

Master of Science

Økonomistyring 2012

2 uker utl. tid

Martine Midtsand Hovland

Økonomistyringens påvirkning på grunnlaget for internt samarbeid

Et studie av anestesivirksomheten ved St. Olavs Hospital

Trondheim, mai 2012



Høgskolen i Sør-Trøndelag

Avdeling Trondheim økonomiske høyskole

Høgskolen i Sør-Trøndelag
Bibliotek - TØH

FORORD

Denne masteravhandlingen er en obligatorisk oppgave skrevet som en avsluttende del av et toårig masterstudium med en fordypning i økonomistyring, ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling Trondheim Økonomiske Høgskole. Oppgaven representerer 30 studiepoeng.

Tema for oppgaven er økonomistyring ved St. Olavs Hospital. Avhandlingen er en teoretisk og empirisk studie hvor jeg benytter opplevelser fra to klinikker, til å beskrive hvordan økonomistyring ved St. Olavs Hospital påvirker grunnlaget for internt samarbeid. Arbeidet med oppgaven har vært lærerikt og interessant, samtidig som det har vært en utfordrende og krevende prosess.

Jeg ønsker å takke min veileder Gudrun Baldvinsdottir for gode og konstruktive innspill i prosessen. I tillegg vil jeg rette en stor takk til mine respondenter ved St. Olavs Hospital for deres deltagelse.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens egen regning.

Trondheim, 24. mai 2012

Martine Midtsand Hovland

SAMMENDRAG

De siste 20 årene har det skjedd en modernisering av offentlig sektor. Innføring av ulike reformer har satt fokus på markedslogikk og resultatstyring. Årsaken bak reformene har vært et ønske om å effektivisere sektoren. Begrensede ressurser og et samfunnsmessig ansvar for effektiv drift, gjør optimal ressursforvaltning til et viktig tema i offentlig virksomhet.

Sykehussektoren har blitt sett på som et ”problembarn” i offentlig virksomhet. Media fokuserer på sektorens underskudd, uklare finansierings- og ansvarsforhold og ventelisteproblematikk. Dette illustrerer relevansen av å reise spørsmål rundt styring, finansiering og organisering av helsetjenester, for å oppnå effektiv drift.

Effektivitet i sykehus handler om optimal pasientflyt. Optimal pasientflyt avhenger av at alle aktørene som er inne i produksjonslinjen, har et effektivt samarbeid. Økonomistyring kan bidra til å sikre at aktørene jobber mot et felles mål. På bakgrunn av dette har jeg utformet følgende problemstilling:

Hvordan påvirker økonomistyring ved St. Olavs Hospital grunnlaget for internt samarbeid?

Studie belyser og beskriver utsagn fra respondenter ved Serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin og Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer ved St. Olavs Hospital.

Oppgavens empiriske grunnlag er basert på intervju utført ved St. Olavs Hospital. Empirien analyseres på bakgrunn av ulike perspektiver på økonomistyring.

Dette studie viser at økonomistyring ved St. Olavs Hospital er vertikalt preget. Klinikkene ved sykehuset styres som separate enheter, og økonomistyringen tilrettelegger først og fremst for vertikal kommunikasjon av informasjon. Dette har resultert i fremvekst av uformelle horisontale løsninger for internt samarbeid, mellom klinikkene.

Vertikalt preg på økonomistyring leder til i manglende transparens på tvers av klinikkene. Empiriske funn indikerer at dette fører til mangel på tillit. Jeg identifiserer et behov for formelle horisontale systemer, som et supplement til de uformelle løsningene. Formelle horisontale systemer kan tilrettelegge for informasjonsdeling og transparens på tvers av klinikkene, og dermed øke tilliten og bedre det interne samarbeidet.

ABSTRACT

For the last 20 years reforms to modernize and increase the effectiveness of the public health-care sector have become more widespread. Limited resources, and a social responsibility make optimal utilization of resources an important issue in the public sector of health care. This illustrates the importance of asking questions regarding how the sector is managed, in the case of governance, financing and control. To allocate resources appropriately, and achieve efficiency in production, proper management systems are needed. On this basis, I have formulated the following research question:

How does the management system at St. Olav's Hospital influence internal cooperation?

Experiences from Service Clinic for Anaesthesia and Emergency Medicine and Clinic of Orthopaedics and at St. Olav's Hospital.

The empirical data is generated through twelve interviews at St. Olav's Hospital. The study use different perspectives on management systems to describe the degrees of financial management in the public sector.

This study shows that St. Olav's Hospital experience challenges that are typical for management in the public sector. My findings indicate that the management system at St. Olav's Hospital has a strong vertical feel. This seems to result in an emergence of informal horizontal solutions for internal cooperation.

Vertical control makes horizontal transparency across the clinics difficult. This study shows that lack of transparency seems to affect the clinics ability to trust each other. This study indicates that formal horizontal systems are needed as a supplement to the informal solutions that have emerged. Formal horizontal systems can help achieve transparency, and obtain trust between the clinics. This will in turn affect the basis of internal cooperation.

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
1.2 OPPGAVENS MOTIVASJON.....	2
1.4 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING.....	2
1.5 STRUKTUR.....	3
2. TEORETISK UTGANGSPUNKT	4
2.1 ØKONOMISTYRING I ET PRINSIPAL- AGENT TEORETISK PERSPEKTIV.....	4
2.1.1 Prinsipal- agent teorien.....	4
2.1.2 Økonomistyring	5
2.1.2 Budsjett som styringsverktøy	8
2.1.3 Ouchis styringsmekanismer.....	9
2.2 BESKRIVENDE TEORI.....	12
2.2.1 Stewardship theory	12
2.2.2 Tillit	14
2.2.3 Tillit i økonomistyring	14
2.4 ØKONOMISTYRING I OFFENTLIG SEKTOR	15
2.4.1 Modernisering av offentlig sektor	15
2.4.2 Styringsutfordringer i offentlig sektor	16
2.6 OPPSUMMERING.....	17
3. METODE	18
3.1 VITENSKAPSTEORETISK UTGANGSPUNKT.....	18
3.2 FORSKNINGSMETODER.....	19
3.4 FORSKNINGSDSIGN	20
3.4.1 Intensivt eller deskriptivt design.....	20
3.4.2 Casestudie.....	21
3.5 DATAINNSAMLING	21
3.5.1 Dybdeintervju	21
3.6 ANALYSE AV DATA	24
3.7 METODEKVALITET	25
4. CASEBESKRIVELSE	26
4.1 SYKEHUSREFORMEN OG INNSATSSSTYRT FINANSIERING.....	26
4.2 ST. OLAVS HOSPITAL.....	28
4.3 KLINIKKEN FOR ANESTESI OG AKUTT MEDISIN	29
4.3.1 Anestesiavdelingen	30
4.4 KLINIKKEN FOR ORTOPEDI, REVMATOLOGI OG HUDSYKDOMMER.....	30
4.4.1 Ortopedisk avdeling.....	30
5. EMPIRI	31
5.1 INNLEDNING.....	31
5.2 FUNN	32
5.2.1 Driftsmessige og finansielle premisser.....	32
5.2.2 Budsjettering- og planleggingsprosessen.....	34

5.2.3 Handling	38
5.2.4 Evaluering	39
5.2.5 Grunnleggende forutsetninger for styring	42
6. ANALYSE AV HOVEDFUNN	47
6.1 TO VERDENER	47
6.2 VERTIKAL STYRING	49
6.3 UFORMELL HORIZONTAL STYRING	60
6.4 BEHOV FOR HORIZONTAL TRANSPARENS	63
7. AVSLUTNING	66
7.1 KONKLUSJON	66
7.2 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	67
LITTERATURLISTE	68
VEDLEGG	73
INTERVJUGUIDE:	73

FIGURLISTE

FIGUR 1: DEN IDEELLE ØKONOMISKE STYRINGSPROSESSE.....	6
FIGUR 2: KUNNSKAP OM MÅL- MIDDEL RELASJONER	10
FIGUR 3: ORGANISASJONSKART ST. OLAVS HOSPITAL.....	29

TABELL LISTE

TABELL 1: OVERSIKT OVER RESPONDENTER FOR INTERVJU.....	23
--	----

1. INNLEDNING

Sykehussektoren er en gigantindustri målt i norsk målestokk. Årlig disponerer sektoren flere titalls milliarder kroner av samfunnets ressurser. På bakgrunn av sektorens størrelse og enorme ressursbruk, både menneskelig og økonomisk, er det naturlig å rette søkelyset mot sektorens ressursutnyttelse. En omdiskutert problemstilling tilknyttet styring i sykehussektoren, er store driftsunderskudd i helseforetakene. Helsesektoren kan synes å være i en tilstand av nær permanent budsjettkrise (økonominettverket.no 02.05.2012). Dette illustrerer viktigheten av å reise spørsmål rundt styring, finansiering og organisering av helsetjenester.

Sykehussektoren har ofte blitt sett på som et ”problembarn” i offentlig virksomhet. Media fokuserer på sektorens underskudd, uklare finansierings- og ansvarsforhold og ventelisteproblematikk (Herfindal, 2008). Dette er elementer som har satt nye reformer på dagsorden. Sykehusreformen, iverksatt i 2002, kom som svar på en kriseutsatt sektor, hvor finansieringssystemene ikke ble sett på som gode nok. Noen mener reformen markerte overgangen til et nytt verdigrunnlag for offentlig virksomhet, et grunnlag inspirert av rasjonaliteten som råder i New Public Management (NPM) (Marstein, 2008).

En innføring av reformer basert på NPM prinsipper har styrket økonomistyringens rolle i sykehus (Berg, 2005). Økonomistyring har som formål å styre en organisasjonen til å nå fastsatte mål. For et sykehus vil målet være effektiv pasientbehandling.

1.2 OPPGAVENS MOTIVASJON

Fokus på effektiv drift i sykehus, handler ikke nødvendigvis om å springe fortere, men det handler om å oppnå optimal pasientflyt. Sykehus er komplekse virksomheter hvor profesjoner fra ulike klinikker jobber i samme produksjonslinje, om felles leveranser. Dette synliggjør hvordan evnen til samarbeid påvirker effektiviteten ved et sykehus.

En modernisering av offentlig sektor har resultert i økt fokus på økonomistyring ved offentlige sykehus. Styringsystemer, basert på bedriftsøkonomiske prinsipper, er innført med formål om å øke effektiviteten ved sykehusene. Jeg finner det interessant å se på hvilken rolle økonomistyring har i forhold til påvirkning på internt samarbeid. Dette synes jeg er interessant på bakgrunn av at effektivitet i produksjon av helsetjenester ser ut til å omhandle evnen til godt samarbeid, mellom profesjonenes i produksjonslinjen. Økonomistyring kan i følge Coombs (1987) tilrettelegge for samarbeid. Jeg ønsker se på hvordan økonomistyring i praksis, påvirker grunnlaget for internt samarbeid mellom profesjonene ved et sykehus.

1.4 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING

En operasjon er et eksempel på en aktivitet som krever deltagelse og samarbeid fra ulike klinikker ved et sykehus. Operasjonsstuen kan sees som sykehusets motor, og det er farten på motoren som bestemmer hvor mange pasienter man får operert. For å opprettholde farten må de ulike profesjonene, som deltar i produksjonslinjen, være samstemte. De må møte opp til samme tid, ha like forventninger vedrørende inngrepets kompleksitet, og være klar over hverandres forutsetninger for drift. Å skape effektivitet ved et sykehus vil derfor, blant annet, omhandle evnen til godt samarbeid mellom profesjonene som jobber sammen i produksjonslinjen.

På bakgrunn av dette ønsker jeg å belyse hvordan økonomistyring ved et St. Olavs Hospital påvirker grunnlaget for internt samarbeid. Oppgaven avgrenser seg til å belyse opplevelser fra to klinikker ved sykehuset. Jeg har på bakgrunn av dette formulert følgende problemstilling:

Hvordan påvirker økonomistyring ved St. Olav Hospital grunnlaget for internt samarbeid?

Studie belyser og beskriver utsagn fra respondenter ved Serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin og Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer ved St. Olavs Hospital.

Årsaken til at studiet belyser opplevelser ved disse klinikkene er at dette er eksempler på to ulike klinikker som er inne i samme produksjonslinje. Studiet ser på hvordan økonomistyringen påvirker grunnlaget for samarbeid mellom en serviceklinikk og en opererende klinikk, representert av Klinikken for Ortopedi. Klinikkenes felles ytelse avhenger av evne og mulighet for samarbeid.

For å belyse problemstillingen vil jeg kartlegge hvordan respondentene opplever at sykehusets økonomistyring påvirker deres arbeidshverdag. De to klinikkene er avhengig av internt samarbeid for å skape verdi. Serviceklinikken leverer anestesitjenester til operasjoner som Klinikken for Ortopedi utfører, klinikkene er dermed avhengig av hverandres ytelse for å skape verdi for sykehuset, og samfunnet som helhet. Dette krever at det legges til rette for et godt og effektivt samarbeid internt, mellom klinikkene.

Oppgaven har en kvalitativ art og empirien som er lagt til grunn for studiets analyse består av tolv intervjuer utført ved St. Olavs Hospital.

1.5 STRUKTUR

Kapittel 2 presenterer de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for analyse av problemstillingen.

Kapittel 3 viser hvilken metodikk jeg har benyttet for å besvare oppgavens problemstilling, og forklarer fremgangsmåten i datagenereringen. Jeg har anvendte intervju som datagenereringsmetode.

Kapittel 4 gir en casebeskrivelse av institusjonen som inngår i dette studiet, samt en presentasjon av enhetene studiet omhandler.

Kapittel 5 presenterer mine empiriske funn som legger grunnlag for å kunne besvare problemstillingen.

Kapittel 6 analyserer hovedfunn på bakgrunn av oppgavens teoretiske fundament.

Kapittel 7 består av konklusjon, samt forslag til videre forskning.

2. TEORETISK UTGANGSPUNKT

Dette kapitlet tar for seg oppgavens teoretiske utgangspunkt. Teorien som presenteres ansees som relevant for å besvare problemstillingen og danner grunnlaget for analyse av innsamlet data.

Jeg vil først belyse et klassisk syn på økonomistyring gjennom en redegjørelse av hvorfor man har behov for styring i virksomheter. Dette vil jeg gjøre gjennom en presentasjon av et *Prinsipal- agentteoretisk perspektiv* på økonomistyring. Ulike styringsformer og mekanismer som bygger på et prinsipal- agentteoriens perspektiv, vil bli beskrevet gjennom en presentasjon av den *ideelle økonomiske styringsprosessen*. Deretter vil alternative perspektiver på økonomistyring belyses. Alternative perspektiver muliggjør en forklaring av eventuelle avvik fra forutsetningene som det klassiske prinsipal- agentteoretisk perspektivet bygger på. Jeg vil blant annet benytte *Stewardshipteorien* til å beskrive kompleksiteten i menneskers atferd, samt presentere hvilken rolle *tillit* har i økonomistyring. Til slutt vil jeg presentere økonomistyring i offentlig sektor ved å belyse ulike styringsutfordringer i sektoren.

2.1 ØKONOMISTYRING I ET PRINSIPAL- AGENT TEORETISK PERSPEKTIV

I denne delen av teorikapitlet vil jeg belyse ulike aspekter på økonomistyring i et prinsipal- agentteoretisk perspektiv. Jeg vil gjennomgå prinsipal- agentteorien, presentere definisjoner på økonomistyring, belyse den ideelle styringsprosessen og komme nærmere inn på budsjettet som styringsverktøy, før jeg til slutt gjennomgår Ouchi sine ulike forutsetninger for styring.

2.1.1 PRINSIPAL- AGENT TEORIEN

Prinsipal- agentteorien bygger på sterke antagelser om at mennesket er en rasjonell aktør, som søker å maksimere sin egen nytte (Jensen & Meckling, 1976). Kjernen i teorien omhandler en situasjon hvor en agent utfører en oppgave på vegne av en prinsipal, og agentens skal derav ivareta prinsipalens interesser (Opstad, 2003). Informasjonsasymmetri mellom agent og prinsipal i tillegg til ulik kunnskap vedrørende oppgaven som skal utføres, gir agenten mulighet til å opptre opportunistisk og maksimere egen nytte på bekostning av prinsipalen (Jensen & Meckling, 1976). Dette illustrerer prinsipalens behovet for styring og kontroll av agentens atferd, for å på den måten sikre at agenten jobber for prinsipalens mål.

Økonomiske insentiver kan benyttes for styre agenten til å handle etter prinsipalens interesser, selv når atferd ikke kan observeres direkte. Styringssystemer kan gi agenten insentiver til å jobbe mot organisasjonens mål gjennom å forene agenten og prinsipalens målsettinger (Otley, Broadbent & Berry, 1995).

Målet med agentteori er å redusere agentkostnaden som prinsipalen pådrar seg ved interne kontroller som er iverksatt for å holde agentens egoistiske oppførsel i sjakk. Agentteorien omhandler derfor det å kontrollere og dermed minimalisere potensiell misbruk av delegert myndighet (Jensen & Meckling, 1976).

Agentteoriens begrensninger bunner i dens antagelser om at mennesket er rasjonelle aktører som primært søker å maksimere sin egen nytte. Teorien er kritisert for å bygge på en urealistisk beskrivelse av menneskets atferd, en atferd som ikke svarer til kravene i vår sosiale tilværelse (Meckling, 1994). Å merke all motivasjon som egoistisk forklarer ikke kompleksiteten i menneskers handlinger i følge Davis, Schoorman og Donaldson (1997).

2.1.2 ØKONOMISTYRING

Prinsipal- agentteorien illustrerer hvordan behovet for økonomistyring oppstår.

Økonomistyring er et eklektisk begrep, og det finnes ingen entydig definisjon på hva økonomistyring er. Økonomistyring er ingen teori, det er en samling av verktøy utviklet for virksomhetsstyring. Det er verktøy for utforming av systemer for datainnsamling og virksomhetsmåling. Systemer genererer beslutningsgrunnlag for styring av organisasjonen mot fastsatte mål (Horngren & Sundem, 1990).

Mauland og Mellemvik (2004) definerer også økonomistyring som systemer for generering av informasjon som kan redusere usikkerhet i forbindelse med beslutningstaking og kontroll.

Økonomistyring kan, i følge Mauland og Mellemvik (2004) gi ansatte kunnskap og bevissthet om ”produktpriser”, egne kostnader, resultat - og kvalitetskrav. På denne måten kan økonomistyring gi individer og grupper i en organisasjon en mulighet til å tilpasse sin daglige adferd i retning av hva de opplever som ønskelig av organisasjonen (Eccles & Nohria, 1992).

Busch, Johnsen og Vanebo (1999) definerer økonomistyring som lederatferd, atferd rettet mot realisering og utvikling av økonomiske forpliktelser gjennom regulering av ressurstilførsel.

Økonomistyring omhandler prioriteringsevne, oversikt, kontroll, påvirkningsgrad og evne til å holde seg innenfor gitte rammer. Når en organisasjon skal tilfredsstille flere mål, er

økonomistyrings oppgave å identifisere og prioritere, samt å styre aktiviteter og ressurser mot målene. Dette samsvarer med den klassiske definisjonen på økonomistyring presentert av Anthony (1965):

“(...) the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization’s objectives”.
(Anthony, 1965, i Otley, Broadbent & Berry, 1995: s. 32)

Anthony (1965) sin definisjon kan forstås som en forklaring på hvordan økonomistyring er ment å binde sammen en organisasjons strategiske planlegging og operasjonelle kontroll, for å oppnå organisatoriske mål.

Anthony og Young (2003) presenterer økonomistyring som en kontinuerlig prosess. Prosessen kalles den ideelle økonomiske styringsprosessen og er presentert i figur 1. I denne oppgaven vil jeg holde fast ved den Anthony (1965) sin klassiske definisjonen på økonomistyring som på mange måter oppsummerer de øvrige definisjonen som er presentert. Jeg vil benytte leddene i Anthony og Young (2003) sin ideelle økonomiske styringsprosessen for å belyse hvordan økonomistyring ved St. Olavs Hospital påvirker grunnlaget for internt samarbeid.



FIGUR 1: DEN IDEELLE ØKONOMISKE STYRINGSPROSESSEN (BASERT PÅ ANTHONY & YOUNG, 2003)

Gjennom den ideelle økonomiske styringsprosessen, formidles økonomistyring som en kontinuerlig prosess bestående av fire elementer; Strategi- og målutforming, planlegging (budsjettering), aktivitetsoppfølging (handling), rapportering og evaluering (regnskap) (Anthony & Young, 2003). I likhet med Anthony og Young (2003) definerer også Otley et al. (1995) økonomistyring som en planleggings- og koordineringsfunksjon, i tillegg til overvåkning- og evaluering.

Den ideelle økonomiske styringsprosessen starter med en utforming av en *strategisk plan* som bygger på organisasjonens overordnede mål. Gjennom strategisk planlegging avgjøres aktivitetsnivå og omfang for kommende periode (Anthony & Young, 2003). Hva planlagt aktivitet vil koste bør legge grunnlaget for organisasjonens *budsjett*, i følge Anthony og Young (2003). Pettersen, Nyland og Bjørnenak (2008) skriver om økonomi og helse gjennom en presentasjon av perspektiver på økonomistyring i helsesektoren. Pettersen et al. (2008) peker også på at budsjettet bør baseres på den strategiske planen, uttrykt i kvantitative størrelser. Hvor mange pasienter som skal opereres ved en avdeling er et eksempel på en strategisk plan uttrykt i kvantitative størrelser, i følge (Pettersen et al., 2008)

Neste steg i den ideelle økonomiske styringsprosessen er aktivitetsoppfølging og *evaluering* av prestasjon. Prestasjonene oversettes til regnskapsinformasjon som videre *rapporteres* (Anthony & Young, 2003). Regnskapet gjenspeiler på denne måten handlingene som er gjennomført (Mauland & Mellempvik, 2004). Rapportering av informasjon benyttes for å kontrollere nåværende aktivitet, evaluere prestasjon og vurdere grad av måloppnåelse (Anthony & Young, 2003). Resultatene fra aktivitetsoppfølging bør ideelt sett benyttes for å legge nye strategiske planer til grunnlag for neste års budsjett (Pettersen et al., 2008).

I praksis har det vist seg at den ideelle styringsprosessen er vanskelig å gjennomføre. Prosessen er basert på en forutsetning om at koblingen mellom elementene i sirkelen er formålsrasjonelle. For at styring skal være formålsrasjonell forutsettes det en uproblematisk koblingen mellom planlagt og faktisk aktivitet (Pettersen et al., 2008). Den ideelle styringsprosessen er kritisert for å ikke ta hensyn til usikkerheten i omgivelsene. En virksomhet må være tilpasningsdyktig for å møte endringer i omgivelsene, og den planlagte aktiviteten vil derfor kunne avvike fra faktisk aktivitet. I løpet av de senere årene har det fremkommet en mengde studier viser at organisasjoner ikke bør sees som oversiktlige, styrbare objekter, men i stedet må beskrives som objekter bestående av "løstkoblede" enheter.

Koblingen mellom budsjettarbeid og aktivitetsplanlegging har vist seg å være løs, eller ikke eksisterende (Weick, 1976)

2.1.2 BUDSJETT SOM STYRINGSVERKTØY

I følge Pettersen et al. (2008) betraktes budsjettet som et sentralt styringsredskap i offentlig sektor. Sammen med strategiske planer danner budsjettet viktige rammer for et sykehus (Pettersen et al., 2008). På bakgrunn av budsjettets sterke relevans som styringsverktøy ved sykehus ønsker jeg å gi en nærmere presentasjon av elementer ved budsjettet som styringsverktøy.

Budsjettet som styringsverktøy har sin opprinnelse i offentlig forvaltning (Boye, Bjørnenak & Bergstand et al., 1999). I dag benytter de fleste virksomheter, både private og offentlige, budsjettet i den økonomiske styringen. Formålet med budsjettet er å sette en ramme for ressursbruk ved å angi hvor mye penger som skal benyttes til ulike formål (Boye et al. 1999). På denne måten blir budsjettet en målestokk på hva som skal oppnås, til hvilken kostnad.

Budsjettet kan sees som et handlingsprogram uttrykt i økonomiske størrelser, størrelser basert på forutsetninger for en begrenset framtidig periode (Boye et al., 1999). En slik definisjon innebærer at budsjettet bygger på forutsetninger om hva som skal skje i kommende år, en plan bygd på forutsetninger om blant annet aktivitets-, pris- og lønnsnivå. For å kunne benyttes som målestokk må budsjettet gi et rimelig sammenligningsgrunnlag. Hvis det viser seg at budsjettet er bygd på urealistiske forutsetninger må budsjettets størrelser justeres (Boye et al., 1999).

Legitimering, kontroll, prestasjonsmåling og planlegging ansees å være budsjettets viktigste funksjon i offentlig sektor (Mauland og Mellempvik, 2004). Budsjettet gir på bakgrunn av denne definisjonen, ulike enheter autorisasjon til å benytte en viss mengde ressurser og muliggjør kontroll av at man ikke benytter mer ressurser enn man har åpnet for.

Svakheter ved budsjettet

Det finnes mye kritikk av budsjett som styringsverktøy i litteraturen. Hopwood (1973,1976) har fått store gjennomslag for sine observasjoner av hvordan budsjettet kan være hemmende for ledelse og styring. Hopwood (1976) uttrykker at mislykkede forsøk på ytelseevaluering på bakgrunn av budsjett, til tider har ført til mer problemer, mer spenning og flere bekymringer i organisasjonen, enn løsninger. Dette kan komme til uttrykk ved at

anstrengelser for å nå budsjett leder til uønsket atferd ved at ansatte fokuserer mest på sin individuelle innsats, og dermed overser konsekvensen deres handling har på organisasjonens totale prestasjon.

I offentlig sektor er kritikken mot budsjettet som styringsverktøy knyttet mot hvordan bruk av budsjett kan lede til en bevilgningstenkning, i følge Pettersen et al. (2008).

Bevilgningstenkning går ut på en tanke om at midler til overs signalisere at man har for store budsjetttrammer. Frykt for å få mindre budsjetttrammer i neste periode kan individer gi insentiver til overdreven ressursbruk i et forsøk på å ”bruke opp” tildelte midler før året er omme (Nyland & Pettersen, 2004).

Løsninger for å forbedre budsjettets relevans som styringsverktøy

En løsning på kritikken presentert ovenfor kan være å gjøre budsjettet mer fleksibelt og bedre tilpasset virksomhetens omgivelser. Gjennom å bryte opp budsjettprosessen kan man foreta en grundigere gjennomgang av ressursforbruket i en virksomhet. Dette kan være med på å bedre prosessene og gi mulighet for omprioriteringer, noe som totalt sett kan være med på å forbedre virksomhetens måloppnåelse (Pettersen et al., 2008).

Behovet for å inkludere og motivere til deltagelse blant ansatte på lavere organisatoriske nivå, trekkes frem som viktig i den moderne formen for budsjettering (Hopwood, 1976). Lau og Buckland (2001) diskuterer hvordan deltagelse i budsjettprosessen kan øke tillit og redusere ineffektivitet. Ansattes deltagelse i budsjettprosessen ansees også av Hopwood (1976) som et universalmiddel mot noe av kritikken ved det tradisjonelle budsjetteringssystemet. Å inkludere parter som påvirkes av prosessen vil fjerne noen av budsjettets svakheter i form av at spenningen og problemene blir mindre, i følge Hopwood (1976). Baldvinsdottir og Strid (2012) peker for øvrig på at om man mangler tillit til budsjettet, vil selv en slik tilnærming til budsjettprosessen skape ineffektivitet. Mangel på tillit kan føre til en likegyldighet i forhold til budsjetteringsprosessen fra den underordnedes side.

2.1.3 OUCHIS STYRINGSMEKANISMER

I følge Opstad (2003) omhandler økonomistyring metoder som skal sikre en fornuftig forvaltning av knappe ressurser. For å forvalte ressurser på en hensiktsmessig måte er det nødvendig å ha mål å styre etter, og kunnskap om tiltak som påvirker målet i følge Ouchi (1977).

Ouchi (1977) beskriver styring som en evalueringsprosess, en prosess for revaluering av atferd og resultat. Når det gjelder evaluering av ytelse skiller Ouchi (1979) mellom atferd, og måling av atferdens resultat. Ouchi (1979) indikerer at man må fokusere på enten atferd eller resultat, når man styrer en organisasjon. Atferd omhandler hvordan man utfører en handling, mens resultat er det man får ut av selve handlingen.

Ouchi (1979) presenterer et rammeverk som viser hvilke styringsmekanismer som fungerer best i ulike organisasjoner. Mekanismene er presentert i figur 2. Valg av styringsmekanisme avhenger av hvor definerte mål man har på resultat, og hvor god kunnskap man har vedrørende årsaken til resultatene man oppnår. Kausalkunnskap henviser til sammenhengen mellom ressursinnsats (årsak) og resultat (virkning).

		Kausalkunnskap	
		Gode	Dårlige
Resultatmål	Klar	Atferds- /resultatstyring	Resultatstyring
	Uklar	Atferdsstyring	Rituell- /profesjonsstyring

FIGUR 2: KUNNSKAP OM MÅL- MIDDEL RELASJONER FORHOLD SOM BESTEMMER EVNE TIL Å MÅLE ATFERD ELLER RESULTAT (BASER PÅ OUCHI, 1979)

Figuren viser hvordan kunnskap om mål- middelrelasjoner og graden av målbåret fører til ulike styringsbehov. Rammeverket presenterer forhold som må være til stede ved de ulike styringsformene og legger et grunnlag for å beskrive ulike forutsetninger for styring (Ouchi, 1979).

Med utgangspunkt i Ouchi (1979) sitt rammeverk presenterer Busch, Johnsen og Vanebo (2002) tre former for styring. Det første er *atferdssyring*. Atferdstyring er kontroll gjennom formelle regler og rutiner. Det andre er *målstyring*, styring med fokus på sammenhengen mellom målsetting og resultat. Den tredje formen for styringer er styring på bakgrunn av verdier og normer, også kalt *profesjonsstyring*.

Atferdsstyring baseres på en direkte form for kontroll av atferd, og passer best i organisasjoner med høy grad av rutiner. For å styre atferd i retning av måloppnåelse må man ha kausalkunnskap, kunnskap om årsak og virkning. *Målstyring* innebærer fokus på resultatet av atferden. Ved målstyring ønsker man å se sammenhenger mellom prestasjon og mål, styring er basert på måling av resultater. Man må kunne utvikle mål som er aksepterte, kontrollerbare og korrigerbare, for at man skal kunne benytte målstyring (Ouchi, 1979). I helseinstitusjoner kan målstyring være vanskelig å gjennomføre da det ofte er vanskelig å konkretisere mål og resultater, i Pettersen et al. (2008).

Et alternativ til målstyring er *resultatstyring*. Resultatstyring krever at man har et klart og konkret uttrykk av resultater i form av resultatmål. Måling av produksjon er en form for resultatstyring. Et eksempel på resultat ved sykehus kan være antall opererte pasienter, antall timer medgått til behandling og lignende (Opstad, 2003). For å kunne benytte resultatmåling som kriterium må man ha en metode for å måle resultatet. Kan man ikke måle resultatet blir det vanskelig å vurdere om målet er nådd (ibid).

Et sykehus er en kompleks organisasjon og evnen til å se klare mål- middelrelasjoner kan variere blant ulike klinikker og divisjoner innad i sykehuset. I følge Ouchi (1979) vil utøvelse av profesjonelt skjønn blir styrende i situasjoner hvor det er tvetydig sammenheng mellom ressursinnsats og resultat. Uklare resultatmål, lav grad av målbart resultat og dårlige kausalkunnskap fører til utbredt bruk av *profesjonsstyring* i helsesektoren (Mintzberg, 1989). Helsesektoren består av sterke profesjoner som i stor grad tar beslutninger på bakgrunn av erfaring og kunnskap, opparbeidet gjennom en lengre profesjonsutdanning, forskning og arbeid. Dette er årsaken til at profesjonelt skjønn og erfaring tradisjonelt sett blir utgangspunktet for styring i helsesektoren, i følge Pettersen et al. (2008). I et sykehus veier faglige vurderinger tungt og leger og sykepleieres erfaringer er styrende for hvilken behandling som gjennomføres.

Ouchi (1979) hevder at organisasjoner må velge den mekanismen som i størst mulig grad passer organisasjonen. Hvilken informasjon som er tilgjengelig, klare eller uklare resultatmål samt hvilke type ansatte som jobber ved organisasjonen, trekkes frem som avgjørende faktorer. Selv om det eksisterer tvetydighet med hensyn til kausalkunnskap, lav grad av målbart resultat og en overvekt av profesjonsmedarbeidere ved et sykehus, er allikevel ikke resultatstyring og atferdstyring uaktuell i en slik virksomhet. Resultatmål og kausalkunnskap kan bedres, og styringsformer som oppfyller andre forutsetningene kan implementeres.

2.2 BESKRIVENDE TEORI

Teoriene om økonomistyring, budsjett og ulike styringsformer har en forankring i et rasjonelt perspektiv på økonomistyring. For å forklare kompleksiteten i menneskers atferd er alternativ teori nødvendig. Jeg vil i denne delen av teorikapittelet presentere alternative perspektiv på økonomistyring som en kontrast til perspektiver med forankring i prinsipal- agentteoriens fundament. Alternative perspektiv på økonomistyring benyttes som et supplement til prinsipal- agentteoriens syn på mennesket. Jeg vil først fremme Stewardshipteorien, en teori som gir rom for en mer kompleks beskrivelse av menneskets atferd. Jeg ønsker å benytte denne teorien for å oppnå et mer nyansert bilde av styring i offentlig sektor. I den forbindelse vil jeg presentere hvilken rolle tillit kan ha i økonomistyringssammenheng. Tillit er kompatibelt med stewardshipteorien.

2.2.1 STEWARDSHIP THEORY

Stewardshipteorien presenteres av Davis, Schoorman og Donaldson (1997) som et alternativ til agentteorien. Forskjellen på stewardship teorien og agentteorien kan spores tilbake til den historiske debatten mellom Simon (1957) og Argyris (1973) i følge Davis, Schoorman og Donaldson (1997). Argyris utfordret agentteoriens forenklete syn på menneskelig atferd og argumenterte for en mer kompleks modell i forsøk på å øke teoriens relevans og forklaringskraft (Davis et al., 1997).

Agentteorien kan benyttes til å forstå interessekonflikter mellom agent og prinsipal. Den forklarer det resulterende potensialet for opportunistisk atferd, og presenterer insentiv- og kontrollsystemer som en løsning på dette. Kritikken mot teorien er rettet mot at den ikke gir rom for kompleksiteten i relasjoner. Agentteorien forutsetter rasjonalitet, og den ser på mennesket som individualistisk og nyttemaksimerende. Dette resulterer i at agentteorien ikke kan benyttes til å beskrive alle situasjoner. Stewardshipteorien kan sees som et supplement til agentteoriens begrensninger. Teorien bygger på et syn på mennesket som kollektive selvrealiserende individer, som oppnår nytte på bakgrunn av organisatoriske prestasjoner. Den peker på at ansatte som identifiserer seg med en organisasjon, og føler høy forpliktelse til organisasjonens verdier, primært vil jobbe for organisasjonens beste (Davis et al., 1997). Stewardshipteorien syn på mennesket forutsetter at kollektivistisk atferd gir høyere nytte enn individuell, egoistisk atferd.

Stewardshipteorien ligger utenfor det økonomiske perspektivet, og har sitt opphav i psykologi og sosiologi (Davis et al., 1997). I teorien defineres ansatte som en forvalter, fremfor en agent. Forvalteren presenteres som et alternativ til den klassiske agenten (ibid).

Stewardshipteorien ble designet for å undersøke situasjoner hvor forvaltere har en indre motivasjon til å handle i tråd med prinsipalens interesser. En forvalter vil ikke nødvendigvis velge en atferd som avviker fra organisasjonens interesser for å oppnå egen nytte. Perspektivet antar at forvalteren har en indre vilje til å handle i tråd med organisasjonen og prinsipalens interesser, på bakgrunn av en moralsk forpliktelse ovenfor fellesskapet.

I agentperspektivet er det ikke rom, eller behov for tillit mellom partene. Årsaken er at relasjonene reguleres gjennom avtaler, og ansvar styres gjennom kontroll og belønning (Jensen & Meckling, 1976). I situasjoner hvor man har behov for å forklare hvordan tillit påvirker relasjoner vil stewardshipteorien kunne supplere agentteorien. Stewardshipteorien beskriver hvordan en forvalters prestasjoner påvirkes av tilliten vedkommende har blant sine omgivelser. Tilliten øker når forvalteren viser seg pålitelig. I et prinsipal- forvalter perspektiv vil man på bakgrunn av tillit til forvalteren redusere behovet for kontrollmekanismer, noe som senker prinsipalens transaksjonskostnader (Davis et al., 1997).

I situasjoner hvor ledelsesfilosofien er basert på deltagelse og tillit, og hvor kulturen er basert på samarbeid, vil man ha en prinsipal – forvalterrelasjon (Lewicki & Bunker, 1996).

Teoretikere som støtter opp om stewardshipteorien fokuserer på strukturer som fordeler og bemyndiger, heller enn overvåkning og kontroll. Mens prinsipal- agentteorien legger vekt på ytre belønninger, fokuserer stewardshipteorien på motivasjon gjennom indre belønninger slik som prestasjoner og yrkesstolthet.

Stewardshipteorien er forenelig med premisene for profesjonsstyring presentert i Ouchi (1979) sitt rammeverk. Profesjonsstyring forutsetter i mange tilfeller at man har tillit til at profesjonene utfører arbeidet på en hensiktsmessig måte, da det er profesjonene som har best kunnskap om hvordan arbeidet skal utføres. Profesjoner i et sykehus kan ha en intern og yrkesmessig motivasjon til å handle i tråd med sykehusets mål om å tilby god behandling til flest mulig pasienter, dette er i tråd med stewardshipteoriens syn på mennesket. Hvis profesjonene ved et sykehus har normer og verdier som er forenelig med sykehusets og samfunnets interesser, vil det ut i fra et prinsipal- forvalter perspektiv, redusere transaksjonskostnaden på bakgrunn av mindre kontrollbehov.

2.2.2 TILLIT

Tillit er et vidt begrep med mange ulike tilnæringer. Tillit er knyttet til sosiale kontekster da tillit til atferd endres når den sosiale konteksten endres (Lewicki & Bunker, 1996). Lewicki og Bunker (1996) vektlegger at tillit innebærer det å ha tro på et annet menneske, en overbevisning om positive forventninger vedrørende en annen persons handling. McAllister (1995) definerer, i følge Baldvinsdottir og Strid (2012), tillit som individs tro på, og villighet til å handle på bakgrunn andres ord, handlinger og beslutninger. Dette kan sees som eksempler på persontillit – tillit til andre mennesker (Baldvinsdottir & Strid, 2012).

2.2.3 TILLIT I ØKONOMISTYRING

Økonomistyring iverksettes på bakgrunn av et ønske om å styre atferd til ønsket måloppnåelse. Sykehusreformen som ble iverksatt i 2002 hadde som formål å redusere overforbruk og øke effektiviteten. Budsjettene ble strammere og helseforetakene skulle begynne å tilpasse aktivitet og kostnad til inntektene (Pettersen et al., 2008). Dette kan sees som et eksempel på at økonomistyring er innført fordi man mangler tillit til at institusjonene drifter effektivt. Tillit kan ikke erstatte et formelt system og et formelt system vil ikke fungere uten tillit. Kontroll og tillit kan derav sees som nært tilknyttet hverandre.

Interessen for økonomistyring og tillit kan spores tilbake til 1970-tallet. Forskning på temaet har gradvis økt og er i dag et etablert forskningsfelt. Hopwoods (1976) kritikk av budsjettet som styringsverktøy er lagt til grunn for mye av forskningen på tillitens rolle i økonomistyring. En årsak til en økende interesse for tillit og økonomistyring, kan være en anerkjennelse av et behov for et bredere perspektiv på menneskelig atferd innenfor relasjoner (Huemer, 1998; Free, 2008).

I organisasjonslitteraturen diskuteres det hvilken rolle tillit har i tilrettelegging av effektive organisatoriske relasjoner. Har to parter tillit til hverandre kan det resultere i en overbevisning om at ens interesser blir fullstendig ivaretatt. I slike tillitsforhold vil kontroll og overvåkning være mindre nødvendig. Tillit kan dermed sees som smurning i en organisasjon, en funksjon som minimerer behovet for byråkratiske strukturer (Lewicki & Bunker, 1996). Mangel på tillit kan derfor sies å øke transaksjonskostnadene i en relasjon, på bakgrunn av økt kontrollbehov.

Økonomistyring består av verktøy som benyttes for å fremskaffe informasjon. Slike verktøy kan grovt sett deles inn i verktøy for planlegging og kontroll. Det er verktøy som måler og kommuniserer økonomisk informasjon, og dermed øker organisasjonens effektivitet gjennom forbedret beslutningsgrunnlag (Bazerman, Loewenstein & Moore, 2002). I et sykehus skal den økonomiske informasjonen, sammen med medisinske og pasientadministrative opplysninger, fungere som et hjelpemiddel i beslutningstaking (Opstad 2003). Økonomisk informasjon betraktes ofte som mer troverdig enn annen type informasjon, den ansees som fakta og man har tillit til at den er objektiv og kontrollerbar (Bazerman et al., 2002).

Bruk av informasjon fra økonomistyringssystemer kan skape både tillit og mistillit mellom aktører, avhenger av hvordan informasjonen håndteres (Johansson & Baldvinsdóttir, 2003). I likhet med at man kan ha tillit til en person, kan man ha tillit til et system. Et eksempel på systemtillit kan være tillit til økonomistyring, og tillit til informasjonen økonomistyringens system genererer. Det hevdes at systemtillit innledes med persontillit (Baldvinsdóttir & Strid, 2012). Tillit til et system opprettholdes av personene som representerer systemet (Johansson & Baldvinsdóttir, 2003). Man må ha tillit til at systemet frembringer riktig informasjon for å ta evaluering av atferd til etterretning (ibid). Hvis de ansatte anser den økonomiske informasjonen som relevant vil tilliten til informasjonen øke.

2.4 ØKONOMISTYRING I OFFENTLIG SEKTOR

På bakgrunn av at St. Olavs Hospital er et statlig eid sykehus vil jeg presentere kjennetegn og utfordringer tilknyttet økonomistyring i offentlig sektor. I dette kapitlet går jeg inn på ulike moderniseringsformer av offentlig sektor, omtalt som New Public Management. Til slutt vil jeg peke på ulike styringsutfordringer i sektoren.

2.4.1 MODERNISERING AV OFFENTLIG SEKTOR

På 1980-tallet vokste det frem ulike reformer for modernisering av offentlig sektor (Ramsdal & Skogstad, 2004). Reformene var en reaksjon på byråkratiets ineffektivitet (ibid).

Økonomisk effektivitet handler ikke bare om bedriftsøkonomisk effektivitet, men også samfunnsøkonomisk effektivitet. Som en løsning på ineffektiviteten i offentlig sektor rettet man blikket mot belønningsstrukturer og forretningsmetoder fra privat sektor, og forsøkte å lære av disse (Busch, Johnsen & Vanebo, 2005). Økt bevissthet rundt potensialet for

økonomisk effektivitet, og dens omfang har resultert i at den økonomiske dimensjonen har blitt viktigere i offentlig sektor (ibid). Dette gjenspeiler seg i hvordan dagens sykehus driftes. Sykehusreformen og innføring av innsatsstyrt finansiering (IFS), er eksempler på reformer iverksatt for å øke effektiviteten i offentlig sektor og reformene har satt sitt preg på økonomistyringsfokuset ved sykehus.

En felles betegnelse på reformer som tar utgangspunkt i den private sektorens styringsverktøy og metoder for å forbedre effektiviteten i offentlig sektor, kalles New Public Management (NPM) (Ramsdal & Skogstad, 2004). NPM har ført til økt resultatfokus og en framtrøden av styringsmekanismer opprinnelig utformet for privat sektor. Et av målene med reformene har vært å oppnå bedre kontroll på ressursbruk og ressursfordeling. På bakgrunn av økt fokus på ressursutnyttelse har resultatmål fått en større rolle i vurdering av effektivitet (ibid).

2.4.2 STYRINGSUTFORDRINGER I OFFENTLIG SEKTOR

Økonomistyringsfokuset i offentlige sykehus kom som et svar på en kriseutsatt sektor, hvor underskudd og finansieringssystem ikke ble ansett som gode nok. Dette er bakgrunnen for en innføring av reformer som er i samsvar med NPM tankegang. Men offentlig sektor avviker på mange måter fra privat sektor, og det medfører at man må ta hensyn til andre styringsutfordringer i denne sektoren. Gjennom å se tilbake på Ouchi (1979) sine forutsetninger for styring presentert i kapittel 2.4, vil jeg trekke frem ulike styringsutfordringer i offentlig sektor.

Uklare mål- middelrelasjoner

Offentlig sektor har tradisjonelt sett vært hierarkisk styrt med utbredt bruk av byråkratisk planlegging og regelstyring, hvor man har hatt et ønske om å kontrollere atferd. Målstyring har i følge Pettersen et al. (2008) vært mindre brukt. Årsaken til dette har vært utfordringer tilknyttet utviklingen av klare resultatmål tilpasset offentlig sektor som videre har resultert i målproblemer. Styringsproblemer i helsesektoren er i stor grad knyttet til målproblemer. En årsak til dette er begrensninger i forhold til konkretisering av tjenesteproduksjon. Det er vanskelig å definere hva ulike helsetjenester innebærer, og det er derav vanskelig å vite hva det koster å utføre ”tjenesten”. Helsetjenester er mindre konkrete, udefinerbare og lar seg ikke alltid avgrense (Pettersen et al., 2008). Konkretisering og måling av god kvalitet er vanskelig for denne typen tjenester (Busch et al., 2009).

Resultatstyring forutsetter muligheten til å kontrollere om målet er nådd (Ouchi, 1979). For å kunne korrigere atferd på bakgrunn av evne til måloppnåelse, må man ha kunnskap om hva som kreves for å nå målet (ibid). Mangel på kausalkunnskap og uklare resultater, vanskeliggjør styring gjennom resultat og atferd i non-profit bedrifter, i følge Opstad (2003). På bakgrunn av dette er målstyring og resultatstyring lite brukt i helseinstitusjoner, i følge Pettersen et al. (2008).

En innføring av reformer basert på NPM prinsipper har imidlertid ført til at sykehus har fått resultatkrav som de nå må forholde seg til. Dette har ført til at resultatstyring har fått en mer aktuell rolle som styringsmekanisme i offentlig sektor (Christensen, Egeberg, Larsen, Lægred, & Roness et al., 2007). Det viser seg imidlertid at prinsippene i reformene har blitt tilpasset allerede etablerte styringsformer. I følge Christensen et al. (2007) har ikke resultatstyring blitt benyttet slik det var tiltenkt. I mange tilfeller er systemene kun et supplement til eksisterende styringssystem, noe som har resultert i økt forvaltningskompleksitet. Organisasjoner innen helsesektoren består av et mangfold av interesser med ulike oppfatninger og muligheter til å påvirke beslutninger. Dette krever økonomistyringssystemer som tilfredsstillere flere ulike informasjonsbehov (Coombs, 1987).

2.6 OPPSUMMERING

Tradisjonelt sett har profesjonsstyring vært utbredt som styringsmekanisme ved sykehus, men en modernisering av offentlig sektor ser ut til å øke relevansen av resultatstyring ved sykehus. Begge mekanismene vil bli benyttet til å beskrive hvordan økonomistyring ved St. Olavs Hospital påvirker grunnlaget for samarbeid. Ouchi (1979) sine forutsetninger for styring vil bli lagt til grunn for en vurdering av styringsmekanismene som økonomistyringen legger til rette for.

Prinsippal- agentperspektivet vil bli benyttet til å forklare hvordan økonomistyring er ment å fungere, og hvilke forutsetninger som ligger til grunn for at styringen skal fungere. Denne teorien kommer imidlertid til kort i beskrivelsen av kompleksiteten ved et sykehus, og alternative perspektivet på økonomistyring vil derfor bli benyttet til å forklare profesjonenes faktiske atferd. I følge Davis et al. (1997) er både agent- og forvalterperspektivet nødvendige for å forklare menneskers atferd. Tillit og kontroll hører sammen. Tillit kan ikke erstatte et styringssystem, men aktørene som styres må ha tillit til at informasjonen systemet genererer er riktig for å ha tillit til systemet.

3. METODE

Dette kapittelet beskriver hvilken metodikk som er benyttet for å besvare oppgavens problemstilling. Kapittelet skal gi svar på hvordan studie er oppbygd ut i fra et vitenskapsteoretisk perspektiv, og hvilke valg som er tatt i forhold til undersøkelsesdesign, datainnsamlingsmetode og analyse.

3.1 VITENSKAPSTEORETISK UTGANGSPUNKT

Hvordan man ser verden påvirker de metodiske valgene man tar. Hvilken metode man anser som korrekt i forhold til utvikling av kunnskap, kan forklares på bakgrunn av vitenskapsteori. Vitenskapsteori dreier seg om hva man ansees som god forskning, og som i neste omgang blir god kunnskap (Nyeng, 2007).

Ontologisk ståsted avgjør hva man betrakter som eksisterende i verden og hva man dermed kan vite noe om. *Epistemologisk* ståsted definerer hvordan man kan utvikle kunnskap om den verden man anser som sann (Tjora, 2011). Hvordan man ser verden vil ha innvirkning på hvilke former for kunnskap man anser som relevant og mulig å finne (Nyeng, 2007).

Metode skal være et hjelpemiddel for å beskrive den virkeligheten man ønsker å undersøke (Jacobsen, 2005). I presentasjonen av oppgavens vitenskapelige utgangspunkt vil jeg fokusere på to hovedretninger innenfor vitenskapsteori; *positivisme* og *hermeneutikk*.

Positivisme og hermeneutikk

Positivisme og *hermeneutikk* har ulik ontologi, epistemologi og metodisk tilnærming. Hvilken av de to hovedretningene man føler seg nærmest påvirker hvilket syn man har på vitenskap og forskning (Nyeng 2007).

Positivismen baserer sitt ontologiske syn på at vi lever i en verden hvor lovmessigheter eksisterer, en verden bestående av generelle fenomener som lar seg avdekke (Jacobsen 2005; Nyeng, 2007). Virkeligheten sees her som objektiv, noe som det er mulig å måle (Nyeng, 2007). *Hermeneutikkens* ontologiske syn er basert på at generelle lover ikke finnes og at verden er sosialt konstruert. Kunnskap om en verden skapt av mennesker må utvikles gjennom å undersøke hvordan mennesker oppfatter verden (Jacobsen, 2005). Forskning

innenfor denne tradisjonen preges av hvordan man som forsker, tolker den virkeligheten objektet man studerer befinner seg i. Hermeneutisk tilnærming krever derfor en fortolkende metode (Nyeng, 2007).

Mitt ønske var å få en dypere forståelse av hvordan økonomistyring påvirker grunnlaget for samarbeid i en organisasjon. For å belyse dette har jeg i utgangspunktet hatt en hermeneutisk tilnærming til datamaterialet. For å fange kompleksiteten i et sykehus benyttet jeg teori som er forenelig med et *hermeneutisk syn*. Dette er beskrivende teorier, som gjør det mulig å beskrive hvordan verden oppfattes av respondentene i undersøkelsen. Jeg har allikevel benyttet teori basert på et *positivistisk syn* for å forklare hvordan verden ideelt sett skal være. Til dette har jeg den normative prinsipp- agentteorien, som forklaret behovet for økonomistyring. Dette perspektivet kommer allikevel til kort, da sykehusets verden er sosial konstruert av profesjonene som jobber der. Jeg har derfor benyttet teorier basert på et hermeneutisk syn for å beskrive kompleksiteten i profesjonenes atferd.

Jeg ønsket nærhet til de jeg studerer for å få tak på hvordan mennesket konstruerer sin virkelighet. Jeg benyttet dialog for fange respondentens oppfatninger og erfaringer. Generert data er preget og styrt av respondentenes verdier, interesser og egne opplevelser. Jeg har hatt en åpen tilnærming til datainnsamlingen, for å ikke legge bevisste begrensninger innsamlet data. Jeg ønsket å være mottakelig for nye og overraskende momenter som eventuelt måtte komme.

3.2 FORSKNINGSMETODER

Kvalitativ og kvantitativ forskning er to metodiske tilnærminger som i samfunnsforskning fremstår som to ulike tankemåter (Tjora, 2011). Hvilken metodisk tilnærming man velger avhenger av hvilket vitenskapsteoretisk ståsted man har. De ulike metodene kan fremheve ulike trekk ved samme fenomen. Generelle karakteristika ved de to metodene er at *kvalitativ* metode fremmer innsikt og søker forståelse, mens en *kvantitativ* metode framhever oversikt og søker forklaring (Tjora, 2011).

Med hovedvekt på hermeneutikk som vitenskapsteoretisk ståsted har jeg benyttet en kvalitativ metode for datagenerering med vektlegging av forståelse fremfor forklaring, og nærhet til respondentene. Et kvalitativt studie forholder seg til fortolkende paradigmer, hvor opplevelser og meningsdanning hos respondenten samt konsekvensene meningene kan ha, er i fokus (Tjora, 2011). Jeg har forøkt å fange respondentenes opplevelser og meningsdanning for å

finne svar på min problemstilling. I følge Jacobsen (2005) vil nærhet til respondenten gjøre det mulig å fange noen av respondentenes meninger og opplevelser. Kvalitativ metode er åpen, og den legger få føringer som på forhånd vil påvirke respondenten (Jacobsen, 2005). Et valg av kvalitativ metode gjorde det mulig å danne et nyansert bilde av respondentenes holdninger, meninger og forståelse av den aktuelle situasjonen som ble belyst.

Kvalitativ metode er ressurskrevende i form av tidkrevende metoder for datagenerering. På bakgrunn av et kvalitativt metodevalg genererte jeg data fra et mindre antall respondenter enn hva jeg ville gjort med en kvantitativ forskningsmetode. Størrelsen på utvalget medførte en begrenset mulighet til generalisering av funn (Jacobsen, 2005).

Nærhet til respondenten trekkes frem som viktig ved kvalitativ metode. Nærhet vil gjøre det mulig å fange de nyansene man er ute etter. Dette kan føre til en krevende tolkning av data med stor nyanserikdom. En annen konsekvens av nærhet er at det kan medføre en undersøkelseeffekt ved at forskerens nærhet til respondenten påvirker svarene man får. En annen undersøkelseeffekt som kan oppstå er at man som forsker mister evnen til kritisk refleksjon på bakgrunn av relasjonene man danner med respondentene (Tjora, 2011). I arbeidet med datagenereringen måtte jeg hele tiden forsøke å forholde meg objektiv til situasjonen og respondenten jeg undersøkte. Det var til tider vanskelig å ikke la seg fange i det kulturelle spindelvevet som eksisterer på et sykehus.

3.4 FORSKNINGSDESIGN

I valg av forskningsdesign tar jeg stilling til om mitt studie går i bredden eller dybden, og om studien er forklarende eller beskrivende (Jacobsen, 2005). Det er problemstillingen for mitt studie som har lagt grunnlag for valg av design.

3.4.1 INTENSIVT ELLER DESKRIPTIVT DESIGN

I denne studien var mitt mål å oppnå en helhetsforståelse av situasjonen som ble belyst. Generalisering ut over den konteksten jeg studerte var ikke et mål. Mitt ønske var å gå i dybden for å på den måten få frem flere nyanser og detaljer vedrørende fenomenet jeg studerte. Jeg ønsket å få frem eventuelle individuelle variasjoner i opplevelser. Jeg forsøkte å gå i dybden gjennom studie av få enheter og mange variabler. Dette indikerer at min forskning har hatt et *intensivt* forskningsdesign. Mitt mål var en helhetlig og dypere

forståelse for hvordan økonomistyring påvirker grunnlaget for internt samarbeidet mellom to definerte enheter.

3.4.2 CASESTUDIE

Dette studiet omfatter ikke et stort utvalg, men en organisasjon. Undersøkelsen defineres som et casestudie (Tjora, 2011). St. Olavs Hospital definerer mitt case. Gjennom et casestudium undersøkte jeg noe som har en naturlig avgrensning uavhengig av selve forskningsprosjektet. Dette er i tråd med det Tjora (2011) definerer som casestudie. Studiets analyseenheter er klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, Sentral Stab og klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer.

På bakgrunn av avgrensningen studerte jeg fenomener i konteksten hvor fenomenet har utviklet seg (Jacobsen 2005). Fenomenet jeg studerte var: ”*Hvordan påvirker økonomistyring ved St. Olav Hospital grunnlaget for internt samarbeid?*” Jeg besvarer min problemstilling gjennom å belyse erfaringer fra serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin og klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer ved St. Olavs Hospital

Årsaken til at jeg benyttet et casestudium for dette studiet, er at jeg hadde et ønske om en dypere forståelse av et fenomen, i tråd med Jacobsen (2005). Casestudium som forskningsdesign egner seg blant annet spesielt for å forklare «hvordan». Studiet har derfor *beskrivende, deskriptivt design*.

3.5 DATAINNSAMLING

Empiri ble samlet inn kvalitativt gjennom intervju med ansatte ved St. Olavs hospital, såkalt primærdata. Før jeg starter med datagenereringen var det usikkerhet knyttet til hva jeg ville finne, jeg ønsket derfor å benytte intervju fremfor spørreskjema for datagenerering.

Gjennom bruk av et åpent intervju fremfor en spørreundersøkelse ønsket jeg å unngå å påtvinge respondenten faste spørsmål og svaralternativer. Dette resulterte i at respondentene svarte relativt fritt. Dette underbygger mitt valg av en kvalitativ metode for datagenerering, da dette er en mer åpen metode, hvor man på forhånd legger få føringer på hva man forventer å finne i innsamlingen (Jacobsen, 2005).

3.5.1 DYBDEINTERVJU

Intervju som datagenereringsmetode ble benyttet for å fange respondentenes ”syn på verden”. Jeg ønsket å belyse respondentenes meninger, holdninger og erfaringer rundt fenomenet jeg studerte. Målet var å avdekke respondentenes opplevelser. På bakgrunn av et ønske om å avdekke eventuelle elementer jeg på forhånd ikke var klar over, benyttet jeg intervjuformen *dybdeintervju*. Målet med denne intervjuformen er å skape en situasjon hvor intervjuet ligner en fri samtale (Tjora, 2011).

Under intervjuet presenterte jeg et forhåndspesifisert tema basert på problemstillingen. I tillegg hadde jeg utformet en intervjuguide som inneholdt flere spørsmål rundt temaet. Jeg ønsket å benytte intervjuguiden for å holde en viss struktur på intervjuene, men dette gikk ikke som planlagt. Under intervjuene ble intervjuguiden etter hvert lagt til side, da respondentene svarte godt for seg kun med utgangspunkt i studiets tema. Respondentene var engasjert i tema og interessert i å dele deres oppfatninger. Spørsmålene fra intervjuguiden lå i bakhodet, men jeg benyttet kun essensen i guiden under intervjuene. Ved å gi intervjuobjektene små stikkord fløyt praten vedrørende temaet, og jeg følte jeg fikk den informasjonen jeg behøvde. I situasjoner hvor jeg manglet informasjon stilte jeg konkrete spørsmål. Jeg tillot digresjoner fra respondenten sin side, for å på den måten avdekke eventuelle uforutsette elementer. Intervjuene hadde i gjennomsnitt en times varighet, et tidsrom som jeg følte var nødvendig for å skape en atmosfære hvor samtalen løp fritt. Alle intervjuene ble utført på St. Olavs Hospital, intervjuobjektens arbeidsplass.

Når det gjelder utvalgte enheter for intervju har Administrasjonskoordinatoren ved klinikken for Anestesi og Akuttmedisin fungert som ”døråpner” i tilgang på respondenter. Respondentene ble utvalgt på bakgrunn av posisjon og stilling ved St. Olavs hospital. Jeg har intervjuet et utvalg ansatte ved klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, Sentral Stab og klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer. Årsaken til utvalget var et ønske om å belyse en situasjon hvor de berørtes opplevelse og meninger var viktig. Respondentene ble derfor plukket ut på bakgrunn av i hvilken grad det var trolig at de hadde opplevelser tilknyttet økonomistyringen ved sykehuset. Dette er årsaken til at jeg ikke valgte å intervju respondentene fra et lavere nivå enn avdelingssjef. Avgjørelse er tatt på bakgrunn av ansatte på lavere hierarkisk nivå mest sannsynlig ikke vil føle en like direkte påvirkning av virksomhetens overordnede økonomistyring. Den eventuelle påvirkningen økonomistyringen har på ansatte lengre ned i organisasjonen har jeg dokumentert gjennom de utvalgte respondentene. Utvalget bestod av 11 respondenter i tillegg til kartleggings intervjuet med Administrasjonskoordinatoren.

Intervjuobjektene

Tabell 1 gir en oversikt over de 12 intervjuene som ble foretatt i tidsrommet 02. januar 2012 til 17. april.

TABELL 1: OVERSIKT OVER RESPONDENTER FOR INTERVJU

Nr.	Dato/klokkeslett	Varighet	Intervjuobjekt	Sted
1	02. januar 2012 Kl: 10.00	2 timer	Administrasjonskoordinator, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, St. Olavs Hospital	Trondheim
2	21. mars 2012 Kl: 10.00	1 time	Konstituert Avdelingssjef for Anestesileger, Anestesiavdelingen, St. Olavs Hospital	Trondheim
3	22. mars 2012 Kl: 15.30	1 time	Administrerende Direktør, St. Olavs Hospital	Trondheim
4	26. mars 2012 Kl: 11.15	1 time	Økonomirådgiver ved klinikken for Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, St. Olavs Hospital	Trondheim
5	26. mars 2012 Kl: 12.15	1 time	Avdelingssjef for leger ved Anestesiavdelingen, St. Olavs Hospital	Trondheim
6	27. mars 2012 Kl: 14.30	1 time	Økonomidirektør, St. Olavs Hospital	Trondheim
7	30. mars 2012 Kl: 12.00	1 time	Klinikksjef, Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer, St. Olavs Hospital	Trondheim
8	30. mars 2012 Kl: 13.00	1 time	Fagoverlege for Anestesi ved Ortopedisk seksjon, St. Olavs Hospital	Trondheim
9	11. april 2012 Kl: 09.00	1 time	Økonomirådgiver, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, St. Olavs Hospital	Trondheim
10	11. april 2012 Kl: 12.00	2 timer	Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, St. Olavs Hospital	Trondheim
11	17. april 2012	1 time	Avdelingssjef sykepleiere ved Anestesiavdelingen,	Trondheim

	KI: 10.00		St. Olavs Hospital	
12	17. april 2012 KI: 11.15	1 time	Avdelingsleder for Akuttstuen St. Olavs Hospital	Trondheim

Intervju av respondent nr. 1, Administrasjonskoordinator ved Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin var et kartleggingsintervju. Respondent nr. 2 – 11 ble valgt ut på bakgrunn av kartleggingsintervjuet, i samarbeid med respondent 1. Respondentene er valgt på bakgrunn av stilling og ut i fra hvilken klinikk eller avdeling de jobber ved. Jeg intervjuet lederne for de to klinikkene jeg studerte, samt to representanter fra sykehusets sentrale stab. I tillegg inkluderte jeg ledere for avdelingene jeg konsentrerte meg om. Intervju med respondent nr. 12 ble foretatt på bakgrunn av intervju med respondent nr. 4 og 7. Data fra disse intervjuene gjorde det nødvendig å intervju respondent nr. 12, selv om jeg i det videre arbeidet med oppgaven valgte å konsentrere ikke valgte å inkludere dimensjonen med akuttstuer i mitt studie.

3.6 ANALYSE AV DATA

Målet med en kvalitativ analyse er at forskningen skal kunne bidra til å gi leser økt kunnskap om saksområdet det forskes på, uten at leseren behøver å gjennomgå den genererte dataen (Tjora, 2011). I analyseringsprosessen jobbet jeg med å forstå situasjonen som ble belyst på bakgrunn av mitt teoretiske fundament. Jeg jobbet *stegvis-deduktiv* hvor jeg vil forsøkte å analysere generert data på bakgrunn av relevant teoretisk fundament (Tjora, 2011). Fra et teoretisk opparbeidet grunnlag med relevant teori, diskuterte jeg det aktuelle konseptet definert i case. Jeg utviklet et konsept for oppgaven, før jeg gikk til innsamling av rådata i den utvalgte empiriske verdenen. Selv om en slik analyse beskrives som stegvis betyr ikke det at den er stegvis lineær. Som forsker har jeg hele tiden vært nødt til å gå tilbake noen steg og gjøre justeringer, men metoden har fungert som en guide for gangen i analysen.

Utvikling av konsepter for forskning handler om å sette fingeren på hva som er hovedtemaene i forskningen (Tjora, 2011). Gjennom å spørre meg selv hva studiet handler om, har jeg klart å sette en generell merkelapp på situasjonen jeg har belyst. Jeg har belyst hvordan økonomistyring påvirker grunnlaget for internt samarbeid ved St. Olavs Hospital, dette definerer fenomenet jeg har studert. Mitt ønske var å besvare denne problemstillingen gjennom å skissere nyanser tilknyttet opplevelser ved to definerte klinikkene.

3.7 METODEKVALITET

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet kan benyttes som indikatorer på forskningens kvalitet (Tjora, 2011). Ved å se på disse tre indikatorene ønsker jeg å sikre at resultatene jeg har kommet frem til kan ansees som gyldige.

Reliabilitet omhandler datamaterialets pålitelighet. Dette handler om hvorvidt en annen forsker vil kunne komme frem til samme resultat ved en undersøkelse utført på samme prinsipper. I kvalitativ forskning bruker forskeren seg selv som instrument for datagenereringen, og det vil derfor være vanskelig for en annen forsker å gjenskape samme kontekst. Innenfor kvalitativ forskning erkjennes det at en forsker ikke vil klare å være fullstendig nøytral og objektiv ovenfor forskningen (Tjora, 2011). I forhold til å oppnå reliabilitet har det vært viktig for meg å være klar over hvordan posisjonen jeg som forsker har, kan ha påvirket forskningsarbeidet. I arbeidet med å studere en situasjon, og gå i dybden av et fenomen, har jeg forsøkt å være bevisst på mitt personlige engasjement rundt forskningen, da det kan betraktes som støy. Jeg velger forøvrig å se mitt engasjement som en ressurs fremfor støy, da det har hjulpet meg i arbeidet med å forøke kartlegge respondentenes oppfatninger. For å sikre reliabiliteten i arbeidet benyttet jeg båndopptaker ved intervjuene, noe som resulterer i at mine funn blir etterprøvbare. Etter endt intervju transkriberte jeg opptakene.

Validitet referer til datamaterialets gyldighet. Dette omhandler hvorvidt svarene generert i forskningen, kan benyttes til å besvare problemstillingen jeg har satt. Dette omhandler hvorvidt jeg undersøker det jeg har som formål å undersøke. Personer har ulike oppfatninger av begreper, og kan ilegge begreper ulik mening. Dette kan påvirke svarenes validitet. Det har vært viktig for meg som forsker, å hele tiden vurdere om informasjonen respondentene formidler er sann informasjon. Jeg har vært nødt til å reflektere over det faktum at enkelte respondenter kan ha vært motivert til å bevisst holde tilbake informasjon eller snakke usant for å påvirke forskningsresultatet. Ved å benytte åpne spørsmål i dybdeintervju har jeg hatt en mulighet til å unngå eventuelle misforståelser i forhold til begrep som ble benyttet, men validitet i forhold til usanne svar eller tilbakeholden informasjon har vært en utfordring. I datagenereringen intervjuet jeg respondenter som er sterkt personlige engasjement i situasjonen jeg studerer. Jeg har ikke kunnet se bort i fra at enkelte respondenter kan ha hatt

motiver for å påvirke forskningen i ønsket retning. Personene som var gjenstand for intervju var ikke tilfeldig valgt, men plukket ut i samarbeid med administrasjonskoordinator ved klinikken for Anestesi og Akuttmedisin. Jeg har derfor vært nødt til å reflektere over objektiviteten til utvalget.

Dybdeintervju fokuserer utelukkende på forhold knyttet til respondentenes subjektivitet (Tjora, 2011). Selv om det var respondentenes meninger og opplevelser tilknyttet det aktuelle temaet jeg var interessert i å fange, var jeg hele tiden nødt til å reflektere over at informasjonen som ble generert kun kan betraktes som subjektiv. Ved å på forhånd være klar over dette, var jeg oppmerksom og kritisk til informasjonen fra respondentene. For å oppnå ytterligere validitet har jeg vært åpen rundt valg som er tatt, og synliggjort disse. Den viktigste kilden til høy validitet er at forskninger holder seg innenfor faglige rammer forankret i annen relevant forskning (Tjora, 2011).

Generalisering handler om hvorvidt resultatene fra en undersøkelse kan overføres til en annen. Generalisering er ikke alltid et mål innen for forskning (Tjora, 2011). Målet med min undersøkelse var å gå dypt inn i et spesifikt fenomen, og det er ikke ønskelig å generaliserer de situasjonsbestemte dybdeintervjuene ut over det aktuelle case. Jeg var interessert i å belyse en konkret situasjon, innsikt ut over det aktuelle case var ikke et mål med studiet.

4. CASEBESKRIVELSE

I casebeskrivelsen vil jeg overordnet beskrive institusjonen som inngår i dette studiet, samt presentere enhetene som studiet omhandler. Dette kapitlet vil først gi en innføring i hvordan sykehussektoren er organisert, før jeg gir en organisatorisk beskrivelse av St. Olavs Hospital, som institusjon og klinikken for Anestesi og Akuttmedisin og klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer som enheter.

4.1 SYKEHUSREFORMEN OG INNSATSSSTYRT FINANSIERING

På bakgrunn av sykehusreformen iverksatt 2002, overtok staten eierskapet og ansvaret for de offentlige sykehusene i Norge (Ot.prp. nr 66, (2001-2002)). Formålet med reformen var å oppnå en effektiv og likeverdig helsetjeneste.

”(...) Målet med proposisjonen er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette

for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen” (Utdrag fra Ot.prp. nr 66, 2001-2002: 2)

Intensjonen med reformen var å kombinere et overordnet statlig ansvar og eierskap, med økt lokal myndighet gjennom en organisering av sykehusene i helseforetak. Sykehusene er nå organisert i fem regionale helseforetak. Foretakene eies av staten og sykehusene forvaltes som statlige foretak. De regionale helseforetakene har overtatt ansvar for planlegging, utbygging og drift av helseinstitusjoner. Helseforetakene handler og styrer på vegne av staten, hvor regjeringen fastsetter de overordnede politiske og økonomiske rammebetingelsene. (Pettersen et al 2008). En felles betegnelse på reformer som tar utgangspunkt i den private sektorens styringsverktøy og metoder for å forbedre den offentlige sektorenes forvaltning av fellesskapets ressurser, kalles New Public Management (NPM) (Ramsdal & Skogstad, 2004).

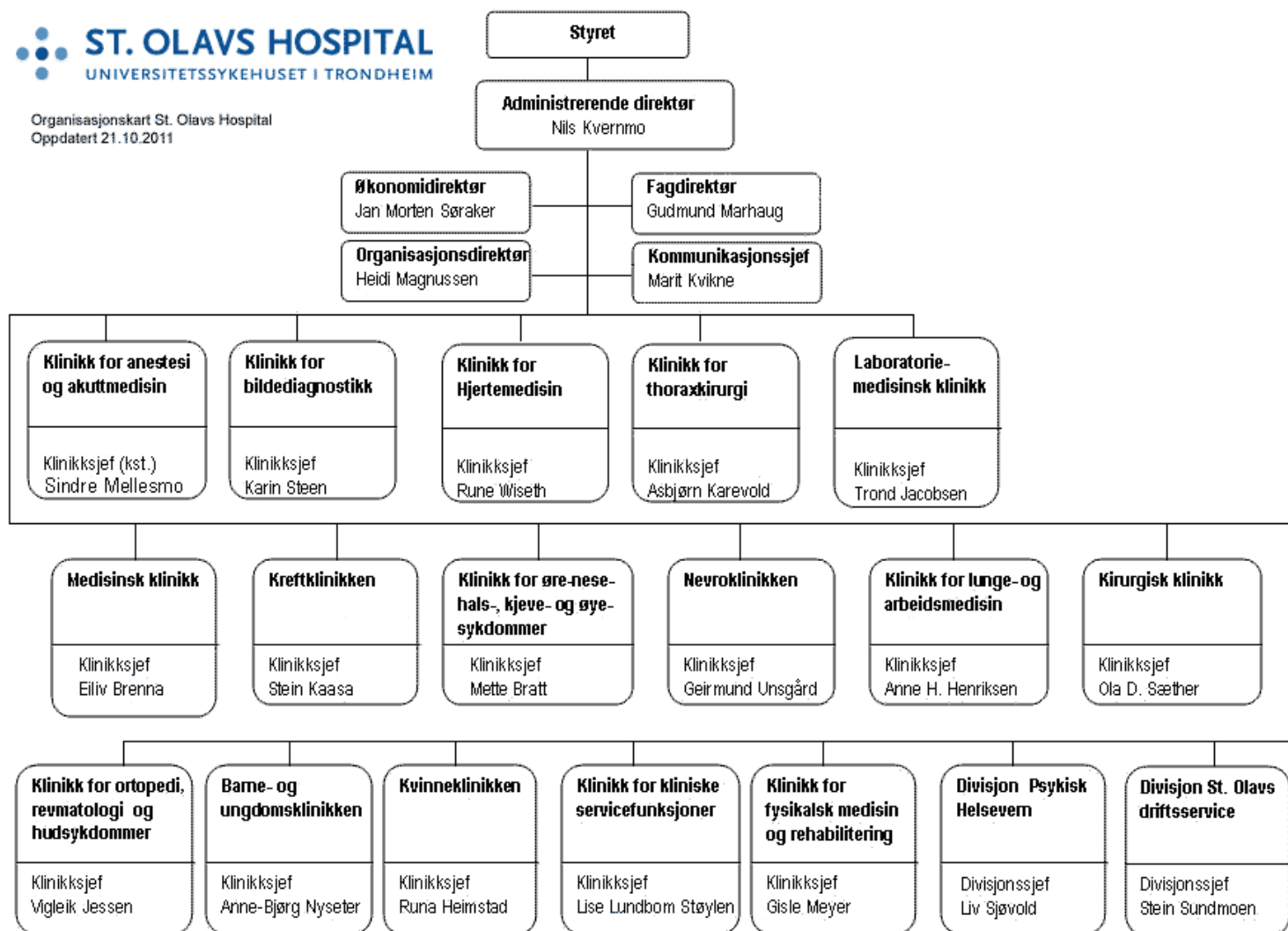
Sykehusene har i dag en bedriftslogikk som ligner den vi finner i store offentlige og private virksomheter. Dette kommer blant annet til uttrykk i innføring av begrepet *resultatansvar*. Tidligere var resultatevaluering og prestasjonsmåling ukjente begrep i den offentlige debatten (Pettersen et al. 2008). Sykehusene hadde før en legitimitet i samfunnet i forhold til sin velferdsfunksjon, men reformene gjør nå at sykehusene i større grad oppnår legitimitet gjennom å fremstå som økonomiske rasjonelle aktører.

Siden midten av 1990-tallet hadde man et ønske om å øke produksjonen i helsesektoren. For å oppnå dette ble innsatsstyrt finansiering (IFS) innført i norske sykehus i 1997. Sykehusene finansieres nå gjennom basis- og aktivitetsavhengige bevilgninger. Beregningene er basert på historiske gjennomsnittskostnader for ulike diagnoser og gjøres på grunnlag av diagnoserelaterte grupper (DRG) (St.meld. nr 44, (1995-1996)). Det er klinikken som utfører den største delen av behandlingen som tildeles DRG-inntekten. Dette resulterer i at enkelte klinikker ved sykehusene i dag er stykkprisfinansiert, noe som medfører en inntekt avhengig av hvor mange pasienter som mottar behandling. Målet med IFS er å gi insentiver til økt behandlingsaktivitet ved sykehusene gjennom å belønne økt aktivitet med økte ”inntekter”. I tillegg skal finansieringsordningen motivere til kartlegging av kostnader, og identifisering og fjerning av flaskehalser for å oppnå effektiv pasientbehandling (St.meld. nr 44, (1995-1996)).

4.2 ST. OLAVS HOSPITAL

St. Olavs Hospital er Midt-Norges universitetssykehus , og lokalsykehus for befolkningen i fylket på 275 000 mennesker. Virksomheten omfatter spesialisthelsetjenesten innen somatikk og psykisk helsevern, og er lokalisert på flere steder i Sør-Trøndelag fylke. (stolav.no, 04.02.12).

St. Olavs Hospital er organisert hierarkisk med flere nivåer, bestående av klinikker/divisjoner, avdelinger og seksjoner. Sykehusets øverste organ er styret. Under styret finner man sykehusets sentrale stab, bestående av blant annet administrerende direktør og økonomidirektøren, disse går under betegnelsen stabsdirektører. Under stabsdirektørene finner man klinikk- og divisjonssjefer. De representerer det øverste faglige nivået for de ulike klinikkene og divisjonene. For å støtte klinikksefene ble det fra 2005 etablert klinikkstaber med økonomirådgiver, personalrådgiver og administrasjonskoordinator. Klinikk og divisjonssjefene inngår i St. Olavs hovedledelse sammen med stabsdirektørene. Tilsammen består hovedledelsen av 24 representanter. Hovedledelsen er den viktigste beslutningsarenaen etter styret (stolav.no, 04.02.12).



FIGUR 3: ORGANISASJONSKART ST. OLAVS HOSPITAL (STOLAV.NO)

Klinikkene som inngår i studiet er klinikken for **Anestesi** og Akuttmedisin og klinikken for **Ortopedi**, Revmatologi og Hudsykdommer. Dette studiet vil omhandle **Anestesiavdelingen** og **Ortopedisk avdeling**.

4.3 KLINIKKEN FOR ANESTESI OG AKUTTMEDISIN

Klinikken for anestesi og akuttmedisin (anestesiklinikken) består av tolv avdelinger. Klinikken er en serviceklinikk som tilbyr tjenester til opererende klinikker ved St. Olavs Hospital. Anestesifaget har utviklet seg fra å være kirurgens hjelpere under operasjon til å bli et selvstendig medisinsk fag bestående av fire felt: Anestesi – bedøvelse under operasjon, akuttmedisin, intensivmedisin – overvåkning og smertebehandling – lindre kronisk

smertetilstand (stolav.no, 15.02.2012). Dette studiet avgrensner seg til å omhandle fokusere på feltet for anestesi med fokus på **anestesiavdelingen**.

- Anestesiklinikken er en 100 % rammefinansiert klinikk.

4.3.1 ANESTESIAVDELINGEN

En av de tolv avdelingen er anestesiavdelingen. Anestesiavdelingen består av 63 av anestesisykepleier og 48 anestesileger. Anestesi som begrep betyr uten følelse (Strømskag, 1999) og anestesiavdelingen tilbyr blant annet bedøvelse under operasjon. Avdelingen er ansvarlig for anestesistervice ved operasjoner og undersøkelser ved store deler av sykehuset. Hvert år blir det ved St. Olavs Hospital utført omtrent 21000 bedøvelser (stolav.no 15.02.2012).

4.4 KLINIKKEN FOR ORTOPEDI, REVMATOLOGI OG HUDSYKDOMMER

Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer (ortopedisk klinikk) består av tre avdelinger: Ortopedisk avdeling, revmatologisk avdeling og hudavdelingen (stolav.no, 15.02.2012). Ortopedisk klinikk er inkludert i studiet som et eksempel på en av anestesiklinikkens ”bestillere”. Klinikken benytter seg av anestesistervice for å utføre operasjoner. Av ortopedisk klinikk sine tre avdelinger er det **ortopedisk avdeling** som inngår i dette studiet.

- Ortopedisk klinikk er delvis stykkprisfinansiert gjennom IFS-systemet.

4.4.1 ORTOPEDISK AVDELING

Ortopedisk avdeling er en av klinikkens tre avdelinger (stolav.no, 15.02.2012). Ortopedi som begrep betyr opprinnelig "rett barn" (ortho = rett, pedia = barn) og har sitt opphav i behandlingen av forkrøplede barn. I dag forbinder man ortopedi den kirurgi av skader og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. Plager av denne typen er en av de vanligste i det norske samfunnet, og utgjør mer enn 50 prosent av henvendelsene til allmennpraktiserende leger (avivahelse.no, 20.40.2012).

5. EMPIRI

Det empiriske kapittelet presenterer funn fra de tolv utførte intervjuer av respondentene presentert i tabell 1. Jeg vil underbygge funn med sitater fra de transkriberte intervjuene.

5.1 INNLEDNING

Administrasjonskoordinator ved serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin ved St. Olavs Hospital sendte 21. desember 2011 en forespørsel pr. mail til Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling Trondheim Økonomiske Høgskole. Koordinatoren hadde et ønske om å engasjere forskere ved høgskolen til å studere ressursplanlegging og styring av anestesitjenester ved St. Olavs Hospital. Bakgrunn for forespørselen var utfordringer tilknyttet samhandlingen mellom serviceklinikken og klinikkene som etterspør service. Koordinatoren formidler opplevde problemer knyttet til økonomistyringens påvirkning på sykehusets evne til å planlegge aktiviteter i sammenheng.

Situasjonen beskrevet av koordinatoren vektlegger hvilken rolle samarbeid spiller for den totale ytelsen av en helsetjeneste. Koordinatoren formidler en følelse av at økonomistyringen ved St. Olavs Hospital ikke muliggjør for et effektivt samarbeid mellom serviceklinikken, og klinikkene de leverer service til. Anestesiklinikken bidrar blant annet til de opererende klinikkens produksjon gjennom en leveranse av service til operasjonsstuene.

Serviceklinikken jobber derfor sammen med andre klinikker i en felles produksjonslinje. Dette illustrerer hvordan samarbeid er viktig for sykehusets totale måloppnåelse.

Økonomistyring har som formål å styre organisasjonene til å nå fastsatte mål. For et sykehus vil målet være effektiv produksjon av helsetjenester. Effektivitet i produksjonslinjen krever samarbeid mellom klinikkene som deltar. Denne studien søker å svare på hvordan økonomistyring påvirker grunnlaget for internt samarbeid. Dette vil jeg gjøre gjennom å kartlegge erfaringer fra serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin (anestesiklinikken) og klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer (ortopedisk klinikk) ved St. Olavs Hospital. Ortopedisk klinikk er valgt som et eksempel på en av anestesiklinikken "bestillere" av service.

5.2 FUNN

Funnene struktureres rundt den ideelle styringsprosessen presentert av Anthony og Young (2003). Jeg vil først presentere funn som gir en nærmere beskrivelse av de to klinikkens forutsetninger for drift med fokus på driftsmessige premisser og finansieringsmodell. Deretter vil jeg trekke frem funn vedrørende den overordnede budsjett- og planleggingsprosessen. Jeg vil videre presentere hvordan økonomistyring legger til rette for evaluering av aktivitet, i forhold til daglig drift. Til slutt vil jeg komme nærmere inn på grunnleggende forutsetningene som, i følge teorien, ligger til grunn for styring.

5.2.1 DRIFTSMESSIGE OG FINANSIELLE PREMISER

Jeg vil i dette delkapittelet beskrive funn som illustrerer ulikhetene mellom klinikkene. Dette er funn som blant annet viser hvordan økonomistyring påvirker klinikkens premisser for drift og finansiering.

Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin

Som serviceklinikk tilbyr anestesiklinikken servicetjenester til opererende klinikker. Dette studiet omhandler avdelingen for anestesi. Anestesiavdelingen tilbyr anestesitjenester i form av anestesileger og anesthesisykepleiere.

Gjennom tilbud av service ”drifter” anestesi et definert antall operasjonsstuer. Anestesi server stuen med en bemanningsnøkkel på 1,5 sykepleiere og ca. 0,5/0,8 leger, i følge avdelingssjefen for anestesileger. I tillegg til service tilknyttet operasjonsstuen, utfører anesthesiavdelingen en rekke andre oppgaver ved sykehuset. Dette er oppgaver som ikke nødvendigvis er pålagt anestesi, men som utføres som en del av servicen, i følge klinikksjefen for anestesiklinikken.

Etterspørselen etter anestesistjenester ser ut til å dimensjoneres ut i fra opererende klinikkers aktivitetsnivå. I følge avdelingssjefen for anestesileger, kan etterspørselen deles i fem:

1. **Planlagt etterspørsel.** Etterspørsel etter service til den daglige, elektiv aktiviteten. Elektiv aktivitet er operasjoner som skal foregå innenfor kjernearbeidstiden. Kjernetiden ved operasjonsstuen er i tidsrommet kl 08.00 – 15.30.

2. **Etterspørsel etter leveranser på overtid.** Dette er etterspørsel som omhandler leveranser til elektive operasjoner som ikke fullføres innenfor kjernetiden og dermed krever overtidsjobbing.
3. **Akuttstuene.** Den formen for tredje etterspørselen er tilknyttet etterspørselen etter anestesi i vakttiden. Innenfor vakttiden skal anestesi serve ulike akuttstuer på hele sykehuset.
4. **Fjerde form for etterspørsel er knyttet til behov for beredskap.** Anestesi er pålagt å stille med beredskap ved ulike senter på sykehuset.
5. **Etterspørsel til aktivitetsøkning.** Den femte formen for etterspørsel er knyttet til de opererende klinikkens ønske om å øke aktivitet ut over årlig planlagt aktivitet. Et eksempel kan være at de åpner en ny operasjonsstue eller opererer ut over kjernetiden i en periode, for å ta unna helsekøer og møte tidsfrister.

Dette studiet begrenser seg til å belyse hvordan økonomistyring påvirker grunnlaget for internt samarbeid tilknyttet etterspørsel 1, 2 og 5.

Anestesiklinikken var tidligere del av internhandelssystemet ved St. Olavs Hospital. Alle respondentene uttrykker imidlertid at dette var et system som ikke fungerte for finansiering av anestesitjenester. Hovedårsaken ser ut til å være måten tjenesten ble priset på. Systemet ble feilaktig og for enkelt, og prisene var langt fra virkelighetsnære, i følge respondentene. Internhandelssystemet ble erstattet med en 100 % rammefinansiering. Respondentene fra klinikken og sentral stab er enig i at en rammefinansiering var fornuftig, men de er uenige i rammens størrelse.

” Vi ønsket en ramme som representerte fjorårets driftsregnskap. Men rammen som ble satt, ble basert på summer generert av internprisingssystemet, et system som alle var enig i at var feil. Da var vi på sett og vis like langt.” (Avdelingssjef for leger, Anestesiavdelingen).

Anestesiklinikkens respondenter uttrykker en følelse av å bli tildelt en statisk ramme som var feil, et system som ikke lengre lot seg påvirke av produktiviteten. Klinikken økonomirådgiver påpeker at man ved å fjerne anestesi fra internhandelssystemet fjernet noen av klinikkens insentiver til å strekke seg etter å gjøre litt ekstra for å tjene penger.

Administrerenddirektør vedkjenner at en 100% rammefinansiering, uten mulighet til å tilegne seg inntekter gjør at anestesiklinikken mister noe av fleksibiliteten i sin leveranse.

Som serviceklinikk utgjør ikke anestesiklinikkens tjeneste den største delen av en behandling, og klinikken kan derfor aldri tilegne seg DRG-inntekter. Direktøren beskriver anestesiklinikken som fanget. Klinikken skal levere en viss mengde service innenfor definerte rammer, og har ingen mulighet til å øke sine inntekter ved økt anestesibehov, i følge direktøren.

Klinikken for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

Klinikken for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer er en av anesthesiavdelingens ”bestillere”. Som opererende klinikk etterspør de anestetitjenester for å utføre operasjoner. Klinikken for ortopedi ”eier” et visst antall operasjonsstuer som de fyller med ulike inngrep. Anestesi er et av flere element som må være tilstede for å drifte stuene.

Som opererende klinikk kan ortopedisk klinikk opparbeide seg inntekter i form av DRG-poeng for behandlingene de gjennomfører. Klinikken har følgelig mulighet til å styre sine inntekter på bakgrunn av IFS og DRG-poeng pr. diagnose. Inntekt i form av DRG-poeng gjør ortopedisk klinikken stykkprisfinansiert. Dette gir klinikken mulighet til å imøtekomme budsjettkrav med økt aktivitet, fremfor innsparing.

Hovedforskjellen på de to klinikkens premisser er nettopp det at ortopedisk klinikk har mulighet til å tilegne seg inntekter. Egne inntekter gjør ortopedisk klinikk mer fleksibel i forhold til innsparingskrav og aktivitetsøkning sammenlignet med anestesiklinikken. Anestesiklinikken har ikke mulighet til å tilegne seg inntekter, og er dermed mer låst i den budsjettmessige rammen klinikken tildeles. Som nevnt dimensjoneres anestesiklinikkens aktivitet ut i fra opererende klinikkens aktivitet. Hvis ortopedisk klinikk velger å øke sin aktivitet for å imøtekomme budsjettkrav, fører det til økt behov for service. En økning i antall operasjoner ser ut til å være mer attraktivt enn å kutte kostnader. Mens en aktivitetsøkning vil lede til en inntektsøkning for opererende klinikk, vil det for anestesiklinikken medføre en kostnadsøkning i form av økt leveranse.

5.2.2 BUDSJETTERING- OG PLANLEGGINGSPROSESSEN

Planleggingsprosessen angir prioriteringer vedrørende behandlinger og aktivitetsnivå, mens budsjettprosessen omhandler ressursfordeling. Respondentene presenterer budsjettforhandlingene ved St. Olavs Hospital som harde kamper mellom klinikkene. Respondenter fra anestesiklinikken mener at svakheter ved prosessene resulterer i at

anestesi-klinikkens budsjetttrammer ikke samsvarer med aktivitetsnivået ved klinikkene de skal leverer service til.

Tidsmessig avstand mellom strategisk planlegging og budsjettforhandling

Den strategiske planleggingen omhandler overordnede, faglige vurderinger. Momentene fra den strategiske planleggingen, som foretas på våren, blir i følge økonomidirektøren fort glemt når man kommer til høstens harde budsjettkamper. Økonomidirektøren mener det går for lang tid mellom planlegging av aktivitet og fastsettelse av budsjettet.

” Ønsket er å få en mer helhetlig prosess slik at den faglige vurderingen i henhold til prioriteringer, henger sammen med tallene.” (Økonomidirektør)

Separate budsjettforhandlinger

Klinikkene utarbeider sine budsjetter i separate budsjettforhandlinger og budsjettene leveres inn på samme tidspunkt. Respondentene ved klinikkene mener separate budsjettfastsettelser resultere i at klinikkene graver seg ned i sin egen driftshverdag, og dermed ikke tar hensyn til hvilke konsekvenser deres budsjettmessige valg har for resten av sykehuset.

Administrerendedirektør påpeker at en god samhandling mellom sykehusets klinikker er viktig i forkant av budsjettutformingen. Sykehusets klinikker benytter mange av de samme ressursene. Anestestjenesten er et eksempel på en ressurs flere kliniske klinikker benytter. En god samhandling presenteres som nødvendig for å oppnå samsvar mellom de ulike klinikkenes behov for service. Administrerende direktør påpeker at dialogen mellom klinikkene må bli tettere og at sykehuset har behov for et system som fører til at aktivitetene i større grad blir planlagt i sammenheng.

Anestestjenestene inkluderes ikke i planleggingen

I likhet med de kliniske klinikkene utformer anestesi-klinikken sitt eget budsjett. De opererende klinikkene inkluderer dermed ikke kostnaden for anestesi i sine budsjetter, selv om dette er en nødvendig service, og en avhengig variabel.

”Serviceklinikken for anestesi inkluderes ikke i aktivitetsplanleggingen på detaljert nok nivå, sammen med klinikkene de skal betjene. Jeg erkjenner at det er behov for å se på hvordan vi kan inkludere serviceklinikken i planleggingen av neste års aktivitet”
(Administrerendedirektør)

Respondentene ved anestesi-klinikken og sentral stab vektlegger at anestestjenestene bør dimensjoneres ut i fra aktivitetsnivået ved de opererende klinikkene, og ikke kun på bakgrunn

av fjorårets aktivitet. Klinikksjefen og økonomiansvarlig ved anestesiklinikken, mener konsekvensen av å ikke inkludere anestesi i planleggingen på klinikknivå, blir en diskrepans mellom anestesiklinikkens ressursmessige forutsetninger og opererende klinikkers behov.

”Vi er ikke systematisk inne i planleggingsfasen hos de klinikker som er avhengige av våre tjenester, og blir ofte den siste vogna som hektes på når alt synes klart. Resultatet blir ofte en problematisering av klinikkens anmelding av ressurser for å imøtekomme behovene. Jeg tar ansvar for at klinikken leverer tjenester i henhold til behovene, men kan ikke ta ansvar for de ressursmessige konsekvensene av merytelsersom ikke er tatt hensyn til i driftsrammen - det må bestilleren ta.” (Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin)

Økonomidirektøren er ærlig på at det er legges for lite vekt på konsekvensene av prioriteringene klinikkene gjør, i henhold til anestesi behov. Han vektlegger at en økning i aktivitetsnivå som resulterer i økt anestesi behov, må kommuniseres i planleggings- og budsjettprosessen.

Synkron planlegging

Avdelingssjefen for anestesisykepleierne fremhever viktigheten av at klinikksjefene, for fagområder med anestesi behov, blir enig med sentral stab om aktivitetsnivå for kommende periode, før nivået på anestestjenesten dimensjoneres. Behovet for en synkronisert planlegging av sykehusets aktivitetsnivå fremheves av respondentene ved de to klinikkene. Sykehuset må komme til enighet om hvilke operasjoner man skal gjennomføre, slik at anestesiklinikken tildeles en ramme på bakgrunn av et realistisk aktivitetsnivå.

”Vi har ikke nødvendig grad av synkronisering på planleggingsnivå mellom aktivitetsnivået sykehuset legger opp til, og anestesiklinikkens kapasitet i henhold til driftsramma. Anestesi virksomheten sin aktivitet er en avledet konsekvens av andre klinikkers aktivitetsnivå. Man må derfor synkronisere planleggingen og dimensjoneringen av anestesiaktiviteten i forhold til alle de klinikkområdene vi skal betjene.” (Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin)

Økonomirådgiveren og klinikksjefen ved anestesiklinikken uttrykker at de mener sykehuset først må planlegge et aktivitetsnivå og deretter kostnadsberegne den, for deretter å vurdere om sykehuset har økonomisk bæreevne til den planlagte aktiviteten. Hvis det viser seg at man

ikke har bæreevne, må justeringen foretas hos de opererende klinikkene som anestesi skal betjene.

”Klinikken må ha en planlegging hvor en tar innover seg kostnaden ved den aktiviteten som forventes og den stillingsmassen man har. Vår aktivitet må avstemmes med aktivitetsnivået de andre klinikkene legger opp til og får aksept for.” (Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin)

Silostyring

Respondentene ved de to klinikkene påpeker at samhandlingen ”på gulvet” er god. Klinikkene utvikler løsninger i felleskap og har en bedre forståelse for hverandres spilleregler, nå enn tidligere. Men på makronivå har respondentene ved klinikkene en følelse av å bli styrt som om klinikkene er helt uavhengige av hverandre.

”Man taues inn på egne adskilte budsjettmøter og planleggingen blir asynkron. Dette driver oss mer fra hverandre enn sammen. Når det gjelder samarbeid på klinikknivå så er vi mye mer skrudd sammen.” (Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin)

Respondentene fra anestesiklinikken uttrykker maktesløshet i form av at klinikkens forsøk på horisontal styring overkjøres av vertikale styring ovenfra. I følge respondentene styres klinikkene som separate siloer, siloer med tykke steinvegger. Respondentene ved de to klinikkene har en følelse av at sentral stab ikke tar inn over seg at klinikkene er del av samme produksjonslinje. Respondenter ved anestesiklinikken uttrykker en opplevelse av at det planlegges som om anestesi er en uavhengig variabel. Anestesi er et vesentlig element i en operasjon, og tjenesten kan på ingen måte abstraheres fra den kirurgiske aktiviteten, i følge klinikksjefen.

”Vi kan ikke styres som om tjenestene vi utfører ikke henger sammen. Vi har hittil ikke oppnådd tilstrekkelig bevissthet i toppledelsen vedrørende det faktum at anestesiklinikkenes ressursbehov påvirkes av den aktiviteten som vi til en hver tid skal, og må levere. (...) Det er mange produksjonselementer som bidrar til å løse ett og samme behandlingsløp. Elementene har forskjellige eiere og organisatoriske plasseringer. Et eierskifte midt i produksjonslinjen kan fort lede til uheldige. Vi er felles om leveransene og kan ikke planlegge som om vi ikke er det. Vi må være mye mer synkroniserte” (Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin)

Evaluering av budsjett- og planleggingsprosess

Respondentene fra sentral stab er klar over at budsjett- og planleggingsprosessen har sine svakheter når det kommer styring av anestesiklinikkens tjenester. De kan fortelle at en evaluering av prosessene er allerede satt i gang, og økonomidirektøren skal gjennomgå prosessene i samarbeid med eksterne og interne rådgivere.

Evalueringen skal handle om å knytte strategisk planlegging og budsjettutforming nærmere sammen, i følge økonomidirektør. Hovedmålet med evalueringen er å opparbeide en mer helhetlig budsjett- og planleggingsprosess, sier han. Momentene i evalueringen er blant annet å inkludere anestesitjenestene i planleggingen på et lavere nivå, øke samhandlingen mellom klinikkene og bedre samsvar mellom strategisk planlegging og fastsatt budsjett, i følge økonomidirektør.

5.2.3 HANDLING

Når det gjelder den daglige situasjonen og driften ved sykehuset formidler klinikkenes respondenter at leveranser til den elektive virksomheten, karakterisert som etterspørsel 1, fungerer bra. Det er ved behov for fleksibilitet i leveranse for å imøtekomme etterspørsel 2 og 5 at utfordringene oppstår, i følge de to klinikksjefene.

Etterspørsel 2 – Overtid

Når elektive operasjoner står i fare for å gå over kjernetiden, kan det resultere i at operasjonsstuen stenges ned før kl 15.30, i følge respondentene. Anestesiklinikkens respondenter mener årsaken er at anestesiklinikken mangler evnen til å være like fleksibel som opererende klinikker i forhold til overtidssjopping. Anestesiklinikkens rammene setter sine begrensinger i forhold til ressursbruk ut over kjernearbeidstiden, i følge respondentene. Respondentene uttrykker at rammene ikke gir rom for overtidbetaling.

Respondenter fra ortopedisk klinikk uttrykker en holdning som tilsier at de mener anesthesi bør kunne gjøre mer med ressursene de allerede har blitt tildelt og at klinikken bør være i stand til å finne ressurser internt. Ortopedisk klinikk kan styre sine inntekter i større grad, og er dermed mer fleksible i forhold til overtidbetaling. Det er tydelig at anestesiklinikkens hensyn til rammen skaper utfordringer i samarbeidet mellom klinikkene.

Selv om klinikkenes ulike finansielle premisser ser ut til å gjøre samarbeidet krevende, har klinikkene klart å komme frem til en intern løsning i form av internt utviklet

”internhandelssystem.” I slike situasjoner betaler ortopedisk klinikk anestesiklinikkens overtidstimer.

Etterspørsel 5 – Aktivitetsøkning

Respondenter fra ortopedisk klinikk uttrykker at opererende klinikker til tider har et ønske og et behov for å øke sin aktivitet ut over planlagt nivå i løpet av budsjettåret. Respondentene fra anestesiklinikken uttrykker tydelig at en god samhandling gjør det enklere å forholde seg til eventuelle endringer fra planlagt aktivitetsvolum. De vektlegger hvordan god kommunikasjon i forkant av avgjørelser om endringer letter samarbeidet.

”Hvis ortopeden kommer med et ønske om å åpne en ny stue for å ta unna hoftoperasjoner kan vi komme til enighet om leveranse til dette hvis vi har en dialog. Vi vil selvfølgelig forsøke å stille opp. (...) Å gå inn i problemet med åpne øyne er mye greiere.” (Avdelingssjef Anestesileger, Anestesiavdelingen).

Klinikksjefen for anestesiklinikken uttrykker at planlagte økninger som regel går greit, så lenge man har god kommunikasjon på tvers av klinikkene. Klinikksjefen for ortopedisk klinikk forteller at slike situasjoner noen ganger løses med det interne utviklede systemet av ”internhandelen”.

”Vi har i perioder kjøpt ekstra tjenester fra anestesi. Vi har da betalt anestesi avdelingen, ut over rammene for å blant annet ha mulighet til unngå fristbrudd og ta unna ventelister. Vi betaler anestesi de timene vi trenger ekstra for å imøtekomme etterspørselen. Dette blir som en internhandel ut over det som er rammefinansiert.” (Klinikksjef, klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer)

De to klinikksjefene mener løsningen fungerer relativt bra, og klinikksjefene påpeker at det generelt er et godt samarbeid mellom klinikkene. Driftshverdagen karakteriseres som god.

5.2.4 EVALUERING

Jeg vil nå belyse anestesiklinikkens evne til å kommunisere reliabel informasjon vedrørende drift. Årsaken til dette er at anestesiklinikkens respondenter uttrykker utfordringer knyttet til å dokumentere klinikkens ressursbruk på en god måte. Flere respondenter fra anestesiklinikken peker på vanskeligheter tilknyttet måling av ressursinnsats og dokumentasjon av økt ressursbehov. Ingen av respondentene ved klinikken gir klare svar på hvorvidt det er mulig å dokumentere og rapportere klinikkens ressursbruk på en hensiktsmessig måte.

Rapportering

Det ser ut som man fortsatt har en vei å gå når det gjelder en fornuftig rapportering og evaluering av økonomisk informasjon fra anestesiklinikken. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom utfordringer knyttet til måling og rapportering av ressursutnyttelsen ved klinikken.

”Klinikkene måles i hovedsak på resultat, mindre på aktivitet og faglig leveranse. Dette forutsetter at man har et realistisk budsjett i forhold til forventet aktivitet. Hvis ikke vil økonomisk resultat som styringsparameter, bli utfordrende.” (Klinikksjefen, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin)

Alle klinikkene ved sykehuset har månedlige rapporteringer av driftsregnskap som rapporteres til sentral stab. Rapportene viser ressursforbruk, inntekter, lønn og varekostnad. Uavhengig av funksjon benytter alle klinikkene samme mal for rapportering, selv om anestesiklinikken som serviceklinikken i teorien ikke har nevneverdige inntekter å rapportere. Klinikksjefen for anestesiklinikken uttrykker at rapporteringen kun blir en regnearkmanøver. Respondentene ved anestesiklinikken beskriver regnskapsrapporteringen som en plikt, og ikke som et reelt uttrykk for hvordan klinikken er driftet.

Registrering

Utfordringer knyttet til rapportering av troverdig driftsdata ser ut til å handle om hvorvidt aktivitetene registreres på en hensiktsmessig måte. I tillegg til å rapportere regnskapsdata som inntekter og kostnader, registrerer anestesiklinikken aktivitetsdata i form av anestasier (antall bedøvelser) og anestesitimer. Dette er data for aktivitet som i hovedsak er tilknyttet operasjonsstuene. Som nevnt utfører anestesiklinikken service også utenfor operasjonsstuene, men dette er aktiviteter som de ikke har noe system for å registrere. Resultatet blir at anestesiklinikken ikke får registrert hva de benytter sine ressurser på til en hver tid.

”Det er utfordrende å registrere informasjon som underbygger hvor mye vi faktisk jobber. Det finnes ikke måltall på alt vi gjør, og vi har derfor ikke tall på hvor mye vi gjør til en hver tid. Når vi må assistere på en sengepost så registreres ikke dette, selv om det kan ta 20 min.” (Fagoverlege for Anestesi ved Ortopedisk seksjon)

Klinikken for ortopedi har utviklet et eget system som illustrerer utnyttelsen av de ulike operasjonsstuene, systemet kalles operasjonsplanleggeren. Operasjonsplanleggeren er et system som i sin tid ble utviklet av kirurgen som et planleggingsverktøy for kirurgisk

aktivitet, i følge klinikkjefen for anestesiklinikken. Systemet har i dag en tilleggsmodul for registrering av anestesi. Respondentene fra anestesiklinikken har en oppfattelse av at denne modulen ikke er optimal for registrering av anestesi og bekrefter at de ikke er flinke til å benytte verktøyet.

Anestesiklinikkens respondenter innrømmer at de prioriterer å registrere sin aktivitet i sitt eget system, omtalt som Anestesiweb. I følge klinikkjefen for anestesiklinikken registreres det ulike opplysninger i de to systemene. Opplysningene de skriver i weben adopteres til operasjonsplanleggeren, men problemet ser ut til å være at ikke all informasjonen adopteres. Respondentene fra anestesi gir uttrykk for at de syns Operasjonsplanleggeren er mangelfull med tanke på overførbarhet.

Dokumentering

Årsaken til mangelfull registrering ser ut til å være et resultat av evne til å dokumentere ressursbruk. Dokumentasjon som viser anestesiklinikkens ressursbruk etterspørres av respondenter ved ortopedisk klinikk. Respondentene uttrykker en holdning som tilsier at de tror anestesi har ”mer og gå på”, at anestesiklinikken bør klare mer med ressursene de har. Dette er oppfatninger som illustrerer viktigheten av å dokumentere ressursbruk på en troverdig måte.

Respondentene fra anestesiklinikken påpeker at de forsøker å legge frem dokumentasjon som illustrerer klinikkens ressursbruk. De sier de dokumenterer ressurser tilknyttet operasjonsstuene, gjennom en registrering av antall anestasier og anestesitimer. Men respondentene erkjenner at de ikke har tilstrekkelig registrering av arbeidsoppgaver ut over bemanning av operasjonsstuene. På bakgrunn av mangelfull registrering har klinikken problemer med å dokumentere all ressursbruk.

Det ser ut som det er dette faktumet som gjør det vanskelig for ortopedisk klinikk å få oversikt hvor anestesi benytter ressursene sine. Klinikken kan ikke til en hver tid dokumentere og vise hvor og hvordan ressursene benyttes. På den måten blir det vanskelig for klinikken å bevise at de har en optimal ressursutnyttelse, samtidig som det blir vanskelig for resten av sykehuset å bevise at klinikken er ineffektiv.

”Klinikken har en innebygd fleksibilitet i systemet som ikke er målbar, vi utfører mange oppgaver også ut over bemanning av stuene. Slike størrelser er det mange av innen anestesi. Det går ikke an å dokumentere alt, og vi får dermed ikke bevist at vi faktisk bruker ressursene til det fulle.” (Fagoverlege for Anestesi ved ortopedisk seksjon)

I tillegg til daglig og månedlig dokumentering av ressursforbruk utstykker anestesiklinikkens respondenter at de har gjort ytterligere tiltak for å dokumentere klinikkens ressursutnyttelse. I 2011 benyttet klinikken en av de andre klinikkenes økonomirådgivere til en gjennomgang av driften. I dette arbeidet ble det beregnet hva anesthesiavdelingen har av bemanning og hva som kreves for å holde sykehusets operasjonsstuer i drift. Informasjon fra arbeidet ble lagt frem for sentral stab. I følge klinikkens sjef og økonomirådgiver ved anestesiklinikken viste analysen at klinikken hadde for få ressurser i forhold til å dekke opp etterspørselen etter anestesi. Økonomidirektøren bekrefter å ha sett analysene og sier at anestesiklinikken fikk en rammeøkning på bakgrunn resultatene, men økningen tilsvarte ikke avviket i sin helhet. Årsaken er at økonomidirektøren har en formening om at anestesiklinikken kan effektiviseres ytterligere.

Selv om klinikken dokumenterer ressursbruk, ser det ut som dette er informasjon som kun rapporteres vertikalt til sentral stab og jeg får inntrykk av at ortopedisk klinikk ikke får tilstrekkelig innsyn i dokumentasjonen.

5.2.5 GRUNNLEGGENDE FORUTSETNINGER FOR STYRING

De siste empiriske funnene jeg vil presentere omhandler forutsetningene som påvirker styring.

Transparens

Funn presentert i 5.2.4 illustrerer mangelfull rapportering, registrering og dokumentering av anestesiklinikkens ressursbruk. Dette ser ut til å resultere i at anestesifunksjonen blir lite transparent ovenfor resten av sykehuset. Økonomidirektøren mener at hovedproblemet i ressursplanlegging og styring av anestesitjenester er at man ikke har gode, eller tydelige nok driftsdata til å kunne diskutere deres ressursutnyttelse og drift, som et faktum.

Respondenter fra ortopedisk klinikk etterspør informasjon om hvor anestesiresursene benyttes til en hver tid, og det ser ut til at informasjonen anestesiklinikken samler inn kun blir

rapportert vertikalt til sentral stab. Det ser ut til at diskusjonen vedrørende evne til å dokumentere ressursutnyttelse tilspisser seg når klinikken for ortopedi etterspør økt anestesi (etterspørsel 2 og 5). Respondentene fra ortopedisk klinikk etterspør større transparens og håndfaste bevis ressursknapphet hvis anestesiklinikken ikke har mulighet til å etterkomme etterspørselen.

”Problemet til anestesi er at de er spredd over hele sykehuset til en hver tid. De bør registrere ressursbruken sin slik at de til en hver tid vet hvordan ressursen utnyttes. Det blir sagt: ”hvor er anestesi?”. (...) Når man ikke klarer å levere ressurser på en operasjonsstue handler det sannsynligvis om at man er bundet opp en annen plass, men man må kunne dokumentere og bevise det, og ikke bare si at man ikke kan stille opp”. (Økonomirådgiver, Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer)

Respondentene fra anesthesiavdelingen på sin side mener som sagt at de har dokumentasjon på sin ressursutnyttelse. De referer blant annet til analysene utført av den intern- eksterne økonomirådgiveren i 2011. Men det viser seg at dette er informasjon i hovedsak ble kommunisert vertikalt til sentral stab, og ikke horisontalt mellom klinikkene.

Respondenter fra anestesiklinikken peker på anestesiklinikkens natur når de snakker om at klinikken mangler transparens. Klinikken utfører oppgaver over hele sykehuset, og ikke bare oppgaver tilknyttet operasjonsstuene. Arbeidsoppgavene gjør at anestesipersonellet spres ut over sykehusets ulike sentre. utfordringer knyttet til rapportering, registrering og dokumentering, gjør det vanskelig å måle klinikkens arbeidsbyrd, i følge klinikkensjefen.

”Arbeidsoppgavene og ansvarsområdet er spredd over hele huset og flere sengeposter. Én ortoped vil ikke vite hva vi holder på med ut over den stuen hvor ortopeden befinner seg.”(Fagoverlege for Anestesi ved Ortopedisk seksjon).

Kunnskapsløshet

Flere funn illustrerer at ortopedisk klinikk har manglende kunnskap vedrørende anestesiklinikken premisser for drift.

Delkapittel 5.2.1 illustrerer at ortopedi som opererende klinikk, og anestesi som serviceklinikk, har ulike premisser for drift og finansiering. At man ikke har et klart nok bilde av hverandres betingelser ser ut til å resultere i mye profesjonsstrid mellom de to klinikkene. De opererende klinikker har press på seg om å operere mer, mens anestesi har press på seg til å holde budsjettammen.

Striden kommer til uttrykk når det er snakk om etterspørsel 2 og 5. Når det gjelder å utfordringer i forhold til å imøtekomme etterspørsel 2, behov for overtid, påpeker anestesiklinikkens respondenter at årsaken er klinikkens faste budsjetttramme. De uttrykker at den faste rammene ikke gir rom for overtidsbetaling og at de føler at det ikke er akseptert av kostnadmessige grunner, for klinikken å ha overtidstimer. Respondentene ved anestesiklinikken sier at de føler opererende klinikker ikke tar inn over seg, det faktum, at anestesiklinikken er rammefinansiert. Anestesiklinikken blir sett på som en ”stoppknapp”, mens resten av sykehuset står klar.

”Vi opplever at irritasjon over at vi ”neker” våre sykepleiere å gå overtid for fullføre en operasjon.(...)Resultatet av at vi ikke kan stille med personell kan føre til at operasjonen ikke blir påbegynt, og det er klart at det skaper irritasjon.”

(Økonomirådgiver, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin)

Klinikksjefen for anestesiklinikken sier klinikken har hatt mye ”voksenopplæring” av klinikkene for å forklare klinikkens driftsvirkelighet. Klinikksjefen ved ortopedisk klinikk innrømmer at han ikke var klar over at serviceklinikken er 100 % rammefinansiert før inntil nå nylig. I mars i år skulle ortopedi utføre noen små inngrep som resulterte i økte anestesibehov. Det endte opp med en diskusjon på klinikknivå mellom klinikksjefene. Klinikksjefen for ortopedi sier han den gangen ikke var klar over at forespørselen satte anestesi i en kapasitetsmessig knipe, på grunn av faste rammer. Anestesi kunne ikke øke aktiviteten ut over rammen og forespørsel fra ortopedi kom derfor som et ekstrabehov anestesiklinikken ikke hadde budsjettet for.

”Jeg var ikke klar over at anestesi fikk endrede budsjettbetingelser da de ble tatt ut av internhandelssystemet. Det er mulig jeg burde ha fått det med meg, men faktum er at jeg altså ikke var klar over dette.” (Klinikksjef, Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer).

Respondentene ved ortopedisk klinikk uttrykker at de føler sentral stab har holdt kortene for tett til brystet, noe som har ledet til en lite gjennomslutlig virksomhet på tvers av klinikkene. Det kan se ut som ufullstendig kunnskap om anestesiklinikkens premisser for drift på bakgrunn av en lite transparent driftshverdag har resultert i at anestesi ofte blir ansett som syndebukken. Det er en felles oppfatning blant all respondentene at anestesi får mye av skylden hvis man ikke klarer å gjennomføre operasjoner. Klinikksjefen for ortopedisk klinikk

sier at så lenge han har vært kirurg så har det vært slik at hvis noe går galt, ja da skylder man på anestesi.

Mangel på tillit

Mangel på målbarhet, transparens og kunnskap om hverandres premisser for drift ser ut til å prege tilliten mellom anestesiklinikken og sykehuset for øvrig. Klinikksjefen for ortopedisk klinikk uttrykker at en lite gjennomiktig driftshverdag gjør at man bare må stole på at anestesiklinikken benytter sine ressurser på den mest hensiktsmessige måten, og at de gjør det de kan med ressursene de har. I følge klinikksjefen for ortopedi handler det om at man ikke har totaloversikten over anestesiklinikkens drift og at man i usikkerhetsrommet begynner man å spekulere.

”Anestesi styrer selv hvordan de organiserer seg. De har ulike oppgaver spredt ut over hele sykehuset. Deres drift er ikke så synlig for oss, altså hvordan dette foregår. I utgangspunktet må vi på en måte akseptere at dette har de ordnet seg på beste mulig vis. Men systemet er ikke transparent.” (Klinikksjef, Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer)

Anestesiklinikkens respondenter mener mangel på tillit kan bunne i et gammel innbarket syn blant sykehuset profesjoner om at anestesiklinikken ikke driftes effektivt.

”En fremstilling av stereotypen på en anestesilege er en som sitter å drikker kaffe og leser avisa” (Fagoverlege for Anestesi Ortopedisk seksjon)

Selv om beskrivelsen av stereotypen er satt på spissen viser funn at respondenter fra både sentral stab og ortopedisk klinikk har en mistanke om at anestesiklinikken har evne til ytterligere effektiviseringer. Anestesiklinikkens respondenter mener kapasiteten ved klinikken er sprengt og at klinikkens ikke kan øke sin leveranse ytterligere med den driftsrammen de har i dag. Økonomidirektøren er klar på at dette er et riktig svar hvis det er naturgitt hvordan oppgaven skal gjøres. En slik formening underbygger at man mangler tillit til at anestesiklinikken driftes på en optimal måte. Klinikksjefen for anestesiklinikken uttrykker at han føler klinikken beskyldes for å være ineffektiv.

”Det dro seg litt til på tampen av fjoråret. Gjennom året var vi gjenstand for noe jeg oppfattet som udokumenterte påstander om driften av klinikken, etter hvert på grensen av beskyldninger. Dette utløste et avklarende møte med påfølgende dialog om kjørereglene. Skal klinikken være en viktig og ansvarlig del av sykehuset - hvilket vi

er, må det være ærlighet og åpenhet om hva som er klinikkens utfordringer.”

(Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin).

Respondentene ved sentral stab gir uttrykk for at de forstår anestesiklinikkens frustrasjon og sier de ser at anestesi er satt i en offerposisjon. Anestesiklinikken føler de må betjene kunder med alt for store behov, uten at de tillegges økte ressurser, erkjenner administrerendedirektør. Men direktøren uttrykker samme mening som økonomidirektøren om at anestesiklinikken burde klare mer med ressursene de allerede har, og at de ikke har gjort nødvendige omstillinger internt. Klinikken blir omtalt som treg, i forhold til evne og vilje til å foreta interne omstillinger.

Respondentene fra ortopedisk klinikk går så langt at de spekulerer i hvorvidt det er ønskelig, fra anestesiklinikkens side, å oppnå en mer transparent drift. Respondentene uttrykker en mistanke om at anestesiklinikken ikke har insentiver til å dokumentere ytterligere hvordan de benytter sine ressurser. Årsaken er en oppfattelse av at anestesiklinikken ikke ønsker å gjøre driften mer transparent i fare for at det resulterer i en konklusjon som tilsier at klinikken har nok ressurser, eller for mye. En slik oppfattelse gir et uttrykk for at respondentene fra ortopedisk klinikk mener anestesiklinikken bør klare mer med ressursene de allerede har. Respondentene uttrykker at anestesiklinikken bør ha mulighet til å strekke ressursene sine lengre.

”Selv om man har en budsjetttramme vil det alltid være slik at man kan spørre seg hvor mye man har å gå på. På klinikknivå så har man et element av ”trekkspill” (...) Alle problemer kan ikke løses med en ressursøkning. Først må man snu alle steinene i driften. Men da har kastet inn noe litt brennbart i organisasjonen, fordi hva vil det si å snu alle steiner? Jo, det er jo nettopp det å stille spørsmålstegn til måten du gjør ting på.” (Klinikksjef, Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer)

Klinikksjefen for ortopedisk klinikk er tydelig på at ressurs spørsmålet er det siste som bør besvares, men er allikevel klar på at hvis anestesiklinikken klarer å bevise og spesifisere et ressursunderskudd, så er ortopedisk klinikk villig til gjøre det som trengs for å hjelpe klinikken med å få ressurser. Klinikksjefen uttrykker at det i det store og hele ikke er vanskelig å begrunne eventuelle ressursøkninger for å løse en flaskehals, eller redusere en begrensning i systemet. Operasjonsavdelingen er motoren i alle kirurgiske avdelinger og det er farten på den motoren som avgjør nivået av det som kommer ut, sier klinikksjefen. Men klinikksjefen vektlegger at en eventuell ressursøkning må ha sporbarhet.

” Jeg vil ikke putte ressurser i en tåkedott, jeg vil at ressursene som settes inn blir satt på et spor som fører til et bestemt sted.” (Klinikkssjef, Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer)

Mangel på tillit ser ut til å bunne i mangel på evne til å rapportere, registrere og dokumentere anestesiklinikkens driftshverdag. Anestesiklinikkens respondenter mener allikevel at dokumentasjon og innsyn i driften, ikke vil være nok til å opparbeide tillit. Respondenter føler deres forsøk på troverdig dokumentering av driften ikke blir tatt til etterretning. På bakgrunn av en følelse av å ikke bli tatt på alvor, har klinikken etterlyst et ønske om å bli eksternt revidert. Dette illustrerer at klinikken ønsker å bli etterprøvd. Klinikksjefen anesthesi uttrykker at klinikken ikke ønsker mer ressurser, men påpeker at klinikken må ha de ressursene de trenger for å drifte.

6. ANALYSE AV HOVEDFUNN

I dette kapittelet vil jeg analysere empiriske funn presentert i kapittel 5. Jeg vil presentere fire hovedfunn som jeg mener kan benyttes til å beskrive hvordan økonomistyring ved St. Olavs Hospital påvirker grunnlaget for internt samarbeid. Funnene analyseres på bakgrunn av oppgavens teoretiske fundament. Det første funnet illustrerer hvordan økonomistyringen resulterer i to ulike driftsvirkeligheter for klinikkene. Videre vil jeg analysere hvordan et vertikalt preg på økonomistyring resulterer i ulike brudd på den ideelle økonomiske styringsprosessen presentert av Anthony og Young (2003). Deretter vil jeg benytte alternative perspektiver på økonomistyring til å analysere fremvekst av uformelle løsninger, og beskrive hvordan samarbeid kan fungere, til tross for brudd på styringsprosessen. Til slutt vil jeg analysere hvordan mangel på tillit ser ut til å skape behov for formelle systemer for transparens og samarbeid.

6.1 TO VERDENER

Flere empiriske funn tyder på at anestesiklinikken og ortopedisk klinikk befinner seg i to ulike verdener med tanke på klinikkens funksjon, finansieringsmodell og premisser for drift.

Service- versus opererende klinikk

Anestesiklinikken er en serviceklinikk, klinikken tilbyr service til store deler av sykehuset. Hovedtyngden av anesthesiavdelingens arbeid er tilknyttet leveranse av anestesileger og anestesisykepleiere. I tillegg til å yte service under operasjon, utfører anestesipersonellet en

rekke andre oppgaver. Klinikkenes funksjon resulterer i en stor geografisk spredning av klinikkenes personalressurser.

Ortopedisk klinikk er en opererende klinikk som etterspør anestesistjenester for å utføre operasjoner. Ortopedisk avdeling utfører den største delen av en behandling under en ortopedisk operasjon, og man sier derfor at det er ortopedi som "eier" pasienten. En service vil aldri utgjøre største del av en operasjon, og anestesistjenesten "eier" derfor ingen pasienter.

Finansieringsmodell

Anestesistjenesten var tidligere underlagt internhandelssystemet ved St. Olavs Hospital, et system som gjorde at klinikken opparbeidet seg egne inntekter. I dag er klinikken 100 % rammefinansiert og klinikken har ikke lengre mulighet til å tilegne seg egne inntekter.

Ortopedisk klinikk er på sin side stykkprisfinansiert gjennom IFS systemet. En slik modell gjør det mulig for klinikken å opparbeide seg DRG-inntekter for behandlingene de utfører. At anestesistjenesten ikke lengre ligger under internhandelssystemet påvirker klinikkenes evne til fleksibilitet i leveransen. Klinikken kan ikke lengre finansiere en økning av leveranse med en inntektsøkning. Klinikksjefen fra ortopedisk klinikk var ikke klar over, før inntil nylig, at anestesistjenesten nå er rammefinansiert.

Ortopedisk klinikk kan sees som en "bestiller" og anestesistjenesten som en "tilbyder". Men tjenesten anestesistjenesten tilbyr har ingen "pris" for den som bestiller. Dette er et resultat av at anestesistjenesten er tatt ut av internhandelssystemet. Sykehuset har ikke noe formelt system for å "handle" anestesi, og de bestillende klinikkene trenger ikke forholde seg til at det "koster" å benytte anestetiltjenester. Internhandelssystemet skapte en bevisstgjøring og kunnskap vedørende kostnaden for bruk av anestesi, en dimensjon som er i tråd med Mauland og Mellempvik (2004) sin definisjon av et økonomistyringssystem som kunnskapsskapende og bevisstgjørende. Dette er en dimensjon som dagens finansieringsmodell ikke inneholder. Internhandelssystemet kan sees som et formelt horisontalt system, som tilrettelegger for samarbeid gjennom at bestillende klinikker må forholde seg til en pris på bruk av anestesistjenester.

Premisser for drift

Klinikkenes finansieringsmodeller gir klinikkene ulike premisser for drift. Dette kommer blant annet til uttrykk når det er snakk om valg av metode for å imøtekomme innsparingstiltak. Som stykkprisfinansiert kan ortopedisk klinikk imøtekomme et

innsparingstiltak med en aktivitetsøkning fremfor kostnadsutt, da en aktivitetsøkning resulterer i en inntektsøkning for klinikken. For anestesiklinikkens betyr aktivitetsøkning kun kostnader, og den eneste metoden de kan benytte for å imøtekomme innsparingskrav er å kutte i kostnadene. Ulike premisser ser ut til å lede til interessekonflikt mellom klinikkene.

Anestesiklinikkens tjenester dimensjoneres ut i fra aktivitetsnivået og anestesibehovet ved sykehusets klinikker, en økning i opererende aktivitet leder til økt anestesibehov. Gjennom internhandelssystemet mottok klinikken tidligere økt inntekt ved en økning i leveranse. Dages finansieringsmodell resulterer i at klinikken pådrar seg økte kostnader ved en leveranse som går ut over det rammene gir rom for, dette påvirker hvilke insentiver klinikken har til å øke sin leveranse. Ortopedisk klinikk vil på sin side oppnå økte inntekt ved aktivitetsøkning på bakgrunn av stykkprisfinansieringen, men det kan de ikke gjøre uten leveranser fra anestesi.

De ulike finansieringsmodellene og premissene for drift gir de to klinikkene ulike insentiver. Ortopedisk klinikk har insentiver til økt aktivitet, på bakgrunn av et inntektspotensial, men anestesiklinikken har insentiver til å holde seg innenfor budsjettammen og levere service til planlagt aktivitetsnivå. Faste budsjettammen hemmer noe av fleksibiliteten i anestesi klinikkens leveranse, noe som påvirker ortopedisk klinikk sin mulighet til aktivitetsøkning.

Oppsummerende kommentar:

Økonomistyrings påvirkning på grunnlaget for internt samarbeid ser ut til å komme til uttrykk gjennom et bile av at klinikkene lever i to ulike verdener. Klinikkene har ulike finansiering- og driftsmessige premisser, som videre resulterer i ulike insentiver for aktivitetsøkning. Denne studien viser at økonomistyring ved St. Olavs Hospital ikke inneholder formelle systemer som bevisstgjør hva anestesiresursen koster. Bestillende klinikker trenger ikke forholde seg til en pris på anestesitjeneste, og kostnadsberegner derfor ikke bruk av tjenesten når de vurderer om de skal øke sin aktivitet. En rammefinansiering av anestesiklinikken resulterer i at klinikken må ta de ressursmessige konsekvensene av merytelser som de driftsmessige rammene ikke har tatt hensyn til.

6.2 VERTIKAL STYRING

Busch et al. (1999) definerer økonomistyring som lederatferd, atferd som omhandler ressursregulering. Mine data tyder på at økonomistyring ved St. Olavs Hospital har et sterkt vertikalt preg. Vertikal styring samsvarer med økonomistyring i et prinsippal- agentteoretisk perspektiv.

To agenter - én prinsipal

Ser man på økonomistyring i et prinsipal- agentteoretisk perspektiv kan klinikkene sees som to ulike agenter som jobber for samme prinsipal, representert av sentral stab.

Som agenter er det de ansatte ved klinikkene som best vet hvordan en behandling bør utføres. Det kan derfor sies å være informasjonssymmetri mellom klinikkene og sentral stab.

Asymmetrisk informasjon et element som er sentralt i et prinsipal- agentforhold (Jensen & Meckling, 1976). I følge Jensen og Meckling (1976) kreves det styring og kontroll av agenten for å sikre at de jobber mot prinsipalens mål. I denne sammenheng kan økonomiske insentiver benyttes. Et styringsmekanisme kan, i følge Otley et al. (1995), gi agenten insentiver til å jobbe for å oppnå organisasjonens mål. Dette studiet tyder på at økonomistyringen ved St. Olavs Hospital gjør at anestesiklinikken og ortopedisk klinikk får ulike insentiver til handling, noe som i teorien kan resultere i at total måloppnåelse ikke realiseres for sykehuset.

IFS ble i sin tid innført for å oppnå økt produksjon ved offentlige sykehus. Ved å benytte IFS får stykkprisfinansierte klinikker, slik som ortopedisk klinikk, insentiver til å øke aktiviteten. På denne måten fungerer IFS som en styringsmekanisme, en mekanisme som leder til at klinikken jobber for å nå sykehusets mål om økt produksjon. Styringsmekanismen gir dermed ortopedisk klinikk en pekepinn på hvilken atferd som er ønskelig, i tråd med Eccles og Nohria (1992) sin definisjon på et formålet med en styringsmekanisme. Dette studiet tyder imidlertid på IFS ikke skaper de samme insentivene for anestesiklinikken, en klinikk som ikke er stykkprisfinansiert. På den måten er dette en mekanisme som kun fungerer til å styre den ene av de to agentene.

Som rammefinansiert klinikk har ikke anestesiklinikken de samme økonomiske insentivene til å øke aktivitet, som det stykkprisfinansierte klinikker har. Dette resulterer i at økonomistyringssystemet, slik det i dag er utformet, gir klinikkene ulike insentiver. Ulike insentiver fører til at klinikkene styres fra hverandre. Den ortopedisk klinikkens insentiver til å øke aktivitetsnivået blir møtt med anestesiklinikkens insentiver til å holde budsjettammen. Resultatet ser ut til å bli at anestesiklinikken blir ansett som en flaskehals, og respondenter ved ortopedisk klinikk beskriver det som at anestesi står med hånden på en stoppknapp. Ulike insentiver som styrer klinikkene mer fra hverandre enn sammen, synliggjør et vertikalt preg på økonomistyring. Vertikalt preg påvirker klinikkens evne til innsyn og forståelse for klinikkens premisser for drift. Dette illustrerer at økonomistyringssystemet mister en av sine

viktige funksjoner. Økonomistyringssystemet skal, i følge Mauland og Mellemvik (2004) gi kunnskap og bevissthet vedrørende hvilke premisser organisasjonen har å forholde seg til.

Dette studiet viser at sentral stab styrer klinikkene som to separate agenter, hvor det benyttes ulike insentiver mot hver agent for å styre atferd. Selv om klinikkene kan sees som to ulike agenter er prinsipalens totale nytte avhengig av at agentene jobber sammen. Agentene bidrar med elementer til en felles ytelse i samme produksjonslinje. Bidrag fra klinikkene påvirker leveransen og begge klinikkene må derfor prestere optimalt for å maksimere prinsipalens nytte.

Styringsprosessen

Økonomistyring har i den senere tiden fått økt relevans i drift av sykehus. St. Olavs Hospital iverksetter økonomistyringssystemer for å styre klinikkene, eller agentene, til å jobbe for felles måloppnåelse. Økonomistyring er i følge Horngren og Sundem (1990) en samling verktøy som genererer beslutningsgrunnlag gjennom datainnsamling og virksomhetsmåling. Mine data tyder på at økonomistyringssystemet først og fremst samler data som rapporteres til sentral stab. Både budsjettinformasjon og regnskapsrapporter formidles i første omgang vertikalt til sentral stab, hvor mye av beslutningstakingen foregår.

Jeg velger å se økonomistyring ved St. Olavs Hospital som en kontinuerligprosess, bestående av ulike elementer. Prosessen starter med **strategisk planlegging** på våren hvor aktivitetsnivå og faglige prioriteringer blir foretatt. Deretter leverer hver klinikk sitt eget budsjett som godkjennes av sentral stab ved høstens **budsjettforhandling**. Gjennom året rapporterer klinikkene **handling** og aktivitet i et månedlige driftsregnskap. Ved årets slutt foretas det en **evaluering** av handling opp mot budsjetterte størrelser. Denne prosessen samsvarer med Anthony og Young (2003) sin beskrivelse av økonomistyring som en kontinuerlig prosess, kalt den ideelle økonomiske styringsprosessen.

I følge Anthony (1965) skal økonomistyring i en virksomhet binde sammen elementene i prosessen. Mine data tyder at økonomistyringssystemet ved St. Olavs Hospital ikke klarer å binde elementene godt nok sammen. Flere funn ved dette studiet illustrerer brudd mellom elementene, bruddene ser ut til å påvirke økonomistyringens grunnlag for internt samarbeid.

At det eksisterer brudd på prosessen kan forklares ut i fra kritikken mot den ideelle økonomiske styringsprosessen presentert av Anthony og Young (2003). Prosessen, slik Anthony og Young (2003) forklarer den, forutsetter at elementene i prosessen er

formålsrasjonelle. For at styring skal være formålsrasjonell forutsettes det en uproblematisk koblingen mellom planlagt og faktisk aktivitet (Pettersen et al. 2008). Men usikkerhet i omgivelsen gjør at et sykehuset ikke kan planlegge for all aktivitet, avvik fra planlagt aktivitet vil forekomme som en konsekvens av kompleksiteten i tjenestene som tilbys. St. Olavs Hospital kan ikke sees som et oversiktlig og styrbart objekt, sykehuset består av flere ulike enheter. Dette samsvarer med Weick (1976) sin beskrivelse av organisasjoner som ”løstkoblede” enheter.

- Strategisk planlegging og budsjettering

Det første bruddet på prosessen kan beskrives som et brudd mellom strategisk planlegging og budsjettering. I følge Anthony og Young (2003), bør den strategiske planen som utformes danne grunnlaget for virksomhetens budsjett.

For sykehuset er planleggingsprosessen den prosessen som angir prioriteringer vedrørende behandlinger og aktivitetsnivå, mens budsjettprosessen omhandler fordelingen av ressurser til de ulike klinikkene. Anthony og Young (2003) påpeker viktigheten av en kobling mellom hvilke prioriteringer man gjør vedrørende aktiviteter og hvordan man fordeler ressursene. Sentral stab har knappe ressurser til rådighet, en fornuftig ressursallokering er viktig for å oppnå effektivitet. Økonomistyring handler om å velge, og et styringssystemer skal, i følge Busch et al. (1999), legge grunnlag for gode beslutninger vedørende prioriteringer og reguleringer av ressurstilførsel.

Dette studiet viser at det er stor *tidsmessige avstanden* mellom strategisk planlegging og budsjettfastsettelse, resulterer i et brudd mellom elementene i prosessen. Faglige prioriteringer foretatt på våren ser ut til å komme i skyggen av de harde budsjettkampene som finner sted på høsten. Resultatet ser ut til å bli at faglige prioriteringer ”glemmes” når budsjettet fastsetter. Konsekvensen ser ut til å kunne bli et budsjett som ikke gir et reelt bilde av planlagt aktivitet.

I tillegg til stor tidsmessig avstand fører *separate budsjettprosesser* til at man ikke oppnår samsvar mellom aktivitetsnivået ved de ulike klinikkene. Separate prosesser fører til at hver klinikk graver seg ned i sin egen hverdag, uten å ta inn over seg hvilke konsekvenser deres budsjettmessige valg, har på øvrige klinikker. Administrerendedirektør påpeker at sykehuset trenger et system som leder til at aktivitetene i større grad blir planlagt i sammenheng. Slik prosessen i dag utføres, rapporteres separate utformede budsjett vertikalt til sentral stab. Dette

gir et uttrykk for at økonomistyringen ved St. Olavs Hospital ikke gir et godt grunnlag for innsyn på tvers av klinikkene i budsjetteringsprosessen.

Anestesi inkluderes ikke i planleggingen på klinikknivå. På bakgrunn av en rammefinansiering inkluderes ikke kostnaden for servicen i opererende klinikkens budsjetter. Rammebudsjetteringen av anestesiklinikken resulterer i at klinikken utformer sitt eget budsjett, på linje med resten av sykehuset. Men anestesiklinikkens servicenivå påvirkes av de opererende klinikkens aktivitetsnivå. Anestesi er en nødvendig variabel ved en operasjon. Hvilket aktivitetsnivå de opererende klinikkene legger opp til påvirker dermed nivået på anestesibehovet. Anestesiressursen er ikke en uendelig ressurs, og klinikkene som har behov for anestesi må være klar over at de beslaglegger en ressurs som kan benyttes en annen. På bakgrunn av separate budsjettprosesser, og at budsjettet kun rapporteres vertikalt til sentral stab er det behov for en god samhandling i forkant av hver klinikkens budsjettforslag. Samarbeid i forkant av budsjettfastsettelse vil kunne muliggjøre for større samsvar mellom planlagt aktivitet ved opererende klinikker og anestesiklinikkens driftsmessige rammer.

- Budsjettet som styringsverktøy

Bruddet mellom budsjett og planleggingsprosessen ser ut til å bunne i hvordan budsjettet benyttes som styringsmekanisme. Budsjettet kan, i følge Boye et al. (1999), sees som et handlingsprogram for kommende periode. For anestesiklinikken ser det ikke ut til at budsjettet danner et godt nok bilde av fremtidig drift, på bakgrunn av bruddet mellom planlegging- og budsjetteringsprosessen. Boye et al. (1999) sin definisjon innebærer at budsjettet bygger på forutsetninger om hva som skal skje i kommende periode. Funn fra dette studiet viser at anestesiklinikken stadig ender med budsjettoverskridelse. En årsak til dette kan være at brudd i styringsprosessen resulterer i at budsjettet ikke bygger på korrekte forutsetninger om hva som skal skje i kommende periode, slik som forutsetninger for aktivitetsnivå ved klinikkene de skal betjene.

Boye et al. (1999) sier budsjettet må kunne justeres hvis det viser seg at det bygger på urealistiske forutsetninger. Dette er nødvendig hvis budsjettet skal fungere som en målestokk på hva som skal oppnås, til hvilken kostnad. Mine data tyder imidlertid på at det ikke er noen gjennomgang og justering av budsjetter i løpet av året. Hvis det skjer store endringer i aktivitetsnivå i løpet av året vil ikke budsjettet kunne benyttes som realistisk målestokk. Hvis det ikke justeres på bakgrunn av endrede forutsetninger vil det vil ikke lengre gi et rimelig sammenligningsgrunnlag. Et rimelig sammenligningsgrunnlag er en forutsetning for budsjettets

evne til å fungerer som målestokk, i følge Boye et al. (1999). Budsjettet omtales av anestesiklinikkens respondenter som et urimelig sammenligningsgrunnlag. Dette illustrerer at klinikken mangler tillit til at budsjettet, som styringsverktøy kan legge et realistisk grunnlag for evaluering av drift.

Misnøyen knyttet til budsjettets evne til å danne et rimelig sammenligningsgrunnlag ser ut til å samsvare med kritikken budsjettet som styringsverktøy møter blant teoretikere. Hopwood (1976) beskriver hvordan mislykkede forsøk på ytelseevaluering på bakgrunn av budsjettet kan lede til problemer i en organisasjon. I følge Hopwood (1976) kan problemene lede til uønsket atferd blant ansatte, som igjen påvirker organisasjonens totale prestasjon. Dette samsvarer med det Pettersen et al. (2008) definerer som bevilgningstenkning.

Bevilgningstenkning går ut på et ønske om å "bruke opp" budsjettet, noe som kan resultere i overdreven ressursbruk. Årsaken er frykt for mindre bevilgning neste år hvis det viser seg at man holder seg innenfor, eller under budsjett. Dette kan være forklaringen på at økonomidirektøren ved St. Olavs Hospital bevisst holdet tilbake ressurser ovenfor anestesiklinikken. Økonomidirektøren er ærlig på at han ikke øker budsjetttrammene så mye som klinikken selv ønsker. Han gir dermed uttrykk for at klinikken bør klare mer med ressursene de allerede har, og en frykt for at en ressursøkning vil føre til at de bruker mer, uten å nødvendigvis øke aktiviteten.

Det som blant teoretikere beskrives som løsning på budsjettets kritikk omhandler blant annet deltagelse av ulike nivåer i prosessen. I følge Lau og Buckland (2001) kan en større deltagelse i budsjettprosessen øke tilliten til budsjettet som en målestokk for hva som skal oppnås. Mine data tyder på at de to klinikkene er relativt involvert i sin egne budsjettprosesser. Problemet ser heller ut til å ligge i det faktum at de ikke involveres, eller deltar i hverandres prosesser. Anestesiklinikken kun er involvert i sin egen prosess, og ikke i prosessene hos klinikkene som er avhengig av deres service. Det kan se ut som en løsning på budsjettprosessen for anestesiklinikken og ortopedisk klinikk, i første omgang handler om en deltagelse på tvers av de separate budsjettprosessene for å på den måten oppnå bedre samsvar mellom klinikkens budsjetter.

Et annet element som ser ut til å kunne bedre budsjettets posisjon som styringsverktøy ved St. Olavs Hospital er økt fleksibilitet. En evne til å justere budsjettet i takt med endrede forutsetninger vil kunne bedre systemets relevans som målestokk på klinikkens drift. Dette gjelder spesielt for anestesiklinikken som er 100 % rammefinansiert. Uten mulighet til å

tillegne seg inntekter som kan dekke økt produksjon av anestesitjenester, er klinikken avhengig av endrede budsjetterammer for å møte etterspørsel som det ikke er tatt hensyn til i driftsrammen.

Baldvinsdottir og Strid (2012) peker for øvrig på at hvis man i utgangspunktet mangler tillit til budsjettet, vil selv en slik tilnærming til budsjettprosessen skape ineffektivitet. Mangel på tillit kan føre til en likegyldighet i forhold til budsjetteringsprosessen fra den underordnedes side.

- Handling

Anthony (1965) definerer økonomistyring som et bindeledd mellom organisasjonens strategiske plan og faktiske handling. En forutsetning som da legges til grunn er en uproblematisk kobling mellom planlagt og faktisk aktivitet, i følge Pettersen et al. (2008). Et sykehus er en kompleks virksomhet, og det vil ikke aldri være mulig å planlegge for all fremtidig aktivitet. Dette samsvarer med kritikken mot forutsetningen om formålsrasjonalitet som ligger til grunn for Anthony og Young (2003) sin ideelle økonomistyrings prosess. Formålsrasjonellstyring forutsetter en uproblematisk kobling mellom planlagt og faktisk aktivitet. Som nevnt er helsetjenester kompliserte og etterspørselen etter tjenestene kan heller ikke planlegges i nederste detalj. I løpet av året vil det skje endringer i planlagt aktivitetsnivå. Uten en evne til å justere budsjettet underveis vil ikke muliggjøre samsvar mellom budsjettet og faktisk aktivitet. Dette kommer til uttrykk i situasjoner hvor opererende klinikkene øker sin aktivitet ut over det som opprinnelig var planlagt for året. En aktivitetsøkning ut over planlagt nivå og en budsjetteramme som ikke lar seg justere ved endrede forutsetninger, resulterer i budsjettoverskridelse for anestesiklinikken.

Anestesiklinikkens respondenter påpeker at klinikken har behov for økt fleksibilitet i henhold til sin leveranse, da planlagt aktivitetsnivå ikke alltid samsvarer med faktisk aktivitet. Dette er ikke uproblematisk, og kommer til uttrykk ved at klinikken har vanskeligheter med å møte etterspørsel av service ut over planlagt nivå. I empirien er dette etterspørsel karakterisert som etterspørsel 2 og 5.

Evne og vilje til å øke leveransen ut over planlagt nivå påvirkes av insentivene til økning, hvis man benytter et prinsippal- agentteoretisk syn på økonomistyring. Det ser ut til at klinikkene ikke har noe godt formelt styringssystem horisontalt som legger til rette for god planlegging i henhold til å møte etterspørsel 2 og 5, overtid og aktivitet ut over planlagt aktivitetsnivå. Dette kommer til uttrykk gjennom klinikkens frustrasjon ovenfor hverandre. Ortopedisk

klinikk ser ikke ut til å ta inn over seg hvilke finansielle og driftsmessige forutsetninger som anestesiklinikkens respondenter mener hemmer klinikkens fleksibilitet i leveransen.

Økonomistyringssystemet med sin vertikale struktur ser ut til å ikke legge grunnlag for god nok forståelse for hverandres premisser.

- Evaluering

I følge Otley et al. (1995) kan økonomistyring sees som en måle- og evalueringsfunksjon.

Evaluering av handling er representert som et ledd i den ideelle styringsprosess presentert av Anthony og Young (2003).

Evaluering av drift kan gjøres ved å sammenligne regnskap mot budsjett i samme periode (Pettersen et al., 2008). Dette forutsetter at resultatet gir et uttrykk for ressursinnsats, og at budsjettet gir et realistisk bilde av nødvendige ressurser. Budsjettet bør være et uttrykk for organisasjonens planer uttrykt i finansielle termer, mens regnskapet gjenspeiler handlingen som er utført. Rapportering av regnskapstall skal, i følge Mauland & Mellempvik (2004), gi grunnlag for evaluering av handlingene. Som nevnt mener klinikkens respondenter at budsjettene ikke er realistiske, hvis dette er tilfellet vil ikke budsjettet gi et uttrykk for organisasjonens plan for hva man skal oppnå, til hvilken kostnad (Boye et al. 1999). Hvis budsjettet ikke gir en realistisk plan for hva man skal oppnå, vil evalueringen av handling, gjennom vurdering av regnskapsinformasjon være lite hensiktsmessig.

På bakgrunn av sykehusreformen med økt økonomifokus ser det imidlertid ut til at rapportering av økonomisk informasjon har fått større relevans ved St. Olavs Hospital. For klinikkene resulterer det i fokus på rapportering av regnskap og aktivitetsdata. Dette studiet viser at ulike finansiell- og driftsmessige premisser, samt forutsetninger for styring, fører til at de to klinikkene har ulik evne til å registrere og dokumentere ressursbruk.

Anestesiklinikken rapporterer data i samme mal som opererende klinikker, selv om klinikken ikke har en inntektsside. Dette resulterer i at klinikken ikke anser driftsregnskapsrapporten som en god presentasjon av driften. Ufullstendig rapportering som inneholder irrelevant eller ukorrekt informasjon bør ikke legges til grunn for økonomiske beslutninger (Mauland & Mellempvik, 2004). Klinikksjef og økonomisk rådgiver for anestesiklinikken beskriver regnskapsrapporteringen som en pliktøvelse, en rapport som ikke gir et reelt uttrykk for hvordan klinikken er driftet. Regnskapsrapportene kommuniseres kun til sentral stab, og dette styrker antagelse om at økonomistyringen ved St. Olavs Hospital i første omgang legger grunnlag for vertikalt innsyn i driften.

Måleproblemer

Måling tillater innsyn i driften. Evne til å rapportere reliabel informasjon som kan benyttes til evaluering av klinikkens ressursutnyttelse, ser ut til å avhenge av klinikkens evne og mulighet til å måle produksjon.

Dette studiet viser at klinikkens finansielle og driftsmessige premisser resulterer i at de oppfyller ulike forutsetninger for styring. I følge Ouchi (1979) bør forutsetningene man oppfyller legge føringer for hvilken styringsmekanisme som bør benyttes. I lys av Ouchi (1979) sitt rammeverk for styringsmekanismer legger klinikkens ulike forutsetninger grunnlag for bruk av forskjellige mekanismer for styring. Funn ved studiet tyder imidlertid på at sentral stab forsøker å presse samme system på begge klinikkene, selv om klinikkene representerer to ulike finansierings- og driftsmessige verdener.

Tradisjonelt sett har styringsformen som Busch et al. (2002) definerer som *profesjonsstyring* vært utbredt for styring av helsetjenester, i følge Pettersen et al. (2008). En modernisering av offentlig sektor ser imidlertid ut til å muliggjøre for en økende grad av *resultatstyring* for disse tjenestene (Christensen et al., 2007). Dette samsvarer med mine empiriske funn. En innføring av IFS leder til at ortopedisk klinikk er stykkprisfinansiert i form av DRG-inntekter. Gjennom en IFS har stykkprisfinansierte klinikk mulighet til å måle hva de har produsert målt i antall DRG-poeng. Gjennom å oversette prestasjoner til regnskapsinformasjon kan man rapportere hva man har produsert, i følge Anthony og Young (2003). Måling på produksjon er i følge Opstad (2003) en form for resultatstyring.

For å kunne benytte resultatstyring må man ha en metode for å måle resultatet, i følge Opstad (2003). IFS har gitt sykehuset en metode til å måle hvilke resultater ortopedisk klinikk har oppnådd. Bruk av resultatstyring ser ut til å gi ortopedisk klinikk et økt fokus på produksjonsøkning. Dette samsvarer med Eccles og Nohria (1992) sin definisjon på styringsmekanismer som mekanismer for å motivere til ønsket atferd. IFS ble innført for å øke produksjonsnivået ved sykehusene.

Selv om en modernisering av sykehusets de senere årene har ført økt bruk av resultatstyring, viser mine empiriske funn at ikke alle klinikker oppfyller forutsetningene som må ligge til grunn for å hensiktsmessig bruk av denne styringsmekanismen. I følge Ouchi (1979) forutsetter resultatstyring klare resultatmål, kausalitetskunnskap og en evne til å kontrollere om måler er nådd. Anestesi-klinikkens funksjon, finansierings- og driftsmessige premisser gjør

at klinikken ikke oppfyller alle forutsetningene Ouchi (1979) påpeker at må ligge til grunn for resultatstyring. Dette samsvarer med styringsutfordringene i offentlig sektor.

Anestesiklinikken leverer service og er dermed del av en produksjonslinje. Som serviceklinikk bidrar de med et element til den totale behandlingen, men de tillegges ikke noe av DRG-poengene som behandlinger genererer. Til forskjell fra ortopedi og andre stykkprisfinansierte klinikker, ser det ikke ut som anestesiklinikken har et godt mål på hva klinikken har produsert. Som leverandør av en service, som allerede er finansiert gjennom faste rammer, har ikke klinikken noen klare, konkretiserte mål på sin produksjon. I følge Pettersen et al. (2008) er dette i tråd med styringsutfordringer i helsesektoren. Helsetjenester er mindre konkretiserte og udefinerbare (Busch et al. 2009). Dette resulterer i at det kan være vanskelig å måle helsetjenester.

Anestesiklinikken er i tillegg inne i flere ulike prosesser, spredt over hele sykehuset. Dette resulterer i at det kan være uklart hva klinikken benytter sine ressurser på. Oppgavene som ikke er tilknyttet operasjonsstuene blir verken registrert eller dokumentert. En konsekvens blir utfordringer knyttet til å definere anestesiklinikkens bidrag og man mangler derfor kunnskap om ytelsen bak resultatene som oppnås. Uklare mål på hva man har produsert samt dårlig kausalkunnskap fører til at anestesiklinikken ikke oppfyller Ouchi (1979) sine krav for resultatstyring. Resultatstyring forutsetter en mulighet for å kontrollere om målet er nådd (Ouchi, 1979). Ingen klare mål på produksjon og dårlig kausalkunnskap gjør at det er vanskelig for sentral stab å etterprøve anestesiklinikkens innsats. Dette ser ut til at klinikken burde bli styrt etter *profesjonsstyring*. Mintzberg (1989) mener profesjonsstyring er utbredt ved sykehus fordi helsetjenester er komplekse og vanskelig å måle. Lav grad av målbart resultat og mangel på kausalkunnskap gjør det vanskelig å benytte resultatstyring til å styre slike tjenester i følge Mintzberg (1989). Selv om anestesiklinikken ikke oppfyller forutsetningene for resultatstyring, tyder studiens empiriske funn på at i økonomistyringen ved St. Olavs Hospital er begge klinikkene forsøkt styrt likt gjennom resultatstyring. Både anesthesi og ortopedisk klinikk styres i hovedsak på økonomisk resultat, selv om anestesiklinikken ikke har mulighet til å påvirke resultatet i form av inntekt eller aktivitetsnivå. Når insentiver og prestasjonsmåling ikke kan settes inn for å styre atferd må man ha tillit til at ansatte gjør en best mulig jobb i virksomhetens interesse. Tillit til ansatte gjør seg gjeldende i profesjonsstyringsperspektivet presentert i Ouchie (1979) sin modell for styringsmekanismer. Et forsøk på å allikevel benytte resultatstyring på anestesiklinikken kan bunne i at sentral stab ikke har tillit til klinikkens evne og vilje til effektiv drift.

I tillegg til at anestesiklinikken møter utfordringer knyttet til å rapportere, registrere og dokumentere sin ressursutnyttelser, tyder studiens empiriske funn på at det klinikken klarer å dokumentere av driftsdata kun kommuniseres vertikalt. Økonomistyringen ved St. Olavs Hospital har et sterkt vertikalt preg og systemer legger ikke grunnlag for horisontal deling av driftsinformasjon. Anestesiklinikken uttrykker at de ønsker å bli sett i kortene for å unngå beskyldninger om ineffektivitet, og har på bakgrunn av dette blant annet utført en intern-eksterne analyse av driften. Men informasjonen ble kun ble rapportert og presentert ovenfor sentral stab. Dette studiet viser at det ikke eksisterer en god arena for utveksling av informasjon på tvers mellom klinikkene.

Mangel på systemer som muliggjør for horisontal kommunikasjon av informasjon, kommer til syne ved at respondentene fra ortopedisk klinikk uttrykker at de enda har til gode å se gode analyser på anestesiklinikkens drift. Anestesiklinikkens mangelfulle formidling av dokumentasjon på tvers, ser ut til å gjøre driften lite transparent for ortopedisk klinikk. Respondentene etterlyser reliabel informasjon og dokumentasjon på anestesiklinikkens ressursutnyttelse. Lite transparent drift ser ut til å påvirke samarbeidet mellom anestesiklinikken og ortopedisk klinikk. Dette kommer spesielt til uttrykk i situasjoner hvor etterspørsel etter anestesitjenesten ikke samsvarer med det klinikken føler de har kapasitet til å tilby. I slike situasjoner etterspør ortopedisk klinikk bevis på at anestesi ikke kan tilby mer ressurser. Ortopedisk klinikk etterspør bevis på at anestesiklinikken ikke kan øke sin leveranse.

Oppsummerende kommentar

Selv om man kan definere klinikkene som to ulike agenter er prinsipalens totale måloppnåelse avhengig av at agentene samarbeider. Agentene er del av samme produksjonslinje, og begge påvirker resultatet.

Mine empiriske funn tyder på at økonomistyringen ved St. Olavs Hospital har et vertikalt preg, dette samsvarer med et prinsipal- agentteoretisk syn på økonomistyring. Både budsjett, regnskapstall og resultater fra driftsmessige analyser, rapporteres vertikalt fra klinikkene til sentral stab. Det er ingen formell arena for å utveksle slik informasjon på tvers av klinikkene. Klinikkene styres som at de er uavhengige siloer med tykke steinvegger. Dette vanskeliggjør en totalitetstenkning i sykehuset. Hver klinikk utarbeider sine egne budsjetter med noe som ligner skylapper, og tar ikke innover seg hvordan deres budsjettmessige valg påvirker andre klinikker.

”Veggene” ser ut til å vanskeliggjøre samarbeidet mellom de to klinikkene, da det ikke finnes en fungerende, felles, arena hvor agentene kan utveksle formell informasjon. På bakgrunn av mangel på målbarhet og dokumentasjon av ressursbruk blir anestesiklinikkens drift lite transparent oven for ortopedisk klinikk. Uten systemer for horisontal samhandling og formidling av informasjon, ser det ut til at ortopedisk klinikk har vanskeligheter med å forstå anestesiklinikkens driftsmessige premisser. Lav transparens gir ikke ortopedisk klinikk en mulighet til å etterprøve anestesiklinikkens påstander og om at de drifter optimalt.

Klinikkene lever i ulike finansierings- og driftsmessige verdener som gjør at klinikkene oppfyller ulike forutsetninger for styring, allikevel påvirker økonomistyringen ved St. Olavs Hospital styringen i en retning av felles styringssystem for klinikkene. Sentral stab forsøker å presse samme hatt på ulike hoder, uten å tilpasse hatten til hodets form. Begge klinikkene styres i hovedsak på bakgrunn av resultat, selv om anestesiklinikkens forutsetninger for styring, tilsier at klinikken må styres etter profesjonsstyring. Det ser ut som anestesiklinikken har ”falt” ut av styringssystemet.

6.3 UFORMELL HORIZONTAL STYRING

På bakgrunn vertikal styring, en følelse av å bli styrt fra hverandre og fravær av formelle horisontale systemer for interaksjon, vil det være nærliggende å tro at samarbeidet mellom anestesi og ortopedisk klinikk fungerer. Sett fra et prinsipp- teoretisk perspektiv på økonomistyring, defineres klinikkene som agenter som jobber for å oppnå sentral stabs sine mål. Ulike finansielle- og driftsmessige forutsetninger resulterer i at klinikkene får avvikende økonomiske insentiver vedørende ønsket produksjonsnivå. Dette vil i følge agentteori resultere i at klinikkene ikke er motivert til å jobbe for samme mål, og prinsippens nytte ville dermed ikke bli maksimert. Som to agenter som jobber for samme prinsipp i en felles produksjonslinje, skulle ulike insentiver, teoretisk sett, resultere i ineffektivt samarbeid.

I tillegg til ulike insentiver og brudd på styringsprosessen er det tydelig at klinikkene oppfyller forskjellige forutsetninger for styring, i forhold til forutsetning presentert i Ouchi (1979) sitt rammeverk for styringsmekanismer. Uklare resultatmål og dårlig kausalkunnskap fører til at anestesiklinikkens drift blir lite transparent og vanskelig å etterprøve. Ut i fra et prinsipp- agentteoretisk perspektiv vil dette bety at sentral stab som prinsipp, vil ha problemer med å kontrollere anestesiklinikken. På bakgrunn av agentteoriens forutsetninger

om at agenten primært jobber for å oppnå egen nytte, vil anestesiklinikkens situasjon gjøre det mulig for klinikken å opptre opportunistisk ovenfor sentral stab.

På bakgrunn av et prinsippal- agentteoretisk perspektiv på økonomistyring skulle styring av anesthesi og ortopedisk klinikk, evne til effektiv drift og mulighet for felles måloppnåelse være vanskelig, om ikke umulig. Ulike brudd på Anthony og Young (2003) sin ideelle styringsprosess viser at koblingen mellom elementene i prosessen ikke er optimal. Dette skulle, i følge Anthony og Young (2003) sin forutsetning om formålsrasjonalitet påvirket sykehusets evne til effektiv drift. Mine data tyder imidlertid på at prinsippal agentteoriens forutsetninger kommer til kort i beskrivelsen av respondentenes atferd. Dette kommer til uttrykk gjennom at driften på ”gulvet” fungerer relativt bra, til tross for at klassisk teori tilsier noe annet.

Forvaltere, ikke agenter

For å kunne forklare hvorfor samarbeidet og effektiviteten opprettholdes, på tross av brudd med grunnleggende klassiske forutsetninger, er alternative perspektiver på økonomistyring nødvendig. Stewardshipteorien vil muliggjøre for en forklaring av hvorfor driften på ”gulvet” allikevel fungerer. Teorien ligger utenfor det økonomiske perspektivet, og har sitt opphav i psykologi og sosiologi (Davis et al., 1997). Teorien gjør det mulig å forklare kompleksiteten i menneskers atferd i situasjoner hvor de klassiske agentteoretiske forutsetninger ikke strekker til.

Stewardshipteorien syn på mennesket bygger på en tro om at kollektivistisk atferd gir høyere nytte enn individuell, egoistisk atferd (Davis et al., 1997). Mens prinsippal- agentteorien benytter økonomiske insentiver og fokuserer på ytrebelønninger, fokuserer stewardshipteorien på motivasjon gjennom indre belønninger slik som prestasjoner og yrkesstolthet. På bakgrunn av denne teorien ansees klinikkene som forvaltere og ikke agenter. Forholdet mellom klinikkene og sentral stab kan kalles en prinsippal- forvalter relasjon, til fordel for et klassisk prinsippal- agentrelasjon. I følge stewardshipteorien vil en forvalter være motivert til å handle i tråd med prinsippalens interesse, på bakgrunn av at forvalteren setter kollektivistisk høyere enn individuell nytte (Davis et al., 1997).

Klinikkene består av profesjonelle fagfolk, dette er profesjoner med sterk yrkesstolthet og yrkesmoral. Jeg vil ikke definere klinikkens representanter som primært individuelt, nyttemaksimerende i en jobbsituasjon. Profesjonene ved klinikkene ser ut til å se på sitt arbeid som et samfunnsansvar, og er både personlig og faglig opptatt av å nå sykehusets overordnede

mål om å tilby god pasientbehandling til flest mulig pasienter. Dette illustrerer kompleksiteten i profesjonenes atferd og forklarer hvorfor klinikkene jobber for å nå organisasjonens, og fellesskapet mål, selv om de ikke blir kontrollert eller er økonomisk motivert for det. Dette er kan forklares ut i fra at en forvalter har en indre motivasjon til å handle i tråd med kollektive interesser (Davis et al., 1997).

Fremvekst av uformelle horisontale løsninger

Det ser ut til at den vertikalt pregede økonomistyringen ved St Olavs Hospital har ført til en fremvekst av løsninger for interaksjon og samhandling internt. Mine data tyder på at ortopedisk klinikk og anestesiklinikken har utviklet uformelle horisontale styringssystemer i mangel på formell horisontal styring. Uformell løsninger ser ut til og bedre samhandling og tilrettelegge for samarbeid mellom klinikkene, i en situasjon hvor klinikkene føler at sykehusets overordnede styringssystem styrer dem fra hverandre. En indre motivasjon og moralsk forpliktelse ovenfor fellesskapet kan forklare fremveksten av slike uformelle, horisontale løsninger.

Et forvalterperspektiv og fremvekst av uformelle horisontale løsninger, ser ut til å forklarer hvorfor driften på ”gulvet” fungerer, til tross for utfordringer tilknyttet samarbeid mellom klinikkene. De uformelle løsningene ser ut til å bedre samarbeidet mellom klinikkene. En av de uformelle løsningene som legger til rette for et bedre samarbeid, er en utvikling av en form for ”internhandel”. Klinikksjefene fra anestesiklinikken og ortopedisk klinikk har sammen kommet frem til et ”internhandlesystem” som gir anestesiklinikken mer fleksibilitet i forhold til å imøtekomme etterspørsel ut over planlagt aktivitetsnivå. Løsningen går ut på at ortopedisk klinikk betaler overtidstimene som den økte aktivitet påfører anestesiklinikken. Denne uformelle løsningen gjør det mulig for anestesiklinikken å jobbe overtid, eller øke sin leveranse ut over planlagt nivå, og allikevel holde budsjetttrammene. Systemet resulterer i at det er ”bestilleren” som tar de økonomiske konsekvensene av en merytelse, ut over hva budsjetttrammene til anestesi har tatt hensyn til. Systemet ser ut til å forenkle klinikkens hverdag og redusere misnøye i forhold til flaskehalsproblematikken.

Andre uformelle horisontale løsninger omhandler generell kommunikasjon på ”gulvet” mellom profesjonene ved klinikkene. Profesjonene snakker sammen, de har felles mål som de er villig til jobbe sammen for å nå, selv om det overordnede styringssystemet ikke tilrettelegger for samarbeide på tvers.

Oppsummerende kommentar

Respondentene ved klinikkene uttrykker at samarbeidet på ”gulvet” er bra, til tross for at de opplever utfordringer knyttet til økonomistyringens vertikale preg. Klinikkene består av profesjoner, profesjoner med et felles mål for å oppnå effektiv pasientbehandling.

Fremveksten av uformelle horisontale løsninger for samarbeid kan forklares ved å se på klinikkene som forvaltere fremfor agenter. Forvaltere, bestående av profesjoner med høy moral og yrkes stolthet. Klinikkene er ikke kun opptatt av resultatmål, ortopedisk klinikk viser villighet til å betale for anestesitjenester for å utføre operasjoner, og anestesiklinikken er villig til å gå over budsjett for å møte etterspørselen etter leveranser. Dette er atferd som bryter med forutsetningene i et prinsippal- agentteori, men som kan forklares ut i fra et prinsippal- forvalterperspektiv.

6.4 BEHOV FOR HORIZONTAL TRANSPARENS

I skyggen av et sterkt vertikalt preg på økonomistyring viser mine data at det har vokst frem uformelle horisontale løsninger for samarbeid mellom anesthesi- og ortopedisk klinikk. Det ser ut til at disse uformelle styringsmekanismene har vokst frem på bakgrunn av en mangel på formelle horisontale systemer. Selv om mine data tyder på at de uformelle løsningene bidrar til en bedre samhandling på tvers, viser studiens empiriske funn at uformelle mekanismer ikke er tilstrekkelig til å oppnå optimalt grunnlag for internt samarbeid mellom klinikkene.

Årsaken til at uformelle horisontale styringssystemer kommer til kort, kan forklares på bakgrunn av behov for tillit. I et prinsippal- agentteoretisk perspektiv er det ikke rom for, eller behov for tillit, i følge Jensen og Meckling (1976). I et agentperspektiv styres ansvar først og fremst gjennom kontroll og belønning. Stewardshipteorien som ble benyttet til å forklare profesjonenes atferd og motivasjon, gir rom for tillit i relasjoner. I stewardshipteorien kan man si at tillit innebærer det å ha tro på et annet menneske, en overbevisning om positive forventninger vedrørende en annen persons handling (Lewicki og Bunker, 1996).

Stewardshipteorien ser agenten som en forvalter med en grunnleggende villighet til å jobbe for organisasjonens beste og behovet for kontroll av atferd reduseres. På bakgrunn av dette kan man si at tillit reduserer transaksjonskostnadene i en relasjon (Lewicki & Bunker, 1996).

Dette studiet viser at en hovedvekt av vertikal rapportering resulterer i mangelfull horisontal transparens vedrørende anestesiklinikkenes drift. Resultater av analyser og rapporter kommuniseres kun vertikalt til sentral stab. Studiens empiriske funn tyder på at horisontal

transparens ovenfor samarbeidende klinikker er viktig for å oppnå tillit mellom dem. Respondentene ved klinikken for ortopedi uttrykker at de, på bakgrunn av mangelfull transparens, er nødt til å stole på at anestesiklinikken drifter på en hensiktsmessig måte. Dette studiet viser at ortopedisk klinikk har mangel på tillit vedrørende anestesiklinikken evne til effektiv drift, og optimal ressursutnyttelse. Mangel på tillit ser ut til resultere i at til de uformelle horisontale mekanismene ikke legger et godt nok grunnlag for internt samarbeid. Mangelfull horisontal transparens fører til mistenksomhet, som videre ser ut til å skade samarbeidet mellom klinikkene. På bakgrunn av dette ser jeg et behov for et mer formelt styringssystem som kan lede til økt transparens og ta livet av myter og mistanker om anestesiklinikkens drift.

For at et formelt system skal skape transparens, må klinikkene ha tillit til at systemet fremlegger troverdig informasjon. Bruk av informasjon fra økonomistyringssystemer kan skape både tillit og mistillit mellom aktører, avhengig av hvordan informasjonen håndteres i følge Johansson og Baldvinsdottir (2003). I likhet med at man kan ha tillit til en person, kan man ha tillit til et system. For å ha tillit til et system må man ha tillit til informasjonen systemet genererer. Dette betyr at informasjonen anestesiklinikken fremlegger må fremskaffes på en troverdig måte. Informasjonen må anees som objektiv og sann, for kunne legge grunnlag for transparens.

Når den uformelle horisontale løsningen med ”internhandel” av anestetjenester etterspør klinikksjefen for ortopedisk klinikk sporbarhet av ressursene som settes inn. Klinikksjefen uttrykker at han ikke ønsker å kaste ressurser inn i en tåkesky, og refererer til anestesiklinikkens mangel på transparens. Dette illustrerer at ortopedisk klinikk mangler tillit til anestesiklinikkens ressursutnyttelse. For å opparbeide tillit ser ut til at man må skape større horisontal transparens mellom klinikkene. Dette illustrerer et behov for et system som tilrettelegger for horisontal kommunikasjon av registrert og dokumentert ressursbruk ved anestesiklinikkens. Kontrollfunksjonen ved et økonomistyringssystem kan bidra til å økte tillit i relasjoner hvis målinger gjentatte ganger viser at man har gjort seg tilliten verdig.

Mine data tyder på at det er behov for et formelt horisontalt styringssystem i tillegg til de uformelle løsningene som har utviklet seg. Et økonomistyringssystem kan sees som et verktøy for å frembringe og kommunisere økonomisk informasjon (Bazeman et al., 2002). Formelle horisontale systemer vil tillate formidling av økonomisk informasjon på tvers av klinikkene.

Behov for formelle systemer og transparens viser hvordan transaksjonskostnadene øker i situasjoner hvor partene mangler tillit til hverandre. Respondentene ved klinikkene sier de benytter mye destruktiv tid på å diskutere uten å ha håndfaste bevis å legge frem.

Diskusjonene karakteriseres som ”ord mot ord”, med verbal argumentasjon. Økonomisk informasjon ansees ofte som mer troverdig en annen type informasjon, på bakgrunn av tillit til informasjonens objektivitet, i følge Bazeman et al. (2002).

Mine data tyder på at ortopedis klinikk sin mangel på tillit ovenfor anestesiklinikken bunner i gamle myter og antagelser. Det kan se ut til at det har bygget seg opp en stereotype av anestesiklinikkens personell, en stereotype som ikke lar seg avskaffe over natten. Med en tynslitt tillit kan det se ut til at anestesiklinikken bør blottlegge seg selv helt, gjennom total transparens ovenfor ortopedisk klinikk, i hvert fall for en periode. Dette kan være med på å bygge opp tilliten igjen. De uformelle horisontale systemene sees som nødvendig men ikke tilstrekkelig for et godt internt samarbeid. Empiriske funn tyder på at det vil være behov for systemer for horisontal formell styring, men heller ikke formell styring kan ikke fungere uten tillit.

Oppsummerende kommentar

Data tyder på at formelle vertikale og uformelle horisontale systemer ikke er tilstrekkelig for tilrettelegging av et effektivt internt samarbeid mellom klinikkene. Dette studiet viser et behov for horisontalt transparens mellom klinikkene som samarbeider, for å oppnå økt tillit mellom profesjonene. Jeg ser derfor et behov for formelle horisontale systemer, som kan tilrettelegge for informasjonsdeling på tvers av klinikkene. Det er på det horisontale planet mellom klinikkene at samarbeid er viktig, og det ser dermed ut til at det er klinikkene som først og fremst har behov for tillit til hverandre.

7. AVSLUTNING

I dette avsluttende kapittelet vil jeg presentere konklusjonen på oppgavens problemstilling med utgangspunkt i hovedfunnene fra min analyse. Til slutt vil jeg fremme forslag til videre forskning rundt oppgavens tema.

7.1 KONKLUSJON

Formålet med denne avhandlingen var å se på hvordan økonomistyring ved St. Olavs Hospital påvirker grunnlaget for internt samarbeid. For å besvare problemstillingen har jeg beskrevet utsagn som illustrerer hvilke opplevelser respondentene har av økonomistyringens påvirkning klinikkens driftshverdag.

I analysen av hovedfunnene har jeg benyttet to ulike perspektiver på økonomistyring. Perspektivene er satt opp mot hverandre for å beskrive nyansene ved styring i offentlig sektor.

- **To verdener:** Økonomistyringen plasserer klinikkene i to ulike verdener. Klinikkene er basert på ulike finansiering- og driftsmessige premisser, som videre resulterer i ulike insentiver i forhold til aktivitetsøkning. Dette vanskeliggjør samarbeidet mellom klinikkene i form av at ortopedi har insentiver til aktivitetsøkning, mens anestesi har insentiver til å levere til planlagt aktivitetsnivå. Selv om klinikkene er del av to ulike driftsmessige verdener styres de likt. Sentral stab forsøker å presse samme hatt på ulike hoder, uten å tilpasse hatten.
- **Vertikal styring:** Dette studiet viser at økonomistyringen ved St. Olavs Hospital har et vertikalt preg. Leddene i styringsprosessen med planlegging, budsjettering, handling og evaluering, er utformet for å i første omgang tillate vertikal kommunikasjon av informasjon. Vertikal styring gjør horisontal interaksjon vanskelig. Klinikkene styres som separate siloer med tykke vegger og det tilrettelegges ikke for en felles arena hvor informasjon kan deles på tvers av klinikkene. "Veggene" resulterer i at klinikkene blir lite transparent ovenfor hverandre, noe som påvirker evnen til innsikt i hverandres premisser for drift. Mangel på innsikt ser ut til å resultere i mangel på tillit mellom klinikkene.

- **Uformelle løsninger:** I fravær av formelle horisontale systemer har det vokst frem uformelle løsninger som tilrettelegger for bedre samarbeid mellom klinikkene. Uformelle løsninger muliggjør en effektiv drift, selv om vertikalt preg på økonomistyring ved St. Olavs Hospital resulterer i at klinikkene styres fra hverandre. Fremveksten av uformelle horisontale løsninger for samarbeid kan forklares ved å se på klinikkene som forvaltere fremfor agenter, har en indre motivasjon til å jobbe for fellesskapets interesser. Forvaltere, bestående av profesjoner med høy moral og yrkesstolthet.
- **Behov for horisontal transparens:** Data tyder på at formelle vertikale og uformelle horisontale systemer ikke er tilstrekkelig for tilrettelegging av et effektivt internt samarbeid mellom klinikkene. Dette studiet viser et behov for horisontalt transparens mellom klinikkene som samarbeider, for å oppnå økt tillit mellom profesjonene. Jeg ser derfor et behov for formelle horisontale systemer, som kan tilrettelegge for informasjonsdeling på tvers av klinikkene.

Økonomistyringens påvirkning på grunnlaget for internt samarbeid ved St. Olavs Hospital ser ut i å være preget av et behov for formelle horisontale styringssystem. Økonomistyringen resulterer i mangel på transparens på tvers av klinikkene og dette påvirker tilliten klinikken har til hverandre. Et formelt system sees som nødvendig for å skape innsyn, og i neste omgang tillit, tillit nødvendig for et godt samarbeid.

7.2 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Mitt studie inkluderer kun to klinikker ved St. Olavs Hospital, det kunne vært interessant å sett hvordan økonomistyring påvirker grunnlag for samarbeid mellom øvrige klinikker ved St Olavs Hospital.

Som et teoretisk bidrag til videre forskning ville det vært interessant å sett nærmere på profesjonene ved et sykehus, sin roller som forvaltere fremfor agenter. Prinsipal-agentteoriens forutsetninger for atferd ser ut til å komme til kort i å beskrive kompleksiteten i sykehus. Det kreves mer forskning på om hvorvidt stewardshipteorien kan gi et mer nyansert bilde på offentlig sektor. Dersom stewardshipteorien viser å gi en bedre beskrivelse av profesjoners atferd enn det prinsipal-agent teorien gjør, vil teorien kunne representere et konkurrerende syn på hva som motiverer atferden til profesjonene ved et sykehus

LITTERATURLISTE

Bøker og artikler:

Anthony, R. N., & Young, D. W. (2003) *Management control in nonprofit organizations*. (7.utg). New York: McGraw- Hill Higher Education

Baldvinsdottir, G., & Strid, M. (2012) *Økonomistyring och förtroande*: Manuskript innsendt for publisering.

Bazerman, M. H., Loewenstein G., & Moore. D., A. (2002) *Why good accountants do bad audits*. Harvard Business Review. Vol. 80, No. 11, pp. 97-102.

Boye, K., Bjørnenak T., & Bergstand J. (1999) *Budsjettering*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Busch, T. (1994) *Økonomisk styring ut fra et kontrakts teoretisk perspektiv*. I Økonomistyring og Informatikk. Vol. 9. Nr. 5: s. 271-292

Busch, T., Johnsen, E., & Vanebo J. O., (1999) *Økonomistyring i det offentlige*. Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J. O. (2002) *Økonomistyring i det offentlige*, 3. utgave, Oslo: Universitetsforlaget

Busch, T., Johnsen, E., & Vanebo, J. O. (2009) *Økonomistyring i det offentlige*. Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K., & Vanebo, J. O. (2005) *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H. O., Lægred, P., & Roness P. G., (2007) *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Coombs, R. W. (1987) *Accounting for the Control of Doctors: Management Information Systems in Hospitals*

- Davis, J. H., Schoorman, F. D., & Donaldson, L. (1997) *Toward a stewardship theory of management*. *Academy of Management Review*, VOL. 23, No. 3, pp. 491-512
- Douma, S., & Schreuder, H. (2008) *Economic Approaches to Organizations*. Harlow: Prentice Hall/Financial Times
- Draft, R. L. & Macintosh N. B. (1978) *A New Approach to Design and Use of Management Information*. California: Management Review, 21 82-92.
- Free, C. (2008) Walking the talk? Supply chain accounting and trust among UK supermarkets and suppliers. *Accounting, Organizations and Society*. 33, 629-662
- Herfindal, Sturla. (2008) *Veien frem til sykehusreformen*. Bergen: Rokkansenteret
- Hopwood, Anthony G. (1973) *An Accounting System and Managerial Behaviour* Farnborough: Saxon House
- Hopwood, Anthony G. (1976) *Accounting and Human Behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall
- Huemer, L. (1998) *Trust in business relations, economic logic or social interaction?*. Umeå: Boréa Bokförlag
- Jacobsen, H. (2005) *Hvordan utføre undersøkelser?* Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jashapara, A. (2004) *Knowledge management: an integrated approach*. Harlow: Pentrice Hall
- Jensen, M. C., & Meckling, W, H. (1976) *Theory og the firm: Managerial behavior, agency costs and ownershi structure*. *Journal of Financial Economics*
- Johansson, I. L., & Baldvinsdottir, G., (2003) *Accounting of trust: some empirical evidence*. *Management Accounting Research*, Vol. 14. No. 3, pp. 219-34
- Lewicki, R.J. & Bunker, B.B. (1996) Developing and maintaining trust in work relationships. In Kramer, R.M. & Tyler, T. (eds.) *Trust in organizations: Frontiers of theory and research* (114-139), Thousand Oaks: Sage.
- Marstein, E. (2008) *Om enøyde helsereformer og paradigmatisk blindspor*. *Magma*, Nr: 4

- Mauland, H. & F. Mellemvik (2004). *Regnskap og økonomistyring i staten*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Meckling, W. H., & Jensen, M. C. (1994) *The Nature of Man*. Harvard University
- Mintzberg, H. (1989) *Mintzberg on Management*. London: Collier Macmillan
- Newell, S., M. Robertson, H. Scarbrough og J. Swan. (2002) *Managing knowledge work*. Basingstoke: Palgrave.
- Nyeng, F. (2007) *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2004) *The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings*. *Financial Accountability & Management*, Vol. 20, pp. 77-102.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2010) Økonomistyring i staten – likhet eller mangfold? *Magma*, Nr. 4: s. 27-35
- Opstad, L. (2003) *Økonomistyring i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Otley, D., Broadbent, J., & Berry, A. (1995) *Research in Management Control: An Overview of its Development*. *British Journal of Management*.
- Ouchi, W.G. (1977) *The relationship between organizational structure and control*, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 22 No.1
- Ouchi, W. G., (1979) *A Conceptual Framework For The Design Of Organizational Control Mechanisms*. *Management Science*, Vol. 25, Nr. 9: s. 833-848
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K., & Bjørnenak, T. (2008) *Økonomi og helseperspektiver på styring*. Cappelen Akademisk Forlag
- Ramsdal, H., & Skogstad, E. J. (2004) *Privatisering fra innsiden: Om sammensetningen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A.H. (2010): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tomkins, C., (2001) *Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks*. *Accounting, Organizations & Society*. Vol. 26, No. 2, pp. 161-91

Weick, K., (1976) *Educational organizations as loosely coupled systems*. New York: Johnson Graduate School of Management, Cornell University

E-mail

Administrasjonskoordinator. Erlend.Vandvik@stolav.no. Ressursplanlegging av anestesi og intensivtjenester - studieoppgave/forskningsprosjekt?. 21. desember 2012.

Dokumenter

Ot.prp. nr 66. (2000-2001) *Om lov om helseforetak*.

Oslo: Sosial- og helsedepartementet

St. meld. nr. 44. (1995.1996) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. Oslo: Sosial- og helsedepartement

Internettsider

stolav.no. (u.d.1). Hentet februar 2, 2012 fra St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/>

stolav.no. (u.d.2). Hentet februar 15, 2012 fra St. Olavs Hospital: klinikken for anestesi og akuttmedisin: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Organisering/Divisjon-og-klinikk/Klinikk-for-anestesi-og-akuttmedisin/>

stolav.no. (u.d.3). Hentet februar 15, 2012 fra St. Olavs Hospital: klinikken for anestesi og akuttmedisin: anesthesiavdelingen: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Anesthesiavdelingen/>

stolav.no. (u.d.4). Hentet februar 15, 2012 fra St. Olavs Hospital: Ortopedisk klinikk: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Organisering/Divisjon-og-klinikk/Klinikk-for-ortopedi-og-revmatologi/>

stolav.no. (u.d.5). Hentet februar 15, 2012 fra St. Olavs Hospital: Ortopedisk klinikk:
Ortopedi: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Ortopedisk-avdeling/>

avivahelse.no. (u.d.6). Hentet april 20, 2012 fra Aviva helse: Ortopedi: .
<http://www.avivahelse.no/ortopedi/>

okonominettverket.no. (u.d.7). Henter Mai 5, 2012 fra Radikalt Økonominettverk:
Finansieringsordninger i helsesektoren: <http://www.okonominettverket.no/Artikkel/803.html>

VEDLEGG

INTERVJUGUIDE:

Innledende spørsmål:

Formålet med spørsmålene i den innledende runden er å kartlegge respondentenes forståelse av begrepet *økonomistyring* og hva de legger i begrepet *tillit*. Jeg ønsker å finne ut hva de ulike respondentene legger i begrepene.

Økonomistyring:

1. Hva er din forståelse av begrepet økonomistyring?

Tillit:

2. Hva legger du i begrepet *tillit*?

Etter å ha kartlagt respondentenes begrepsforståelse ønsker jeg å komme nærmere inn på hvordan respondentene opplever at økonomistyringen påvirker deres hverdag. Her vil jeg stiller flere nøkkelspørsmål til alle respondentene etter å ha innledet med et vidt spørsmål vedrørende budsjett som styringssystem.

Nøkkelspørsmål:

Spørsmål som stilles til alle respondenter.

Jeg vil presentere *Den ideelle styringsprosessen* av Anthony og Young

3. Hvordan fungerer styringsprosessen ved sykehuset? Opplever du eventuelt noen brudd i prosessen?

4. Hva mener du er formålet med et *styringssystem*?

5a. Hvordan opplever du at styring og planlegging av ressurser ved St. Olavs fungerer?

5b. Hvilken påvirkning har dette på din arbeidshverdag?

6a. Hva er din oppfattelse av budsjettet som styringsverktøy? Hvem har behov for informasjonen i budsjettet, og hvem benytter seg av den?

6b. I hvilken grad opplever du at budsjettet fungerer som styringssystem?

7a. Hvilken informasjon vedrørende aktivitetsnivå og planlagt aktivitetsnivå blir rapportert til nivå 1 (sentral stab) i henhold til budsjettforhandlinger?

7b. I hvilken grad mener du det er mulig å på forhånd sette et estimat på aktivitetsnivået ved serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin knyttet til behovet ved klinikken for Ortopedi?

Variierende spørsmål:

Spørsmål som varierer mellom ulike respondenter.

Sentral stab:

Økonomidirektør/Stabsdirektør og Administrerende direktør

8a. På hvilken måte er styringsinformasjon med på å skape tillit til ressursbehov ved ulike klinikker?

8b. Har du tillit til verbale ytringer om økt ressursbehov, eller kreves det kvantitativ dokumentasjon for å kunne bli tatt til etterretning?

9a. Hvilken informasjon (økonomisk informasjon/styringsinformasjon) benyttes i beslutningssituasjoner vedrørende ressursplanlegging av tjenester fra anestesi og intensiv virksomhet?

9b. Hva legges til grunn for fordeling av ressurser til serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin?

9c. Hva mener du bør registreres/måles for å dokumentere økt ressursbehov ved serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin?

10a. Hvis ønsket ressursbehov blir innfridd, og der viser seg ut over året at behovet ikke er så stort som først antatt, hva skjer da med ressursene?

10b. Foretar man evalueringer på bakgrunn av målinger underveis i budsjettåret for å se om den økte ressursen blir benyttet?

10c. Er dere redd for å fordele for mye ressurser ift at serviceklinikken holder ressursene skjult?

11a. Hvilke mål finnes/benyttes for en estimering av arbeidsbyrden ved serviceklinikken for Anestesi?

11b. Hvor gode mål mener du at dere har på arbeidsbyrden ved serviceklinikken?

11c. Er dere skeptiske til å øke ressursene til serviceklinikken fordi dere ikke tror på at det er hold i etterspørselsøkningen?

11d. Har Sentral Stab tillit til det planlagte aktivitetsnivået klinikken for Anestesi formidler?

12a. Ortopedisk klinikk sies å være en av klinikkene som kan "planlegge" sin aktivitet i større grad, stemmer dette?

12b. Hvor "sikker" mener du at planlagt aktivitetsnivå ved ortopedisk avdeling er?

13. Hvilken termologi, hvilke argument og hvordan formidler serviceklinikken den økte etterspørsel/aktivitetsnivå og behov for ressurser oven for sentral stab?

14. På hvilken måte blir kostnaden for økt behov for anestesitjenester inkludert når klinikken for Ortopedi beregner kostnaden knyttet til planlagt aktivitetsnivå?

15a. Hvordan foregår rapporteringen av planlagt arbeidsmengde/aktivitet ved klinikkene til ledelsen?

15b. Hvordan rapporteres faktisk aktivitetsmengde?

16. Hvis du fikk mulighet til å endre elementer i styringsprosessen i hht ressursplanlegging og styring av tjenester levert av serviceklinikken, hva ville du da gjort?

17. I hvilken grad opplever du at budsjettet fungerer som styringsverktøy?

18a. Opplever du press fra serviceklinikken for Anestesi ihht ressursbehov?

18b. Opplever du at serviceklinikken har et driftsproblem og at det er derfor de har økt ressursbehov?

19. Er det slik at aktiviteten ved opererende klinikker går i bølgedaler, slik at etterspørselen etter anestesi og intensivtjenester varierer veldig gjennom året? I tilfelle kan det da være fare for overkapasitet i enkelte perioder?

Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin og avdelingen for Anestesi: Klinikksjef, økonomiansvarlig, avdelingsoverlege og oversykepleier

1a. Ser du utfordringer/problemer knyttet til ressursplanlegging og styring av tjenestene dere leverer?

1b. På hvilken måte på virker i tilfelle dette din hverdag?

1c. Hvordan vil du beskrive utfordringen/problemet?

2a. Hvilken informasjon opplever du at sentral stab etterspør i spørsmål om økte ressurser til klinikken for Anestesi og Akuttmedisin?

2b. Hvilken informasjon rapporteres?

2c. Hvor gode mål mener du det finnes på arbeidsbyrden til serviceklinikken for Anestesi?

2d. Hva mener du bør registreres/måles for å dokumentere økt ressursbehov?

3a. På hvilken måte vil du si at deres ytringer ang økt ressursbehov blir mottatt av Sentral Stab?

3b. Hva føler dere at/opplever dere at legges til grunn for fordeling av ressurser til serviceklinikken?

3c. Hvordan/hva gjøres for å identifisere/kartlegge/bemerk/illustrere ressursbehovet ved serviceklinikken?

3d. Hvilken termologi, hvilke argument og hvordan formidler dere pr. dags dato den økte etterspørselen og behov for ressurser oven for sentral stab?

3e. Hvordan foregår rapporteringen av planlagt arbeidsmengde til ledelsen? Hvordan rapporteres faktisk aktivitetsmengde?

3f. Hvem forsøker å formidle ressursbehovet til ledelsen? Er det andre ved klinikken som ledelsen ville hatt større tillit til/tiltro til?

4a. Hvilken samhandling har dere med de opererende klinikkene som etterspør deres tjenester? Hvilken samhandling har dere med klinikken for Ortopedi?

4b. Oppleveres samhandlingen som god nok fra deres side? Hva er eventuelt dine forslag til forbedringer?

4c. Hvilken informasjon mottar dere fra Ortopedi vedrørende deres planlagte behov for intensiv- og anestesitjenester? Når mottar dere denne informasjonen?

4d. Hva skjer hvis Ortopedi, i løpet av budsjettåret velger å øke antall operasjoner? Hvordan informeres dere om dette? Hva er aksjonene ved informasjon om økt etterspørsel etter intensiv- og anestesitjenester.

4e. Hvordan vil en endring/bedring i samhandlingen mellom serviceklinikken og de opererende klinikkene påvirker ressursplanlegging og styring av serviceklinikkenes tjenester?

4f. På hvilken måte mener du det kan være nyttig for planleggingen av serviceklinikkenes tjenester at dere inkluderes i planleggingen av planlagte operasjoner ved Ortopedisk klinikk?

4g. Hvordan mener du at et tettere samarbeid med opererende klinikker kunne gi troverdig og dokumentert informasjon som identifiserer ressursbehov?

5. Føler du at elementer i deres ytringer om økt ressursbehov blir etterprøvd av ledelsen? Hvilke elementer blir i tilfelle etterprøvd?

6. Er det slik at aktiviteten ved opererende klinikker går i bølgedaler, slik at etterspørselen etter anesthesi og intensivtjenester varierer veldig gjennom året? I tilfelle kan det da være fare for overkapasitet i enkelte perioder?

7. På hvilken måte opplever du at Sentral Stab har tillit til det serviceklinikken ytrer vedrørende ressursbehov? Opplever du at sentral stab mer tillit til hva de opererende klinikkene formidler?

8a. Hvilken økonomisk informasjon/styringsinformasjon har Sentral Stab bruk for ihht ressursplanlegging?

9b. Etterspør de noen spesifikk informasjon? I tilfelle hvilken?

10. I hvilken grad og på hvilken måte følger du at en annen organisatorisk struktur vil påvirke behovet for økonomisk informasjon/styringsinformasjon?

11a. Hvis ønsket ressursbehov blir innfridd, og der viser seg ut over året at behovet ikke er så stort som først antatt, hva skjer da med ressursene (overkapasitet)?

11b. Har ledelsen inntrykk av at de forsvinner på annet?

11c. Har man et fortrolig mål på aktiviteten ved anestesi slik at ressurser som ikke er benyttet kommer til syne?

Klinikken for Ortopedi og avdelingen for Ortopedi:

Klinikkensjef, Økonomiansvarlig og eventuelt avdelingsleder dagkirurgi

1a. Hvilken samhandling har dere med de opererende klinikkene som etterspør deres tjenester?

1b. Hvilken samhandling har dere med serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin? Hvordan fungerer det i praksis?

1c. Bør denne samhandlingen bli bedre? Har det noen hensikt at den bedres?

1d. Hvordan mener du at denne samhandlingen bli bedre?

1e. Øker dere antall planlagte operasjoner uten å ha en dialog med serviceklinikken for Anestesi?

1f. Vil et nærere samarbeid, slik som Haukeland ser ut til å ha fått til, bedre ressursplanlegging og styring av anestesi og intensivtjenester?

2a. Hvorvidt/i hvilken stor grad kan dere planlegge aktiviteten ved deres klinikk?

2b. Hva legger dere til grunn når dere velger å øke antall operasjoner?

2c. Inkluderer dere kostnaden for økt behov av service fra klinikken for Anestesi og Akuttmedisin når dere beregner ressursbehov for kommende periode?

2d. På hvilken måte blir behovet for økt etterspørsel etter intensiv- og anestesitjenester rapportert til ledelsen? Kommer dette behovet til uttrykk? Er det mulig å gi uttrykk for etterspørselen i en kvantitativ str?

2c. Er det en dialog mellom dere som opererende klinikk og anestesi som service klinikk når det gjelder planlagte operasjoner?

2d. På hvilken måte mener du det kan være nyttig å inkludere serviceklinikken i planleggingen, med tanke på behov for anestesisykepleiere og anestesileger?

3. Hvor "sikker" er økte etterspørselen fra ortopedisk avdeling ihht intensiv- og anestesitjenester?

4a. Ortopedisk klinikk er en av klinikkene som kan "planlegge" sin aktivitet i større grad, stemmer dette?

4b. Er det mulig å planlegge tjenestene ved avdelingen for Oropedi på en slik måte at man kan forutsi store deler av aktiviteten ved anestesi som er knyttet opp i mot ortopedi?

4c. Finnes det dokumentasjon på at planlagte operasjoner går som planlagt? At planlagt aktivitet ved opererende avdelinger samsvarer med faktisk aktivitet?

4d. Hvordan foregår rapporteringen av planlagt arbeidsmengde til ledelsen? Hvordan rapporteres faktisk aktivitetsmengde?

4e. Er det slik at aktiviteten ved opererende klinikker går i bølgedaler, slik at etterspørselen etter anestesi og intensivtjenester varierer veldig gjennom året? I tilfelle kan det da være fare for overkapasitet i enkelte perioder?

