekker fram frykt for det ukjente, frykt for dobbeltarbeid og utsikter til personlig tap. Flere av

informantene våre trekker frem at det har alltid vært slik, dermed er motstanden større for endringene. Dette er et typisk eksempel på frykt for det ukjente.

Mange av de verktøyene som har blitt implementert de siste årene for å bedre styringen av poliklinikkene har ført til mye dobbeltarbeid for legene og sykepleierne. Mange av verktøyene de bruker, snakker ikke godt nok i lag, noe som gjør at de må legge inn informasjonen flere ganger. Samtidig er det flere av informantene som ikke ser vitsen i alt det administrative arbeidet, og da blir det ikke bedre av at de må gjøre det flere ganger. Dette er også noe som bidrar negativt både på tilliten og legitimiteten til ledelsen og systemene og fører til at motivasjonen faller. Dette blir da et typiske eksempel på frykt for dobbeltarbeid.

Endringene fører også til utsikter for personlig tap. Toppleder 2 trekker frem at det de opplever stor motstand mot endring når det som skal endres går utover de ansattes arbeidshverdag. Dette kan omhandle at turnusplanene endres til at de ansatte får nye oppgaver de skal gjennomføre.

Videre mente de fleste av informantene at endringene var tredd ned på dem og at de i liten grad hadde hatt mulighet til å påvirke systemene og rutinene som ble innført. Spesielt rutinene knyttet til åpningstid ved poliklinikken fikk mye negativ omtale. Dette svekker tilliten og legitimiteten til ledelsen. Til forsvar for ledelsen så er UNN en stor organisasjon, noe som gjør det vanskelig å ta alle de ansatte på alle prosessene. Det er tillitsvalgte og representanter fra alle avdelingene/poliklinikkene som har deltatt, men det er tydelig at de deres mening ikke har kommet godt nok fram, eller at de ikke har blitt hørt.

6.4 Ledelse og styring

En av de største utfordringene med utformingen og implementeringen av styringssystemer og rutiner i UNN er hvordan ledelse og styring utføres. Det kommer tydelig frem at de ansatte er misfornøyde med hvordan dette er gjort, og at de synes deres innspill i for liten grad er tatt til følge. Studien setter også spørsmålsteget om det utøves tilstrekkelig opplæring og oppfølging av lederne for poliklinikkene. Det er tydelig at prinsippal-agentteori og forvalterteori er brukt i feil sammenheng og rekkefølge, samt at tiltak som har blitt innført for å gi ledere i poliklinikk tilstrekkelig opplæring ikke har blitt oppfylt.

Ifølge prinsipal-agentteori er det god grunn til å tro at agenten ikke alltid vil handle i tråd med prinsipalens beste (Jensen & Meckling, 1976). Dette er et sentralt problem med denne teorien, prinsipalen og agenten vil ofte ha ulike interesser. Selv om både agenten og prinsipalen i UNN er opptatt av å gi pasientene et best mulig tilbud, ser det ut som at de ansatte synes toppledelsen i UNN har for stort fokus på effektivitet og økonomi. Ifølge Nyland og Pettersen (2018) kan det lett oppstå slike situasjoner og slik atferd i situasjoner med knappe ressurser og måleproblemer. Når man ser på de økonomiske resultatene de siste årene, viser de et klart merforbruk, og spesielt på personalkostnader. Måleproblemene slik vi forstår, handler om i hvor stor grad man skal vektlegge økonomi og effektivitet, fremfor tilbudet til pasienten.

Informantene understreker at de alltid prioriterer pasientsikkerhet fremfor økonomi. De legger vekt på behovet for tilstrekkelig og kompetent personell for å sikre at pasientene får den nødvendige behandlingen og omsorgen de fortjener. Hvis noen er fraværende, må de erstattes, selv om det medfører overtid som ikke er dekket i budsjettet. Dette samsvarer med funnene til Nyland og Pettersen (2004) i deres studie av et norsk sykehus, som viser at fagpersoner har en sterk lojalitet til sine pasienter og at budsjettet ikke ble ansett som avgjørende for beslutningstaking.

6.4.1 Start- og sluttid

Rutinene som ble innført som en følge av poliklinikkprogrammet for å forbedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen på UNN er utformet med tydelig bruk av prinsipal-agentteori. De ansatte har i liten grad fått være med på utformingen, og de få ansatte som har fått komme med sine innspill har ikke blitt hørt. Når programmene er utformet, blir det sagt at slik skal det være. For å klare å oppfylle rutinene er det tydelig at noen må droppe morgenmøte, men dette er legene svært imot. Man må komme med et godt alternativ til hva man skal gjøre med morgenmøte, ifølge ansatt 1. Vårt inntrykk er at det er har vært for lite fokus på involvering og samarbeid i utformingen, som er et viktig punkt ifølge Bjurstrøm (2021).

Gjennom dokumentstudiene så vi at rutinene ikke var innført på poliklinikken. Som vi så i tabellen vi presenterte, har det derimot blitt dårligere frem til og med april 2023. Dette tyder på at de å for stor grad har brukt forvalterteori under implementeringen. Det har blitt sagt fra ledelsens side, at de skal følge rutinene for start- og sluttid, men det har ikke blitt fulgt opp.

Det vil si at de har visst forvalteren stor grad av tillit og har delegert dem mer autonomi Bjurstrøm (2021).

Styringssirkelen er med altså ikke gjennomført. I den strategiske planleggingen og i budsjettforberedelsen, i dette tilfellet de ansatte blitt tatt for lite med på prosessene under utformingen av blant annet de nye rutinene. Her er det for utstrakt bruk av prinsippal-agentteori, mens forvalterteori er for lite involvert. I drift og måling, og i rapportering og evaluering, har ledelsen i for stor grad meldt seg ut, og ikke sørget for at rutinene er blitt implementert. Ifølge Davis et al. (1997) og Schillemans (2013) antar man i forvalterteori at forvalteren opptrer lojalt overfor prinsippalen og handler etter beste evne i tråd med og for å nå prinsippalens interesser og mål. Denne antakelsen har i for stor grad blitt tatt, noe som har ført til at rutinene i praksis ikke er innført. Her ser vi tydelig at prinsippal-agentteori og forvalterteori er brukt i feil sammenheng og rekkefølge.

Toppleder 2 sier rutinene er gjennomførbare, men da med antakelsen at ikke alle trenger å være med på morgenmøte. Problemet er at det morgenmøtet brukes til, er veldig viktig for legene. Dette er toppleder 2 også enig i, og sier at blant annet informasjonsflyt og kommunikasjon er et av de viktige punktene som tas opp på morgenmøtene. Her synes vi toppledelsen er misvisende. I en øyeblikket skal de kutte morgenmøte, mens i neste øyeblikk ramser de opp alt det viktige med morgenmøtene.

Her oppstår altså en konflikt mellom det som bidrar til en effektiv produksjon, og det som skaper legitimitet i omgivelsen og et gap mellom den formelle strukturen som blir satt og de interne aktivitetene som blir utført (Meyer & Rowan, 1977). Dette kaller de en løs kobling, og hos UNN skyldes det tilstedeværelsen av flere institusjonelle logikker.

6.4.2 Tillit og legitimitet

Ifølge ny-institusjonell teori er tillit og legitimitet en grunnleggende forutsetning for overlevelse og eksistens (Meyer & Rowan, 1977). Måten ledelsen i UNN har ledet og styrt organisasjonen har ikke bidratt til å styrke tillit og legitimitet mellom de ansatte og ledelsen. Gjennom intervjuene kom det klart frem at legene og sykepleierne vi intervjuet ikke hadde særlig tillit til det ledelsen sa og innførte.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) er samhandling over tid viktig for å skape tillit mellom grupper. Problemet for UNN er at det ikke er en følelse av samhandling mellom ledelsen og de ansatte. De ansatte føler at alt som har blitt innført gjennom ulike programmer de siste årene har blitt tredd ned på dem og de ansatte føler at de i liten grad har blitt hørt.

De ulike styringssystemene og rutineene som er innført de siste årene, er innført for å forbedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved poliklinikken. Dette er et viktig punkt når det kommer til om UNN klarer å levere etter de forventningene som ligger i omgivelsene rundt, om at alle skal få god helse. Dette er ifølge Røvik (1998) viktig for å kunne oppnå eller øke legitimiteten i samfunnet.

Problemet i dag er at systemene og rutineene innføres er utformet med stor grad av «*ovenfra og ned*»-holdning, mens selve implementeringen har mer bruk av «*nedenfra og opp*»-holdning. Dette gjør at de ansattes tillit til ledelsen svekkes under utformingene fordi de føler seg oversett. Samtidig blir ikke endringen ikke innført, og dermed bidrar ikke endringene til å bedre legitimiteten i omgivelsene.

7 Konklusjon

Denne studien har ved hjelp av en casestudie av en utvalgt poliklinikk ved UNN i Tromsø sett på hvordan UNN har lyktes med å utforme og implementere styringssystemer og rutiner for å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen. Dette har vi gjort gjennom problemstillingen:

Hvordan lykkes UNN med å utforme og implementere styringssystemer og rutiner for å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved en utvalgt poliklinikk?

Funnene viser at det er ulik forståelse og tolkning rundt «kontinuerlig forbedring», og hva dette i all hovedsak er. Den sprikende kunnskapen om kontinuerlig forbedring kan ses i sammenheng med en manglende kompetanse om forbedringsarbeid, grunnet mangel på opplæring og inkludering. Det kommer frem at poliklinikken på den ene siden har en god kultur for lojalitet mot arbeidsplassen, men på den andre siden virker det ikke som de har klart å skape en kultur hvor man er åpen for endringer, mye på grunn av at kommunikasjonen vertikalt er for dårlig. Dette kan forbedres ved å øke kunnskapen om kontinuerlig forbedring og hvordan nytteverdier slike endringer kan gi.

Studiens funn viser at både utformingen er svært toppstyrt og at mye av det som er utformet er de ansatte imot. Systemene og rutineene er utformet av ledelsen, og de ansattes meninger er i for liten grad hørt. Dette har ført til stor motstand mot blant annet rutineene for åpningstid, som de ansatte mener ikke er gjennomførbare. Spesielt informantene som er leger, mener at de ikke klarer seg uten morgenmøtene og forberedelsen til konsultasjonene. Når ledelsen så står på sitt og ikke ser de ansattes argumenter mot dette, svekkes tilliten og legitimiteten de ansatte har til ledelsen, fordi de føler seg oversett og lite hørt. Her ser vi at prinsippal-agentteori har blitt brukt. De ansatte etterlyser en større involvering i budsjettplanleggingen, noe som tyder på at økt involvering og flere muligheter for påvirkning ville vært fornuftig.

For å få innsikt i hvordan økonomistyring bør fungere ut fra et normativt perspektiv, ble det tatt utgangspunkt i den ideelle styringssirkelen. Resultatene av undersøkelsen viser imidlertid at de fire fasene i styringssirkelen ikke oppleves som sammenkoblede slik de burde være. Det er klare løse koblinger mellom fasene, noe stemmer overens med institusjonell teori som forklarer hvordan praksisen egentlig er (Meyer & Rowan, 1977).

Under implementeringen har oppfølgingen av driften vært for dårlig i tredje steg i styringssirkelen til Anthony og Young (2003). Dette, i lag med motstanden gjør at systemene og rutinene ikke har blitt innført i praksis, og dermed har man ikke oppnådd ønsket effekt. De klarer ikke å skape samsvar mellom teori og praksis. Her er det ansatte viet for stor grad av tillit, og styringen er preget av forvalterteori. Dermed oppstår det løse koblinger. Prinsipal-agentteori og forvalterteori er altså brukt i feil sammenheng. Ledelsen i UNN burde funnet et kompromiss med de ansatte og fått utformet systemer og rutiner som alle kan stille seg bak, og heller være strengere på at rutinene faktisk gjennomføres. Samtidig er det mange styringsverktøy som ledelsen og de ansatte ikke har fått opplæring i, og dermed blir de lite brukt. Dette gjør at ansatte og ledelse i poliklinikken mister mye viktig informasjon som potensielt kan være til hjelp med å løse driftsutfordringer, samt minimere fremtidig risiko.

En viktig årsak til dette er tid. Flere av våre informanter sier at de vet om noen av verktøyene, men de har ikke tid og kapasitet til å sette seg inn i dem og å ta dem i bruk. I en klinisk hverdag sliter de allerede med at tiden ikke strekker til. Da er det vanskelig å legge vekk pasientene for å prioritere slik ting.

Meyer og Rowan (1977) hevder tillit og legitimitet er en grunnleggende forutsetning for overlevelse og eksistens. Punktene ovenfor er viktige for hvordan både UNN og poliklinikken oppfattes utad, om de klarer å gi pasientene god helsehjelp til rett tid. Dette påvirker i stor grad tilliten og legitimiteten de har hos omgivelsene. Derfor er det veldig viktig at de fortsetter arbeidet, slik at de klarer å løse utfordringene i teori og praksis.

UNN har gjennom en periode over flere år vært utsatt for et press fra ulike hold knyttet til utfordringene med blant annet økonomi og pasientforløp. Dette presset fra omgivelsene kan ha vært med på å påvirke beslutningene som har blitt gjort underveis, samt hvilke praksiser UNN har ansett som moralsk riktig for å opprettholde sin tillit og legitimitet i omgivelsene.

Studien viser at de har kommet et stykke på vei i forbedringsarbeidet og at mye positivt har skjedd i organisasjonen. Men det er fremdeles store utfordringer, og fremdeles arbeid som gjenstår. Mangelen på samspill mellom leddene i organisasjonen er fremtredende, og viser lite kollektiv mobilisering i endringsprosessen. Relasjonell koordinering som nevnt i Hoffer Gittell (2002) sin litteratur kan derfor være en løsning som kan bidra til å redusere de negative effektene knyttet til UNN sin nåværende struktur med løse koblinger.

Vi håper våre funn vil kunne bidra til at ansatte og ledere på ulike nivå i organisasjonen kan bli bedre i stand til å forstå hverandres utfordringer, og muligens utvikle en arena hvor både den medisinske logikken og den økonomiske logikken kan utforme ledere som kan være oversettere av de ulike språkene.

7.1 Videre forskning

Denne studien har sett på hvordan styringssystemer og rutiner er utformet og implementert i en utvalgt poliklinikk ved UNN i Tromsø. Studien er gjort på et tidlig tidspunkt etter at systemene og rutinene skulle vært innført. Poliklinikkprogrammet ble satt til en varighet fra september 2022 til og med mai 2023, med forbehold om tidsmessig utvidelse dersom ledergruppen så dette som nødvendig. Studien vi har utført er gjort mellom februar 2023 og mai 2023. Selv om forbedringsprogrammet i utgangspunktet skulle vært innført, er det andre poliklinikker/avdelinger som har vært prioritert først. Derfor kunne det vært interessant å sett på hvordan situasjonen var etter endt program, og om UNN har lyktes med endringene.

I studien er det brukt en utvalgt poliklinikk som case. Det hadde vært veldig interessant å sett på om utfordringene og problemene vi har avdekket i denne poliklinikken, også gjelder for andre deler av UNN. Da hadde man i større grad kunnet generalisert, og trukket konklusjoner for hele UNN.

8 Referanser

- Abernethy, M. A. & Stoelwinder, J. U. (1990). Physicians and Resource Management in Hospitals: An Empirical Investigation. *Financial accountability & management*, 6(1), 17-31.
https://www.researchgate.net/publication/229604449_Physicians_and_Resource_Management_in_Hospitals_An_Empirical_Investigation
- Andreassen, R. N. (2022, 7. september). 250 millioner kroner i minus for UNN så langt i år: – Nå er det krise. *NRK.no*. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/250-millioner-kroner-i-minus-for-unn-sa-langt-i-ar--na-er-det-krise-1.16094602>
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems : a framework for analysis*. Harvard University.
- Anthony, R. N. & Young, D. W. (2003). *Management Control in Non-profit Organizations* (7. utg.). McGraw Hill.
- Askheim, O. G. A. & Grenness, T. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*. Universitetsforlaget.
- Aubert, V. & Alstad, B. (1985). *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget.
- Bjurstrøm, K. H. (2021). Mål- og resultatstyring og tillitsbasert styring : Ulike alternativer eller kunstige motsetninger? *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, 98(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.7577/nat.4563>
- Bowen, G. A. & Rudolph, J. W. (2018). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 18(1), 9-21.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Bugge, E. & Øverås, L. (2020). *Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2019* (Styresak: 4/2020). Universitetssykehuset Nord-Norge HF,.
<https://unn.no/Documents/Styrem%C3%B8ter%20dokumenter/2020/060220/Sak%204%20-%20Kvalitets-%20og%20virksomhetsrapport%20desember%202019.pdf>
- Busch, T. (2021). *Akademisk skriving : for bachelor- og masterstudenter* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Cheffi, W. & Beldi, A. (2012). An Analysis of Managers' Use of Management Accounting. *International Journal of Business*, 17(2), 113-125.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2183559>
- 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/https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(01\)00027-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0361-3682(01)00027-7) (Accounting, Organizations and Society)
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Davis, J. H., Schoorman, F. D. & Donaldson, L. (1997). Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management review*, 22(1), 20-47.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2307/259223>
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American sociological review*, 48(2), 147-160. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2095101>
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R. & Jackson, P. R. (2012). *Management research*. SAGE Publications.

- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory : An assessment and review. *Academy of Management review*, 14(1), 57-74. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/258191>
- Gran, T. (2012). *Vitenskap i praksis: metoder i forskning på harde og sosiale fakta*. Abstrakt forlag.
- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Hagen, K. P. (1990). *Principal-agent teori: Implikasjoner for offentlig styring og politikk*. Norsk senter for forskning i ledelse, organisasjon og styring.
- Hansen, P. & Finnset, K. A. (2022, 9. september). Har brukt 90 millioner på vikarer i år, nå blir det full stopp: – Det vil merkes. *NRK.no*.
<https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/dramatiske-kutt-vedtatt-ved-universitetssykehuset-i-nord-norge-unn-kutt-i-vikarinneleie-1.16097544>
- Herold, D. M., Fedor, D. B. & Caldwell, S. D. (2007). Beyond change management: a multilevel investigation of contextual and personal influences on employees' commitment to change. *Journal of applied psychology*, 92(4), 942-951.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.4.942>
- Hoffer Gittel, J. (2002). Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management science*, 48(11), 1408-1426.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268>
- Ingebrigtsen, T. (2016). *Kontinuerlig forbedring - tentativ gjennomføringsplan for UNN* (Styresak: 61/2016). Universitetssykehuset Nord-Norge HF,.
<https://unn.no/Documents/Kontinuerlig%20forbedring/Styrende%20dokumenter/Styresak%2061-2016%20Kontinuerlig%20forbedring%20-%20tentativ%20gjennomf%C3%B8ringsplan%20for%20UNN.pdf>
- Irgens, E. J. (2011). *Dynamiske og lærende organisasjoner : ledelse og utvikling i et arbeidsliv i endring*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Cappelen Damm.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Jensen, M. C. & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics*, 3(4), 305-360.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.
- Johansen, T. D. (2022, 7. september). Varsler krisetiltak på UNN: Stopp i vikarbruk og innkjøp, overtid og reiser begrenses til minimum. *Nordlys.no*.
<https://www.nordlys.no/varsler-krisetiltak-pa-unn-stopp-i-vikarbruk-og-innkjop-overtid-og-reiser-begrenses-til-minimum/s/5-34-1669391>
- Kirkhaug, R. (2017). *Endring, organisasjonsutvikling og læring*. Universitetsforlaget.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package— Opportunities, challenges and research directions. *Management accounting research*, 19(4), 287-300. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003>

- March, J. G. & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. The Free Press. <https://www.jstor.org/stable/4007372>
- March, J. G. & Olsen, J. P. (2004). *The logic of appropriateness*. Arena Oslo.
- Marsh, D. & Furlong, E. (2002). Ontology and Epistemology in Political Science. I D. Marsh & G. Stoker (Red.), *Theory and Methods in Political Science* (2. utg.). Palgrave.
- Martimort, D. & Laffont, J.-J. (2009). *The theory of incentives: the principal-agent model*. Princeton University Press.
- Martinsen, Ø. L. (Red.). (2019). *Perspektiver på ledelse* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American journal of sociology*, 83(2), 340-363. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1086/226550>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=2&fbclid=IwAR01J5HtMFEWIEmffBVHaVWWbY0Nzky4jD2xCI fVbpasy160KOED3ko51Eo>
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Abstrakt forlag.
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2004.00187.x>
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten-likhet eller mangfold. *Magma*, 13(4), 27-35. <https://old.magma.no/oekonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold>
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse : fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Fagbokforlaget.
- Nyland, K. & Østergren, K. (2008). *Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdning til økonomiansvar* (SNF-rapport nr. 06/08). Samfunns- og næringslivsforskning AS.
- Olsen, J. P. (2015). Democratic order, autonomy, and accountability. *Governance*, 28(4), 425-440. <https://doi.org/https://doi.org/10.1332/030557317X14845830916703>
- Orton, J. D. & Weick, K. E. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *The Academy of Management review*, 15(2), 203-223. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/258154>
- Pastoriza, D. & Ariño, M. A. (2008). When agents become stewards: Introducing learning in the stewardship theory. 1st IESE Conference, "Humanizing the Firm & Management Profession", Barcelona, IESE Business School,
- Perlo, J., Balik, B., Swenson, S., Kabcenell, A., Landsman, J. & Feeley, D. (2017). IHI Framework for Improving Joy in Work. *Institute for Healthcare Improvement White Papers*. https://www.ncha.org/wp-content/uploads/2018/06/IHIWhitePaper_FrameworkForImprovingJoyInWork.pdf
- Pettersen, I. J. (2013). Økonomistyring - teori møter praksis. I L. O. Elvegård, E. Gressetvold & I. J. Pettersen (Red.), *Bedriftsledelse: ulike perspektiver og tilnærminger til ledelse, økonomistyring og samfunnsansvar* (s. 17-36). Akademika forlag.
- Pierre, J. & Peters, B. G. (2017). The shirking bureaucrat: a theory in search of evidence? *Policy & Politics*, 45(2), 157-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1332/030557317X14845830916703>

- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner : trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Fagbokforlaget.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students* (8. utg.). Pearson Education Limited.
- Schillemans, T. (2013). Moving beyond the clash of interests: On stewardship theory and the relationships between central government departments and public agencies. *Public management review*, 15(4), 541-562.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14719037.2012.691008>
- Scott, W. R. & Davis, G. F. (2014). *Organizations and organizing: rational, natural and open systems perspectives*. Pearson Education.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J. & Caronna, C. A. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. University of Chicago Press.
- Scoville, R., Little, K., Rakover, J., Luther, K. & Mate, K. (2016). Sustaining Improvement. *Institute for Healthcare Improvement White Papers*.
<https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Sustaining-Improvement.aspx>
- Strøm, S., Rømo, F. R. & Reigstad, J. (2021). Økte ventelister på norske sykehus: Anne-Mari aner ikke når hun blir operert. *NRK.no*.
<https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ventelister-pa-norske-sykehus-har-okt-etter-at-koronaen-rammet-norge--pasienter-fortviler-1.15332887>
- Swensen, S., Pugh, M., McMullan, C. & Kabcenell, A. (2013). High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. *Institute for Healthcare Improvement White Papers*.
<https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/HighImpactLeadership.aspx>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B., Nellemann, R. & Skogli, E. (2017). *Bruker vi for mye på helse?* (Menon-publikasjon nr. 6/2017). Menon Economics.
<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/kyL5EMUQepCXuMfkZzNhO6C2POVeSmvZfh6Ceb9mANrmQ67iea.pdf>
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*. McGraw Hill Book company.
- Thornton, P. H. & Ocasio, W. (2008). Chapter 3: Institutional Logics. I R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby & K. Sahlin (Red.), *The SAGE Handbook of organizational institutionalism* (s. 99-129). SAGE Publications.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Tollåli, G. (2022). *Universitetssykehuset Nord-Norge HF – vedtekter* (Styresak: 34-2022). Universitetssykehuset Nord-Norge HF.,
<https://unn.no/Documents/Styrem%C3%B8ter%20dokumenter/styrevedtekter.pdf>
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF. (2021a, 13. oktober). *2025: Ny overordnet UNN-strategi lansert*. <https://unn.no/2025-ny-overordnet-unn-strategi-lansert>
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF. (2021b). *Strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021 – 2025*. Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
<https://unn.no/Documents/Om-oss/UNN-strategi%202021-2025.pdf>
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF. (2022). *Styringsdokument Forbedringsprogrammet for poliklinikker i UNN*.

- Universitetssykehuset Nord-Norge HF. (2023a, 12. mai). *Nøkkeltall*. <https://unn.no/om-oss#nokkeltall>
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF. (2023b, 25. april). *Organisasjonskart UNN*. https://unn.no/Documents/Om-oss/Org_kart_UNN-ledelse-norsk.pdf
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF. (2023c, 12. mai). *Visjon, verdier, strategier og mål*. <https://unn.no/om-oss#visjon-verdier-strategier-og-mal>
- Williamson, O. E. (1983). Organization form, residual claimants, and corporate control. *the Journal of Law and Economics*, 26(2), 351-366. <https://www.jstor.org/stable/725106>
- Øverås, L. & Lindekleiv, H. (2022). *Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2022* (Styresak: 80/2022). Universitetssykehuset Nord-Norge HF,. <https://unn.no/Documents/Styrem%C3%B8ter%20dokumenter/2022/241022/Sak%2080%20-%20Kvalitets-%20og%20virksomhetsrapport%20for%20september%202022.pdf>

9 Vedlegg 1 Intervjuguide

Før intervjuene starter takkes respondentene for deltakelsen og det blir spurt om tillatelse til å foreta lydopptak av samtalen. Det blir forklart hva som studeres, studiens formål, samt hvor lang tid intervjuet kan forventes å ta. Videre konkretiseres det at respondenten vil forbli anonym. Dersom noe skulle være uklart eller vanskelig å forstå vil spørsmålet kunne omformuleres. Er det noen spørsmål før vi starter?

Innledning

- Hva er din stillingstittel, og hvor lenge har du hatt denne?
- Hvor lenge har du jobbet hos UNN?
- Hva er oppgavene og ansvarsområdet tilknyttet din stilling/rolle ved poliklinikken?
- Kan du beskrive hvordan din vanlige arbeidshverdag ser ut?
- Har du utdanning utover sykepleie/medisin?
- Arbeider du innenfor gitte rammer fastsatt av toppledelsen eller har du handlingsrom? Gi eksempler.
- Kan du kort beskrive poliklinikken sin organisering og størrelse?
- Vet du hva UNN sin overordnede strategi og visjon er?
- Vet du hvilke verdier UNN står for?

Dagens situasjon

- Hva er ditt inntrykk om tilgjengelighet- og ressursutnyttelsen ved poliklinikken i dag?
- Er det nok leger? Tror du det hadde blitt ansatt flere leger dersom det hadde vært bedre tilgjengelighet på leger?
- Har mye disponibel tid har du underveis i arbeidstiden?
- I våre datasett ser vi en synkende trend på antall pasienter og poliklinikketid utover uken. Spesielt onsdag (og torsdag i 2022) har veldig sen starttid. Hva tenker du om dette?
- Antall aktiviteter har hatt en positiv endring frem til 2021, men er det en betydelig nedgang i 2022. Hva tenker du er årsaken til denne nedgangen?

Kontinuerlig forbedring

- Hvor godt kjent er du med UNN sitt langsiktige utviklingsarbeid «kontinuerlig forbedring»?
 - Når ble du først introdusert om dette styringssystemet?
- I hvilken grad blir det lagt vekt på kontinuerlig forbedring internt i avdelingen?
- Vil du si at kontinuerlig forbedring gjennomføres fra ledelsen og nedover i enheten, eller har ansatte delaktighet i prosessen?
 - Topdown eller bottomup? Kombinasjon? Gi gjerne eksempler.
- I hvor stor grad blir de ansatte inkludert av ledelsen i oppfølging av daglig drift og forbedringsarbeid?

- Syns du de ansatte blir inkludert nok? Hvorfor/hvorfor ikke?
- I hvor stor grad opplever du at ledelsen/avdelingsledelsen involverer og engasjerer seg rundt implementering/forbedring i avdelingen? Prosesser, rutiner, og lignende.
- Hva slags tiltak har dere for å informere og bygge kultur rundt kontinuerlig forbedring blant ledere og ansatte?
- Hva slags tiltak har dere for å øke kompetansen i forbedringsarbeid blant ledelsen?
- Opplever du at det er samsvar mellom «teori og praksis» når det kommer til implementeringen av kontinuerlig forbedring, poliklinikkprogrammet og bruken av styringsverktøy?
- Føler du at kontinuerlig forbedring, poliklinikkprogrammet og styringsverktøyene har endret forholdet mellom leder og medarbeider? På hvordan måte?
- Syns du styringsverktøyene har medført bedre kommunikasjonsflyt og informasjonstilgang mellom ansatte, ledere og avdelinger?
- Har kontinuerlig forbedring påvirket hvordan du ser for deg din fremtidige jobbsituasjon?
 - Positivt/negativt? Hva har påvirket mest?
- I hvilken grad vil du si at du er motivert og engasjert rundt kontinuerlig forbedring?
 - Hva motiverer deg? Hva kunne gitt deg mer motivasjon?
- Mener du at UNN reflekterer sine visjoner og verdier de står for i aktivitetene de utfører?

Strategisk planlegging

- Opplever du at prosessene og arbeidsoppgavene i avdeling har en jevn og god flyt, eller oppstår det mye venting, opphoping av arbeidsoppgaver, unødvendig arbeid/dobbeltarbeid og lignende?
- Er det god informasjonsflyt og kommunikasjon mellom de ulike profesjonene i poliklinikk og på tvers av avdelinger?
- Har du vært med på å utforme felles rutiner for hvordan arbeidsprosesser, prosedyrer, planlegging og drift av poliklinikken skal foregå?
- Føler du at pasientens faktiske behov (eventuelle endring i behov) blir i tilstrekkelig grad observert og tatt til følge i avdelingen?
- I tilfeller der du ser rom for forbedringer i det daglige arbeidet dere gjør på avdelingen, hvem kan du ta det opp med og hvordan?
 - Blir dette fulgt opp? Av hvem? Får du tilbakemelding på hvordan saken utvikler seg?
- Hvordan gir din(e) overordnede deg mulighet til å ta opp og forklare forhold du mener kunne vært gjort på en bedre måte? Velger du å ta opp slike forhold med din overordnede?
- Når ble det sist satt fokus på å effektivisere arbeidshverdagen, prosedyrer, prosesser og lignende? Gi gjerne eksempler. Hvordan ble dette tatt opp?
- I hvor stor grad føler du at pasienten i fokus under strategiprosessen?
 - Blir innspill fra de ansatte tatt med i dette arbeidet?
- Synes du at strategier og rutiner i blir tredd ned på dere?

- Hva tror du gjør at UNN sliter ekstra med tilgjengelighet- og kapasitetsutnyttelsen?

Budsjettforberedelse

- *Til topplederne:* Hvor stor er budsjetteringsfasen i UNN?
- Er du med på å utarbeide avdelingsbudsjett?
 - Hvordan legger du frem budsjettet til dine ansatte?
 - Blir de ansatte involvert i dette arbeidet?
- Er kontinuerlig forbedring en viktig sak når dere diskuterer budsjett?
- Blir det i budsjettforberedelsen vurdert om noen av aktivitetene kan kuttes? (Hvilke aktiviteter?)
- I hvor stor grad benyttes budsjett ved planlegging av arbeidshverdag og aktiviteter?
- Blir budsjettet overholdt i avdelingen, eller utføres det aktiviteter som overskrider vedtatt budsjett?
 - Hvor ofte? Hvordan håndteres budsjettavvik?
- Hva vil du si er de største kostnadmessige utfordringene til avdelingen?
- Vil du si at avdelingen legger størst vekt på økonomi/budsjett eller forbedring av pasientforløp?

Drift og måling (løpende oppfølging og måling av resultat)

- Hva slags styringsverktøy blir brukt til å planlegge tilgjengelighet, aktivitet og ressursstyring (alt fra personell, areal, utstyr og åpningstid)?
 - Hvor ofte følges disse opp?
- Hvem bruker de ulike verktøyene? (HN LIS, GAT, DIPS, Nimes)
 - Hva brukes de til?
 - Hvordan påvirker disse systemene pasienten?
- Har du vært med på å bestemme hvilket styringsverktøy som skal brukes i avdelingen?
- Har dere fått god opplæring og gjennomgang fra ledelsen om de ulike systemene og hva de potensielt kan brukes til?
- Tror du noen av aktivitetene på avdelingene kunne vært kuttet uten at det hadde gått utover driften/pasienten?
- Hva slags lokale rutiner er det utarbeidet for å sikre at avbestillinger på kort varsel kan bli plukket opp og ledige timer fylles opp?
- Hvordan opplever du at systemene for rapport, informasjonsformidling og måling fungerer?
 - Er rutinene og systemene gode og pålitelige nok? Hva kunne vært gjort annerledes?
 - Burde de være mer eller mindre byråkratisk?

Rapportering og evaluering

- Har dere daglige morgenmøter? Hvem er med? Hva diskuteres? Hvor ofte?
- Hvor ofte blir det avholdt driftsmøter internt og på tvers av avdelinger? Hvem er med på disse møtene?

- Hvilke verktøy, rapporter og målinger ser dere over under disse møtene for å oppdage mulige driftsutfordringer?
- Har dere andre faste møter i avdeling for å følge opp verktøy, rapporter og målinger?
- Dersom avvik eller problemer oppdages i forhold til for eksempel kommunikasjonsflyt, feilinformasjon etc. Hva slags rutiner for rapportering og tilbakemelding er det i poliklinikken? Hvordan blir dette fulgt opp?
- Er kontinuerlig forbedring et sentralt tema under faste møter?
- Er kontinuerlig forbedring en del av den uformelle samtalen?

Poliklinikkprogrammet (tilgjengelighet og ressursstyring)

- Hvor godt kjent er de ansatte med poliklinikkprogrammet og de nye felles rutinene som er utarbeidet?
- Hva slags møter og tiltak er gjort for å formidle og implementere de nye felles rutinene for de ansatte?
- Opplever du at de ansatte blir inkludert i implementeringen og bruken av poliklinikkprogrammet i avdelingen?
- Har dere utarbeidet en egen tiltaksliste og/eller implementeringsplan?
- Har dere opplevd noen utfordringer med implementeringen av felles rutiner? I så fall, hva slags utfordringer?
- Er det noen planlagte rutiner er det som ikke er innført enda? Hvilke tiltak har dere for å få disse implementert?
- Er poliklinikkprogrammet tatt godt imot av de ansatte, og hvordan stiller de seg til tiltakene?
- Har du merket en forbedring rundt avdelingens tilgjengelighet og ressursstyring etter poliklinikkprogrammet startet?

«Felles rutiner for poliklinikk forventer at åpningstid og pasientbehandlingstid skal være tilnærmet lik, da poliklinikken forventes å være åpen noen få minutter før første pasient skal tas inn».

- For somatikk i UNN skal åpningstiden minimum være 8 timer per åpningsdag. I våre datasett er pasientbehandlingstid kun 5-6 timer daglig. Hva er årsaken til dette?
- Ifølge vårt datasett blir første pasient tatt inn gjennomsnittlig klokken 08.56 (2022), hva er årsaken til at første pasient ikke blir tatt inn rundt åpningstid?
- Utviklingen i poliklinikkstid var positiv, helt frem til 2022. Den negative utviklingen skyldes senere starttid og tidligere sluttid. Hva er årsakene til dette?
- Onsdager og torsdager i 2022 har vært de dårligste dagene med gjennomsnittlig sen starttid (kl. 09.05) for pasientbehandling. Hva skyldes dette?
- Tror du det er gjennomførbart at poliklinikkens åpningstid og pasientbehandlingstid skal være tilnærmet lik?
 - Er det mye møter eller før/etterarbeid som tar tiden fra pasientene?
 - Hva hinder dere i å kunne oppfylle denne rutinen?
 - Hvordan er arbeidstiden til legene/sykepleierne? Når forventes det at før-/etterarbeid skal gjøres hvis dette skal overholdes?
 - Hvordan er dette med tanke på overtidsstoppen?

Avslutning

- Har du noen spørsmål eller avsluttende kommentarer?
- Fortell om videre behandling av intervju, transkribering, oppgavens fremdrift etc.
- Takke informanten for deltagelse.

10 Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Masteroppgave om tilgjengelighet og ressursutnyttelse ved en poliklinikk på UNN i Tromsø

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke implementeringen av kontinuerlig forbedring, felles rutiner og ulike styringssystemer for å forbedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved en bestemt poliklinikk ved UNN Tromsø. Dette skrivet gir deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å undersøke implementeringen av ulike styringssystemer og rutiner for å bedre tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen ved poliklinikken, UNN i Tromsø. Studien varer fra januar 2023 til juni 2023 og omfatter intervjuer av ulike ansatte ved den aktuelle poliklinikken, samt ledere for flere avdelinger.

Dette er en masteroppgave i økonomisk styring ved UiT Norges arktiske universitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Handelshøgskolen ved UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Etter samtale med avdelingslederen ved den aktuelle poliklinikken har vi fått tips og kontaktinformasjon til flere ansatte ved UNN. Utvalgskriteriene er at informantene jobber ved den aktuelle poliklinikken og/eller med tilgjengelighet og ressursutnyttelse ved avdelingen/klinikken.

Hva innebærer det for deg å delta?

Ved deltakelse i prosjektet vil du bli intervjuet angående tema. Dette intervjuet vil vare i ca. en time, og intervjuene vil bli tatt opp via lydopptak og transkribert, i tillegg til notater underveis.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

forfatterne av oppgaven, samt veileder som vil ha tilgang til opplysninger, taleopptak og transkriberinger.

Vi vil ikke oppgi navn, stillingstittel eller poliklinikk/avdeling/klinikk i publiseringen, men det vil bli oppgitt hvilket nivå informanten jobber på, toppleder, mellomleder eller ansatt. Denne informasjonen, samt svarene som blir gitt under intervjuet vil ikke kunne bli koblet mot noe som kan avsløre informantens identitet eller stilling. Informanter vil bli navngitt som «toppleder 1-2», «mellomleder 1-2» eller «ansatt 1-4».

Informantene kan få tilsendt transkribering etter gjennomført intervju, med mulighet til å endre, fjerne eller tilføye informasjon dersom det er ønskelig.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15. juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med opplysninger som kan indentifisere deg, slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Handelshøgskolen ved UiT Norges arktiske universitet har 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:

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

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

- Behandlingsansvarlig: Handelshøgskolen UiT Norges Arktiske universitet, e-post: hhtpost@bfe.uit.no og telefonnummer 77 64 57 50.
- Prosjektansvarlig/veileder: Helen Marita Sørensen Holst, e-post: helen.m.holst@uit.no og telefonnummer 909 65 662.
- Vårt personvernombud: Sølvi Bredeford Anderssen, e-post: personvernombud@uit.no, telefonnummer: 77 64 61 53.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- E-post: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Helen Marita Sørensen Holst
Veileder

Michelle Irén Guldhav/Erik Karlstrøm
Studenter

