

Sigurd Bølla Riseng
Martine Schumacher Engedal

Økonomistyringens rolle i beslutningen om å endre sykehusstruktur

En casestudie av Sykehuset Innlandet HF

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon

Veileder: Inger Johanne Pettersen

Juni 2020

Sigurd Bølla Riseng
Martine Schumacher Engedal

Økonomistyringens rolle i beslutningen om å endre sykehusstruktur

En casestudie av Sykehuset Innlandet HF

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon
Veileder: Inger Johanne Pettersen
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne utredningen representerer avslutningen på vår mastergradstudie i økonomi og administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen i Trondheim. Utredningen er skrevet innenfor hovedprofilen økonomistyring og er vektet med 30 studiepoeng.

Vår utredning tar for seg hvilken rolle økonomistyring har i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet. Dette er et tema vi har hatt stor glede og interesse av å studere. Med det ønsker vi å rette en stor takk til alle som har stilt opp på intervju. En masterutredning som dette hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten den tid og støtte vi har fått fra både Sykehuset Innlandet HF og Sykehusbygg HF.

Vi ønsker også å rette en spesiell takk til vår veileder Inger Johanne Pettersen som har vært til stor hjelp med nyttige innspill og tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. En siste takk rettes mot våre medstudenter for gode diskusjoner.

Trondheim, juni 2020

Sigurd Bølla Riseng

Martine Schumacher Engedal

Innholdet i denne oppgaven står for forfatternes regning.

Sammendrag

Behovet for en fremtidsrettet sykehusstruktur har preget utviklingsarbeid i Sykehuset Innlandet HF helt siden etableringen i 2001. Helseforetaket har konkludert med at verken struktur eller fordeling av fag og funksjoner ivaretar morgendagens krav til kvalitet og pasientsikkerhet. Denne masterutredningen er en kvalitativ casestudie som tar for seg økonomistyringens rolle i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet. Problemstillingen for utredningen er: *Hvilken rolle har økonomistyring i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet?*

For å besvare problemstillingen er det samlet inn omfattende empiriske data gjennom dybdeintervjuer av syv respondenter fra Sykehuset Innlandet HF og Sykehusbygg HF. Det er også gjennomført dokumentstudie for å sette seg ytterligere inn i prosjektet. Empiriske funn er sammen med teori om ulike perspektiver på økonomistyring, interne og eksterne styringsutfordringer samt beslutningsteori brukt til analyse og diskusjon. Videre har vi kommet frem til en konklusjon på vår problemstilling.

Vår studie tyder på at økonomistyring har hatt en sentral rolle i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet. Faglige premisser måtte justeres på bakgrunn av en økonomisk ramme, noe som gjorde at rammen fungerte som en overordnet styringsmekanisme for samtlige beslutninger underveis. Videre har beslutningsprosessen hatt normative og rasjonelle trekk ved at den har vært grundig styrt fra begynnelsen av. Prosessen oppleves likevel som langvarig og kompleks fordi prosjektets beslutninger ble påvirket av kontekstuelle faktorer som kulturelle motsetninger, teknologisk utvikling og usikkerhet i omgivelsene. I tillegg har prosjektet engasjert mange og det ble derfor påvirket av sterke interne og eksterne interessenters ønsker for gjennomføringen. Videre har styringen av prosjektet vært standardisert i stor grad ved at Sykehuset Innlandet samlet inn kunnskap om andre sykehusprosjekter gjennom sammenligninger, møter, veiledere og nasjonale føringer. Dette ble gjort for å øke beslutningskvaliteten og dermed få en mer strukturert prosess.

Abstract

The need for a future-oriented hospital structure has characterized development work at Sykehuset Innlandet HF since its establishment in 2001. The health authorities have concluded that neither the structure nor the distribution of subjects and functions safeguards tomorrow's demands for quality and patient safety. This master thesis is a qualitative case study that addresses the role of financial management in the decision to change the hospital structure in Innlandet. The research question for the study is: *What role does financial management have in the decision to change the hospital structure in Innlandet?*

To answer the question, extensive empirical data has been collected through in-depth interviews of seven respondents from Sykehuset Innlandet HF and Sykehusbygg HF. It is also completed document study to gather more information for the project. Empirical findings together with theory on different perspectives on financial management, internal and external management challenges and decision theory are used for analysis and discussion. Furthermore, we have reached a conclusion on our problem.

Our study indicates that financial management has played a key role in the decision to change the hospital structure in Innlandet. Academic premises had to be adjusted on the basis of an economic frame, which meant that the frame served as an overall management mechanism for the decisions through the project. Furthermore, the decision-making process has had normative and rational features since it has been thoroughly controlled from the beginning. However, the process is perceived as prolonged and complex because the project's decisions were influenced by contextual factors such as cultural contradictions, technological development and environmental uncertainty. In addition, the project has involved many people and was therefore influenced by the interests of strong internal and external stakeholders. Furthermore, the management of the project has been largely standardized by Sykehuset Innlandet gathering knowledge about other hospital projects through comparisons, meetings, supervisors and national guides. This was done to improve the quality of the decision and thus get a more structured process.

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING.....	2
1.3 FORMÅL MED STUDIEN	3
1.4 UTREDNINGENS STRUKTUR	4
2. TEORI	5
2.1 ULIKE PERSPEKTIVER PÅ ØKONOMISTYRING.....	5
2.2 NORMATIV ØKONOMISTYRING.....	6
2.2.1 Prestasjonsstyring og koblingen mellom styringsmekanismer.....	6
2.2.2 Styringsystemet som en pakke.....	9
2.2.3 Betingelsesteori	12
2.3 INSTITUSJONELL TEORI.....	15
2.4 GENERELLE STYRINGSUTFORDRINGER I OFFENTLIG HELSESEKTOR	17
2.4.1 Interne styringsutfordringer	17
2.4.2 Styringsutfordringer knyttet til interessenter	18
2.5 BESLUTNINGSTEORI	20
2.6 OPPSUMMERING.....	22
3. METODE	24
3.1 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV.....	24
3.2 TEMA OG PROBLEMSTILLING	25
3.3 VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	26
3.4 DOKUMENTSTUDIE	26
3.5 DYBDEINTERVJU.....	28
3.5.1 Utvalg og rekruttering av respondenter.....	30
3.5.2 Gjennomføring av intervju	31
3.5.3 Dataanalyse	32
3.6 EVALUERING AV DATAMATERIALE	33
3.6.1 Validitet.....	34
3.6.2 Reliabilitet	34
3.6.3 Generaliserbarhet.....	36
3.7 ETISKE OVERVEIELSER.....	37
3.8 OPPSUMMERING.....	37
4. EMPIRI	38
4.1 BESLUTNINGSPROSESSEN.....	38
4.1.1 Tidslinje	38
4.1.2 Behov for endring	42

4.1.3 Påvirkning og beslutningsatferd.....	43
4.2 ØKONOMISK INFORMASJON OG STYRING I BESLUTNINGSPROESSEN.....	45
4.2.1 Aktivitets- og kapasitetsbehov.....	45
4.2.2 Økonomiske beregninger	46
4.2.3 Styringsmekanismer.....	49
4.3 INTERESSENER I PROSJEKTET	53
4.3.1 Intern og ekstern kontroll	55
4.3.2 Ekstern påvirkning fra interessenter	56
4.4 TILPASNING AV INSTITUSJONELLE OMGIVELSER.....	57
4.4.1 Sammenligninger med andre prosjekter	57
4.4.2 Felles veileder.....	58
4.4.3 Stort kompetansemiljø.....	59
4.5 OPPSUMMERING.....	60
5. DISKUSJON	62
5.1 KOMPLEKS BESLUTNINGSPROESS	62
5.1.1 En normativ beslutning?	62
5.1.2 Planlegging som grunnlag for kybernetisk styring.....	66
5.1.3 Kulturell styring er viktig.....	69
5.1.4 Betydningen av kontekstuelle forhold	71
5.2 STERKE INTERESSENER PÅVIRKER BESLUTNINGSPROESSEN	72
5.3 STANDARDISERING AV BESLUTNINGSPROESSEN	74
5.3.1 Sykehus som organisatoriske felt.....	74
5.3.2 Ulike eksterne press på tilpasning i prosjektet.....	75
5.4 EN RASJONELL ELLER TILFELDIG BESLUTNINGSPROESS?	76
6. KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER.....	79
6.1 KONKLUSJON.....	79
6.2 BEGRENSNINGER VED STUDIEN.....	80
6.3 PRAKTISKE OG TEORETISKE IMPLIKASJONER	81
REFERANSELISTE	I
VEDLEGG 1: KART OVER SYKEHUSET INNLANDETS VIRKSOMHET	VI
VEDLEGG 2: LOKALMEDIENES PÅVIRKNING	VII
VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV TIL RESPONDENTER.....	VIII
VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE ØKONOMISKE BEREGNINGER	XI
VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE ANDRE FORHOLD	XIV

Figuroversikt

FIGUR 1: ILLUSTRASJON AV FASER I SYKEHUSPROSJEKTER	3
FIGUR 2: PRESTASJONSSTYRINGSSYSTEMET	7
FIGUR 3: STYRINGSSYSTEMET SOM EN PAKKE	9
FIGUR 4: SITUASJONSBESTEMTE FAKTORER	13
FIGUR 5: HELSEFORETAKETS INTERESSENER	19
FIGUR 6: DEN RASJONELLE BESLUTNINGSPROSESSEN	21
FIGUR 7: TIDSLINJE OVER SYKEHUSET INNLANDETS PROSESS	38
FIGUR 8: PROSJEKTORGANISERING OG ROLLER I IDÉFASEN	54

Tabelloversikt

TABELL 1: DOKUMENTOVERSIKT	27
TABELL 2: INTERVJUOVERSIKT	31

1. Innledning

Sykehuset Innlandet HFs opptaksområde innbefatter 42 kommuner bestående av om lag 368 000 mennesker fordelt over 52 600 km² (Sykehuset Innlandet HF, 2019). Til sammenligning er arealet over hele Danmark på 43 090 km² (Pihl, 2020). Helseforetaket står overfor store utfordringer for å kunne tilby fremtidsrettede helsetjenester til pasientene. Demografiske, medisinske og teknologiske utviklingstrekk avhenger av at Sykehuset Innlandet gjør store endringer (Sykehuset Innlandet HF, 2016b).

“Vi blir flere, vi blir eldre og vi bosetter oss mer i byer og tettsteder. Noen sykdommer blir mindre truende, andre vokser i omfang. Vi kan behandle mer og flere. Utfordringen som dette gir for helsetjenesten, er svært omfattende. Det å bare fortsette som nå er ikke et bærekraftig alternativ. Vi må ha en konkret plan for å ruste helsetjenesten for fremtiden.”

- Bent Høie, Helse- og omsorgsminister
(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)

Denne utredningen gjør rede for økonomistyringens rolle i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet. Det undersøkes hvordan prosjektets deltakere opplever beslutningsprosessen og hvilke styringsmekanismer de må forholde seg til for å sikre effektiv gjennomføring av prosjektet.

Som en del av innledningen presenteres bakgrunn for valg av tema. Videre følger problemstilling og avgrensning. Deretter presenteres formålet med studien, før vi avslutningsvis vil gi en oversikt over utredningens struktur.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt økonomistyringens rolle i endringen av sykehusstrukturen i Innlandet som tema fordi vi begge har en nær relasjon til Innlandet som fylke og dermed en naturlig tilknytning til den aktuelle saken. Økonomistyring i helsesektoren er videre et tema vi finner svært interessant.

Endring av sykehusstruktur er for tiden aktuelt flere steder i landet og er noe som påvirker en stor del av den norske befolkningen. Formålet med endring av sykehusstruktur er først og fremst å samle funksjoner og fagmiljøer, men det er også andre forhold som må vurderes for å finne hva som samlet gir de beste løsningene for en ny sykehusstruktur (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

“Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten betyr å styre mer etter kvalitet. Målet vårt er først og fremst gode helsetjenester for pasientene. Vårt prosjekt er å skape pasientens helsetjeneste. Det betyr trygge sykehus og bedre helsetjenester - uansett hvor du bor.”

- Bent Høie, Helse- og omsorgsminister
(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)

For at Sykehuset Innlandet skal kunne tilby et godt tilbud til sitt opptaksområde er de avhengig av å gjøre store endringer i dagens sykehusstruktur. I hvilken grad økonomistyringen har spilt en rolle i denne beslutningsprosessen er for oss et viktig og spennende spørsmål.

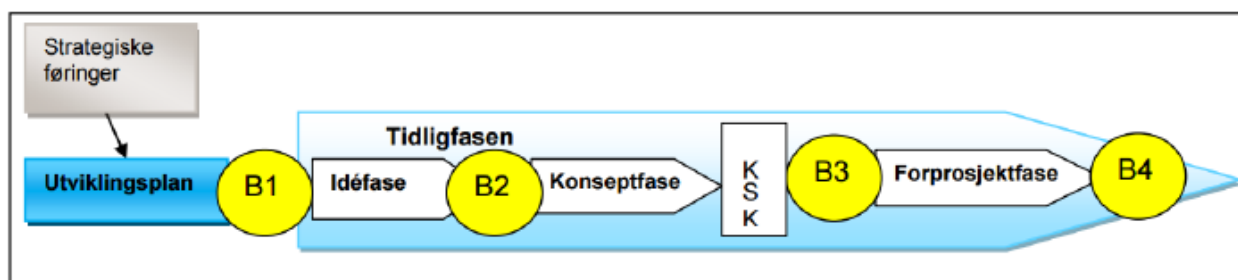
1.2 Problemstilling og avgrensning

Behovet for å endre sykehusstrukturen i Innlandet har preget helseforetaket helt siden etableringen i 2001. Sykehuset Innlandet HF har i sin utredning konkludert med at verken struktur eller fordeling av fag og funksjoner ivaretar morgendagens krav til kvalitet og pasientsikkerhet (Sykehuset Innlandet HF, 2016b). Med utgangspunkt i dette ønsker vi å undersøke økonomistyringens rolle i endring av sykehusstruktur og har på bakgrunn av dette formulert følgende problemstilling:

Hvilken rolle har økonomistyring i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet?

Med økonomistyringens rolle mener vi hvordan beslutningstakerne i prosjektet har sikret at ressurser er innhentet og brukt effektivt i beslutningsprosessen til Sykehuset Innlandet samt hvilke av disse styringsmekanismene som har hatt en påvirkning på beslutningene.

Ettersom dette prosjektet fortsatt pågår, har vi valgt å avgrense vår utredning fra behovet for fremtidsrettet sykehusstruktur oppstod, til og med idéfasen av prosjektet. Som illustrert i figur 1 er det en utviklingsplan som danner grunnlaget for idéfasen. Videre skal idéfasen presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer, og er sammen med konseptfasen og forprosjektfasen en del av tidligfasen i sykehusprosjekter (Sykehuset Innlandet HF, 2016b).



Figur 1: Illustrasjon av faser i tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (Sykehuset Innlandet HF, 2016b).

1.3 Formål med studien

Ifølge Sykehuset Innlandet HF (2016b) vil spesialisthelsetjenesten møte store endringer og utfordringer i tiden fremover. Sykehuset Innlandet må derfor sørge for å ha en virksomhet og en sykehusstruktur som er tilpasset befolkningens behov.

“Vi forventer mer. Det gjør det krevende å forene ønsker og muligheter innenfor ressursrammene vi har til rådighet. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, brukerkompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.”

- Nasjonal helse- og sykehusplan
(Helse- og omsorgsdepartementet, 2020)

Vi håper at denne masterutredningen kan være med på å gi et innsyn i hvordan økonomistyringen i Sykehuset Innlandets beslutningsprosess oppleves for deltakerne i prosjektet samt hvilke styringsmekanismer de må forholde seg til for å sikre effektiv gjennomføring. For at

målene i Nasjonal helse- og sykehusplan skal nås, må prosjektets involverte parter være bevisst på hvilke områder som kan gjøres mer eller mindre effektive, noe vi håper at denne utredningen kan være med å avdekke.

1.4 Utredningens struktur

I det neste kapittelet vil vi presentere det teoretiske rammeverket vi har benyttet oss av i denne studien. Deretter vil vi ved hjelp av et metodekapittel redegjøre for de metodiske valg vi har gjort underveis. Videre følger et empirikapittel hvor vi presenterer de empiriske funn som er gjort gjennom intervjuer og dokumentstudier. De empiriske funnene diskuteres deretter opp mot vår valgte teori i et diskusjonskapittel. Til slutt i denne utredningen vil vi presentere en overordnet konklusjon av problemstillingen, beskrive praktiske og teoretiske implikasjoner samt forslag til videre forskning.

2. Teori

I dette kapitlet presenteres relevant teori som vil danne et overordnet teoretisk rammeverk for utredningen. Kapitlet begynner med en definisjon av begrepet økonomistyring og ulike perspektiver knyttet til dette. Videre presenteres teori i form av styringsutfordringer i offentlig helsesektor. Til slutt presenteres det en beskrivelse av hva vi legger i beslutningsteori. Teoriene er valgt på bakgrunn av problemstillingen for utredningen og vil senere analyseres i diskusjonskapitlet.

2.1 Ulike perspektiver på økonomistyring

Anthony (1965, s. 32) definerer økonomisk styring som:

"The process which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives."

Anthony's definisjon er i ettertid blitt kritisert for å være for smal (Ferreira & Otley, 2009). I et normativt perspektiv av økonomistyring fokuseres det på optimal bruk av ressurser ved hjelp av formelle styringsverktøy. Her legger en stor vekt på at styringssystemet skal bidra til å redusere usikkerhet i beslutninger gjennom tilgang på informasjon (Mellempvik & Olson, 1996). Denne definisjonen av økonomistyring har utviklet seg over tid ved at fokuset ikke lenger er på bare økonomisk informasjon som er kvantifiserbar (Chenhall, 2003). Det vil si informasjon i form av planer, handlinger og visjoner som rapporteres gjennom forskjellige regnskapsverktøy som budsjetter, kalkyler og prognoser (Mellempvik, Monsen & Olson, 1988).

I vår studie tar vi utgangspunkt i definisjonen til Anthony (1965) og benytter en bred beskrivelse av økonomistyring ved å si at økonomistyring kan omhandle alt som bidrar til effektiv ressursbruk. Økonomisk informasjon er også bare en del av det bredere informasjonssettet som beslutningstakere bruker til å fatte beslutninger. Det gjør at det er avgjørende å ta hensyn til styrker og svakheter, ikke isolert sett, men i forhold til andre informasjonskilder (Hall, 2010). Videre hevder Chenhall (2003) at å se fag og økonomi i sammenheng i styringen vil føre til at organisasjonen kan prioritere og styre ressursbruken for å oppnå god måloppnåelse.

Ifølge Nyland og Pettersen (2018) har organisasjoner blitt større og mer uoversiktlige, og omgivelsene kjennetegnes av store forventninger, krav fra myndigheter og stadige endringer i rammebetingelser. Dette viser at helsesektorens styringsutfordringer er mange. Grunnet uklare mål og usikre omgivelser vil ikke et normativt perspektiv beskrive virkeligheten full ut, og kan dermed bedre forstås med en beskrivende tilnærming (Pettersen, Magnussen, Nyland & Bjørnenak, 2008). I denne utredningen har vi videre valgt å bruke institusjonell teori som et utgangspunkt for deskriptiv tilnærming.

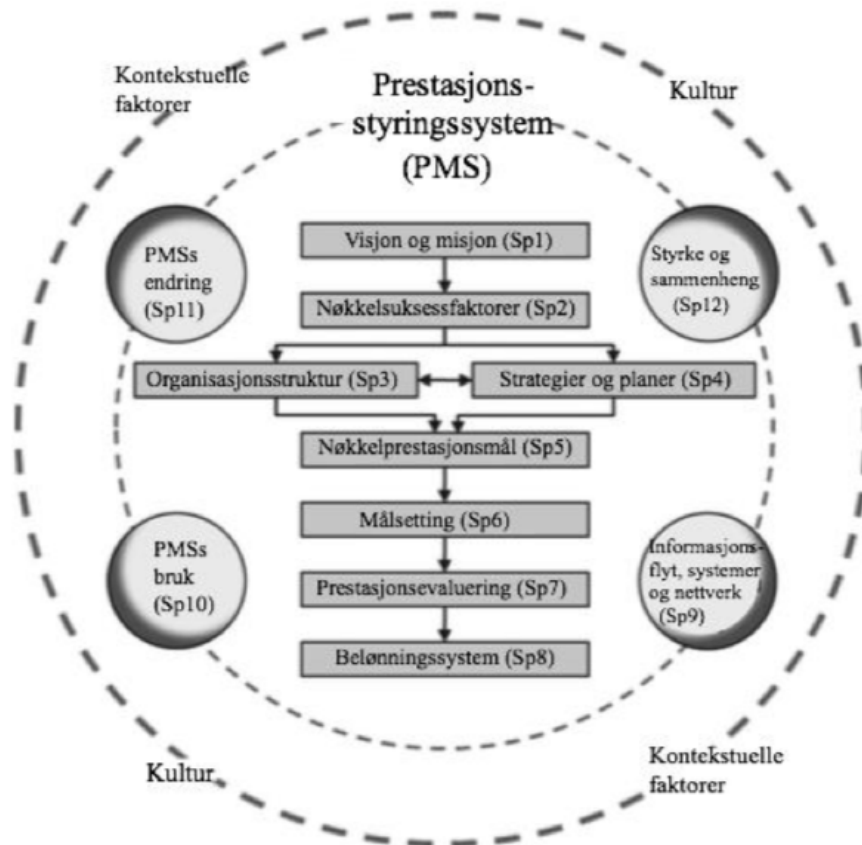
2.2 Normativ økonomistyring

2.2.1 Prestasjonsstyring og koblingen mellom styringsmekanismer

I litteraturen blir styringssystemer konseptualisert på ulike måter (Ferreira & Otley, 2009). For å se på økonomisk styring i en ideell organisasjon har vi først valgt å ta utgangspunkt i Ferreira og Otleys (2009) rammeverk som gjør at vi kan undersøke hvilke styringsmekanismer et styringssystem kan inneholde. De ser i hovedsak på prestasjonsstyringssystemer og definerer det som formelle og uformelle mekanismer, systemer, prosesser og nettverk som organisasjoner kan benytte for å oppnå planlagte mål samt legge til rette for læring og endring (Ferreira & Otley, 2009).

Ferreira og Otley (2009) sitt rammeverk utdyper Otleys (1999) fem spørsmål og integrerer i tillegg noen aspekter fra Simons (1995) "Levers of Control". Rammeverket har en holistisk tilnærming og er utformet på bakgrunn av tolv spørsmål hvor de åtte første spørsmålene omhandler hovedtrekkene til prestasjonsstyringssystemet, mens de fire siste omhandler organisasjonen som kontekst (Ferreira & Otley, 2009). Ifølge Ferreira og Otley (2009) forutsettes det at spørsmålene stilles i riktig rekkefølge for at en skal kunne forstå samlet effekt av prestasjonsstyringssystemet. Som en del av sykehusplanlegging vil det blant annet være relevant å se på koblingene mellom styringsmekanismene da flere av stegene i beslutningsprosessen er avhengig av hverandre.

Ferreira og Otley (2009) erkjenner at kultur og andre kontekstuelle faktorer kan være aktuelt, men har valgt å ikke inkludere disse i sin studie, dette er vist som en ytre sirkel i figur 2.



Figur 2: Basert på Ferreira og Otleys (2009) rammeverk: Prestasjonsstyringsystemet.

Det første spørsmålet omhandler visjon og misjon (Sp1), og dermed organisasjonens ønskede posisjon i fremtiden (Ferreira & Otley, 2009). Visjon og misjon har videre en tett kobling til det andre spørsmålet som beskriver nøkkelsuksessfaktorer (Sp2). Dette er aktiviteter og forutsetninger som må oppnås for at en organisasjon skal kunne utvikle seg mot å nå visjonen (Rockart, 1979). Ferreira og Otley (2009) beskriver nøkkelfaktorene som en kodifisering av visjon og misjon i en konkret retning og tidsramme. Som illustrert i figur 2 ser en at nøkkelsuksessfaktorene omdannes til nøkkelprestasjonsmål (Sp5) via organisasjonsstruktur (Sp3) og strategier og planer (Sp4).

Organisasjonsstrukturen beskrives av Chenhall (2003) som et middel som brukes for å spesifisere roller og oppgaver som skal utføres. Strategier og planer viser den langsiktige retningen organisasjonen velger å følge for å nå sine mål (Ferreira & Otley, 2009).

En god sammenheng mellom nøkkelsuksessfaktorene, organisasjonsstrukturen og strategier og planer er avgjørende for å nå nøkkelprestasjonsmålene samt å ha et velfungerende prestasjonsstyringssystem. Nøkkelprestasjonsmålene kan videre omfatte både økonomiske og ikke-økonomiske mål, nøkkelsuksessfaktorer og strategier (Ferreira & Otley, 2009).

Det sjette spørsmålet tar for seg spenningen mellom hva som er ønskelig og hva som tenkes å være gjennomførbart i fastsettelsen av organisasjonens mål (Ferreira & Otley, 2009). Målsetting (Sp6) utarbeides på bakgrunn av de nøkkelprestasjonsmålene organisasjonen har utformet, og disse kan dermed sies å ha tette koblinger. Videre tar spørsmål syv og åtte for seg prestasjonsevaluering og belønning. I prestasjonsstyringssystemet til Ferreira og Otley (2009) omfatter belønninger en bred definisjon og kan være alt fra ros og oppmuntring til økonomiske belønninger.

Når en beveger seg over til spørsmål ni-tolv i figuren ser en ikke lenger på spørsmål som omhandler mål og middel, men fokuset rettes mot de kontekstuelle faktorene i organisasjonen. Dette illustreres som en sirkel rundt de åtte spørsmålene i figur 2. Otley (1999) beskriver hvordan det er viktig med informasjonsflyt, gode systemer og nettverk for å holde systemet sammen. Informasjonsflyt (Sp9) omhandler både endringer knyttet til tidligere handlinger, i tillegg til at det handler om å forutsi fremtidige hendelser slik at en kan gjøre tiltak før hendelser inntreffer (Ferreira & Otley, 2009). Bruk av informasjon og styring (Sp10) har en sterk sammenheng med spørsmål ni ettersom informasjonsflyten bestemmer hvordan en styrer og utvikler prestasjonsstyringssystemet (Ferreira & Otley, 2009).

Videre omhandler spørsmål elleve endring og dynamikk, mens det siste og tolvte spørsmålet omhandler styrke og sammenheng. Endring og dynamikk (Sp11) henger tett sammen med de to foregående spørsmålene ettersom informasjon kan føre til endringer i organisasjonen. Styrke og sammenheng (Sp12) beskriver at helheten av prestasjonsstyringssystemet er større enn de enkelte delene. Koordinering og justering mellom de ulike komponentene er sentralt for å opprettholde et effektivt og godt styringssystem (Ferreira & Otley, 2009).

I de påfølgende kapitlene vil vi se på Malmi og Brown (2008) som presenterer styringssystemet som en pakke og dermed inkluderer organisasjonskultur, samt Chenhall (2003) sin betingelsesteori som beskriver noen kontekstuelle faktorer.

2.2.2 Styringssystemet som en pakke

Malmi og Brown (2008) velger å se på styringssystemet som en pakke hvor de inkluderer flere ulike perspektiver. Deres definisjon inkluderer alle systematiske styringsmekanismer ledelsen benytter seg av for å sikre at atferd og beslutninger de ansatte foretar seg er i samsvar med organisasjonens mål og strategier. Styring som utelukkende støtter beslutningstaking er noe som ekskluderes fra deres definisjon av styring (Malmi & Brown, 2008). I samsvar med deres definisjon handler styring om mer enn bare økonomisk styring. Administrativ og kulturell styring er noe som inkluderes, og som kan supplere eller erstatte økonomisk styring. Videre er også ledelsessystemer noe som integreres i en organisasjons styringssystem (Malmi & Brown, 2008).

Malmi og Brown (2008) sitt teoretiske rammeverk benytter fem kategorier for å skille de ulike delene av organisasjonens ledelses- og styringssystem; *planlegging, kybernetisk styring, belønning og kompensasjon, administrativ styring og kulturell styring*. De tre førstnevnte kategoriene utgjør de økonomiske styringsmekanismene (Johanson & Madsen, 2013). De to siste kategoriene bygger på sin side på ledelsesprosesser samt organisasjonsstrukturer og organisasjonskulturer (Ouchi, 1977). Ulike virksomheter vil ha ulike optimale styringspakker, og avhengig av hvordan systemene brukes, kan disse enten utfylle hverandre eller motvirke hverandre (Johanson & Madsen, 2013).

Kulturell styring						
Klaner		Verdier			Symboler	
Planlegging		Kybernetisk styring				Belønning og kompensasjon
Langsiktig planlegging	Kortsiktig planlegging	Budsjetter	Finansielle målesystemer	Ikke-finansielle målesystemer	Hybride målesystemer	
Administrativ styring						
Styringssystemer		Organisasjonsstruktur		Regler, rutiner og prosedyrer		

Figur 3: Basert på Malmi og Browns (2008) rammeverk: styringssystemet som en pakke.

Den øverste styringsmekanismen i figur 3 er *kulturell styring*. Malmi og Brown (2008, s. 289) tar utgangspunkt i organisasjonskulturdefinisjonen:

“Sett av holdninger, verdier og sosiale normer som deles av medlemmene i organisasjonen, og som videre har innflytelse på medlemmenes tanker og atferd.”

Denne er plassert øverst i figuren fordi den ifølge Malmi og Brown (2008) påvirker alle de andre styringsmekanismene i figuren.

Under kulturell styring finnes det tre ulike styringselementer; *klaner, verdier og symboler*. Styring i klaner gjøres ved å skape verdier gjennom seremonier og ritualer i klanen. Styring gjennom verdier gjøres ved at en får ansatte til å handle i tråd med organisasjonens verdier. Symbolbasert styring kan være at organisasjonen bruker en form for synlige uttrykk for å utvikle en bestemt type ønsket kultur på arbeidsplassen (Malmi & Brown, 2008).

For å forstå hvordan kultur påvirker organisasjoner har Martin (2002) introdusert tre ulike og komplementære perspektiver. Integreringsprinsippet kjennetegnes ved at kulturen virker integrerende på samtlige medlemmer i organisasjonen, og organisasjonen beskrives som et kollektivt fellesskap. Differensieringsprinsippet fokuserer på at det er ulike subkulturer som kan eksistere ved siden av hverandre i en organisasjon. Slike subkulturer trenger ikke å være konfliktskapende, men konflikter kan oppstå. Det tredje prinsippet, fragmenteringsprinsippet, beskriver at enhver form for konsensus vil være situasjonsbetinget og ustabil, og skiftende over tid (Martin, 2002). Videre presiserer Malmi og Brown (2008) at kultur kan være tilstede uten at det nødvendigvis er et styringssystem, men i det øyeblikket kultur brukes for å regulere atferd er det et styringssystem.

I midten av figur 3 finner en de tre generelle økonomiske styringsmekanismene; styring gjennom planlegging, kybernetisk styring og styring gjennom belønning og kompensasjon (Johanson & Madsen, 2013).

Styring gjennom planlegging handler om å imøtekomme fremtiden og kan derfor beskrives som en ex-ante form for kontroll. Videre forsøker en å utarbeide mål som legger føringer for hva som forventes fra de ansattes innsats og atferd, dette i form av standarder og retninger (Malmi &

Brown, 2008). Malmi og Brown (2008) mener planlegging kan gjøres uten involvering av finansielle mål, og inkluderer derfor ikke budsjetter i deres planleggingssystemer. Dette står i motsetning til Merchant og van der Stede (2007) som presenterer planlegging og budsjettering sammen i deres økonomiske styringssystem. Videre deler Malmi og Brown (2008) planlegging inn i både *kortsiktig planlegging* (handlingsplaner) og *langsiktig planlegging* (strategiske planer) (Johanson & Madsen, 2013). De langsiktige planene innebærer et strategisk fokus på hvordan organisasjonen skal oppnå sine mål, mens de kortsiktige planene har et taktisk fokus som vanligvis er et år eller mindre (Malmi & Brown, 2008).

Kybernetisk styring er en form for styring hvor en kvantifiserer aktivitetene i organisasjonen. Malmi og Brown (2008) benytter fire basisverktøy for å beskrive kybernetisk styring; *budsjetter*, *finansielle måltall*, *ikke-finansielle måltall* og *hybride måltall*. Budsjettet har vært det mest grunnleggende i de fleste organisasjoner, dette fordi det har en evne til å koble sammen store deler av aktivitetene i en omfattende plan som har flere funksjoner. Videre vil budsjettstyring sikre integrering av beslutninger angående prosesser og ressursfordeling. Avhengig av hvordan organisasjonen benytter seg av systemet kan kybernetisk styring både være et styringssystem eller et informasjonssystem. Dersom ledelsen setter i gang tiltak som fører til endringer i underliggende aktivitet eller atferd basert på avvik fra de fastsatte målene, vil det si at systemet brukes som grunnlag for beslutningstaking (Malmi & Brown, 2008).

Den neste formen for styringsmekanisme er *styring gjennom belønning og kompensasjon*. Her fokuseres det på å skape økt motivasjon blant de ansatte slik at de yter maksimalt for å nå de målene som er satt. Ifølge Malmi og Brown (2008) har forskning i økonomistyring stort sett fokusert på ytre belønninger, men indre belønninger er også en sentral faktor. Selv om kybernetisk styring ofte inkluderer belønning og kompensasjoner er det i styringspakken en egen kategori for dette punktet. Bakgrunnen for dette er at de mener belønninger og kompensasjoner kan brukes til andre formål enn kun å belønne prestasjoner. Det kan også benyttes for å oppmuntre til arbeid, for å beholde ansatte eller til å skape en kulturell kontroll ved hjelp av gruppebelønninger (Malmi & Brown, 2008).

Nederst i figur 3 finner en de *administrative styringsprinsippene*. Dette omhandler oppbyggingen av organisasjonen når det kommer til *organisasjonens struktur og utforming, styringsstruktur og ulike regler og prosedyrer*. Malmi og Brown (2008) mener at organisasjonens struktur og utforming er noe ledere kan påvirke og endre. Videre inkluderer regler og prosedyrer standarder for prosesser knyttet til drift og praksis (Malmi & Brown, 2008).

Malmi og Brown (2008) sitt rammeverk er basert på metoder fra flere andre rammeverk. Det som gjør dette rammeverket unikt er hvordan rammeverket er satt sammen som en helhetlig pakke hvor de ulike delene må ses i sammenheng med hverandre. De ulike delene er både avhengig av, og påvirker hverandre. Dersom en ikke ser på det som en helhet kan slutningene bli feilaktige (Malmi & Brown, 2008).

2.2.3 Betingelsesteori

Det finnes ikke et universelt riktig styringssystem som er optimalt for alle organisasjoner i alle situasjoner (Otley, 1980). Det er ulike kontekstuelle eller situasjonsbestemte faktorer, også omtalt som betingelsesfaktorer, som påvirker hvilket styringssystem som er best egnet for hver enkelt organisasjon. Chenhall (2003) fokuserer på at en må undersøke de kontekstuelle faktorene for å forstå en organisasjons styringssystem. Det at organisasjoner i samme bransje står overfor ulike betingelsesfaktorer gjør at en kan ha vidt forskjellige styringssystemer. Betingelsesteorien utvider dermed den tradisjonelle tankegangen rundt styringssystemer ved å inkludere hvordan ulike betingelsesfaktorer påvirker utformingen av systemet (Ittner & Larcker, 2001).

Når det kommer til å studere de kontekstuelle forholdene har en i tidligere studier i hovedsak rettet fokuset på *usikkerhet i organisasjonens omgivelser*, samt *struktur* og *teknologi*. Chenhall (2003) har videreført dette ved å identifisere seks konkrete betingelsesfaktorer som antas å påvirke styringssystemenes effektivitet og utforming. I tillegg til de tre nevnte faktorene har også *størrelse*, *strategi* og *nasjonalkultur* blitt lagt til som betingelsesfaktorer. Samtlige betingelsesfaktorer presenteres i figur 4.



Figur 4: Basert på Chenhalls (2003) betingelsesteori: situasjonsbestemte faktorer som påvirker valg av styringssystem.

Usikkerhet i omgivelsene

Chenhall (2003) beskriver de eksterne omgivelsene som selve grunnlaget for betingelsesteori, og den mest studerte betingelsesfaktoren er usikkerhet i omgivelsene (Chenhall, 2003; Otley, 2016). Ifølge Waterhouse og Tiessen (1978) vil høy usikkerhet i omgivelsene føre til at det blir utfordrende å planlegge, måle og dokumentere, og videre gjøre det vanskeligere å basere styring på ulike verktøy og mål.

Struktur

Organisasjonens struktur er den formelle spesifiseringen av rollene til medlemmene. Organisasjonsstrukturen påvirker effektiviteten i de ulike prosessene og informasjonsflyten i organisasjonen gjennom utføringen av aktiviteter. Dette kan være på både individnivå og gruppenivå (Chenhall, 2003). Struktur er en betingelsesfaktor som organisasjonen selv har mulighet til å påvirke og strukturen blir ofte sett i sammenheng med andre betingelsesfaktorer. Ifølge Malmi og Brown (2008) kan struktur også være et styringssystem alene.

Det er vanlig å måle organisasjonsstrukturen ut fra om den er sentralisert eller desentralisert. Dersom strukturen er sentralisert vil beslutninger være forbeholdt den øverste ledelsen, mens i en desentralisert struktur vil beslutninger delegeres til ledere som befinner seg på et lavere nivå i organisasjonen (King, Clarkson & Wallace, 2010).

Teknologi

I denne sammenhengen defineres betingelsesfaktoren teknologi som den måten en organisasjon håndterer oppgaver på, herunder hvilke fysiske hjelpemidler, programvare, materiale, personell og kunnskap som benyttes (Chenhall, 2003). Innen sykehusplanlegging er teknologi en faktor det er knyttet stor usikkerhet og spenning til. Teknologien utvikles i et voldsomt tempo og kan dermed påvirke utformingen og valg av styringssystem i stor grad i fremtiden (Den norske legeforening, 2014).

Otley (1980) forklarer videre at teknologi i denne konteksten handler om i hvilken grad oppgavene og aktivitetene er rutinepreget. Tanken bak dette er at både teknologi og eksterne omgivelser påvirker organisasjonsstruktur, som videre påvirker valget av styringssystem. Dersom det er usikre omgivelser er det hensiktsmessig med en organisk struktur, med andre ord en løs og fleksibel struktur med lite formalisering. Dette fordi en vil ha behov for involvering av flere nivåer for å underbygge innovasjon. Informasjonen vil være mer fordelt rundt i organisasjonen, noe som gjør desentralisering viktig (Donaldson, 2001).

Strategi

En organisasjons strategi kan forstås som det langsiktige valget en organisasjon tar med tanke på retning og ønsket mål. Styringssystemene i organisasjonen fungerer som en støtte til strategien slik at den kan oppnå de overordnede målene (Langfield-Smith, 1977). Strategien skal videre legge til rette for en gunstig posisjon i dynamiske omgivelser. Dette ved en kombinasjon av at nødvendige ressurser og kompetanse skal fylle markedets behov samt de ulike interessentenes forventninger (Erichsen, Solberg & Stiklestad, 2015). Strategien har altså en påvirkningskraft på strukturen i organisasjonen samtidig som den skal legge til rette for en fremtidig realisering av organisasjonens potensial (Donaldson, 2001). I motsetning til de andre betingelsesfaktorene kan ikke strategi utelukkende betraktes som et kontekstelement. Ifølge Chenhall (2003) er det mer riktig å kategorisere strategi som et verktøy ledere benytter seg av for å påvirke andre kontekstvariabler.

Størrelse

Tidligere studier tyder på at det finnes sammenheng mellom en organisasjons størrelse og valg av styringssystem. Ifølge Chenhall (2003) vil en stor organisasjon ha et større behov for formelle styringssystemer samt at ledere vil måtte håndtere større mengder informasjon. Å innføre en større grad av organisatorisk kontroll gjennom regler, spesialisering av roller og funksjoner, dokumentasjonskrav samt en større grad av desentralisering vil dermed være sentralt for store organisasjoner (Chenhall, 2003).

Nasjonal kultur

Individer som kommer fra ulike kulturer kan reagere ulikt på forskjellige typer styringsinstrumenter og styringsmetoder (Chenhall, 2003). I vår utredning er det relevant å se på hvordan de forskjellige kulturene i de ulike kommune og fylkene kan spille inn i hvordan prosessen gjennomføres med tanke på endring av sykehusstruktur.

2.3 Institusjonell teori

Institusjonell teori har en deskriptiv tilnærming i økonomistyring da handlinger som utføres ikke nødvendigvis stemmer overens med det organisasjonen bør gjøre ut fra et normativt perspektiv. Verden er ordnet gjennom et uendelig sett av institusjoner og institusjonell teori har fokus på hvordan organisasjoner tilpasser seg sine institusjonelle omgivelser (DiMaggio & Powell, 1983). I en utelukkende institusjonell kontekst vil organisasjonens mål være å fremstå så legitim som mulig overfor omgivelsene, fremfor å fokusere på effektiv drift og god økonomistyring (Meyer & Rowan, 1977).

Meyer og Rowan (1977) beskriver institusjoner som sosiale prosesser, forpliktelser og andre aktuelle forhold som får en regelliknende status, mens DiMaggio og Powell (1983) beskriver institusjoner som organisatoriske felt. Med det mener de en samling av organisasjoner som har noen fellestrekk eller er samlet innenfor et eller annet, normalt bransjer. Når ulike organisasjoner innen samme bransje struktureres inn i et faktisk organisatorisk felt vokser sterke krefter frem som fører til at organisasjonene blir mer homogene. DiMaggio og Powell (1983) kaller dette for institusjonell isomorfisme og viser dermed til tre årsaker som kan forklare dette, nemlig imiteringsmessig-, tvangsmessig- og normativ isomorfisme.

Dersom organisasjoner kopierer sine omgivelser kalles det for *imiteringsmessig isomorfisme*. Ifølge DiMaggio og Powell (1983) vil det si at organisasjoner ofte etterligner andre innen samme bransje fordi de ønsker å tilpasse seg deres løsninger. Det kan også benyttes som et hjelpemiddel dersom beslutningstakere er usikre på hva de bør gjøre. Eksempelvis kan et sykehus som ønsker endring se på lignende sykehusprosjekter og ta i bruk tilsvarende metoder. På denne måten kan de vinne legitimitet i organisasjonsfeltet da organisasjoner som etterligner andre i samme bransje oppfattes som mer legitim og suksessfull (DiMaggio & Powell, 1983).

Videre beskriver DiMaggio og Powell (1983) *tvangsmessig isomorfisme* som et resultat av formelt og uformelt press som organisasjoner blir påtvunget av omgivelsene rundt. Det vil si at organisasjoner må innrette seg etter relevante lover, reguleringer, akkrediteringer og bredere kulturelle forventninger i samfunnet. Ifølge Myrbostad, Rohde, Martinussen og Lauvsnes (2010) må et sykehus innrette arbeidet etter føringer som fremgår av Nasjonal helse- og sykehusplan, veiledere og andre relevante retningslinjer. Et sykehus sies å være blant de mest komplekse og krevende anleggene å planlegge og bygge. En felles veileder gir grunnlag for standardisering, noe som kan øke kvaliteten og kompetansen i sykehusplanleggingen. Videre kan økt kvalitet i beslutningsgrunnlaget og en strukturert beslutningsprosess gi større forutsigbarhet og trygghet i beslutningene (Myrbostad et al., 2010).

Den siste årsaken som kan forklare institusjonell isomorfisme kalles for *normativ isomorfisme* og stammer fra profesjonalisering. DiMaggio og Powell (1983) påpeker at organisasjoner innen samme bransje blir mer homogene dersom de har en klar og sterk profesjonsnorm. Det betyr at dersom det på tvers av organisasjoner kan deles erfaringer om profesjonen vil dette kunne tas med tilbake til egen organisasjon. I sykehus kan disse erfaringene eksempelvis skapes gjennom sosialisering på jobb, formell utdanning, fagseminarer, møter, profesjonelle nettverk og sertifiseringsprosesser, som igjen ofte skaper en likhet med tanke på struktur og prosedyre (DiMaggio & Powell, 1983).

Ut fra dette kan det tyde på at tvangsmessig isomorfisme ofte er relatert til organisasjonsfeltets omgivelser, mens imiteringsmessig- og normativ isomorfisme kan være mer internt knyttet til organisasjonsfeltet. Likevel er de ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende, og kan dermed

overlappe hverandre selv om de utledes av forskjellige betingelser og har en effekt på egenskaper ved en organisasjon på ulike måter (DiMaggio & Powell, 1983).

2.4 Generelle styringsutfordringer i offentlig helsesektor

Styringsutfordringene i helsesektoren har ifølge Nyland og Pettersen (2018) mange årsaker. Problemer og konflikter knyttet til fordelingen av knappe ressurser ved store prosjekter i offentlig sektor er noe som er vanskelig å unngå. Økonomiske betraktninger kan komme i konflikt med sentrale samfunnsoppgaver, noe som kan føre til vanskelige valg av prioriteringer (Busch, Johnsen & Vanebo, 2009). Styring i offentlig helsesektor handler i stor grad om prioriteringene mellom pasientgrupper og helsetiltak. Målet er å gi pasientene best mulig tjenestetilbud ut fra deres behov. Et problem i dagens samfunn er at det ofte er mangel på samsvar mellom de styringsmessige og økonomiske planene og den raske utviklingen i teknologi. Dette er noe som er med på å sette grenser for helsetjenestenes tilbud (Pettersen et al., 2008). Videre har vi valgt å dele styringsutfordringer inn i interne styringsutfordringer og styringsutfordringer knyttet til interessenter.

2.4.1 Interne styringsutfordringer

Ifølge Ouchi (1977) må en organisasjon ha mål å styre etter samt tilstrekkelig kunnskap om ulike tiltak som kan påvirke målene slik at en oppnår en optimal ressursfordeling. Når det kommer til måloppnåelse er det kun to forhold som kan kontrolleres; aktørenes atferd og resultatene av aktørenes atferd. Aktørenes atferd tar for seg hvordan organisasjonens aktører utfører handlinger, mens resultatene av aktørenes atferd omhandler hva en får ut av de ulike handlingene (Nyland & Pettersen, 2018).

Med utgangspunkt i Ouchi (1977) sitt rammeverk har Busch et al. (2009) utarbeidet tre former for styring; atferdsstyring, målstyring og profesjonsstyring. *Atferdsstyring* tar utgangspunkt i en form for styring gjennom formelle regler og rutiner, mens *målstyring* retter fokus på selve resultatet av atferden hvor en ønsker å se sammenhengen mellom prestasjon og mål (Ouchi, 1977). Ifølge Nyland og Pettersen (2018) er sykehus komplekse organisasjoner, noe som kan gjøre det vanskelig å finne klare mål-middel-relasjoner. I situasjoner hvor det er uklart kobling mellom ressursinnsats og resultat vil bruk av profesjonelt skjønn være en sentral faktor (Ouchi,

1977). Dårlig kausalkunnskap, uklare resultatmål og lav grad av målbare resultater har ført til at bruken av *profesjonsstyring* står sterkt (Busch et al., 2009). En stor del av viktige beslutninger i helsesektoren gjennomføres på bakgrunn av erfaringer og kunnskap opparbeidet gjennom lengre profesjonsutdanninger og forskning. Ifølge Pettersen et al. (2008) er dette årsaken til at erfaringer og profesjonelt skjønn ofte benyttes som utgangspunktet for styring innen helsesektoren. En slik styring gjennom profesjonelt skjønn vil kunne føre til at ansatte med ulike interesser kan havne i målkonflikter. En naturlig styringsutfordring ved sykehus vil dermed være å holde de ulike profesjonene fornøyde ved beslutninger (Pettersen et al., 2008).

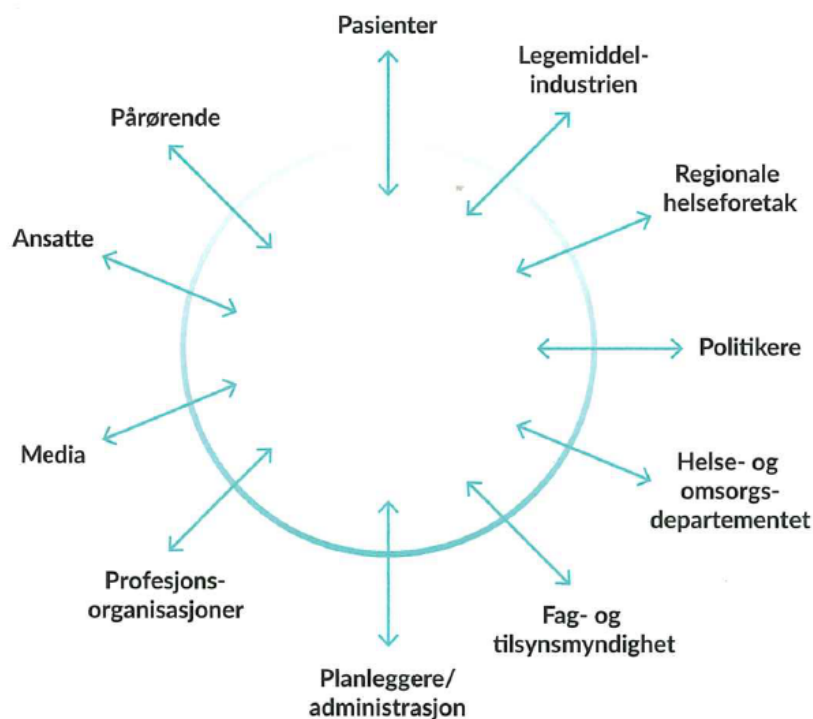
Ouchi (1977) trekker frem noen faktorer som er viktige ved valg av styringssystem for en organisasjon; i hvilken grad informasjon er tilgjengelig, hvilke type ansatte som arbeider ved organisasjonen og om en har klare eller uklare resultatmål. Disse faktorene kan sies å gjelde for et prosjekt også. Ved å rette fokus mot disse faktorene vil et prosjekt ha gode forutsetninger for å velge det styringssystemet som passer best (Ouchi, 1977).

2.4.2 Styringsutfordringer knyttet til interessenter

Helseforetak er offentlige institusjoner og er dermed avhengig av å forholde seg til samt samarbeide med omgivelsene (Nyland & Pettersen, 2018). For at enhver organisasjon skal overleve og trives sier *interessentteorien* at de må ta hensyn til mange ulike interessenters interesser, og forholde seg til at disse interessene ofte er motstridende (Bakka & Fivelsdal, 2019). Freeman (1984) definerer en interessent som enhver aktør som kan påvirke eller bli påvirket av oppnåelsen av organisasjonens mål, både som individ og gruppe. En skiller ofte mellom interne og eksterne interessenter, dette ut fra om de befinner seg innenfor eller utenfor organisasjonen (Bakka & Fivelsdal, 2019). Carson, Kosberg, Skauge og Laudal (2015) påpeker at interessentteorien hovedsakelig går ut på å balansere interessentenes ønsker for prosjektet. Likevel har teorien fått kritikk for at det ikke kommer tydelig frem hvilke interessenter som bør prioriteres til en hver tid og hvorfor akkurat disse bør prioriteres.

Ifølge Carson et al. (2015) kan eksterne interessenter ofte ha en mer indirekte interesse i organisasjonen og tas kun hensyn til i enkelte tilfeller. Helseforetakets interessenter illustreres i *interessentmodellen* i figur 5, noe som indikerer at eksternt press fra interessenter som regionalt

helseforetak, politikere, media og fagforeninger påvirker interne forhold i helseforetak i stor grad.



Figur 5: Helseforetakets interessenter (Nyland & Pettersen, 2018).

Interessenter som er en del av sykehusplanlegging kan ha ulike tolkninger av muligheter og problemer. Interessentmodellen kan brukes til å forstå hvordan helseforetakene arbeider for å komme frem til vedtak som tar sikte på å balansere de ulike interessentenes ønsker (Nyland & Pettersen, 2018). Økonomistyringen ved helsesektoren er veldig sammensatt og beslutningsprosesser kan dermed være vanskelig å forutsi. Ifølge Nyland og Pettersen (2018) kreves det derfor både innsikt i økonomiske problemstillinger, evner til å forhandle på tvers av interessenter og kunnskap om konfliktløsning.

Viktige beslutninger vil ofte preges av politiske aktører som har ulike meninger om eksempelvis vedtak om funksjonsfordeling og prioritering (Nyland & Pettersen, 2018). Busch et al. (2009) påpeker også at andre interessenter ønsker å påvirke aktører med beslutningsansvar slik at deres mål blir nådd. Ved slike beslutningsprosesser vil gode forhandlingsevner og samarbeid være sentralt slik at gode beslutninger blir fattet (Busch et al., 2009).

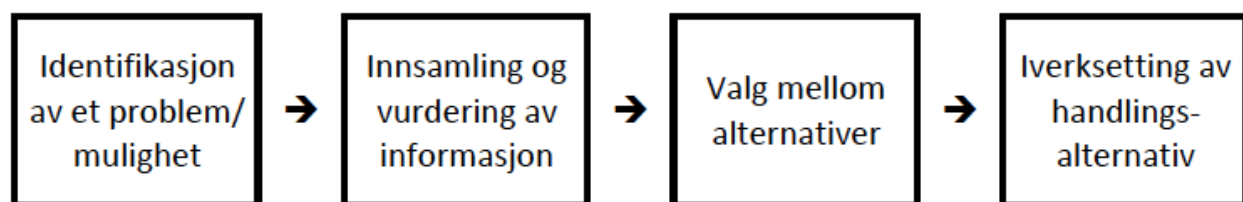
Videre er media en interessant som aktivt påvirker beslutninger. Når det kommer til opprettelser av nye sykehus kan medier fra ulike områder ha motstridende interesser, og deres formuleringer og vinklinger kan derfor ha en påvirkning i ulike beslutningssituasjoner (Nyland & Pettersen, 2018). For både pasienter, pårørende, fagforeninger og pasient- og brukerorganisasjoner er lokalmediene en viktig kilde til oppmerksomhet da det blant annet er lettere å slippe gjennom og få kommunepolitikere og administrasjon i tale. Videre kan et oppslag i en lokalavis spres videre til riksmidlene og slik vokse seg stor og øke gjennomslaget opp mot beslutningstakerne (Figenschou, Larsen & Thorbjørnsrud, 2018). Figenschou et al. (2018) påpeker at det er liten tvil om at mediene har en langsiktig innflytelse på saker som omhandler helse, men at det er større usikkerhet knyttet til mediens direkte påvirkning på utfallet. Dette fordi det er krevende å skille mediepåvirkning fra andre faktorer som fører til endringer i politikken (Figenschou et al., 2018).

2.5 Beslutningsteori

Enderud (2003) presenterer beslutning, beslutningstaking og beslutningsprosess som tre grunnleggende begreper i beslutningsteori. En *beslutning* kan defineres som et valg mellom to eller flere alternativer (Brunsson & Brunsson, 2015). Denne definisjonen av begrepet har blitt den vanligste, og en kan også betrakte beslutninger som det endelige utfallet av en beslutningsprosess. Med *beslutningsprosess* menes hele rekken av vurderinger eller handlinger som fører frem til en beslutning. Når en beslutningstaker tar et valg mellom ulike måter å utføre alternativer på, kalles det for *beslutningstaking* (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Enderud, 2003).

I organisasjoner er beslutninger ofte sentrale, avgjørende aktiviteter. Hva organisasjoner skal oppnå og hvordan de skal utføre oppgavene sine, blir bestemt gjennom beslutninger (March, 1994). Det samme gjelder disse organisasjonenes prosjekter. Prosjekter er i et område preget av endring, usikkerhet, mange interesser og høy grad av kompleksitet i alle prosjektets faser, og utover i prosjektet må beslutningstakerne ta stilling til en rekke små og store beslutninger (Teale, Dispenza, Flynn & Currie, 2003). Jacobsen og Thorsvik (2013) hevder at det er nødvendig med god og riktig informasjon i beslutningstaking. Dersom koblingen mellom årsak og virkning, samt påfølgende konsekvenser er utydelig, blir det vanskeligere å fatte beslutninger. Videre vil beslutningsprosessen bli mer komplisert med usikkerhet inne i bildet (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

En beslutningsprosess er altså hele rekken av vurderinger eller handlinger som fører frem til en beslutning. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver slike prosesser gjennom blant annet en rasjonell modell og en garbage-can modell. Sistnevnte kan beskrives som en tilfeldig beslutningsprosess da søppelbøtte-begrepet brukes som en metafor ved at hva som havner hvor i en søppelbøtte ofte preges av tilfeldigheter. Dette i motsetning til den rasjonelle beslutningsprosessen som er illustrert i figur 6 (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Denne prosessen vil starte når organisasjonen erkjenner at den har et problem, eksempelvis ved at salgsinntektene går ned. Deretter starter innsamlingen av informasjon, hvor en kan stille seg spørsmål om hvordan en kan redusere kostnadene. I denne fasen vil flere alternativer utformes. Samtlige av disse alternativene må vurderes og sammenlignes. Så fort beslutningen er fattet, skal den gjøres om til praksis. Etter hvert må en vurdere om tiltaket har virket, som i dette eksempelet var å redusere kostnadene (Jacobsen & Thorsvik, 2013).



Figur 6: Basert på Jacobsen og Thorsvik (2013): Den rasjonelle beslutningsprosessen.

I beslutningsteori anvendes ofte uttrykket *rasjonalitet*. At en beslutningstaker handler perfekt rasjonelt betyr at den har helt klare mål, full informasjon om alternativer og konsekvenser, og velger det beste alternativet for å nå målet (Simon, 1955). Den rasjonelle beslutningsprosessen blir ofte beskrevet som den mest ideelle. Denne prosessen hører til normativ beslutningsteori, noe som betyr at den viser hvordan en bør gå frem for å ta en beslutning under ideelle forhold (Hatch, 2001). Simon (1955) tar for seg den faktiske atferden i beslutningsprosesser, og peker på mennesket som begrenset rasjonelt. Dette betyr likevel ikke at en aldri vurderer ulike alternativer og konsekvenser, og ikke forsøker å velge det beste alternativet. Når en beslutningstaker har for lite informasjon skaper dette usikkerhet, og det blir derfor vanskelig å handle ut fra en rasjonell tankegang (Simon, 1955).

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver beslutningsprosessen som ingen enkel og oversiktlig prosess, men en prosess hvor en må forholde seg til mange hensyn, mange interesser, mye informasjon og mye usikkerhet. Videre hevder Nyland og Pettersen (2010) at det kan åpne for opportunistisk atferd i beslutningssituasjoner hvor det er ulike interesser. Dette bekreftes av Douma og Schreuder (2017) som definerer *opportunistisk atferd* som utnyttelse av en situasjon til egen fordel. Det er antakelsen om asymmetrisk informasjon som vektlegges tyngst for hvordan opportunistisk atferd kan opptre. *Informasjonsasymmetri* beskrives som en situasjon hvor den ene parten er bedre informert om relevante forhold enn den andre parten når de skal fatte beslutninger (Douma & Schreuder, 2017). Den informasjonen som holdes tilbake kan en betrakte som privat, og er dermed skjult for den andre beslutningstakeren. Videre trekker Fallan og Pettersen (2016) frem noen kontrollmekanismer som forhindrer opportunistisk atferd. Her beskriver de blant annet ulike former for kontrakter mellom de ulike partene, og legger til at tillitsforhold kan redusere behovet for overvåkning og kontroll (Fallan & Pettersen, 2016).

Jacobsen og Thorsvik (2013) viser at det er mange forhold som påvirker beslutningstakerens atferd, herunder organisatoriske forhold, personlige forhold og trekk ved situasjonen. Videre gjør disse forholdene beslutningssituasjoner mer komplekse. Med *organisatoriske forhold* mener Jacobsen og Thorsvik (2013) den organisasjonsmessige sammenheng som den enkelte er en del av, hvilke mål og arbeidsoppgaver som den enkelte er gitt, og hva som kjennetegner organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen som den enkelte inngår i. Videre presenteres *personlige forhold* som ulike identiteter, personlige behov for trygghet, suksess og prestisje, samt ulike personligheter, evner og ferdigheter. Til slutt beskriver de ulike *trekk ved situasjonen* som tidspress, uklarhet og usikkerhet. På bakgrunn av dette ligger det en antakelse om at beslutninger ikke alltid er rasjonelle, men at de også kan være et resultat av de beskrevne forhold (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

2.6 Oppsummering

Innledningsvis i dette kapittelet presenterte vi ulike perspektiver på økonomistyring. Her beskrev vi hvordan definisjonen av økonomistyring har utviklet seg over tid ved at økonomisk informasjon har gått fra å være kvantifiserbar til å omhandle alt som bidrar til effektiv ressursbruk.

I andre delkapittel så vi på prestasjonsstyringssystemet og koblingen mellom de ulike styringsmekanismene før vi beskrev styringssystemet som en pakke samt betingelsesteori med tilhørende situasjonsbestemte faktorer. I tredje delkapittel fokuserte vi på institusjonell teori, nærmere bestemt institusjonell isomorfisme som beskriver tre årsaker som kan forklare hvordan organisasjoner blir mer homogene.

I fjerde delkapittel beskrev vi generelle styringsutfordringer i offentlig helsesektor. Her delte vi inn i interne styringsutfordringer og styringsutfordringer knyttet til interessenter, hvor sistnevnte tok utgangspunkt i interessentteorien.

Til slutt presenterte vi grunnleggende begreper i beslutningsteori, før vi så på prosjektets rolle i beslutninger og den rasjonelle beslutningsprosessen. Videre så vi på muligheten for opportunistisk atferd og informasjonsasymmetri i organisasjoner hvor det ofte er ulike målsettinger, før vi til slutt redegjorde for tre ulike forhold som påvirker en beslutningstakers atferd.

Med utgangspunkt i det som er presentert i dette teorikapittelet vil vi analysere og drøfte våre funn fra datainnsamlingen. Før de empiriske funnene gjøres rede for, vil vi i neste kapittel presentere de metodiske valgene som er gjort for å gjennomføre studien.

3. Metode

I dette kapittelet redegjøres de metodiske valgene som er tatt i denne utredningen. Vi starter med å presentere hvilket vitenskapsteoretisk perspektiv som ligger til grunn for valg av metode. Deretter beskrives hva som ligger bak utredningens tema og problemstilling, før vi legger frem valg av forskningsdesign. Videre presenterer vi hvordan datainnsamlingen foregikk og hvordan vi har besluttet å analysere datamaterialet. Deretter reflekterer vi over hvordan vi har vurdert validitet, reliabilitet og generaliserbarhet som indikatorer på kvalitet. Til slutt belyses også etiske overveielser.

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det vitenskapsteoretiske perspektivet beskriver forskerens grunnleggende forståelse av verden og syn på kunnskap. Det perspektivet en legger til grunn har videre en innvirkning på valg av metode (Nyeng, 2004). Disse metodene omfatter ulike former for systematisk datainnsamling, bearbeiding og analyse av data fra samtale eller tekst. Vår utredning har som formål å gripe respondentenes erfaringer og opplevelser, og dermed få kunnskap om fenomenet.

Jacobsen (2015) beskriver kvalitativ metode som en måte å komme nært på respondentene og deres opplevelser av et fenomen. Malterud (2013) legger til at denne metodetilnærmingen baseres på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring. Dette omtales som hermeneutikk og fenomenologi. Ifølge Nyeng (2017) må en være klar over at begrepet hermeneutikk har flere betydninger, men at det først og fremst handler om tolkning av mening og om forståelsens sentrale rolle i erkjennelsen. Videre beskriver han fenomenologi som en måte å reflektere på, hvor fokuset er å forstå sosiale fenomener ut fra respondentenes egne perspektiver og opplevelser (Nyeng, 2017).

Vi ønsker å undersøke hvilken rolle økonomistyring har i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet og da ønsker vi som sagt å ha fokus på respondentenes erfaringer og opplevelser knyttet til dette fenomenet. Det betyr at vi kan plassere vårt vitenskapsteoretiske ståsted i et fenomenologisk perspektiv, og at vår utredning trekker mot en kvalitativ tilnærming.

En slik plassering vil ikke si at en kvantitativ tilnærming ikke kan brukes, men ifølge Justesen og Mik-Meyer (2010) passer perspektivet bedre til en kvalitativ tilnærming.

3.2 Tema og problemstilling

Utgangspunktet for valg av tema og problemstilling er vår interesse knyttet til endringen av sykehusstrukturen i Innlandet samt vår tilknytning til fylket. Utformingen av problemstilling danner på mange måter grunnlaget for valgene som tas videre i studien. Å ta seg tid til å utforme en presis problemstilling er derfor meget sentralt for enhver utredning (Jacobsen, 2015). I tillegg til at vi har en generell interesse for den aktuelle saken, ønsket vi også å studere et tema som er dagsaktuelt. Endring av sykehusstruktur er noe som er aktuelt flere steder i landet, og det er tidligere gjennomført sykehusprosjekter som kan minne om vårt case (Helse Sør-Øst RHF, 2020).

Da vi startet arbeidet med denne utredningen var den opprinnelige planen å studere hvilke kostnadskalkyler som ble tatt i bruk i vurderingen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet. På dette tidspunktet hadde vi lite kunnskap om selve prosjektet, og hadde derfor tro på at dette var noe som ville la seg gjennomføre. Vi fant derimot tidlig ut at kalkyler var brukt i svært liten grad i en så tidlig fase. Vi bestemte oss dermed for å endre fokuset på utredningen over til hvilken rolle økonomistyring har.

Ettersom økonomistyringens rolle endres gjennom fasene av sykehusprosjekter har vi valgt å avgrense vår utredning fra behovet oppstod, til og med idéfasen av prosjektet. I utformingen av problemstilling er det vanlig å skille mellom beskrivende og forklarende problemstillinger (Jacobsen, 2015). En beskrivende problemstilling stiller spørsmål ved hvordan tilstanden ser ut og kan også kalles for en deskriptiv problemstilling, mens en forklarende problemstilling ønsker på den annen side å undersøke kausale sammenhenger, altså årsak-virkning (Jacobsen, 2015).

I vår studie bruker vi en beskrivende problemstilling da vi ønsker å fokusere på hvilken rolle økonomistyringen har i beslutningen om å gå fra flere små sykehus til å bygge et stort hovedsykehus. På bakgrunn av dette har vi utformet følgende problemstilling:

Hvilken rolle har økonomistyring i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet?

3.3 Valg av forskningsdesign

Etter avgrensningen av tema og problemstilling, var valg av forskningsdesign neste steg. Et forskningsdesign er ifølge Ringdal (2013) en grov skisse til hvordan undersøkelsen skal utformes, og bør derfor baseres på nøye vurderinger da valget har mye å si for kvaliteten på undersøkelsen. Det skilles vanligvis mellom tre typer forskningsdesign; eksplorativt, deskriptivt og kausalt forskningsdesign. Vi bruker et deskriptivt design, hvor en beskriver ulike variabler samt sammenhengen mellom disse (Ringdal, 2013). Bakgrunnen for dette valget er fordi vår studie kan sies å være tilknyttet et område det er forsket mye på tidligere. Dette innebærer at vi kan beskrive hvilken rolle økonomistyring har i prosjektet, i tillegg til at vi kan sammenligne det med studier gjort av andre sykehusprosjekter.

For å besvare vår problemstilling går vi i dybden av et fenomen for dermed å forstå forholdet mellom undersøkelsesenheter og den konteksten undersøkelsesenheter inngår i (Jacobsen, 2015). Vi valgte derfor å gjennomføre en casestudie, noe Thagaard (2013) sier at rettes mot forskning der det er mye informasjon om få enheter. Videre viser den hermeneutiske forskningstradisjonen at casestudie er en velegnet metode for å studere det unike og spesielle (Scapens, 1990). Tjora (2017) legger til at en slik form for undersøkelse bruker en allerede eksisterende grense for hva og hvem undersøkelsen inkluderer og ekskluderer. Sykehuset Innlandet HF som organisasjon i dette caset vil dermed representere en naturlig avgrensning for utredningens kontekst i både tid og rom, ettersom denne utredningen omhandler beslutningene i en spesifikk fase av prosjektet, nemlig idéfasen.

3.4 Dokumentstudie

Ved innsamling av kvalitative data er det en rekke metoder å velge mellom. Ifølge Tjora (2017) skilles det mellom to ulike typer dokumentstudier; dokumenter benyttet som bakgrunnsdata og rene dokumentstudier. I vår utredning har vi valgt å samle inn primærdata gjennom dybdeintervju og sekundærdata gjennom dokumentstudie. Vi mener at dersom vi kobler dokumentstudier med intervjuer kan det gi et mer helhetlig bilde av hvilken rolle økonomistyring har i prosjektet. Dette støttes av Bell, Bryman og Harley (2019) som hevder at det er viktig å

benytte flere metoder når en innhenter informasjon og data, for å øke studiens gyldighet og pålitelighet.

Et dokumentstudie blir definert som et gjenbruk av eksisterende dokumenter som i utgangspunktet er produsert for andre formål (Tjora, 2017; Jacobsen, 2015). Vi startet tidlig med å studere eksisterende dokumenter og informasjon knyttet til prosjektet, dette for å skaffe en oversikt over situasjonen før vi gjennomførte de aktuelle intervjuene. Gjennom å studere de offentlige dokumentene fant vi også ut relativt tidlig hvilke respondenter som var aktuelle for vår studie. Jacobsen (2015) påpeker at offentlige dokumenter har den hensikt å gi et stort publikum innsikt i den aktuelle saken. Han poengterer videre at disse dokumentene dermed kan gi et mer positivt innblikk enn hva som faktisk er tilfelle. Dette understøttes av Yin (2014) som beskriver at en skal være kritiske til slike dokumenter og ikke kun stole på disse.

De dokumentene vi har tatt i bruk har i stor grad vært casespesifikke, disse er presentert i tabell 1. Vi har også benyttet styredokumenter og hjemmesider, i tillegg til mer generelle dokumenter som er blitt brukt i lignende prosjekter.

Tittel på rapport	År	Utgiver
Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet	2014	Sykehuset Innlandet HF
Idéfaserapport for fremtidig sykehusstruktur	2016	Sykehuset Innlandet HF
Økonomiske analyser av Sykehuset Innlandets idéfase	2016	Sykehuset Innlandet HF
Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot 2040	2016	Sykehusbygg HF
Tilleggsrapport til Sykehuset Innlandets idéfase	2017	Sykehuset Innlandet HF
Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter	2017	Sykehusbygg HF
Gjennomgang av idéfaseutredning fremtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet	2019	Helse Sør-Øst RHF
Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF	2020	Helse Sør-Øst RHF

Tabell 1: Dokumentoversikt.

Bruken av disse dokumentene skulle i hovedsak tjene tre formål knyttet til vår studie. Det første og mest sentrale var at dokumentene inneholdt relevante og viktige empiriske data. For det andre ønsket vi å bruke informasjonen i dokumentene til å utarbeide gode intervjuguider og intervjuer. Det tredje formålet med dokumentene var å bruke disse til å understøtte informasjon vi fikk gjennom intervjuene. Dette gjennom å supplere og kvalitetssikre deler av funnene fra intervjuene, noe som er med på styrke validiteten til studien.

I tillegg til dokumentene som har vært tilgjengelig for offentligheten har vi også fått ytterligere bidrag fra enkelte av respondentene i form av dokumenter som ikke ligger ute for allmennheten. Vi har fått tilsendt noen av disse via e-post både før og etter intervju samt tilgang til andre dokumenter under intervjuene. Dette både i form av utskrifter av relevante artikler, og tilgang til presentasjoner som er presentert i prosjektet. Disse har vært med å bidra til at vi har fått gå mer i dybden av prosjektet enn om vi kun hadde tilgang til de offentlige dokumentene.

Innledningsvis i empirikapittelet har vi valgt å utforme en tidslinje hvor vi beskriver sentrale hendelser og beslutninger i prosessen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet, dette for å presentere de sekundærdata vi har tatt i bruk i studien på en oversiktlig og lettfattelig måte.

3.5 Dybdeintervju

I vår utredning har vi i tillegg til dokumentstudie valgt å benytte oss av intervju som datainnsamlingsmetode, nærmere bestemt dybdeintervju. Tjora (2017) hevder at intervju er den mest utbredte innsamlingsmetoden innenfor kvalitativ forskning, og legger til at dybdeintervjuet er en metode som egner seg når en skal studere holdninger, erfaringer og meninger.

Organiseringen av et intervju kan være mer eller mindre strukturert. Med et semistrukturert dybdeintervju tar en utgangspunkt i intervjuguide, men kan ifølge Justesen og Mik-Meyer (2010) avvike fra denne dersom respondentene skulle lede oss inn på uforutsette, men interessante områder. Flere av respondentene gjorde dette opptil flere ganger, noe som gjorde det naturlig for oss å velge denne typen intervju. Vi gjennomførte totalt syv semistrukturerte dybdeintervju. Mesteparten av de planlagte intervjuene ble utført i februar, noe som gjorde at vi hadde mulighet til å gjennomføre flere intervjuer ved behov.

Det semistrukturerte intervjuet baserer seg på at forskeren tar utgangspunkt i en intervjuguide, hvor tema og en mengde hovedspørsmål defineres på forhånd. Det er likevel mulig å bevege seg fritt i intervjuguiden, og fordype seg i utsagn som er relevante for utredningen (Justesen & Mik-Meyer, 2010). I begynnelsen av studien hadde vi et møte med en av lederne fra Sykehusbygg HF hvor vi fikk innsikt i temaet vi skulle undersøke samt organisasjonens rolle i sykehusprosjekter generelt. Et slikt uformelt prøveintervju gjorde at det var enklere å bestemme oss for hva vi skulle fokusere på i utarbeidelsen av intervjuguider.

Videre var dokumentstudien viktig i vår utarbeidelse av intervjuguider. Etter at vi systematisk hadde gått gjennom en stor samling dokumenter, kunne vi velge ut relevante områder som vi visste respondentene hadde et forhold til. Dokumentene var også relevante i formuleringen av spørsmålene da de ga et godt innblikk i hvilke begreper som ble brukt i prosjektet.

På bakgrunn av prøveintervju og dokumentstudie, valgte vi å utarbeide to ulike intervjuguider; en for respondenter knyttet til økonomiske beregninger og en for respondenter knyttet til andre relevante forhold (se vedlegg 4 og 5). I forkant av intervjuene satte vi opp en foreløpig plan og intervjuguide hvor vi tilpasset spørsmålene noe, avhengig av hvilke respondenter vi intervjuet. Dette gjorde vi for å få mest mulig korrekt informasjon om hver respondents erfaringer og opplevelser, ettersom de var i ulike stillinger og organisasjoner.

Intervjuguidens struktur ble basert på Tjora (2017) sine tre faser; oppvarming, refleksjon og avrundning. Som oppvarming stilte vi enkle og konkrete spørsmål knyttet til respondentens bakgrunn. Tjora (2017) forteller at denne fasen skal være med på å skape en trygghet hos respondenten, som videre skal gi et inntrykk av at den behersker situasjonen. Deretter fulgte refleksjonsspørsmålene hvor vi gikk i dybden på ulike deler av temaet for utredningen. Her var spørsmålene i stor grad knyttet til utredningens teoretiske rammeverk. I denne fasen ble det også stilt oppfølgingsspørsmål dersom vi følte behovet var der, og ved noen tilfeller droppet vi spørsmål som vi forstod at respondenten ikke hadde kunnskap om, eller som den allerede hadde dekket tidligere i intervjuet. Avslutningsvis ga vi rom for at respondenten kunne legge til mer informasjon utover det som kom frem i intervjuet. Deretter takket vi for deltakelsen.

3.5.1 Utvalg og rekruttering av respondenter

Innenfor kvalitativ metode vil utvalgsstrategi, utvalgsstørrelse og rekruttering være av stor betydning (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2011). Hvem og hvor mange respondenter som velges er viktig for å besvare problemstillingen på best mulig måte. Som første steg i utvalgsprosessen valgte vi å se på hvem som var en del av beslutningsprosessen knyttet til endringen av sykehusstrukturen i Innlandet. Ut fra dokumentstudien var planen å ta utgangspunkt i medlemmene i det de kalte for prosjektgruppen og styringsgruppen. Det viste seg at vi var på rett spor da en bekjent av universitetets veiledere, med tilknytning til prosjektet, bekreftet dette. Vi ønsket å intervju fem til åtte personer med beslutningsansvar, økonomiansvar og fagansvar i prosjektet. Dette var et hensiktsmessig og strategisk utvalg fordi vi mente at denne målgruppen ville være med på å besvare problemstillingen vår på best mulig måte (Tjora, 2017). Videre tok vi kontakt med flere av disse via e-post. Vi valgte e-post som kommunikasjonsmiddel for å kunne få frem mer detaljert informasjon om formålet med studien, og la derfor ved et informasjonsskriv (se vedlegg 3). Dette skrevet inneholdt også sikring av anonymitet samt informasjon om hvordan data ville bli lagret, oppbevart og slettet.

Vi fikk raskt svar fra flere som viste interesse ved å bidra med relevante dokumenter til vår studie, men opplevde noen utfordringer knyttet til deltakelse i intervjuer. Til å begynne med fikk vi bekreftet intervjuer med tre respondenter. Vår løsning på utfordringen ble å supplere dette utvalget ved å bruke en form for snøballmetode (Tansey, 2007). Det vil si at vi spurte respondentene hvem de mente kunne være relevante for deltakelse i vår studie. Videre beskriver Tansey (2007) at en svakhet ved denne metoden er at respondentene kan foreslå personer som likner dem selv. Dette kan gjøre at en ikke får intervjuet hele bredden av aktører, men heller fokuserer på ett segment. På dette tidspunktet hadde vi syv respondenter, noe vi anså som en passende utvalgsstørrelse. Disse er beskrevet som respondent 1-7 i tabell 2.

Respondent nr.	Dato og klokkeslett	Varighet	Type intervju	Helseforetak	Sted
1	05.februar 2020 Klokken 09.00	30 minutter	Møte	Sykehusbygg HF	Trondheim
2	18.februar 2020 Klokken 10.00	50 minutter	Møte	Sykehuset Innlandet HF	Brumunddal
3	19.februar 2020 Klokken 13.00	50 minutter	Møte	Sykehuset Innlandet HF	Gjøvik
4	19.februar 2020 Klokken 14.15	60 minutter	Telefon	Sykehuset Innlandet HF	
5	20.februar 2020 Klokken 13.30	60 minutter	Møte	Sykehuset Innlandet HF	Hamar
6	27.februar 2020 Klokken 09.00	60 minutter	Møte	Sykehusbygg HF	Trondheim
7	04.mars 2020 Klokken 14.30	60 minutter	Møte	Sykehusbygg HF	Trondheim

Tabell 2: Intervjuoversikt.

Utvalget av respondenter hadde variert utdanningsbakgrunn, der flertallet var utdannet sykepleiere, leger og økonomer. Flere av disse har i ettertid kompensert med studier eller opparbeidet seg ledererfaring. Videre hadde respondentene ulike roller og ansvarsområder i prosjektet, hvor det grovt kan deles inn i beslutningsansvar, fagansvar og økonomiansvar. De hadde også ulik grad av deltakelse i prosjektet da flere av respondentene var en del av styringsgruppen til Sykehuset Innlandet HF, noen var rekruttert inn som en del av prosjektgruppen, og andre var leid inn som ekstern hjelp fra Sykehusbygg HF. På bakgrunn av dette kan vårt utvalg sies å være noe inhomogent, noe som naturligvis førte til noen ulikheter i svarene. På den annen side deltok mesteparten av respondentene i samme periode av prosjektet. Vår utredning avgrenses til hovedsakelig idéfasen, noe som gjorde at de fleste spørsmålene ble besvart relativt likt av de ulike respondentene.

3.5.2 Gjennomføring av intervju

Jacobsen (2015) skiller mellom to hovedgrupper av steder for gjennomføring av intervju. En mulighet er å være et sted der situasjonen oppfattes som naturlig for respondentene, for eksempel hjemme eller på arbeidsplassen. En annen mulighet er å være på et kunstig sted der verken intervjuer eller respondent er kjent. Vi ønsket å skape en avslappet stemning hvor respondenten kunne snakke åpent om erfaringer og opplevelser, og lot derfor respondentene avgjøre hvor intervjuet skulle foregå. Samtlige respondenter ønsket at intervjuet skulle gjennomføres på deres

arbeidsplass, med unntak av én som ønsket telefonintervju. Ettersom flere av intervjuene skulle samles inn i Innlandet, bestemte vi oss i god tid på forhånd for hvilken periode vi ønsket å gjennomføre intervjuene. Disse intervjuene foregikk over flere dager, og var avgrenset til en periode på én måned. Varigheten per intervju var på 50-60 minutter, med ett unntak fra det uformelle intervjuet vi gjennomførte til å begynne med. Dette er oppsummert i tabell 2.

Vi var begge tilstede da intervjuene foregikk. Dette gjorde at den ene kunne konsentrere seg om å stille spørsmål, mens den andre kunne fokusere på informasjonen som ble gitt, og dermed komme med oppfølgingsspørsmål. Samtlige intervjuer startet med en uformell prat for å gi respondentene en behagelig start. Deretter presenterte vi oss, tema og formål med oppgaven. Etter samtykke fra respondentene, ble samtlige intervjuer tatt opp med lydopptak på telefon for å sikre at vi fikk med oss alt av gitt informasjon. Ifølge Bell et al. (2019) gjør dette at en kan konsentrere seg mer om respondentene, og dermed få en god flyt i intervjuet.

Selve intervjuet startet med noen oppvarmingsspørsmål hvor respondenten fikk mulighet til å fortelle om sin bakgrunn samt sin rolle ved organisasjonen. Justesen og Mik-Meyer (2010) påpeker at dette kan skape en avslappet stemning for både intervjuer og respondent, samtidig som en får sikret seg relevant informasjon om den en intervjuer. Videre varierte refleksjonsspørsmålene ut fra hvem vi intervjuet, på bakgrunn av respondentenes ulike roller og ansvar i prosjektet. Likevel sørget vi for å hele veien dele spørsmålene inn i ulike kategorier, slik at respondentene kunne være forberedt på hva spørsmålene kom til å omhandle. Avslutningsvis avrundet vi med å spørre om vi kunne ta kontakt med respondenten ved en senere anledning, i tilfelle det skulle dukke opp noen spørsmål i forbindelse med intervjuet. Dette godtok samtlige.

3.5.3 Dataanalyse

Som første steg i dataanalysen transkriberte vi de gjennomførte intervjuene fortløpende. Ifølge Tjora (2017) gir det en nærhet til datamaterialet dersom en velger å transkribere materialet selv, noe vi derfor valgte å gjøre. Videre gjorde dette at vi fikk enda bedre kjennskap til informasjonen fra respondentene, noe som igjen førte til et godt grunnlag for senere analyse. Tjora (2017) hevder også at ved å transkribere selv, unngår en å miste en del informasjon ved oversettelsen fra lyd til tekst. Vi valgte derfor å transkribere ordrett det som ble sagt under intervjuet. Dette

inkluderte lyder som “eh”, “hm” eller “hehe” da vi mente dette kunne bidra til å avdekke eventuell usikkerhet hos respondenten. Videre valgte vi å utelukke overfladiske lyder som kremting og hosting, da vi ikke så på dette som nødvendig grunnlag for analysen.

Neste steg i dataanalysen var å strukturere og systematisere det transkriberte datamateriale, noe vi gjennomførte manuelt. Et fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv påvirker hvordan analyseringsprosessen skal foregå. Med dette perspektivet er det eksempelvis vanlig å analysere meningsinnhold (Johannessen et al., 2011), hvor denne tolkningen av datamateriale har en induktiv tilnærming. Etter datainnsamling og transkribering, valgte vi å kode datamaterialet. Vi brukte kun datamateriale i kodingen, noe som gjorde den relativt fri for teori, og vi kunne være mest mulig åpne og lyttende til vår tilnærming til datamaterialet. Til å begynne med kodet vi hver for oss, for deretter å sammenligne. Slik kunne vi se om vi hadde oppfattet datamaterialet likt, i tillegg til at vi fikk i gang dialog rundt de ulike kodene (Jacobsen, 2015).

Koding er ifølge Johannessen et al. (2011) prosessen for å finne meningsbærende elementer i datamaterialet, som vil si en setning, delsetning eller avsnitt i intervjuet. For å få en bred oversikt over datamaterialet, ble disse kodene kategorisert på bakgrunn av temaer som fremsto som relevante for vår utredning. Deretter trakk vi ut de funnene vi fant mest interessante, og skrev de ned på egne lapper. Funnene presenterte vi i et empirikapittel hvor vi endte opp med fire hovedkategorier og tilhørende delkategorier. Videre ble disse funnene sett opp mot teorien, for deretter å bli analysert og drøftet i diskusjonskapittelet. Denne tolkningen av datamateriale ble gjort med en abduktiv tilnærming da vi hele tiden flyttet oss mellom teori og empiri (Thagaard, 2013).

3.6 Evaluering av datamateriale

Studiens kvalitet avgjøres av de valgene en tar i løpet av utredningen. Tjora (2017) benytter tre kriterier som indikatorer på kvalitet; validitet (gyldighet), reliabilitet (pålitelighet) og generaliserbarhet (overførbarhet).

3.6.1 Validitet

Validitet betyr gyldighet og ifølge Tjora (2017) handler validitet om i hvilken grad resultatene fra studiene faktisk svarer på de spørsmålene forskeren stiller. I vår studie bruker vi både dokumentstudie og dybdeintervju. Vi vurderte de innsamlede dataene opp mot hverandre for å se om disse er sammenlignbare og i så måte kan svare på problemstillingen. Vi betrakter alle de syv respondentene som pålitelige og relevante kilder ettersom de har god kunnskap om det aktuelle temaet ved at de jobber eller har jobbet med prosjektet på nært hold. Noen av respondentene har jobbet med prosjektet i hele prosessen, mens andre har deltatt i ulike faser av prosjektet. Dette fører til at vi mener respondentenes kunnskap har en høy grad av validitet.

Ifølge Jacobsen (2015) er et av de vanligste problemene under et dybdeintervju at informanten ønsker å gi et så godt inntrykk av situasjonen som mulig og dermed kan la være å oppgi informasjon eller ikke være helt ærlig. Vi ga beskjed på e-post før intervjuene at alle svar ville bli anonymisert, noe vi mener har ført til at feilaktig informasjon har blitt redusert.

Vi delte intervjuguiden i forskjellige kategorier for å avgrense svarene til respondentene til å dreie seg inn på de ulike punktene vi fulgte i intervjuguiden. Respondentene fikk videre svare relativt åpent og fritt under de ulike kategoriene. Ifølge Jacobsen (2015) vil informasjon som oppgis uoppfordret ofte inneha en stor grad av gyldighet. Vi valgte også noen relativt åpne spørsmål slik at respondentene selv fikk mulighet til å fortelle hva de så på som relevant for ulike tema. Det var derfor interessant å se at av svarene blant flere av respondentene samsvarte, noe som styrker validiteten (Jacobsen, 2015).

I denne studien har vi gjort rede for valgene vi har tatt for å svare på problemstillingen, eksempelvis ved valg av teoretisk rammeverk og datainnsamlingsmetode. Ifølge Tjora (2017) er dette noe som bidrar til økt grad av kvalitet og validitet da vi inviterer leseren til kritisk å ta stilling til studiens relevans og presisjon.

3.6.2 Reliabilitet

Reliabiliteten i en studie forklarer i hvilken grad en kan stole på de ulike dataene som blir samlet inn (Jacobsen, 2015). Ifølge Nyeng (2017) er det vanskelig å oppnå full nøytralitet som forskere

da en alltid vil preges av tidligere erfaringer og en viss forutinntatt holdning om emnet. Med tanke på vår studie satt vi begge på lite forkunnskaper om emnet og vi har forsøkt å fremstå så nøytrale som mulig. Videre har vi forsøkt å gjennomføre alle intervjuene på så lik måte som mulig. Samme person har stilt spørsmålene i alle intervjuene, samtidig som vi begge har vært til stede på samtlige intervju. Dette har gjort at eventuelle stimuli som oppstår fra intervjuer har vært relativt konstant gjennom alle intervjuene. På den annen side merket vi at de første intervjuene bar preg av noe nervøsitet og mangel på erfaring fra intervjusituasjoner, og dette er noe som kan påvirke reliabiliteten (Tjora, 2017).

Tidligere forskning viser at omgivelsene påvirker atferden til intervjuobjektet, og derav spiller en rolle på intervjueffekten (Jacobsen, 2015). Vi har som tidligere nevnt gjennomført alle intervjuene på respondentenes arbeidsplass, med unntak av telefonintervjuet, slik at intervjuenes setting skal føles naturlig. Det har også kun vært oss og respondenten til stede under alle intervjuene slik at det ikke har vært effekt av ytre påvirkninger under selve intervjusituasjonen. Vi informerte respondentene om tema for intervjuet, men sendte ikke ut intervjuguide før selve intervjuet fant sted. Dette med den hensikt at vi ikke ønsket at respondenten skulle forberede svarene på forhånd.

Det at vi har vært to personer gjennom hele prosessen har gjort at vi har hatt mulighet til å diskutere de ulike funnene og dataene vi har samlet inn. Dette har ført til at vi i større grad har hatt mulighet til å sikre at data har blitt tolket riktig enn om studien ble gjennomført alene. Gjennom dybdeintervju studeres språklige ytringer, noe som gir mulighet for flere alternative tolkninger samtidig. Ifølge Bell et al. (2019) vil forskeren og respondentene ha forskjellig forforståelse for tema og det kan oppstå utfordringer både i intervjusituasjonen og fortolkningsprosessen. De verdier og forutsetninger vi har vil påvirke hvordan vi både fremskaffer og tolker dataene på. Respondentene fortolker på sin side gjennom at de forsøker å få en innsikt i bakgrunnen for de spørsmål de blir stilt. Bell et al. (2019) poengterer videre at disse fortolkningene ofte preges av hvilke forventninger respondenten har til oss, for eksempel knyttet til vår alder eller profesjon. For å unngå tolkningsproblemer av data var det derfor sentralt at vi var bevisst på disse faktorene fra begynnelsen av.

Vi transkriberte intervjuene fortløpende og valgte å dele opp transkriberingen oss i mellom, for så å lese over hverandres arbeid. Vi mener selv det var små rom for mistolkning av intervjuene, og vi så derfor ikke på det som en nødvendighet å sende transkriberingen tilbake til respondentene slik at de fikk lese over. Ved fremstilling av empirien valgte vi i stor grad å bruke direkte sitater for å minimere mulighetene for feiltolkninger av sitat. På bakgrunn av dette antar vi at reliabiliteten er styrket.

3.6.3 Generaliserbarhet

Generalisering omhandler i hvilken grad en studie er overførbart til andre sammenhenger enn det som er forsket på (Johannessen et al., 2011). Generalisering er noe som er mye diskutert innenfor kvalitativ forskning, og et begrep som ofte benyttes i forbindelse med avgrensede casestudier er overførbart. I denne sammenheng innebærer overførbart at leseren selv må sammenligne sitt eget case med den casen som er beskrevet, for så å vurdere om de ulike funnene vil ha gyldighet også for eget arbeid. Ifølge Tjora (2017) omtales dette som naturalistisk generalisering. Dersom en slik generalisering skal være mulig er det nødvendig å gi en detaljert beskrivelse både av case og kontekst. I vår utredning er dette presentert ved en tidslinje i begynnelsen av empirikapittelet hvor vi beskriver sentrale hendelser i prosessen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet.

Hensikten med vår studie er å finne ut hvilken rolle økonomistyring har i forbindelse med endringen av sykehusstruktur, med avgrensning til hovedsakelig idéfasen. I hvilken grad funnene i vårt case kan generaliseres til andre caser er usikkert ettersom det er flere individuelle faktorer som spiller inn ved sykehusplanlegging. Størrelse, geografisk område og tilgang til ressurser er noe som vil være forskjellig fra case til case. På den annen side er det flere lignende omstruktureringer i sykehusstruktur, både nasjonalt og internasjonalt. En stor del av økonomistyring i norske sykehusprosjekter følger en veileder fra Sykehusbygg HF og i så måte er det mye som vil være standardisert fra case til case. På denne måten kan vår studie ha relevans for andre lignende prosjekter, men om funnene vil være gyldige for deres case vil likevel være opp til leseren å vurdere.

3.7 Ethiske overveielser

Ethiske betraktninger skal være med i alle deler av forskningsprosessen (Tjora, 2017). Ettersom vi samlet inn data basert på intervjuer, har vi gjennom hele studien vært bevisste på vårt etiske ansvar. Jacobsen (2015) beskriver kvalitativ forskning som en måte å komme nært på respondentene, samt deres opplevelser og erfaringer. Dermed blir arbeidet med etikk svært sentralt. Samtlige av studiens intervjuer ble gjennomført på bakgrunn av respondentens ønske om type intervju, i tillegg til sted for intervjuet. Videre startet samtlige intervjuer med en uformell prat, med hensikt om å gi respondentene en behagelig start. Ifølge Tjora (2017) er vanlig høflighet et godt utgangspunkt for etisk forskning.

I forkant av intervjuene ga vi informasjon om studiens formål, både skriftlig og muntlig. Videre informerte vi respondentene om frivillig deltakelse, i tillegg til å opplyse om muligheten til å trekke seg når som helst i studien. Respondentene i denne studien skal sikres anonymitet og føle seg trygge på at det ikke skal være risiko for gjenkjenning (Malterud, 2013). Vi har vært opptatt av at opplysningene skulle bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personregelverket. På bakgrunn av dette har respondentenes identitet blitt anonymisert ved å bli betegnet som Respondent 1-7, noe som gir lav mulighet for å identifisere enkeltpersoner ut fra datamaterialet (Jacobsen, 2015). Samtlige respondenter samtykket til bruk av lydopptak og transkribering, og fikk dermed beskjed om at disse ville bli slettet ved studiens slutt.

3.8 Oppsummering

I dette kapitlet har vi redegjort for de metodiske valgene som ligger til grunn for vår utredning. For å besvare problemstillingen på best mulig måte har vi brukt en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk perspektiv samt et deskriptivt forskningsdesign. Metode for datainnsamling er dokumentstudie og dybdeintervju, hvor vi har gjennomført syv dybdeintervjuer med semistrukturerte intervjuguider. Samtlige respondenter er en del av prosjektet knyttet til ny sykehusstruktur, men har alle ulike roller og ansvar. Datamaterialet er transkribert og kategorisert gjennom koding. Dataanalysen kan knyttes til en induktiv tilnærming ut fra kodingen samt en abduktiv tilnærming hvor vi i drøftingen har flyttet oss mellom teori og empiri. I neste kapittel vil vi presentere funn fra dataanalysen i form av empiri.

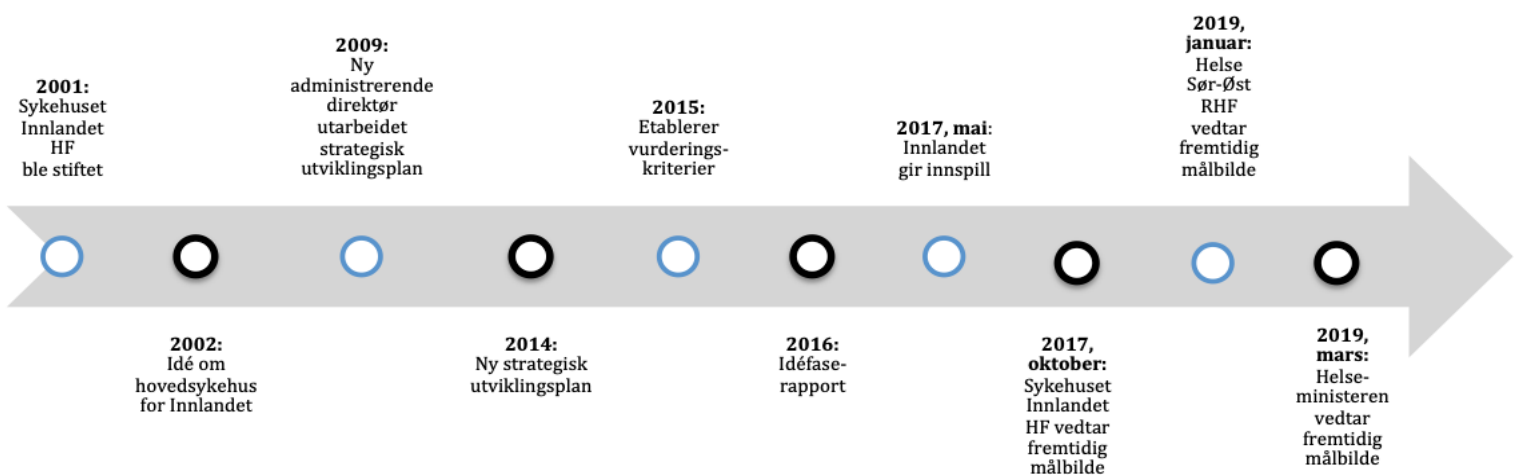
4. Empiri

I dette kapittelet vil vi innledningsvis presentere en tidslinje av beslutningsprosessen knyttet til endringen av sykehusstrukturen i Innlandet. Denne er utarbeidet på bakgrunn av dokumentstudien. Videre vil vi presentere empiriske funn som fremkommer av innsamlet data fra totalt syv dybdeintervjuer samt offentlige dokumenter. Respondentene vil videre bli betegnet som respondent 1-7 for å sikre anonymitet. For å besvare problemstillingen, vil vi presentere de resultatene vi finner mest relevante med utgangspunkt i intervju og dokumentstudier. Derfor er de empiriske funnene presentert i fire deler ut fra teoretisk rammeverk. Strukturen er slik: beslutningsprosessen, økonomisk informasjon og styring i beslutningsprosessen, interesser i prosjektet og tilpasning av institusjonelle omgivelser. Sammen med det teoretiske rammeverket vil denne empirien danne grunnlaget for det påfølgende diskusjonskapittelet.

4.1 Beslutningsprosessen

Vi presenterer her en tidslinje som forklarer prosessen fra etableringen av Sykehuset Innlandet HF og frem til det endelige vedtaket om fremtidig målbylde. Slik viser vi en oversikt over ulike sentrale tidspunkt i prosessen samt hvordan økonomistyringen praktiseres underveis. Videre har vi delt funnene knyttet til beslutningsprosessen inn i behov for endring og påvirkning på beslutningstakerens atferd.

4.1.1 Tidslinje



Figur 7: Tidslinje over Sykehuset Innlandets prosess fra etablering til fremtidig målbylde.

2001 - Sykehuset Innlandet HF ble stiftet

I dag er Sykehuset Innlandet HF ett av elleve helseforetak som inngår i det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF. Foretaket er organisert på åtte divisjoner med ulike typer virksomhet fordelt på førti steder i Innlandet. Den somatiske virksomheten er fordelt på fem enheter: Elverum, Gjøvik, Hamar, Tynset og Lillehammer. I tillegg har foretaket to psykiatriske sykehus på Reinsvoll og Sanderud, flere desentraliserte virksomheter, fire distriktskykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger med virksomhet på åtte steder (Sykehuset Innlandet HF, 2019). Helseforetaket har med andre ord et stort geografisk område de skal bistå, dette illustrert i vedlegg 1.

2002 - Idé om hovedsykehus for Innlandet

Behovet for en fremtidsrettet sykehusstruktur har preget utviklingsarbeid i Sykehuset Innlandet helt siden etableringen (Sykehuset Innlandet HF, 2016b). I 2002 ble Torbjørn Almlid utpekt av Helse Øst til å lede et prosjekt for å se på sykehusstrukturen i Hedmark og Oppland, før han i 2003 ble administrerende direktør for Sykehuset Innlandet og lanserte en idé om et hovedsykehus for Innlandet (Sykehuset Innlandet HF, 2004).

2009 - Ny administrerende direktør utarbeidet strategisk utviklingsplan

Ideen om et hovedsykehus møtte i begynnelsen mye motstand og det var vanskelig å få til et vedtak om nytt hovedsykehus. Ifølge Hovland (2019) var det lite progresjon i denne prosessen før Morten Lang-Ree ble utnevnt som ny administrerende direktør i Sykehuset Innlandet i 2009. Det ble så satt i gang en ny strategisk utviklingsplan som igjen skulle se på sykehusstrukturen i Innlandet.

2014 - Ny strategisk utviklingsplan

Tre høringsprosesser ble sammenfattet i en strategisk utviklingsplan. Helse Sør-Øst mottok denne i 2014 og i oktober samme år ga styret i Helse Sør-Øst godkjenning til iverksetting av idéfasen og utredning av fremtidige alternativer med henholdsvis:

- Ett nytt hovedsykehus
- To store akuttisykehus
- Tre store akuttisykehus

- Fire akuttsykehus, altså videreføring av dagens modell (Sykehuset innlandet HF, 2016b).

2015 - Etablerte vurderingskriterier

Interne fagmiljøer ga innspill om hvordan de ulike alternativene skulle vurderes. Med utgangspunkt i visjon og strategiske mål vedtok styret i Sykehuset Innlandet et sett med vurderingskriterier og effektmål som skulle bidra til å realisere:

1. Trygge og gode tilbud
2. God tilgjengelighet
3. Organisering som underbygger gode pasientforløp
4. God ressursutnyttelse

(Sykehuset Innlandet HF, 2016c).

2016 - La frem idéfaserapport

En omfattende idéfaserapport ble lagt frem i november 2016. I idéfasen skulle de aktuelle alternativene utredes på et overordnet nivå uten stort fokus på detaljer. Kostnader og behov ble vurdert opp mot de økonomiske realitetene for både de nye alternativene, og for videreføring av dagens alternativ, nullalternativet (Sykehuset Innlandet HF, 2016b). Rapporten ble videre understøttet av analyser og delutredninger som omhandlet faglige utviklingstrekk, kapasitetsbehov, aktivitetsfremskrivninger, bygningsmessig tilstand, økonomi og investeringsbehov (Sykehuset Innlandet HF, 2020).

2017, mai - Innlandet ga innspill

Sykehuset Innlandet inviterte til høring hvor 107 instanser leverte uttalelser.

Pasientorganisasjoner, offentlige instanser, fagforeninger, politiske partier og interessegrupper var blant høringsinstansene. I tillegg ga sykehusets divisjoner, fagmiljøer og tillitsvalgte interne innspill (Sykehuset Innlandet HF, 2020).

2017, oktober - Sykehuset Innlandet HF vedtar fremtidig målbilde

Helseforetakets styre vedtok fremtidig målbilde 20. oktober 2017. Saken ble oversendt til Helse Sør-Øst for videre behandling (Sykehuset Innlandet HF, 2020).

2019, januar - Helse Sør-Øst RHF gjennomgår utredningen og vedtar fremtidig målbilde

Helse Sør-Øst etablerte en arbeidsgruppe som gjennomgikk idéfaseutredningen. Arbeidsgruppen ga en faglig anbefaling i forkant av det regionale helseforetakets styrebehandling (Helse Sør-Øst RHF, 2019). Det regionale helseforetaket vedtok 31. januar 2019 at spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle samles i et hovedsykehus. Helse Sør-Øst sa også at det skulle være drift i to av dagens somatiske sykehus, ett med akuttfunksjon og ett for planlagte behandlinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

2019, mars - Helseministeren godkjenner fremtidig målbilde

Med helseminister Bent Høie til stede ble det under foretaksmøtet 8. mars 2019 godkjent at Helse Sør-Øst kunne endre fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet i tråd med sitt fremtidige målbilde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). En slik samling av kompetanse innenfor viktige fagområder gjør at pasientene kan få tverrfaglig, spesialisert behandling på hovedsykehuset. Ved dagens sykehusstruktur er det et problem at pasienter må reise fra sykehus til sykehus ved gjennomføring av ulike deler av en behandling (Sykehuset Innlandet HF, 2016b).

Siden behovet oppstod i 2001 ser vi med bakgrunn i tidslinjen at beslutningsprosessen har strukket seg over flere år og har vært en langvarig prosess. Det kan tyde på at beslutningene som tas underveis gjøres på bakgrunn av grundige vurderinger, både faglige og økonomiske. Samt at det er mange ulike interesser knyttet til beslutningene. Respondent 1 beskrev forholdet mellom disse vurderingene.

“Når vi jobber med prosjektet har vi ulike kriterier. Kriteriene settes opp mot hverandre. Det er ikke uvanlig at det økonomiske teller ganske mye, og det er selvfølgelig fordi det er lettest. Det er et tall og er veldig konkret. Mens for eksempel kvalitet er det ofte vanskeligere å sette et parameter på, men vi prøver å balansere ut i forhold til fremtidige tjenestebehov og kvalitetsparametre.” (Respondent 1)

Sitatet tyder på at det økonomiske og faglige blir vurdert opp mot hverandre gjennom hele prosessen. Respondenten påpekte at dette var en krevende prosess ettersom det er vanskelig å sette noen konkrete målinger på det faglige, i motsetning til det økonomiske som er tallfestede beregninger. Vår definisjon av økonomistyring omhandler alt som bidrar til effektiv ressursbruk, noe som gjør samhandlingen mellom de faglige og økonomiske vurderingene sentralt videre i utredningen. Videre vil vi se på hvilke behov og vurderinger som lå til grunn i beslutningen om å endre sykehusstrukturen samt hva som kan påvirke beslutningsatferd.

4.1.2 Behov for endring

Beslutningen om å endre sykehusstrukturen baseres på en samlet vurdering av hva som best dekker befolkningens fremtidige behov for spesialisthelsetjenester innenfor Sykehuset Innlandets økonomiske mulighetsrom (Sykehuset Innlandet HF, 2016b). Samtlige respondenter fikk spørsmål om grunnlaget for at problemstillingen knyttet til en ny sykehusstruktur oppstod. Respondent 5 uttrykte sin mening rundt dette.

“Dette er jo ikke noen ny problemstilling. Sykehusstrukturen i Innlandet har vært dels fragmentert og dels kostnadskrevende over mange mange år. Det handlet jo mye om at vi så at vi ikke greide å gi komplette tjenester til pasientene.” (Respondent 5)

Sitatet viser at det lenge har vært behov for en endring av sykehusstrukturen. Respondentene var enig i at dagens fordeling av funksjoner har ført til at sykehusene ikke har kompetanse til å behandle en hel pasient, og at denne løsningen ikke var god nok. Respondent 2 beskrev også denne problemstillingen med tanke på at mange pasienter må reise mellom sykehusene for å få en behandling. Videre beskrev respondent 4 dette som en levning fra fortiden.

“Sånn det er fordelt nå, så må mange pasienter reise på flere steder for å få en behandling. Det synes de er veldig slitsomt, i stedet for å få alt på ett sted.” (Respondent 2)

“Sykehusstrukturen er en levning etter en tid hvor medisinen ble drevet på helt andre måter, og hvor reiseveiene var helt annerledes og transportmidlene var annerledes. Det er egentlig en

levning fra fortiden, og den er ikke tilrettelagt for moderne drift og moderne kommunikasjonsmåter.” (Respondent 4)

Respondent 4 og 5 beskrev en sykehusstruktur som ikke har tatt hensyn til robuste fagmiljøer, og uttrykte videre at dette er en av fordelene ved å samle sykehusene.

“Når fagene har behov for å spesialisere seg og hvor de fagansatte har behov for å ha litt større miljøer, så har vi hatt store utfordringer med å møte de behovene på grunn av strukturen vår.”
(Respondent 4)

“Fordelen er jo helt klart å få store og robuste fagmiljøer, og det trenger vi. Når du blir syk og kommer på sykehus i Innlandet, så er det ingen sykehus som har spesialister i front, i akuttmottaket. Vi må ha kompetanse sånn at vi får høy kompetanse lengst frem, så vi får tatt riktige avgjørelser tidligst mulig, og får startet riktig behandling tidligst mulig.” (Respondent 5)

4.1.3 Påvirkning og beslutningsatferd

Usikkerhet er et forhold som kan påvirke beslutningstakerens atferd og gjøre beslutningssituasjoner mer komplekse. Respondent 2 trakk frem at det hele tiden vil være usikkerhet i slike prosjekter da det er sårbart. Videre uttrykte respondent 5 om lite usikkerhet rundt beslutningene som ble fattet.

“Nei, jeg tenker jo at det var ganske fin flyt i idéfasen. Jeg tror den politiske referansegruppen spilte en stor rolle der egentlig. Så når man etterhvert kom på ideen og konseptet rundt det så gikk det egentlig ganske bra synes jeg.” (Respondent 5)

Det kan tyde på at den politiske referansegruppen ga en trygghet ved beslutningstaking, og dermed reduserte graden av usikkerhet. Videre beskrev respondent 4 en annen form for usikkerhet og hva en kunne gjøre for å unngå denne usikkerheten.

“Det var vel ikke så mye usikkerhet rundt beslutningene, men det er jo alltid i en sånn sak usikkerhet om det vil bli realisert. Det kommer et skifte i politiske strømninger eller noe som gjør

at vi får et annet utfall enn man håper på. Det vi kan gjøre med det er å gjøre en grundig jobb, så beslutningsgrunnlaget blir så godt som overhodet mulig, også må vi prøve å gjøre alt vi kan for at våre beslutningstakere kan stå i saken.” (Respondent 4)

Sitatet kan tolkes som at det ble gjort grundige vurderinger før beslutninger ble fattet slik at konsekvensene ble tydeliggjort. Respondenten påpekte videre at dette var viktig for at beslutningstakerne skulle føle seg trygge på å ta gode valg. En annen faktor som kan påvirke beslutningene er tidsbruk.

“I hodet mitt har man brukt mer enn god nok tid på dette her, det går jo veldig langsomt. Vi bestemmer jo hvor lang tid vi vil bruke på idéfasen, det bestemte vi selv, det var ingen som overstyrte oss på det, heller ikke prosessen videre. Tid er ikke en knapphetsfaktor slik jeg ser det, heller motsatt, at det tar for lang tid.” (Respondent 2)

Dette sitatet viser at respondent 2 beskrev beslutningsprosessen som tidtakende. Det kan tyde på at det var flere forhold de måtte ta hensyn til, noe som førte til en langsom prosess. Respondent 1 og 5 uttrykte det som krevende at de ofte kom et steg videre i prosessen, men at de måtte stoppe opp fordi de ikke turte eller hadde mulighet til å gå videre. Det kan virke som at tid ikke har vært med å påvirke atferden til beslutningstakerne i form av for dårlig tid, men heller motsatt.

Ved prosesser som foregår over lengre tid er det naturlig med store mengder informasjon. Respondentene hadde til dels ulike oppfatninger rundt informasjonstilgangen i prosjektet. Noen uttrykte at samtlige interessenter hadde lik informasjon gjennom hele prosessen, mens andre ga uttrykk for at dette ikke var tilfellet. Dersom noen er bedre informert enn andre, kan det ifølge respondent 2 oppstå utfordringer.

“Det er det sikkert veldig ulike oppfatninger av. Den som sitter nærmest administrerende direktør og styret har sikkert mer informasjon enn andre. Det er klart, det er et viktig tema det, om det kan være et informasjonsvakuum eller for lite informasjon, at det kan skape motstand og misnøye. Det er fryktelig mye folk spredt på et enormt stort geografisk område. Det er klart at

risikoen for feilinformasjon og misforståelse av informasjon er veldig stor i en sånn organisasjon.” (Respondent 2)

Det kan tyde på at ulik informasjonstilgang kan skape usikkerhet ved beslutningstaking, men også skape konflikter mellom beslutningstakerne og de andre deltakerne i prosjektet.

4.2 Økonomisk informasjon og styring i beslutningsprosessen

I dette delkapittelet diskuteres i hovedsak hvilken form for økonomisk informasjon som er brukt i beslutningen om å endre sykehusstrukturen samt respondentenes tanker rundt disse.

Innledningsvis presenteres funn knyttet til aktivitets- og kapasitetsbehov som er fremskrevet av Sykehusbygg HF. Dette danner grunnlag for økonomiske beregninger. Deretter presenteres funn som omhandler økonomiske beregninger og hvordan noen av disse er et resultat av andre analyser. Til slutt presenteres ulike styringsmekanismer som påvirker beslutningsprosessen til prosjektet.

4.2.1 Aktivitets- og kapasitetsbehov

Beregning av fremtidig arealbehov ble basert på en nasjonal standardisert fremskrivningsmodell fra Sykehusbygg HF (2016) og er oppsummert i en Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot 2040. Respondent 1 fortalte at de har en egen avdeling som ser på fremtidige behov for kapasitet, rom og areal for absolutt alle prosjekter. Formålet med fremskrivningene er ifølge respondent 6 å treffe mest mulig på sykehusets størrelse, og dermed ikke bygge et sykehus som er for stort eller lite. Disse konsekvensene kan være veldig store.

“Ofte er det et pengespørsmål. Det handler mye om økonomi. Når et sykehusprosjekt er ferdig på papir, og kanskje overstiger grensen for den økonomiske rammen, så begynner man å kutte ned. Da er det ofte arealer som kuttet, møterom, rom for personale, man bare kutter litt, eller krymper arealene. Konsekvensene er veldig store.” (Respondent 6)

Videre fortalte respondent 6 hvilken form for data som blir brukt som fremskrivningsgrunnlag.

“Vi ser ikke hvem personene er, men vi vet kjønn, alder, bosted, diagnoser, hvor de har fått behandling og hvilken type. Disse data fra Norsk pasientregister blir brukt i bunnen, og da legger vi på demografiske effekter og de kvalitative faktorene som vi kaller det.” (Respondent 6)

Med demografiske effekter menes det hvilke konsekvenser befolkningsutviklingen får for aktiviteten i sykehuset over et gitt antall år. Ifølge Statistisk sentralbyrå er det stor usikkerhet knyttet til hvordan befolkningen i Norge vil utvikle seg, dette knyttet til innvandring, fruktbarhet, innenlandsflytting, utvandring og dødelighet (Sykehusbygg HF, 2016).

De demografiske effektene blir korrigert for effekter av andre endringsfaktorer som påvirker forbruket av sykehus tjenester, noe som utgjør den kvalitative delen av modellen. Respondent 6 presenterte disse kvalitative faktorene som en prosentvis endring som er gjennomgått av fagfolk. Samme vurderinger gjøres for dagopphold og poliklinikk, men i litt mindre grad enn for innlagte pasienter. Her er det nesten de samme faktorene, men ifølge respondent 7 har de lagt inn en generell plussfaktor fordi behovet for poliklinikk øker mer og mer.

“I tillegg så har vi en generell effektiviseringsfaktor, som rett og slett betyr redusert liggetid. Den har vi lagt inn fordi vi ser at endringen i liggetid er større enn det modellen vår klarer å fange opp. Det er en faktor som kanskje bør overvåkes hyppigere enn de andre, fordi vi ser antydninger nå til at liggetiden flater ut, og den kan jo ikke bli mindre enn null.” (Respondent 7)

Ut fra sitatet ser vi at selv om fremskrivningsmodellen tar for seg ulike endringsfaktorer med positiv eller negativ effekt, må de ha med en tilleggsfaktor som inkluderer andre årsaker til redusert liggetid. Fremskrivningsmodellen tolkes dermed som et viktig verktøy for videre økonomiske beregninger med tanke på planlegging av fremtidig arealbehov.

4.2.2 Økonomiske beregninger

Som en del av prosjektets beslutningsprosess har Sykehuset Innlandet hatt flere faser i utredningsarbeidet, som vil si at de økonomiske beregningene har vært gjort flere ganger, også i idéfasen. Ifølge respondent 4 var det flere analyser som lå til grunn for de økonomiske beregningene.

“De økonomiske beregningene er det siste som ble gjort kan du si i idéfasen. Det er fordi det er et resultat av det andre, ikke sant. De økonomiske beregningene blir et resultat av hvordan vi driver faget, hvor mange skal jobbe der, hvor mye teknologi skal vi ha, hvordan skal huset se ut, hvor mange operasjonsstuer trenger vi, hvor mange sengerom trenger vi, hvor mange poliklinikker og så videre.” (Respondent 4)

I idéfasen skulle det utredes og avklares hvilke alternativer for fremtidig sykehusstruktur som var “liv laga” – både faglig og økonomisk. At et prosjekt eller en løsning er “liv laga” innebærer at det er relevant, gjennomførbart og levedyktig (Sykehuset Innlandet HF, 2016b). Respondent 4 fortalte om sin forståelse rundt økonomiske beregninger og “liv laga”-perspektivet.

“Økonomi er jo en del av det, men er det relevant, er det i tråd med de faglige kravene som er, kravene til pasientbehandling? Er det gjennomførbart, kan det gjennomføres innenfor den økonomien helseforetaket har? Er det levedyktig, kan vi drive sykehus på denne måten, i hele prosjektets levetid, eller vil det ikke kunne gå? Så det å ha “liv laga”-perspektivet, sånn jeg har forstått det og sånn jeg har jobbet etter, er at det dekker både at det er godt for pasienten og om det er økonomisk gjennomførbart.” (Respondent 4)

Kort oppsummert tyder dette på at økonomien må ses i sammenheng med andre vurderingskriterier som dekker pasientens behov. I idéfasen har hovedfokuset vært å vurdere om alternativene ville ha økonomisk bæreevne. Ifølge Sykehuset Innlandet HF (2016b) vil analyser av økonomisk bæreevne kunne indikere om helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet forårsaker, og på samme tid opprettholde forsvarlig drift. Videre øker den økonomiske bæreevnen ved samling av sentralsykehusfunksjonene innen psykisk helsevern og rus (Sykehuset Innlandet HF, 2016b). Respondent 4 beskrev i hvilken grad dette var avgjørende for at disse ble ønsket samlet til nytt hovedsykehus.

“Det å samle psykiatrien i seg selv gir bærekraft, men vi får enda mer effekter av å legge psykiatrien sammen med somatikken. Først og fremst var det de faglige argumentene, også er det også en økonomisk effekt, men det er det faglige som er det viktigste.” (Respondent 4)

Dette ble også bekreftet av respondent 3. Det viser at den økonomiske effekten må ses i forhold til andre informasjonskilder ved beslutninger. Videre beskrev respondent 4 hvordan det å samle alle sykehusene gir størst effekt.

“Vi har jo sett på driftsgevinster, og det er klart at det å samle alt vil gi størst effekt. Grunnen til det er at du samler alle døgnfunksjonene på et sted, du trenger færre vaktordninger og færre servicefunksjoner som har vaktordninger, hele døgnet, og du trenger bare medisinsk-teknisk-utstyr ett sted. Det er store investeringer som du slipper.” (Respondent 4)

Videre har de sett på et annet alternativ som har størst bærekraft dersom en ser bort fra å samle alt. Respondent 4 begrunnet dette ved at å samle alt koster mer enn de har fått penger til, altså utenfor den økonomiske rammen på 8,65 milliarder kroner, mens det alternativet de ser på nå ligger akkurat innenfor. Respondent 4 fortalte videre at valg av alternativ skal være basert på en faglig beslutning, men at det ikke lar seg gjøre dersom de ikke har økonomi til det. Videre påpekte respondenten konsekvensene av dette.

“Vi har en økonomisk ramme og vi skal ha bærekraft, for hvis vi ikke har bærekraft og hvis vi ikke klarer å få det til, så vil det i neste omgang gå utover pasientene, for da vil vi jo ikke ha penger til drift. Så det henger veldig nøye sammen.” (Respondent 4)

Deretter påpekte respondent 3 at det ikke kommer til å skje at de overstiger den økonomiske rammen fordi det legges inn en sikkerhetsmargin i alle kalkyler. Dersom det viser seg at de ikke klarer å holde seg innenfor rammen, må de gå tilbake å finne andre løsninger. Det kan virke som at dette er en løsning som er godt forankret blant samtlige respondenter, både fra Sykehuset Innlandet og Sykehusbygg. Respondent 6 beskrev for eksempel dette som en prosess hvor en kutter ned på arealer.

Videre fortalte respondent 3 at det ikke ble brukt formelle regnskapsverktøy som budsjett, kalkyler og avviksanalyser i idéfasen, men at Helse Sør-Øst har excel-baserte modeller som er likt for alle sykehusene i området som driver med sykehusplanlegging. Formålet med disse verktøyene var å se på økonomien i sin helhet. Respondent 3 uttrykte videre at disse var gode og detaljerte nok, ettersom det var totaløkonomien Helse Sør-Øst var opptatt av.

4.2.3 Styringsmekanismer

I prosessen med endring av sykehusstrukturen i Innlandet finner vi at det er en rekke styringsmekanismer som påvirker beslutningene. Ved prosjekter som pågår over en lang tidsperiode er det sentralt med en tydelig visjon og strategi som styrer prosjektet i ønsket retning. Respondentene påpekte at Sykehuset Innlandets visjon, målsettinger og strategi er tydelig kommunisert og godt forankret, noe som kom frem ved sammenfallende svar. Respondent 2 og 4 beskrev organisasjonens visjon.

“Kvalitet i møte mellom pasient og ansatt, desentralisere det man kan, for det er ikke sånn at alt må være på ett sykehus.” (Respondent 2)

“Visjonen er veldig tydelig, det er visjonen til helsereformen, og det er at vi skal ha like helsetjenester hvor man enn bor i Innlandet.” (Respondent 4)

Med utgangspunkt i visjon og strategiske mål har Sykehuset Innlandet HF (2016b) utledet fire effektmål. Til hvert effektmål er det knyttet et sett med vurderingskriterier, hvor desentraliserte tjenester er en del av det tredje effektmålet. Samtlige respondenter var klare på at desentralisering av tjenester er viktig for å kunne tilby like helsetjenester for befolkningen i Innlandet. Respondent 5 påpekte at økonomi er noe som burde nevnes ettersom det spiller en rolle for hvordan en kan gi et komplett tilbud til pasientene i området.

“Vi skal bruke pengene på en rettere måte og gi et bedre tilbud. Jeg synes det er mye greiere å si at vi skal gi et komplett tilbud uten at pasienten skal måtte reise masse frem og tilbake, og dette skal vi gjøre innenfor en rimelig ramme. For det er klart at vi går jo til dels i underskudd, eller i hvert fall sliter med økonomien.” (Respondent 5)

Sykehuset Innlandet består av mange avdelinger og det geografiske området for arbeidsplassene er stort. For å fange opp respondentenes tanker rundt organisasjonskulturen i Sykehuset Innlandet valgte vi å stille et åpent spørsmål. Samtlige respondenter var enig i at dette var et bredt spørsmål som det var vanskelig å gi et presist svar på. Respondent 2 beskrev dette ved å sammenligne Innlandet med Danmark.

“Husk på at Hedmark og Oppland, eller Innlandet er jo kjempedigert. Det er så stort. Hele opptaksområdet er jo større enn Danmark. Så svaret på det spørsmålet er at den er veldig vidtfavnende og veldig ulik. Kulturen har nok vært at man eigner om sitt og at man prøver å beskytte det man har.” (Respondent 2)

Flere av respondentene bekreftet at Sykehuset Innlandets kultur er preget av at en ønsker å beskytte sitt eget, noe som fører til en del uenigheter og diskusjoner rundt hvordan sykehusstrukturen skal endres.

“Hehe, altså organisasjonskulturen til Sykehuset Innlandet er jo litt slik som Innlandet ellers. Det er jo preget av mye ehh kretsmesterskap. Det bærer nok Sykehuset Innlandet også preg av. Det er nok sånn at det er en del variasjon.” (Respondent 5)

Respondent 5 påpekte altså at konkurranse mellom de ulike avdelingene og kommunene i Innlandet i stor grad preger kulturen. Samtlige sykehus ønsker å bestå, noe som kan tyde på at de ønsker å fremheve seg selv for å vise seg fra sin beste side. Et annet interessant funn er at respondent 2 påpekte at det var mistillit mellom de ulike fagfolkene. Dette er noe som ikke er mulig å tolke ut fra de offentlige dokumentene.

“Det er mye overskygget av motsetninger, men det har også vært veldig intern enighet om at vi i større grad må samle. Fagmiljøet har vært enig i det, men det er ingen som vil miste noe ikke sant, så alle går i forsvar med en gang man ser at det er risiko for å miste noe. Mellom fagfolkene er det mye mistillit.” (Respondent 2)

Respondent 4 uttrykte videre at organisasjonskulturen kan forbedres ved nytt hovedsykehus.

“Ja, jeg tror vi skal ta det på alvor, at vi må jobbe med kulturen. Jeg tror kanskje at det er noe av det som vil være lettere når vi flytter sammen inn i ett hus. Jeg tror det blir lettere fordi vi skal møtes på nøytral grunn, enn at et sykehus flytter inn i et annet, for da blir det en vinner og en taper, og det slipper vi jo nå.” (Respondent 4)

Ved spørsmål knyttet til styring og organisering var de fleste av respondentene enig om at flyten i prosjektet har vært god. I Sykehuset Innlandet har styringsgruppen vært sentral, i tillegg til at den politiske referansegruppen har kommet med nyttige innspill underveis. Respondent 5 beskrev hvordan flere aktører kan ses på som et styringssystem og påpekte deretter at den administrative styringen i idéfasen var strukturert ved en enkel struktur med klare roller og beslutningsansvar. Videre poengterte respondent 4 at et dokumentasjonssystem er viktig for kontrollen i prosjektet.

“Vi hadde et sånt dokumentasjonssystem som vi brukte, som vi lagret alle dokumenter, fremdriftsplan og sånn i. Vi hadde også en konsulent som hjalp oss med prosjektarbeidet, og alt er da arkivert. Det var viktig for oss å få innspill og bruke styringsgruppen for å få råd.”
(Respondent 4)

Respondent 2 forklarte at kontroll i prosjektet blir viktigere lenger ut i prosessen. I idéfasen er det viktig med en god kommunikasjonsstrategi både internt og eksternt ettersom det er en stor mengde informasjon som må struktureres og behandles, dette for å sikre at alle alternativer og løsninger blir vurdert på en rettferdig måte. Samtidig påpekte respondenten at beslutninger tas gjennom et tradisjonelt hierarki.

“Så lenge vi jobbet i linjeorganisasjonen, så synes jeg kontrollen var bra. Som vanlig linjeorganisasjon har vi her administrerende direktør, stabsdirektører, divisjonsdirektører, avdelingssjefer og så videre.” (Respondent 2)

Respondent 2 forklarte videre at beslutninger ble gjennomført på bakgrunn av beslutningstakernes erfaringer og kunnskap, og at dette ofte benyttes som utgangspunkt for styring i prosjektet.

“Her vil jeg si skjønn, kvalifisert faglig skjønn, med et bredt utvalg av fagpersoner inne i bildet.”
(Respondent 2)

Hos Sykehusbygg er det ifølge respondentene et stort fokus på datasystemer og felles plattformer for å opprettholde styring og kontroll. I tillegg til styringssystemene er kravene til arbeidet som gjennomføres i samarbeid med Sykehuset Innlandet utarbeidet gjennom kontrakter, noe som fører til en ekstra form for kontroll og evalueringsmulighet. Dette ble beskrevet av respondent 1.

“Vi har alltid en kontrakt og en prosjektbeskrivelse, hvor vi er enige med oppdragsgiver om hva vi skal levere, på hvilket tidspunkt og hvilket innhold.” (Respondent 1)

Ved å benytte seg av kontrakter har Sykehuset Innlandet og de eksterne partene kunne forklare i detalj hva en forventer av hverandre. Samtidig påpekte samtlige respondenter at det ikke har vært noen bonuser eller belønninger for deltakelse i prosjektet. Det har derimot vært fokus på å oppmuntre til arbeid og skape gode miljøer gjennom faglige dialoger og samarbeid.

Organisasjonens struktur påvirkes videre av teknologi som styringsmekanisme. Under intervjuene ble det klart at teknologiske fremskritt var noe respondentene synes var spennende, men også noe det var vanskelig å spekulere i. Respondent 3 fortalte at det i liten grad ble tatt hensyn til utvikling av ny teknologi i idéfasen, mens i en konseptfase vil en se mer detaljert på hvilke endringer som kan gjøres med innovative hjelpemidler. Respondent 4 påpekte derimot at det var viktig å ta hensyn til teknologisk utvikling tidlig i prosessen.

“Det å få samlet fagene sånn at man kan utvikle nye behandlinger i Innlandet, det er utrolig viktig for Innlandets befolkning. Vi er veldig opptatt av å se hva det er i den teknologiske utviklingen som gir oss unike muligheter til å kunne legge tjenester helt ut.” (Respondent 4)

De fleste respondentene var positive til den nye teknologien. Respondent 5 uttrykte derimot at det store fokuset på teknologi kan være frustrerende til tider. Den stramme økonomien til Sykehuset Innlandet er en begrensende faktor som har ført til at sykehusene ikke er så teknologisk oppdaterte som andre bransjer.

“Man ser at det er mye telefoner og video og sånt, men det tar så lang tid. Vi prater sinnsykt mye om droner og VR og alt det der og det blir sikkert fint, men ting tar mye lenger tid. Altså, vi har et datasystem som ville blitt kastet på søpla i bankvesenet i Norge. De ligger så langt foran oss og hvorfor det er sånn, det vet jeg ikke.” (Respondent 5)

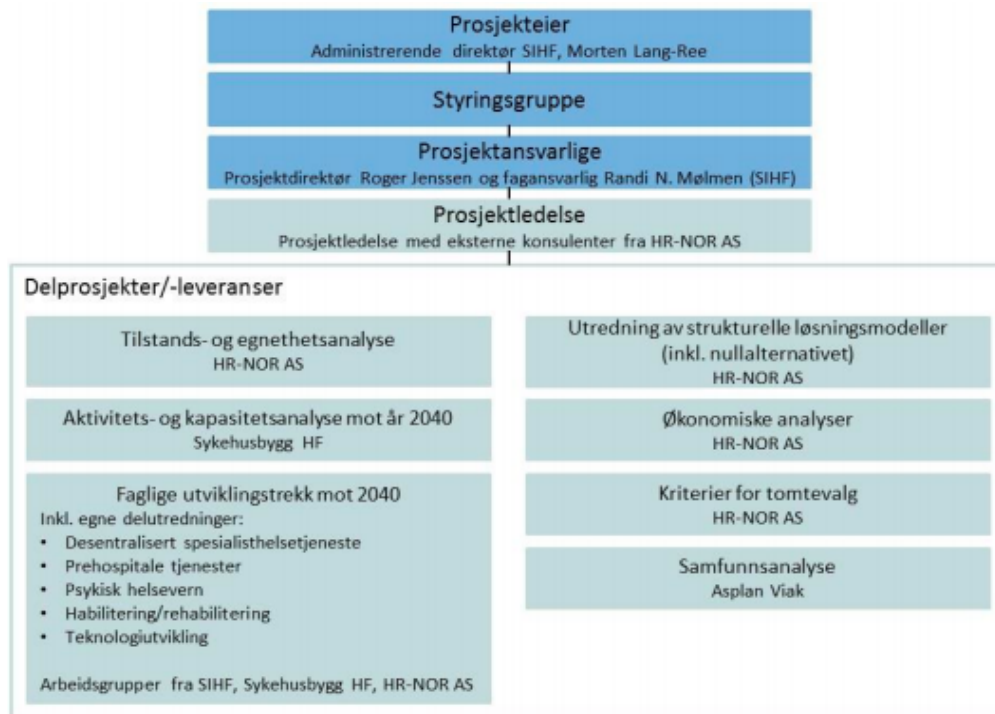
Videre nevnte respondent 2 at ny teknologi er kostbart, men samtidig noe som er viktig for å kunne følge prinsippet om å gi pasientene et helhetlig og godt tilbud.

Et av de uttalte målene til Sykehuset Innlandet er at en skal desentralisere tjenester dersom det er mulig. Ifølge respondent 6 vil teknologi også bidra til å desentralisere ved at en større grad av undersøkelser og konsultasjoner kan gjøres hjemmefra eller hos fastlege fremfor sykehus. Det kan tyde på at teknologiske fremskritt er en faktor som spiller inn ved styring og kontroll i prosjektet. Det samme gjelder usikkerhet i omgivelsene. Respondentene knytter dette i hovedsak opp mot fremtidige aktivitet- og kapasitetsbehov.

“Det er mye usikkerhet som ikke er kvantifisert. Mye av usikkerheten ligger i fremskrivningene. Det er jo ingen eksakt vitenskap å vite hvordan fremtiden blir. Jeg vil si at de er usikre, men de er det sikreste vi har.” (Respondent 6)

4.3 Interessenter i prosjektet

Endringen av sykehusstrukturen i Innlandet er et stort prosjekt og innebærer mange aktører og interessenter. Arbeidet knyttet til prosjektets idéfase har blitt utført av egne ansatte fra Sykehuset Innlandet HF, Sykehusbygg HF og eksterne konsulenter. Figur 8 viser prosjektorganiseringen for idéfasen (Sykehuset Innlandet HF, 2016b).



Figur 8: Prosjektorganisering og roller i idéfasen (Sykehuset Innlandet HF, 2016b).

Beslutningsprosessen er organisert slik at delprosjektene har rapportert til prosjektledelsen som videre har rapportert til styringsgruppe og prosjekteier, dette vist i figur 8. Prosjekteier la deretter frem saker for styret i Sykehuset Innlandet.

I tillegg har det vært et brukerutvalg som har gitt viktige innspill i arbeidet. Brukerutvalget har fått tilsendt relevante innspillsdokumenter underveis, og lederen i brukerutvalget har deltatt i prosjektets styringsgruppe (Sykehuset Innlandet HF, 2016b). Videre har prosjektet aktivt orientert og involvert både kommunene og fylkeskommunene, dette som en politisk referansegruppe. Den politiske referansegruppens oppgaver har vært å komme med råd, synspunkter og innspill til Sykehuset Innlandets langsiktige utviklingsprosess (Sykehuset Innlandet HF, 2016a).

Videre i denne delen av empirikapittelet presenterer vi utfordringer som har oppstått underveis i prosessen, både interne og eksterne styringsutfordringer. Vi starter med å se på funn knyttet til intern og ekstern kontroll i prosjektet. Deretter presenteres sentrale funn med tanke på hvordan

interessenter som det regionale helseforetaket, politikere, media og fagforeninger har spilt en rolle.

4.3.1 Intern og ekstern kontroll

Med mange involverte parter er det en rekke styringsutfordringer som kan oppstå med tanke på å opprettholde kontrollen i prosjektet. Respondent 1 uttrykte at det internt kan oppstå utfordringer blant fagpersonell og avdelinger, og eksternt kan det være krevende med ulike konsulenter og leverandører av en rekke tjenester.

“Det er selvfølgelig krevende at det er veldig mange som involveres, det er mange som skal ha en mening og som ønsker å ha kontroll. Å få synkronisert dette og få alle med på for eksempel store endringer. Det er jo en ganske krevende øvelse.” (Respondent 1)

Videre fortalte respondent 3 om interessenter med ulike ønsker for retningen av prosjektet.

“Noen ønsker jo en annen retning og da vil de gjøre alt de kan for å forsøke å finne usikkerhet ved vedtak.” (Respondent 3)

Ut fra sitatet til respondent 3 kan det virke som at noen forsøker å finne usikkerhet ved beslutninger for å fremme egne interesser. Videre forklarte respondent 4 at det ble laget en plan for å opprettholde kontroll og at dersom utfordringer oppstod underveis gjennomførte de tiltak for å ta tilbake kontrollen.

“Vi hadde en fremdriftsplan, og fulgte den opp på alle møter, alle prosjektmøter. Hvor er vi nå i fremdriftsplanen? Er det risiko her for at vi får utsettelse? Vi hadde for eksempel problemer med å få noen konsulenter til å levere på en av utredningene, og da var vi jo selv inne og bistod for å sikre at vi ikke måtte utsette fristen.” (Respondent 4)

Ved spørsmål om samarbeidet med delprosjektene konsulenter fortalte respondent 4 at dette stort sett var velfungerende. Dersom det oppstod problemer ble disse løst gjennom dialog uten videre sanksjoner.

4.3.2 Ekstern påvirkning fra interessenter

Endringen av sykehusstrukturen er noe som skaper interesse og som engasjerer mange interessenter. Ifølge respondentene ble beslutninger i stor grad påvirket av det eksterne presset fra det regionale helseforetaket, politikere, media og fagforeninger. I sammensatte omgivelser er samspillet med interessentene avgjørende for å få gjennomført de prosjektene en ønsker. Ifølge respondent 2 var arbeidet med å få politisk oppslutning noe av det viktigste og kanskje mest krevende i idéfasen.

“Politikerne har veldig stor påvirkningskraft. Det har jeg alltid sagt. Hadde de ikke blitt enige, så hadde det blitt veldig vanskelig å realisere dette her. 90 % av jobben har gått ut på å få politisk oppslutning, fordi det er slik at det politikere blir enige om, slik blir det. Det kan du sitere meg på. Det er mange utfordringer sånn sett.” (Respondent 2)

At politikk spilte en stor rolle ble understreket av samtlige respondenter. Videre var samarbeid med det regionale helseforetaket vurdert som en viktig faktor. Dette ble likevel vurdert som viktigere etter idéfasen ettersom eierskapet da går fra Sykehuset Innlandet til Helse Sør-Øst. Dette ble poengtert av respondent 4.

Media er en tredje interessent som ifølge respondentene spilte en sentral rolle i prosessen. Ved spørsmål knyttet til mediens påvirkning kom det frem at mediene har ulike ønsker for prosjektets gjennomføring, dette illustrert ved et eksempel fra en lokalavis i vedlegg 2. Ifølge respondent 2 har dette videre påvirket politikere og deres beslutninger. Respondent 5 var enig i dette og påpekte videre at det er mye i mediene som ikke bunner i fakta og som kan føre til unødig misnøye.

“Det er klart at det er stor forskjell i mediestrukturen i de forskjellige stedene. Det er jo fem store aktører; Ringsaker Blad, Oppland Arbeiderblad, GD, HA og Østlendingen. Og de har hatt ganske forskjellige roller, det er det ingen tvil om. Det har også vært mye jalla i media da, og det avhenger av hvor det kommer fra.” (Respondent 5)

Respondent 4 forklarte at det også har vært viktig å involvere andre interessenter som fagpersonell slik at de føler seg involvert og lyttet til.

“Når vi har jobbet med fagfolkene, så har vi jobbet med både fagene for seg og på tvers tverrfaglig. Vi har vært veldig lydhøre for behov eller ønsker, så har vi vært invitert ut i mange forskjellige møter i fagforeninger og i avdelinger og divisjoner, politiske møter og alt, og vi har ikke sagt nei til noen tror jeg. Det er viktig å høre på de rådene vi får.” (Respondent 4)

4.4 Tilpasning av institusjonelle omgivelser

I dette delkapittelet diskuterer vi hvordan Sykehuset Innlandet tilpasser seg sine institusjonelle omgivelser. Først fokuserer vi på hvordan helseforetaket sammenligner seg med lignende sykehusprosjekter. Deretter viser vi hvordan en felles veileder gir grunnlag for standardisering. Avslutningsvis presenteres funn knyttet til et stort kompetansemiljø hvor erfaringer om sykehusprosjekter kan deles både innenfor og på tvers av organisasjonene.

4.4.1 Sammenligninger med andre prosjekter

Respondent 1 beskrev gjennomføringen av de økonomiske beregningene på bakgrunn av hvilket økonomisk handlingsrom et helseforetak har. Videre fortalte respondenten at de så på investeringskostnaden, men at de visste lite om denne i en så tidlig fase.

“Da bruker vi sammenligninger med andre prosjekter. Det i seg selv er en kjempekrevede øvelse, det å sammenligne epler og kaniner. Det er vanskelig.” (Respondent 1)

Respondent 4 beskrev noen vurderinger som ble lagt til grunn i utformingen av alternativer.

“Det var med bakgrunn av kunnskap om andre sykehus, altså hvordan man organiserer seg andre steder i landet og ut fra faglige hensyn, føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan, og de politiske forventningene vi vet ligger i Innlandet.” (Respondent 4)

Respondent 4 fortalte også at de brukte sammenligninger når det gjaldt økonomiske beregninger. Ifølge respondenten ble den økonomiske rammen på 8,65 milliarder kroner utformet på bakgrunn

av sammenligninger med andre prosjekter. Sykehuset i Drammen skulle bygges for 8 milliarder kroner og Sykehuset Innlandet skulle planlegges omtrent like stort. De tok da utgangspunkt i 8 milliarder kroner, og så har det blitt 8,65 milliarder kroner fordi årene går.

“Det er sånn det kom til tror jeg. Sammenlignet med andre prosjekter, og vi er veldig sammenlignet med Drammen sånn det er nå. Så vi har lært av Østfold, også har vi sammenlignet med Drammen.” (Respondent 4)

Flere av respondentene brukte sykehuset i Østfold og sykehuset i Drammen som sykehusprosjekter de har sammenlignet seg med, dette på ulike områder. Dette viser at prosjekter i dette organisatoriske feltet kopierer hverandre og gjennom det foregår også læring mellom prosjekter.

4.4.2 Felles veileder

“Det vi gjør er å lage veiledere og standarder for hvordan man både skal gjennomføre prosjektene, men også hvordan innholdet i sykehusene skal være.” (Respondent 7)

Innledningsvis beskrev respondent 7 fra Sykehusbygg en av organisasjonens hovedoppgaver. Formålet med veilederen er å bidra til å velge det riktige prosjektet i samsvar med helseforetakets strategi. Respondent 7 fortalte også om et konseptprogram som er kokebøker for hvordan ulike områder på sykehuset bør organiseres og bygges.

“Så har vi et knippe med dokumenter som de som jobber i prosjektene skal følge, også vil det alltid være rom for lokale tilpasninger og lokale behov. Det er ikke sånn at alle sykehusene skal være like, men konseptprogrammene gir en oversikt over hva man må huske på, hva man bør ta med, og hva man ikke bør gjøre.” (Respondent 7)

Videre beskrev respondent 1 i hvilken grad veilederen blir brukt i sykehusplanlegging, og ga deretter svar på om veilederen kan brukes på samme måte i alle prosjekter.

“Alle prosjektene bruker den, absolutt alle. Det heter jo en veileder, så i prinsippet skulle den vært frivillig, men den blir brukt av absolutt alle.” (Respondent 1)

“Det blir tilpasset selyfølgelig. Det er jo sånn at teksten i veilederen er såpass romslig at det er mulig å tilpasse, fordi den brukes også for prosjekter som er under 500 millioner, fordi de synes det er greit å ha en veileder for å vise hvordan man skal gå frem.” (Respondent 1)

Det tyder på at veilederen gir grunnlag for standardisering, men at de ulike prosjektene kan tilpasse den ut fra egne behov. Respondent 4 beskrev Sykehuset Innlandets bruk av veilederen for sykehusprosjekter og fortalte at de i starten brukte Helsedirektoratets (2011) veileder. I september 2017 godkjente styret i Helse Sør-Øst en revidert veileder fra Sykehusbygg HF (2017) og at denne skulle tas i bruk fra nærmest påfølgende faseovergang (Helse Sør-Øst RHF, 2019).

“Vi har på en måte til enhver tid forholdt oss til gjeldende veileder, også har vi da etter at det ble ny veileder gjort de grepene eller det vi manglet for å gå videre.” (Respondent 4)

Videre fortalte respondenten at de hadde et mellomarbeid etter idéfasen fordi de manglet noe i den nye veilederens prosjektinnramming. I tillegg hadde de gått mye lenger på andre områder som egentlig hørte til den nye veilederens konseptfase. Det viser dermed at Sykehuset Innlandet er veldig påpasselig på at veilederen følges. Dette bekreftes også av samtlige respondenter, hvor blant annet respondent 5 uttrykte at den ble brukt til enhver tid og at prosjektet styres etter denne.

4.4.3 Stort kompetansemiljø

“Vi har jo et hovedoppdrag som er å være et kompetansemiljø for sykehusbygg i Norge, og skal bidra til strømlinjeforming og standardisering av prosessene, helt fra tidligfase til ferdig bygg.” (Respondent 7)

Dette var ifølge respondent 7 Sykehusbyggs visjon. Videre forklarte respondenten at de har en rekke utviklingsoppdrag som er utenfor prosjektporteføljen deres, som handler om utvikling av modeller og standardisering av arbeidet. Respondenten påpekte at dette var like viktig som prosjektene i seg selv.

“Det er der Sykehusbygg skal gjøre en forskjell. Vi skal kunne si at “ja vi har svaret på det”, sånn at ikke alle som starter nye bygg skal måtte finne opp hjulet på nytt. De fleste som starter et nytt bygg i dag, de har aldri gjort det før. Derfor skal vi være det kompetansemiljøet som skal inn å si at “vi har gjort dette, vi vet hvordan det skal gjøres”.” (Respondent 7)

Dette viser at standardisering av prosesser kan skape en likhet med tanke på struktur og prosedyrer blant helseforetakene. Videre beskrev respondent 1 Sykehusbyggs kompetanse på ulike områder. Det kan tolkes som at det tverrfaglige samarbeidet er en viktig faktor i arbeidet med sykehusprosjekter da Sykehusbygg som et felleseid foretak skal være med på å sikre standardisering og læring mellom ulike prosjekter. Respondent 3 fortalte om Sykehuset Innlandets møter med ulike nettverk.

“Vi har lest mye og sett på hva dem har gjort andre plasser da. Særlig Vestre Viken, har vi hatt flere møter med. Og det har vært viktig å ha kontakt med Helse Sør-Øst fordi de kjenner jo alle, og vet alle styrker og svakheter ved de andre beregningene.” (Respondent 3)

Sitatene ovenfor viser at erfaringer i sykehusplanlegging deles gjennom møter med andre helseforetak, samtidig som kontakt med det regionale helseforetaket er nødvendig med tanke på deres kunnskap om andre helseforetak som er eller har vært i samme situasjon.

4.5 Oppsummering

Innledningsvis i empirikapittelet presenterte vi på bakgrunn av dokumentstudien en tidslinje av beslutningsprosessen knyttet til endringen av sykehusstrukturen i Innlandet. Videre presenterte vi de viktigste resultatene vi har kommet frem til ut fra intervjuer og dokumentstudier. Disse resultatene vil vi oppsummere ved å strukturere etter studiens viktigste funn.

Først tok vi utgangspunkt i beslutningsprosessen. Her viste vi at beslutningsprosessen i prosjektet er kompleks og at det har vært behov for endring på flere områder siden etableringen av Sykehuset Innlandet. Beslutningene som ble tatt over tid ble gjort på bakgrunn av en kobling mellom faglige og økonomiske vurderinger. Det kom blant annet frem at valg av alternativ skal være basert på en faglig beslutning, men at de faglige premissene må justeres innenfor en

økonomisk ramme. Den økonomiske rammen har dermed fungert som en overordnet styringsmekanisme ved at samtlige av prosjektets sentrale beslutninger ble fattet med bakgrunn i denne. Beslutningene ble videre påvirket av en rekke styringsmekanismer som visjon, strategi, struktur og kultur. To faktorer som også har vist seg å spille en rolle for økonomistyringen i prosjektet er teknologi og usikkerhet i omgivelsene, dette særlig knyttet til ønsket om desentralisering av tjenester.

Deretter viste vi at sterke interessenter påvirker den økonomiske styringen av beslutningsprosessen. Det er derfor utfordringer knyttet til kontroll i prosjektet i form av mange involverte parter, både interne og eksterne. Et slikt prosjekt engasjerer mange og beslutningene blir dermed påvirket av interessentenes forskjellige ønsker for prosjektets utfall, dette ved ulik vekt på fag og økonomi.

Videre fant vi at flere handlinger gir grunnlag for standardisering i beslutningsprosessen. Prosjektets vurderinger ble gjort på bakgrunn av kunnskap om andre helseforetak og hvordan de organiserer seg andre steder i landet. Vurderingene ble også gjort ut fra føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan og Sykehusbyggs veileder, i tillegg til at erfaringer om sykehusprosjekter ble delt både innenfor og på tvers av organisasjonene.

Fra intervjuene ser vi at beslutningstakernes styring ble påvirket av flere faktorer som bidro til en kompleks beslutningsprosess. Det kom blant annet frem at tidsbruk kunne ses på som det motsatte av en knapphetsfaktor, at det var noe usikkerhet rundt beslutningene og at det var ulik informasjonstilgang mellom aktørene. Om en ser bort ifra dette, viser likevel respondentenes tilbakemeldinger at beslutningsprosessen har vært styrt fra begynnelsen av.

I det påfølgende diskusjonskapittelet drøfter vi våre resultat fra empirien opp mot det teoretiske rammeverket vi har brukt, før vi vil avslutte med en konklusjon.

5. Diskusjon

Problemstillingen i vår studie er: *Hvilken rolle har økonomistyring i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet?* I kapittel 4.5 presenterte vi et sammendrag av de viktigste funnene, og i dette kapitlet vil vi gå dypere inn i analysen av de enkelte resultatene fra det empiriske studiet. Dette gjør vi ved å knytte våre empiriske data opp mot det teoretiske rammeverket vi presenterte i kapittel 2 for å diskutere og besvare problemstillingen.

Diskusjonskapitlet er strukturert som oppsummeringen i empirikapitlet. De viktigste funn i den empiriske studien kan summeres opp ved at det er en kompleks beslutningsprosess knyttet til struktureringen av det nye sykehuset, hvor de økonomiske rammebetingelsene har vært viktig. Videre har vi funnet at det er sterke interessenter som påvirker beslutningsprosessen. Empirien tyder også på at det foregår en standardisering av beslutningsprosessen, og vi finner dessuten at beslutningsprosessen til prosjektet kan karakteriseres som dels rasjonell og dels tilfeldig.

5.1 Kompleks beslutningsprosess

Anthony (1965) definerer økonomistyring som prosessen ledere bruker for å forsikre at ressurser er innhentet og brukt effektivt i gjennomføringen av organisasjonens mål. I empirien ser vi med bakgrunn i tidslinjen (figur 7) at beslutningsprosessen til Innlandet har vært langvarig og kompleks. Med utgangspunkt i Anthonys (1965) definisjon kan vi forstå økonomistyringens rolle i beslutningsprosessen ved å beskrive hvordan prosjekteier og styret sørget for effektiv ressursbruk i de ulike fasene av prosjektet. Videre i utredningen presenterer vi dermed ulike styringsmekanismer som har hatt en innvirkning på beslutningene i prosjektet.

5.1.1 En normativ beslutning?

Prestasjonsstyringssystemet til Ferreira og Otle (2009) definerer en rekke formelle og uformelle styringsmekanismer en organisasjon kan benytte for å oppnå planlagte mål. Dette rammeverket (figur 2) gir et sentralt bidrag til vår studie ved at de presenterer en oversiktlig prosess av hvilke styringsmekanismer som påvirker samt disse mekanismenes rolle i et styringssystem. Tanken bak dette prestasjonsstyringssystemet er å vise hvordan en helhetlig tilnærming til ledelse og kontroll vil være gunstig (Ferreira & Otle, 2009).

Det første spørsmålet i Ferreira og Otleys (2009) prestasjonsstyringssystem fokuserer på hvordan organisasjonens visjon og misjon (Sp1) kommuniseres til medlemmene av organisasjonen samt hvordan disse kan brukes som et middel for å påvirke atferden. Visjonen til Sykehuset Innlandet går ut på at alle i opptaksområdet skal ha tilbud om like helsetjenester. Våre resultat viser at denne er klart definert og godt kommunisert blant aktørene i Sykehuset Innlandet. Ifølge Ferreira og Otley (2009) er det viktig med en klar visjon slik at medlemmene er klare over hvor organisasjonen ønsker å posisjonere seg i fremtiden. Sykehuset Innlandets visjon fungerer på mange måter som en overordnet styringsmekanisme for beslutningsprosessen. Visjonen (Sp1) har videre en sterk sammenheng med det neste spørsmålet i rammeverket som omhandler nøkkelsuksessfaktorene (Sp2).

Ferreira og Otley (2008) definerer nøkkelsuksessfaktorene (Sp2) som en kodifisering av visjon og misjon innenfor en konkret tidsramme og retning. Dette understrekes videre av Rockart (1979) som påpeker at nøkkelsuksessfaktorene er viktige med tanke på å utvikle seg mot å nå organisasjonens visjon. Ifølge våre funn er en av hovedoppgavene til Sykehuset Innlandet å bruke pengene på en mer fornuftig måte slik at tilbudet blir bedre gjennom mer desentraliserte tjenester. Den økonomiske rammen for prosjektet har i stor grad vært førende i form av at den gjør det mulig å bygge et nytt hovedsykehus. På den andre siden er rammen begrensende i form av at den ikke tillater å bygge et optimalt sykehus sett ut fra det faglige perspektivet. Videre kobles nøkkelsuksessfaktorene slik dette vises i figur 2 sammen med organisasjonsstruktur (Sp3) og strategier og planer (Sp4). Disse danner videre grunnlaget for nøkkelprestasjonsmålene (Sp5) til organisasjonen (Ferreira & Otley, 2009).

God organisasjonsstruktur (Sp3) er viktig ved prosjekter i store organisasjoner ettersom dette påvirker effektiviteten i de ulike prosessene (Chenhall, 2003). Som en stor organisasjon har Sykehuset Innlandet et behov for formelle styringssystemer samt at ledere vil måtte håndtere en mengde av informasjon. Våre funn tyder på at det har vært klare roller og arbeidsfordelinger underveis i prosjektet. Dette har vært strukturert gjennom en linjeorganisasjon hvor administrerende direktør var øverste beslutningsmyndighet, jfr. figur 8. Prosjektets struktur kan forstås som en sentralisert organisasjonsstruktur hvor beslutningene er forbeholdt den øverste lederen (King et al., 2010). Empirien viser samtidig at alle avgjørelser ble tatt gjennom grundige

diskusjoner og samarbeid på tvers av de ulike rollene i prosjektet. Chenhall (2003) påpeker at strukturen er noe organisasjonen selv kan påvirke. I forbindelse med endringen av sykehusstrukturen er det Sykehuset Innlandet som har stått for mye av arbeidet og i så måte hatt gode muligheter for å påvirke arbeidsmetoder underveis.

Strategier og planer (Sp4) viser den retningen organisasjonen velger å følge på lang sikt (Ferreira & Otley, 2009). Planleggingen til Sykehuset Innlandet gjøres med bakgrunn i organisasjonsstrukturen samt de målene som er satt. Dette er i tråd med Ferreira og Otley (2009) som påpeker at organisasjonen må tenke over hvilke aktiviteter som er nødvendige å gjennomføre for å oppnå ønskede mål. Ved en god strategi vil det være mulig å fylle markedets behov samtidig som en innfrir de ulike interessentenes forventninger (Erichsen, Solberg & Stiklestad, 2015). En grunn til at arbeidet i forbindelse med idéfasen har pågått over lang tid er at strategien er underlagt føringer fra den økonomiske rammen. Dessuten er det mange interessenter som påvirker beslutningsprosessen. Som vist i tidslinjen (figur 7) er det først de seneste årene at de aktuelle planene faktisk begynner å ta form gjennom de vedtakene som er blitt gjort. Slik vi ser det har det vært en god kobling mellom de uttalte strategiene, planene og nøkkelsuksessfaktorene for Sykehuset Innlandet, jfr. figur 2. Dette gjenspeiles i at prosjektet nå begynner å gå over i en fase hvor de uttalte planene kan bli en realitet.

Ferreira og Otley (2009) beskriver videre nøkkelprestasjonsmål (Sp5) og målsetting (Sp6). Dette omhandler hvordan organisasjonens strategi og visjon er utformet, og vi velger videre å se på disse som tett koblede da de i stor grad påvirker hverandre. Ifølge våre funn spilte Sykehuset Innlandets styringsgruppe en viktig rolle med tanke på å holde prosjektet til de planer og målsettinger som var lagt. Dette er funn som støtter Langfield-Smiths (1977) forskning som påpeker at styringssystemene i organisasjonen fungerer som en støtte til strategien for å oppnå de overordnede målene. I empirien ser vi at Sykehuset Innlandet utformet fire effektmål som viser deres strategiske retning og hva de ønsker å oppnå ved strukturendringen. Målsettingene reflekterer ifølge Ferreira og Otley (2008) en spenning mellom hva som ønskes og tenkes å være gjennomførbart for en organisasjon. Ifølge utredninger gjort i forbindelse med idéfasen vil de fire effektmålene være tilfredsstillende ved samling til et nytt hovedsykehus. Effektmål 1, 2 og 4 vil være særlig godt oppfylt for pasientene gjennom et bedre tilbud, god tilgjengelighet og en god

ressursutnyttelse ved nytt hovedsykehus (Sykehuset Innlandet HF, 2016c). Nye og sterke fagmiljøer vil bidra til at tilbudet blir mer komplett samtidig som det påpekes at det blir viktig å videreutvikle effektmål 3 som omhandler desentraliseringstjenester til de mindre stedene i opptaksområdet. I empirien ser vi at dette er i tråd med visjonen og nøkkelsuksessfaktorene til Sykehuset Innlandet.

Prestasjonsevaluering (Sp7) ser på hvordan organisasjonens mål evalueres for å finne ut om prosjektet styres i den retningen en ønsker (Ferreira & Otley, 2009). Prosjektet pågår fremdeles og hvorvidt målene nås vil først være mulig å vurdere da de har kommet lenger i prosessen. Bruk av belønninger (Sp8) er det siste spørsmålet i prestasjonsstyringssystemet som er knyttet til bruk av mål og middel (Ferreira & Otley, 2009). I dette prosjektet har det ikke vært noen form for ytre belønninger i form av bonuser eller godtgjørelser ved gjennomført arbeid. Det ble påpekt av respondentene at i den grad det forelå noen form for belønning så ble dette praktisert gjennom oppmuntring og et bedre faglig utbytte. Dette er i tråd med Ferreira og Otleys (2009) definisjoner som sier at belønninger ikke trenger å være i form av ytre goder, men også i form av ros og oppmuntring.

Vi har nå presentert de åtte første spørsmålene i Ferreira og Otleys (2009) prestasjonsstyringssystem og hvordan en helhetlig tilnærming til disse kan vise hvordan de enkelte delene i modellen er koblet sammen. Rammeverkets fire siste spørsmål omhandler organisasjonen som kontekst og kan på mange måter oppleves som en ramme for de åtte første spørsmålene. I figur 2 presenteres de fire siste spørsmålene som informasjonsflyt, systemer og nettverk (Sp9), prestasjonsstyringssystemets bruk (Sp10), prestasjonsstyringssystemets endring (Sp11) og mekanismenes styrker og sammenhenger (Sp12).

Fra empirien ser vi først og fremst at informasjonsflyt i Innlandets beslutningsprosess er avgjørende for å holde en så strukturert prosess som mulig. Dersom vi tar utgangspunkt i spørsmålenes rekkefølge bestemmer informasjonsflyten videre hvordan en bruker informasjonen og opprettholder kontroll underveis i prosjektet (Ferreira & Otley, 2009). Våre respondenter presiserte at for å opprettholde kontrollen ble det benyttet et dokumentasjonssystem hvor alle viktige dokumenter og saker ble lagret underveis. Gjennom et strukturert og detaljert

dokumentasjonssystem sikret Sykehuset Innlandet at de ulike alternativene ble vurdert på en rettferdig måte samtidig som fremdriftsplanen ble etterfulgt.

Det siste spørsmålet omhandler hvor sterke og sammenhengende koblingene er mellom styringsmekanismene i prestasjonsstyringssystemet og måten de brukes på (Ferreira & Otley, 2009). Visjonen har vært tydelig og strategier, planer og mål er utformet i sammenheng med denne. Beslutningsprosessen har pågått over en lang periode, og våre funn antyder at prosessen i stor grad har vært koblet i samsvar med Ferreira og Otley (2009) sin modell (figur 2). Med utgangspunkt i prestasjonsstyringssystemet som en overordnet modell tyder empirien på at beslutningsprosessen til en viss grad har vært normativ. Likevel har prosessen også blitt påvirket av flere faktorer og aktører underveis.

5.1.2 Planlegging som grunnlag for kybernetisk styring

Vi finner i empirien at prosjektets økonomiske ramme påvirker de ulike elementene i Ferreira og Otleys (2009) rammeverk ved å sette grenser for faglige beslutninger. Dette kommer frem i respondentenes uttalelser. En viktig forutsetning for prosjektet blir dermed å inkludere informasjon og vurderinger som gjør at Sykehuset Innlandet kan styre etter den økonomiske rammen underveis i beslutningsprosessen. Malmi og Brown (2008) beskriver dette som kybernetisk styring hvor aktivitetene i organisasjonen kvantifiseres gjennom budsjettstyring, finansielle målesystemer, ikke-finansielle målesystemer og hybride målesystemer. Den økonomiske rammen oppleves som en viktig styringsmekanisme for prosjektet og analyser knyttet til denne presenterer vi videre som aktivitets- og kapasitetsbehov og økonomiske beregninger.

Johanson og Madsen (2013) beskriver de tre midterste kategoriene i Malmi og Browns (2008) rammeverk (figur 3) som de økonomiske styringsmekanismene; planlegging, kybernetisk styring og belønning og kompensasjon. En egen avdeling hos Sykehusbygg tar utgangspunkt i en nasjonal standardisert fremskrivningsmodell hvor de ser på fremtidige aktivitets- og kapasitetsbehov (Sykehusbygg HF, 2016). I empirien ser vi at formålet med fremskrivningene er å undersøke hvor mye areal det er behov for i fremtiden og i så måte treffe mest mulig på sykehusets størrelse innenfor den økonomiske rammen. Dette kan forstås ut fra Malmi og

Browns (2008) første økonomiske styringsmekanisme som omhandler styring gjennom planlegging. Respondentenes uttalelser viser at konsekvensene ofte er store dersom Sykehuset Innlandet overstiger den økonomiske rammen da de må kutte eller krympe arealer som møterom eller personalrom. For å unngå dette legges det inn en sikkerhetsmargin i alle kalkyler. Styring gjennom planlegging er derfor sentralt i prosjektet og fungerer som det Malmi og Brown (2008) omtaler som ex-ante form for kontroll.

Malmi og Brown (2008) deler videre styring gjennom planlegging opp i langsiktige og kortsiktige planer. I intervjuene finner vi at data fra Norsk Pasientregister som kjønn, alder, bosted, diagnoser og type behandling blir brukt som grunnlag for fremskrivningene. Deretter legger Sykehusbygg på demografiske effekter som betyr hvilke konsekvenser befolkningsutviklingen får for Sykehuset Innlandets aktiviteter over et gitt antall år. Dette kan knyttes opp mot Malmi og Browns (2008) beskrivelse av langsiktige planer som innebærer et strategisk fokus på hvordan organisasjonen skal oppnå sine mål. Videre understreker Sykehusbygg HF (2016) at dette er en viktig forutsetning for sykehusplanlegging i fremtiden da det er stor usikkerhet knyttet til Norges befolkningsutvikling.

Videre blir de demografiske effektene korrigert for effekter av kvalitative faktorer. Fra empirien ser vi at de kvalitative faktorene presenteres som en prosentvis endring gjennomgått av fagfolk. Deretter blir de samme vurderingene gjort for dagopphold og poliklinikk, men i mindre grad enn for innlagte pasienter. I tillegg til flere av de samme faktorene har Sykehusbygg lagt inn en generell effektiviseringsfaktor som betyr redusert liggetid, dette fordi behovet for poliklinikk øker i takt med omgivelsenes endringer. Våre funn viser at denne effektiviseringsfaktoren overvåkes hyppigere enn de andre fordi en ser antydninger til at liggetiden flater ut. Ettersom denne faktoren må kontrolleres oftere kan det kobles mot de kortsiktige planene og kan sies å ha et taktisk fokus for retningen av prosjektet (Malmi & Brown, 2008).

Fremskrivningsmodellen kan i så måte tolkes som et viktig styringsverktøy på flere områder i planleggingen av prosjektet til Sykehuset Innlandet, blant annet som et grunnlag for videre økonomiske beregninger. I økonomistyringssystemet til Merchant og van der Stede (2007) presenteres planlegging og budsjettering sammen, dette i motsetning til Malmi og Brown (2008)

som ser på styringsmekanismene hver for seg. Vi tar utgangspunkt i sistnevnte ved å se på videre økonomiske beregninger som en del av prosjektets kybernetiske styring, dette på bakgrunn av fremskrivningene til Sykehusbygg.

Sykehuset Innlandet har hatt flere faser i utredningsarbeidet, som vil si at de økonomiske beregningene har vært gjort flere ganger i beslutningsprosessen. Våre funn viser at de økonomiske beregningene er gjort på bakgrunn av flere analyser som blant annet har omhandlet hvordan de driver faget, hvor mange som skal jobbe der, hvor mye teknologi de skal ha og hvordan sykehuset skal se ut. Dette kan igjen ses i sammenheng med rammeverket til Malmi og Brown (2008) hvor de ulike delene er både avhengig av, og påvirker hverandre. Her ved at planleggingen er tett koblet opp mot kybernetisk styring.

I empirien ser vi at styring ved ”liv laga”-perspektivet skal dekke pasientens behov med tanke på de faglige kravene til pasientbehandling, samtidig som prosjektet skal være økonomisk levedyktig ved at den økonomiske bæreevnen kan opprettholdes. Videre påpeker Sykehuset Innlandet HF (2016b) i sin idéfaseutredning at en samling av de psykiatriske sykehusene vil øke den økonomiske bæreevnen. Våre funn viser at de får enda mer effekter av å legge psykiatrien sammen med somatikken i det nye hovedsykehuset. Det poengteres at de faglige argumentene veier tyngst, men at en økonomisk effekt kan ses på som en bonus. Dette kan forstås ut fra Pettersen et al. (2008) som påpeker at styring i offentlig helsesektor handler om prioriteringer hvor målet er å gi pasientene best mulig tjenestetilbud ut fra deres behov.

Respondentenes uttalelser viser at å samle hele Sykehuset Innlandets virksomhet i hovedsykehuset vil gi størst effekt, dette på bakgrunn av lavere investeringer på flere områder. Dette alternativet koster derimot mer enn Sykehuset Innlandet har fått penger til, altså utenfor den økonomiske rammen på 8,65 milliarder kroner. Dersom prosjekteierne igangsetter tiltak som fører til endringer eller avvik fra opprinnelige planer, brukes kybernetisk styring som grunnlag for beslutningstaking (Malmi & Brown, 2008). For å unngå å overstige den økonomiske rammen viser intervjuene at de måtte vurdere et annet alternativ som befinner seg akkurat innenfor den økonomiske rammen. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2019) omhandler dette alternativet at spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig

spesialisert rusbehandling skal samles i ett hovedsykehus, men at det i tillegg skal være drift i to av dagens somatiske sykehus. På bakgrunn av dette tolker vi det som at valg av alternativ skal være basert på en faglig beslutning, men at den økonomiske rammen helt klart spiller en viktig rolle i beslutningsprosessen. Hall (2010) hevder at økonomisk kvantifiserbar informasjon bare er en del av et større informasjonssett som beslutningstakere bruker til å fatte beslutninger. Det kan derfor forstås som at faglige og økonomiske vurderinger må ses i sammenheng. I empirien ser vi at disse vurderingene henger nøye sammen fordi mangel på økonomisk bærekraft vil bety reduserte penger til drift, noe som i neste omgang vil påvirke pasientene negativt.

Mellemvik et al. (1988) beskrev økonomisk informasjon i form av planer, handlinger og visjoner som rapporteres gjennom forskjellige regnskapsverktøy. Ettersom formålet i idéfasen var å se på totaløkonomien kom det frem i respondentenes uttalelser at Sykehuset Innlandet ikke tok i bruk formelle regnskapsverktøy. De brukte derimot standardiserte excel-baserte økonomimodeller som Helse Sør-Øst har laget for alle helseforetakene som planlegger sykehus i området. Disse inneholdt relevante kostnader og ble beskrevet som detaljerte nok til deres bruk. På bakgrunn av empirien tolker vi disse økonomimodellene som Malmi og Browns (2008) beskrivelse av budsjetter, hvor de har en evne til å koble sammen store deler av organisasjonens aktiviteter i en omfattende plan. En slik form for budsjettstyring skal ifølge Malmi og Brown (2008) sikre at beslutninger om prosesser og ressursfordeling blir gjennomført i henhold til prosjektets mål. Ettersom flere av prosjektets beslutninger må styres etter den økonomiske rammen, mener vi at Malmi og Browns (2008) kybernetiske styring spiller en viktig rolle i endringen av sykehusstrukturen i Innlandet.

5.1.3 Kulturell styring er viktig

I tillegg til de økonomiske styringsmekanismene i rammeverket inkluderer Malmi og Brown (2008) kulturell styring og administrativ styring. Styringssystemet som en pakke består av alle de systematiske styringsmekanismene ledelsen benytter for å sikre at de ansattes beslutninger og atferd er i samsvar med organisasjonens mål og strategier (Malmi & Brown, 2008). Ferreira og Otley (2009) har valgt å ikke inkludere kultur i sitt rammeverk, men erkjenner at både kultur og andre kontekstuelle faktorer kan være aktuelt. Våre funn viser at kulturelle faktorer har spilt en

viktig rolle underveis i Sykehuset Innlandets beslutningsprosess og er dermed relevant for vår studie.

Malmi og Brown (2008) presenterer kulturell styring som en styringsmekanisme som påvirker alle de andre mekanismene i pakken, og den plasseres derfor øverst i deres rammeverk. I empirien ser vi at Sykehuset Innlandets opptaksområde er stort og kulturen ble beskrevet som vidtfavnende og ulik. Opptaksområdet består av byer og tettsteder på begge sider av Mjøsa og det har historisk sett vært ulik kultur blant disse. Ulike subkulturer kan ifølge Martins (2002) teori om differensieringsprinsippet skape konflikter i en organisasjon, noe som kan være et potensielt problem for Sykehuset Innlandet ved en samling av flere sykehus. Respondentenes uttalelser viser at ulike ønsker og mål for den framtidige sykehusstrukturen gjør at organisasjonskulturen blant avdelingene preges av en form for konkurranse. Denne konkurransen bidrar til en frykt blant de nåværende selvstendige sykehusene knyttet til spørsmålet om hvilke sykehus som skal bestå. Dette er videre et funn som ikke kom frem i diskusjonen av Ferreira og Otleys (2009) prestasjonsstyringssystem. Malmi og Brown (2008) påpeker videre at dersom kultur brukes for å styre atferden kan den betraktes som et styringssystem. I forbindelse med beslutningsprosessen til Innlandet viser våre funn at kultur har spilt en viktig rolle. Den kulturelle styringen konkretiseres gjennom sterke interesser som påvirker beslutningsprosessen. Det er vanskelig å nå frem til konsensus når man har ulike interesser med sterke og forskjellige forventninger og krav. Dette er noe som diskuteres ytterligere i kapittel 5.2.

Respondentenes uttalelser viser videre at mistillit blant fagfolk var noe som preget kulturen i begynnelsen av prosjektet. De ulike fagmiljøene har hele tiden vært enige om at en samling til ett hovedsykehus er det beste for pasientene, men det er uenigheter knyttet til hvordan dette skal gjøres på best mulig måte. Våre funn som indikerer konflikter blant fagmiljøene støttes av Pettersen et al. (2008) som påpeker at det å holde ulike fagmiljøer fornøyde ved viktige beslutninger kan være krevende. Ved opprettelse av et nytt hovedsykehus vil de ulike kulturene samles, og det tar tid å utvikle nye kulturer for samarbeid. Tidligere studier viser at personer fra ulike kulturer kan reagere forskjellig på hvilke styringsmetoder og instrumenter som benyttes

(Chenhall, 2003). Hvordan Sykehuset Innlandet styrer og håndterer dette vil spille en rolle for om en slik samling av avdelinger blir vellykket.

5.1.4 Betydningen av kontekstuelle forhold

Teknologi og usikkerhet i omgivelsene er to av Chenhalls (2003) kontekstuelle faktorer som spiller en rolle i styringen av prosjektet til Sykehuset Innlandet, men som ikke inngår eksplisitt i styringssystemene til Malmi og Brown (2008) eller Ferreira og Otley (2009).

Utvikling av ny teknologi er en faktor det er knyttet stor spenning til og som ifølge Den norske legeförening (2014) påvirker både struktur og valg av styringssystem. Det er i hovedsak positivitet knyttet til ny teknologi, men det kommer også frem i vår empiri at det er noe skepsis forbundet med dette. Unødig tidsbruk og kostbart utstyr er blant noe av det som trekkes frem som negative sider. Videre kom det frem at helsesektoren ligger langt bak andre bransjer når det kommer til teknologisk utvikling. Respondentenes uttalelser viser at usikkerheten knyttet til den interne teknologien og de teknologiske fremskrittene i omgivelsene gjør det krevende å planlegge. Dette samsvarer med forskningen til Waterhouse og Tiessen (1978) som sier at høy usikkerhet i omgivelsene medfører utfordringer knyttet til planlegging samt vanskeligheter med å basere styringen gjennom ulike verktøy og mål. Mye av usikkerheten i prosjektet er knyttet opp mot de fremtidige aktivitets- og kapasitetsbehovene ettersom dette er beregninger som ikke utføres på bakgrunn av eksakte data, men spekulasjoner.

I empirien ser vi også at fordeler ved teknologi ikke bare kobles til nye og bedre løsninger for sykehusene, men også med tanke på at tjenester kan legges lenger ut. Desentralisering vil føre til at informasjon blir mer fordelt i organisasjonen og det vil da være viktig med en fleksibel organisasjonsstruktur (Donaldson, 2001). I tråd med Sykehuset Innlandet sine effektmål viser vår empiri at det er ønsket om å desentralisere undersøkelser ytterligere samt legge til rette for at konsultasjoner kan gjennomføres fra hjemmet eller fastlege fremfor på sykehusene. Dette for å få bedre og mer effektive pasienttilbud.

Chenhall (2003) retter fokuset på de kontekstuelle faktorenes påvirkning på organisasjoners styringssystem, og utvider dermed den tradisjonelle tankegangen rundt styringssystemer (Ittner

& Larcker, 2001). Utviklingen av ny teknologi samt usikkerhet i omgivelsene er to faktorer som særlig vil være avgjørende knyttet til Sykehuset Innlandets ønske om en økt desentralisering av tjenester. På bakgrunn av dette mener vi at kontekstuelle forhold har en betydning for styringen av prosjektet og dermed påvirker beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet.

5.2 Sterke interessenter påvirker beslutningsprosessen

Sykehuset Innlandet er organisert på åtte divisjoner med ulike typer virksomhet fordelt på førti steder i Innlandet (Sykehuset Innlandet HF, 2019). Et stort prosjekt knyttet til endring av sykehusstruktur innebærer mange aktører med ulike roller og arbeidsoppgaver. I empirikapittelet ser vi at figur 8 viser en prosjektorganisering som består av flere aktører, hvor rapporteringen og beslutningene har foregått i flere ledd. I teorikapittelet ser vi interessentmodellen (figur 5) som kan brukes til å forstå hvordan Sykehuset Innlandet arbeider for å balansere de ulike aktørenes ønsker (Nyland & Pettersen, 2018). Slike aktører definerer Freeman (1984) som interessenter som kan påvirke eller bli påvirket av oppnåelsen av organisasjonens mål. Det tyder derfor på at prosjektet må ta hensyn til mange ulike interessenters interesser, noe som også kommer frem i interessentteorien (Bakka & Fivelsdal, 2019).

I respondentenes uttalelser ser vi at det internt var vanskelig å få avdelingene til å dra i samme retning ettersom det var mange forskjellige ønsker for prosjektet. Dette er noe som har sammenheng med de kulturelle motsetningene på tvers av de ulike avdelingene i opptaksområdet. I empirien kom det videre frem at flere involverte parter gjorde det de kunne for å finne usikkerhet ved beslutninger. Usikkerhet skaper ifølge Ouchi (1977) styringsproblemer, og løsningene avhenger av tilgjengelig informasjon og hvilke typer aktører som arbeider i prosjektet. Respondentene uttalte at Sykehuset Innlandet utarbeidet en fremdriftsplan for å styre prosjektet og det var viktig å følge denne opp på møter med tanke på progresjon i prosessen, risiko for utsettelse og iverksetting av tiltak.

Nyland og Pettersen (2018) beskriver helseforetak som komplekse organisasjoner hvor mål-middel-relasjoner ofte er sammensatte og vanskelige å finne. Fra empirien ser vi at flere beslutninger i prosjektet ble tatt på bakgrunn av profesjonelt skjønn, hvorav faglige begrunnelser og erfaringer basert på tidligere arbeid ble vektlagt i stor grad. Busch et al. (2009) kaller denne

styringsformen for profesjonsstyring og påpeker at den står sterkt ved situasjoner hvor det er dårlig kausalkunnskap, uklare resultatmål og lav grad av målbare resultater. Ved en slik form for styring vil det ifølge Pettersen et al. (2008) kunne oppstå målkonflikter blant aktører med ulike interesser. Respondentenes uttalelser viser at det til tider var en krevende prosess å holde de ulike interessentene fornøyd ved beslutningstaking samtidig som en skulle bevege seg fremover i prosjektet. Ved samarbeid med eksterne interessenter har det vært benyttet kontrakter for å sikre at arbeidet ble gjennomført i henhold til de krav og ønsker som var kommunisert for prosjektet. Bruk av kontrakter kombinert med gjensidig tillitsforhold er noe som ifølge Fallan og Pettersen (2016) kan redusere behovet for overvåkning og kontroll.

Som ekstern påvirkning på beslutningsprosessen ser vi fra empirien at politikerne hadde stor påvirkningskraft. Carson et al. (2015) påpekte at eksterne interessenter ofte har en mer indirekte rolle i prosjekter og derfor bare tas hensyn til i enkelte tilfeller. Dette synes ikke å være tilfelle i dette prosjektet. Å få politisk oppslutning har vært noe av det mest krevende i prosjektet, hvor respondentene uttrykte at 90% av arbeidet har dreid seg om dette. Intervjuene viser at Sykehuset Innlandet først kunne komme seg videre i beslutningsprosessen når politikerne ble enige. Dette er noe som samsvarer med Nyland og Pettersen (2018) som forklarer at viktige beslutninger ofte vil preges av politiske aktører som har ulike meninger. Som en løsning på dette har Sykehuset Innlandet HF (2016a) aktivt orientert og involvert både kommunene og fylkeskommunene, dette som en politisk referansegruppe.

Media er en annen ekstern interessent som har vært sentral i påvirkningen av beslutningsprosessen. I empirien ser vi at mediestrukturen i Innlandet har variert i stor grad ved at fem store avisaktører har hatt ulike interesser og ønsker for retningen av prosjektet. Nyland og Pettersen (2018) tar utgangspunkt i slike motstridende interesser og påpeker at medienes formuleringer og vinklinger kan ha en påvirkning på beslutninger. Lokalmediene er en viktig kilde til oppmerksomhet for både pasienter, pårørende, fagforeninger og pasient- og brukerorganisasjoner (Figenschou et al., 2018). Respondentenes uttalelser viser at mediene forsøker å fremme sine lokale ønsker, noe som igjen påvirker politikerne og deres beslutninger for Sykehuset Innlandet. Et eksempel på dette er illustrert i vedlegg 2 ved at Gudbrandsdølen

Dagningen (2014) hevder at partier på begge sider av fylkesgrensene står mot hverandre i synet på fremtidig sykehusstruktur.

I empirien ser vi at det også har vært viktig å involvere andre interessenter som fagpersonell ved beslutninger. I idéfasen brukte de god tid på å lytte til innspill fra fagforeninger, avdelinger og divisjoner, dette for å sikre at de fikk med seg samtlige behov, ønsker og råd. I tillegg inviterte Sykehuset Innlandet til en høring i 2017 hvor 107 instanser leverte uttalelser (Sykehuset Innlandet HF, 2020), dette som en del av beslutningsprosessen vist i tidslinjen (figur 7). Økonomistyring i helsesektoren er en sammensatt prosess og evnen til å samarbeide på tvers av fagforeninger, helseforetak og det regionale helseforetaket er noe som er viktig ved beslutningstaking (Nyland & Pettersen, 2018). Respondentenes uttalelser viser at samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og Helse Sør-Øst har vært viktig, men at dette blir enda viktigere når de skal over til konseptfasen av prosjektet.

5.3 Standardisering av beslutningsprosessen

5.3.1 Sykehus som organisatoriske felt

Ifølge Pettersen et al. (2008) kan usikre omgivelser gjøre det vanskelig å beskrive virkeligheten ut fra et normativt perspektiv. I empirien ser vi at Sykehuset Innlandet som helseforetak skal vise at de prioriterer pasientens faglige behov fremfor å fokusere på god økonomistyring. Dette kan forklares ut fra institusjonell teori som fokuserer på hvordan organisasjoner tilpasser seg sine institusjonelle omgivelser for å fremstå så legitim som mulig (DiMaggio & Powell, 1983).

Videre beskriver DiMaggio og Powell (1983) institusjoner som organisatoriske felt. Det vil si en samling av organisasjoner som har noen fellestrekk, for eksempel sykehus. Når flere sykehus struktureres inn i et organisatorisk felt vokser det frem sterke krefter som fører til at de blir mer homogene. Vi tolker respondentenes uttalelser som at store deler av beslutningsprosessen til Sykehuset Innlandet er et resultat av vurderinger som er gjort av andre sykehus. Med bakgrunn i dette kan det tyde på at sykehusene som blir bygget i nyere tid vil ha store likhetstrekk.

5.3.2 Ulike eksterne press på tilpasning i prosjektet

I empirien ser vi at Sykehusbygg som et felleseid foretak skal være et kompetansemiljø for prosjektene i Norge ved å bidra til strømlinjeforming og standardisering av prosessene. Dette kan forstås ut fra normativ isomorfisme hvor en slik form for standardisering kan skape en likhet med tanke på struktur og prosedyre blant Sykehuset Innlandet og andre helseforetak (DiMaggio & Powell, 1983). Sykehuset Innlandet har blant annet hatt flere møter med sykehuset i Drammen hvor de har hentet inn erfaringer knyttet til sykehusplanlegging og dermed brukt tilsvarende metoder i eget prosjekt. De har også hatt mye kontakt med det regionale helseforetaket på grunn av deres kunnskap om andre helseforetak som er eller har vært i samme situasjon.

En av Sykehusbyggs hovedoppgaver er å lage veiledere og standarder for hvordan en skal gjennomføre prosjektene. Formålet med dette er å velge det prosjektet som samsvarer med helseforetakets strategi. I intervjuene ser vi at Sykehuset Innlandet har forholdt seg til gjeldende veileder til enhver tid, dette som et resultat av at de må innrette seg etter forventninger i samfunnet. DiMaggio og Powell (1983) beskriver dette som tvangsmessig isomorfisme. Ettersom alle sykehusprosjektene bruker den, gir veilederen grunnlag for standardisering. Hensikten er likevel ikke at alle sykehusene skal være like og det er derfor mulig for prosjektene å tilpasse den ut fra egne behov. Ifølge Myrbostad et al. (2010) må sykehus også innrette arbeidet etter føringer som fremgår av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette samsvarer også med respondentenes uttalelser. Myrbostad et al. (2010) forteller videre at sykehusplanlegging er en krevende prosess som betyr at en veileder og felles plan kan medføre større forutsigbarhet og trygghet i beslutningene som blir fattet.

Et annet eksternt press eller påvirkning finner vi ved at Sykehuset Innlandet sammenligner seg med andre prosjekter. Dette gjør de på bakgrunn av kunnskap om andre helseforetak og hvordan de organiserer seg andre steder i landet. Dette ble beskrevet som en krevende øvelse da helseforetakene ofte er forskjellige på flere områder. Forklaringen på hvorfor de likevel velger å bruke sammenligninger kan finnes i imiteringsmessig isomorfisme. Her kopierer en andre organisasjoner innenfor samme organisatoriske felt fordi de ønsker å tilpasse seg deres løsninger (DiMaggio & Powell, 1983). Prosjektets økonomiske ramme ble også utformet på bakgrunn av sammenligninger da sykehuset i Østfold og sykehuset i Drammen nylig har vært igjennom den

samme prosessen. På denne måten kan organisasjoner i samme bransje oppfattes som mer legitime overfor omgivelsene (DiMaggio & Powell, 1983).

På den ene siden utledes de tre formene for isomorfisme av forskjellige betingelser og har derfor en effekt på Sykehuset Innlandets egenskaper på ulike måter, mens på den andre siden ser vi at de tett kan knyttes opp mot hverandre. Hensikten med både sammenligningene, veilederen og møtene er å standardisere sykehusprosjektene. På denne måten blir prosjektstyringen og beslutningene fattet på bakgrunn av et godt informasjonsgrunnlag og fører til en så strukturert beslutningsprosess som mulig.

5.4 En rasjonell eller tilfeldig beslutningsprosess?

Aktørene i Sykehuset Innlandet må ta stilling til en rekke små og store beslutninger. Et slikt stort prosjekt kan dermed fremstå som uoversiktlig og tilfeldig, noe Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver som en garbage-can modell, som viser en tilfeldig beslutningsprosess. Selv om beslutningsprosessen i Innlandet har vært langvarig og kompleks, tolker vi respondentenes uttalelser som at prosessen likevel ikke har vært tilfeldig. Dette kan forstås ut fra den rasjonelle beslutningsprosessen (figur 6) hvor det første steget er identifikasjon av et problem (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Respondentenes uttalelser viser at behovet for en fremtidsrettet sykehusstruktur strekker seg helt tilbake til etableringen av Sykehuset Innlandet i 2001. Det er tydelig at sykehusstrukturen i Innlandet har vært dels fragmentert og kostnadskrevende over mange år, noe som tidlig ble definert som et generelt problem. For å få startet riktig behandling tidligst mulig, ble det fra faglig hold presisert at det ved den nye sykehusstrukturen til Sykehuset Innlandet må være spesialister i front slik at det blir tatt gode beslutninger raskt og effektivt. En slik samling av kompetanse innenfor viktige fagområder gjør at pasientene kan få tverrfaglig, spesialisert behandling på ett sted (Sykehuset Innlandet HF, 2016b).

Det andre steget i den rasjonelle beslutningsprosessen omhandler innsamling av informasjon og vurderinger (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Dette arbeidet kan sies å ha pågått fra behovet oppstod og frem til den nye strategiske utviklingsplanen ble utformet i 2014. Videre fortsatte innsamlingen av informasjon frem til idéfaserapporten ble presentert i 2016. I idéfaserapporten ble det utredet flere modellalternativer med ulik grad av samling og aktivitet. Dette kan sies å

være det neste steget i beslutningsprosessen som omhandler valg mellom alternativer, hvor en sammenligner de ulike alternativene for å se hvilket som best dekker de fremtidige behovene (Jacobsen & Thorsvik, 2013). De aktuelle alternativene skulle utredes på et overordnet nivå i idéfasen. Ifølge Sykehuset Innlandet HF (2016b) ble kostnader og behov vurdert opp mot de økonomiske realitetene for både de nye alternativene og for videreføring av dagens alternativ, nullalternativet.

Det siste steget i den rasjonelle beslutningsprosessen tar for seg iverksetting av handlingsalternativ (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I empirien ser vi at beslutningsprosessen er organisert slik at delprosjektene har rapportert til prosjektledelsen som videre har rapportert til styringsgruppe og prosjekteier. Prosjekteier la deretter frem saker for styret i Sykehuset Innlandet. Dette er en langvarig prosess som er vedtatt på tre beslutningsnivåer. I 2017 vedtok Sykehuset Innlandet det fremtidige målbilde før saken ble oversendt til Helse Sør-Øst for videre behandling. Helse Sør-Øst gjennomgikk idéfaseutredningen i begynnelsen av 2019 og vedtok kort tid etterpå at spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle samles i nytt hovedsykehus. Til slutt godkjente helseministeren det fremtidige målbilde i mars 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Denne fasen i prosjektet oppfatter vi som ganske sammensatt og omfattende.

Ifølge Teale et al. (2003) er prosjekter i et område preget av endring og usikkerhet. I et sårbart prosjekt som Sykehuset Innlandets vil frykten for at det ikke skal realiseres være der til enhver tid. Usikkerhet kan påvirke beslutningstakerens atferd og dermed gjøre beslutningssituasjoner mer komplekse (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Våre respondenter uttrykker liten grad av usikkerhet rundt beslutningene, mye på grunn av den politiske referansegruppen som videre ble beskrevet som en trygghet i små og store beslutninger. For at beslutningsgrunnlaget skulle bli så godt som mulig, ble det også som en del av prosessen gjort en grundig jobb i innsamling av informasjon og vurderinger. Dette var blant annet viktig for at beslutningstakerne i Sykehuset Innlandet skulle føle seg trygge på å ta gode valg.

Jacobsen og Thorsvik (2013) hevder at tidspress er et annet trekk ved situasjonen som kan påvirke beslutningstakerens atferd. Våre respondenter uttrykker at en selv avgjorde hvor mye tid

en ville bruke i idéfasen og utover i prosessen. Tidsbruk i beslutningsprosessen ble beskrevet som det motsatte av en knapphetsfaktor, altså at prosessen var tidkrevende. Det kom tydelig frem at det var flere forhold aktørene måtte ta hensyn til, noe som førte til en langsom prosess. Videre er Innlandet et stort geografisk område hvor risikoen for feilinformasjon og misforståelse av informasjon ble beskrevet som stor. Det kom blant annet frem at de som sitter nærmest administrerende direktør og styret hadde mer informasjon enn andre. I beslutningssituasjoner kan dette forstås som informasjonsasymmetri hvor noen er bedre informert om relevante forhold enn andre (Douma & Schreuder, 2017). Når en beslutningstaker har for lite informasjon oppstår det usikkerhet, og det blir derfor vanskelig å handle ut fra en rasjonell tankegang (Simon, 1955). Fra empirien ser det ut til at dette kan ha skapt konflikter i form av motstand og misnøye fra de andre interessentene i prosjektet.

Med bakgrunn i flere av påvirkningsfaktorene tolker vi beslutningsprosessen til Sykehuset Innlandet som både rasjonell og mindre rasjonell på mange måter. På den ene siden har prosessen vært styrt fra begynnelsen av, noe som tyder på at det har vært ønskelig med en rasjonell beslutningsprosess. På den annen side ser vi trekk av en tilfeldig beslutningsprosess ettersom det har vært noe usikkerhet og informasjonsasymmetri underveis i prosessen.

6. Konklusjon og implikasjoner

I denne utredningen har vi undersøkt økonomistyrings rolle i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet. I kapitlet foran har vi diskutert studiens viktigste resultat. Her gjør vi en oppsummering av de viktigste funnene, og vi presenterer studiens begrensninger. Videre gjør vi rede for utredningens praktiske og teoretiske implikasjoner, før vi avslutningsvis presenterer våre forslag til videre forskning.

6.1 Konklusjon

Denne studien har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvilken rolle har økonomistyring i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet?* Gjennom den empiriske studien har vi funnet flere svar på problemstillingen. På bakgrunn av våre funn vil vi konkludere med at økonomistyring har en sentral rolle i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet, dette ved at de må ta hensyn til flere forhold for å sikre effektiv gjennomføring av prosjektet.

For det første fant vi at beslutningsprosessen oppleves som lang, kompleks og tidkrevende. Siden etableringen av Sykehuset Innlandet i 2001 har det vært behov for endring på flere områder. Prosjektets økonomiske ramme var begrensende ved beslutninger i form av at de faglige premissene måtte justeres og har dermed fungert som en overordnet styringsmekanisme i prosjektet. Sykehusbyggs fremskrivninger av aktivitets- og kapasitetsbehov samt økonomiske beregninger har i så måte vært sentrale styringsmekanismer for å ikke overstige denne rammen. Videre viser våre funn at den økonomiske styringen til en viss grad har vært normativ ved at styringsmekanismer som visjon, strategi, mål og struktur har hatt sterke og sammenhengende koblinger. Likevel ble beslutningsprosessen påvirket av kontekstuelle faktorer som kulturelle motsetninger, teknologisk utvikling og usikkerhet i omgivelsene, noe som tyder på at prosessen ikke har vært fullstendig normativ.

For det andre fant vi at prosjektet engasjerte mange og beslutningene ble derfor påvirket av sterke interessenters ulike ønsker for hvordan endringen av sykehusstrukturen skulle styres. Internt var det vanskelig å få styrt avdelingene til å dra i samme retning, mens det eksternt

oppstod press fra det regionale helseforetaket, fagpersonell, media og politikere. Å få politisk oppslutning har vært noe av det mest krevende i prosjektet. I så måte har Sykehuset Innlandets politiske referansegruppe hatt en sentral rolle når det kom til arbeidet med å få enighet blant de politiske aktørene.

Dessuten fant vi at styringen av prosjektet var standardisert i stor grad ved å være et resultat av tidligere sykehusplanlegginger. Beslutningsprosessen ble gjennomført på bakgrunn av kunnskap om andre helseforetak og hvordan de er organisert andre steder i landet. Møter med det regionale helseforetaket og andre helseforetak var i så måte viktig for å innhente erfaringer, både positive og negative. Videre ble føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan og Sykehusbyggs veileder brukt som standarder for sykehusplanlegging. Slik innsamling av informasjon fra sammenligninger, møter og veiledere ble gjort for å øke beslutningskvaliteten og dermed få en mer strukturert beslutningsprosess.

I tillegg fant vi at beslutningsprosessen på mange måter kunne ses på som både rasjonell og tilfeldig. Prosessen har vært grundig styrt fra begynnelsen av, noe som tyder på at det har vært ønskelig med en rasjonell beslutningsprosess hvor de følger stegene i en bestemt rekkefølge. Det er likevel trekk av en tilfeldig beslutningsprosess ettersom beslutningene underveis har båret preg av noe usikkerhet, tidsbruk og informasjonsasymmetri.

6.2 Begrensninger ved studien

Vi har gjennomført syv dybdeintervjuer med respondenter fordelt mellom Sykehuset Innlandet og Sykehusbygg. Det kan argumenteres for at det ville vært hensiktsmessig å intervju flere personer i studien, noe som ville gitt flere innspill og synspunkter. Dette er noe som er svært tidkrevende, og vi anser at vi har snakket med et akseptabelt antall utvalg av sentrale personer. Vi har gjennomført intervjuer med personer som både arbeider med prosjektet i dag og med personer som deltok i prosjektet fra begynnelsen av. Vi har ikke intervjuet personer fra brukerutvalg eller politikere, noe som kunne vært interessant med tanke på å få synspunkter fra andre sentrale interessenter i prosjektet.

En annen begrensning ved studien er at arbeidet med prosjektet til Sykehuset Innlandet startet for mange år siden. Respondentene kunne dermed ha utfordringer med å huske detaljer fra begynnelsen av prosessen. I vår studie var dette vanskelig å unngå da idéfasen av prosjektet enda ikke er avsluttet. Vi kunne valgt en spesifikk beslutning knyttet til en senere fase, men vi mener likevel at denne begrensningen ikke har betydelig effekt på vår studie.

6.3 Praktiske og teoretiske implikasjoner

Ved hjelp av våre funn kan Sykehuset Innlandet få en oversikt over hvordan den økonomiske styringen har foregått underveis, og hvordan dette har påvirket beslutningsprosessen. Videre håper vi at denne utredningen kan være til nytte for lignende sykehusprosjekter i fremtiden. Våre funn viser at beslutningsprosessen til Sykehuset Innlandet oppleves som lang og kompleks. Dette kan danne grunnlag for at videre forskning bør se enda nærmere på årsaken til dette. I tillegg har vi tydeliggjort hvilke interessenter det er viktig å ta hensyn til ved slike prosjekter. Det er naturligvis vanskelig å generalisere ettersom dette er noe som vil variere fra sted til sted, men det kan være mulig å benytte våre funn som et utgangspunkt.

Vi vil videre foreslå å forske på hvordan en kan effektivisere beslutningsprosesser knyttet til økonomisk styring gjennom planlegging, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur, teknologiske løsninger, økonomiske beregninger, interessentenes påvirkning samt bruk av veiledere og standarder. Våre funn viser at samtlige vurderinger spiller en rolle i beslutningsprosessen og dermed bidrar til effektiv ressursbruk på ulike måter. I videre forskning kan en undersøke om de enkelte vurderingene kan effektiviseres hver for seg samt gjøre analyser som ser de opp mot hverandre.

Deretter vil vi foreslå å gjennomføre en tilsvarende studie som vår, men fremfor å fokusere på prosessen frem til idéfasen, heller undersøke hvilken rolle økonomistyring har i konseptfasen eller byggefasen av prosjektet. Dette for å undersøke prosjektets styring, kostnader og behov på et mer detaljert nivå ettersom økonomiske analyser og fremskrivninger skal oppdateres og detaljeres. I tillegg skal det regionale helseforetaket overta arbeidet i konseptfasen, noe som betyr at prosjektets struktur blir noe annerledes da arbeidet skal utføres på et høyere

beslutningsnivå. Dette er noe som kan være et spennende og interessant fenomen å undersøke videre.

Referanseliste

- Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: A framework for analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Bakka, J. F. & Fivelsdal, E. (2019). *Organisationsteori: Struktur, Kultur, Processer* (7. utg.). København: Djøf forlag.
- Bell, E., Bryman, A. & Harley, B. (2019). *Business research methods* (5. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Brunsson, K. & Brunsson, N. (2015). *Beslutninger*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J. O. (2009). *Økonomistyring i det offentlige* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Carson, S. G., Kosberg, N., Skauge T. & Laudal, T. (2015). *Etikk for beslutningstakere*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: Findings from contingency based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28(2), 127-168.
- Den norske legeforening (2014). *Sykehus for fremtiden: Innspill til nasjonal sykehusplan* (Statusrapport 2014). Oslo: Den norske legeforening.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- Donaldson, L. (2001). *The contingency theory of organizations*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Douma, S. & Schreuder, H. (2017). *Economic approaches to organizations* (6. utg.). Harlow: Pearson Education.
- Enderud, H. (2003). *Beslutninger i organisationer: I adfærdsteoretisk perspektiv*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Erichsen, M., Solberg, F. & Stiklestad, T. (2015). *Ledelse i små og mellomstore virksomheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fallan, L. & Pettersen, I. J. (2016). *Bedriftsøkonomiske atferdsteorier: Endrede perspektiver på atferd, koordinering og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Ferreira, A. & Otley, D. (2009). The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management Accounting Research*, 20(4), 263-282.
- Figenschou, T. U., Larsen, A. G. & Thorbjørnsrud, K. (2018). *Lokal helse og omsorg i mediene: Mediepåvirkning på nært hold* (Rapport 2018:9). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.
- Gudbrandsdølen Dagingen. (2014, 12. september). Blått lys for nytt Mjøssykehus. *GD, Meninger*. Hentet fra <https://www.gd.no>
- Hall, M. (2010). Accounting information and managerial work. *Accounting, Organizations and Society*, 35(3), 301-315.
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori: Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helsedirektoratet. (2011). *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* (IS-1369 Veileder). Oslo: Helsedirektoratet, avdeling sykehustjenester.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan - i korte trekk*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: Kortversjon*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Helse Sør-Øst RHF. (2019). *Gjennomgang av idéfaseutredning fremtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet*. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/>
- Helse Sør-Øst RHF. (2020). *Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet*. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/>
- Hovland, P. (2019, 30. januar). Veien mot mjøssykehus: Se OAs tidslinje for sykehuskampen. *Oppland Arbeiderblad*. Hentet fra <https://www.oa.no/>
- Ittner, C. D. & Larcker, D. (2001). Assessing Empirical Research in Managerial Accounting: A Value-Based Management. *Journal of Accounting and Economics*, 32(1), 349-410.
- Jacobsen, D. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagforlaget.

- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johanson, D. & Madsen, D. Ø. (2013). Økonomisk styring i Norge. *Magma*, 16(6), 18-20.
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzel.
- King, R., Clarkson, P. & Wallace, S. (2010). Budgeting practices and performance in small healthcare businesses. *Management Accounting Research*, 21(1), 40-55.
- Langfield-Smith, K. (1997). Management control systems and strategy: A critical review. *Accounting, Organizations and Society*, 22(2), 207-232.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management Control Systems as a Package - Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19(4), 287-300.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- March, J. G. (1994). *A primer on decision making: How decisions happen*. New York: Free press.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture*. London: Sage Publications.
- Mellemvik, F., Monsen, N. & Olson, O. (1988). Functions of accounting - a discussion. *Scandinavian Journal of Management*, 4(3), 101-119.
- Mellemvik, F. & Olson, O. (1996). *Regnskap i forandring: Utvikling, spredning og bruk av kommuneregnskap*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Merchant, K. A. & van der Stede, W. A. (2007). *Management control systems: Performance measurement, evaluation and incentives* (2. utg.). Harlow: Prentice Hall/Financial Times.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Myrbostad, A., Rohde, T., Martinussen, P. & Lauvsnes, M. (2010). *Regime for planlegging og beslutning i sykehusprosjekter* (Concept rapport nr. 25). Trondheim: Concept-programmet.
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Nyeng, F. (2017). *Hva annet er også sant?: en innføring i vitenskapsfilosofi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten - likhet eller mangfold? *Magma*, 13(4), 27-35.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse: Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Otley, D. (1980). The contingency theory of management accounting: Achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4), 413-428.
- Otley, D. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10(4), 363-382.
- Otley, D. (2016). The contingency theory of management accounting and control: 1980-2014. *Management Accounting Research*, 31(1), 45-62.
- Ouchi, W. G. (1977). The Relationship between Organizational Structure and Organizational Control Mechanisms. *Administrative Science Quarterly*, 22(1), 95-113.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pihl, R. (2020, 22. januar). *Danmark*. Hentet fra <https://snl.no/Danmark>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rockart, J. F. (1979). Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*, 57(2), 81-93.
- Scapens, R. W. (1990). Researching management accounting practice: The role of case study methods. *The British Accounting Review*, 22(3), 259-281.
- Simon, H. (1955). A Behavioral Model of Rational Choice. *Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118.
- Simons, R. (1995). Control in an age of empowerment. *Harvard Business Review*, 73(2), 80-88.
- Sykehusbygg HF. (2016). *Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot 2040*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/>
- Sykehusbygg HF. (2017). *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Hentet fra <https://sykehusbygg.no/>
- Sykehuset Innlandet HF. (2004, 15. september). Etablering, integrasjon og omstilling av seks somatiske og to psykiatriske sykehus 2003-2006. Hentet fra <https://docplayer.me/19427761-Sykehuset-innlandet-hf.html>

- Sykehuset Innlandet HF. (2014). *Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/>
- Sykehuset Innlandet HF. (2016a). *Sak nr 024-2016: Deltakelse i styret fra politisk referansegruppe*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/>
- Sykehuset Innlandet HF. (2016b). *Idéfaserapport for fremtidig sykehusstruktur*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/>
- Sykehuset Innlandet HF. (2016c). *Strukturelle løsningsmodeller: Sammendrag av delrapporter*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/>
- Sykehuset Innlandet HF. (2016d). *Økonomiske analyser av Sykehuset Innlandets idéfase*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/>
- Sykehuset Innlandet HF. (2017). *Tilleggsrapport til Sykehuset Innlandets idéfase*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/>
- Sykehuset Innlandet HF. (2019, 9. april). Fakta. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss/fakta>
- Sykehuset Innlandet HF. (2020, 19. februar). Framtidig sykehusstruktur. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/framtidig-sykehusstruktur>
- Tansey, O. (2007). Process Tracing and Elite Interviewing: A Case for Non-probability Sampling. *PS: Political Science and Politics*, 40(4), 765-772.
- Teale, M., Dispenza, V., Flynn, J. & Currie, D. (2003). *Management decision-making: Towards an integrative approach*. New York: Prentice Hall/Financial Times.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Waterhouse, J. H. & Tiessen, P. (1978). A contingency framework for management accounting systems research. *Accounting, Organizations and Society*, 3(1), 65-76.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.

Vedlegg 1: Kart over Sykehuset Innlandets virksomhet



(Sykehuset Innlandet HF, 2019)

Vedlegg 2: Lokalmedienes påvirkning

MENINGER

Blått lys for nytt Mjøssykehus



ENDRINGER?: Fagfolk tar til orde for strukturendringer i sykehusenes pasienttilbud. Politikere vil gjerne styrke sykehusene nærmest seg selv. Foto: Torbjørn Olsen

12. september 2014, kl. 14:48

Artikkelen er over 5 år gammel

Partier på begge sider av fylkesgrensene står mot hverandre i synet på framtidig sykehusutbygging. I Hedmark er det også uenighet innad i Hedmark Ap. Færre og færre ønsker seg et nytt hovedsykehus. Kortsiktige endringer i høst kan bli varige løsninger.

GD MENER Det er bare å innse det: Det finnes ingen politisk begeistring og mobilisering i Hedmark og Oppland for å bygge et nytt storsykehus i Mjøsregionen.

Oppland Arbeiderparti har lagt fram sitt forslag til fylkesprogram for kommende fire år – fra 2015–2019. Forslaget inneholder ikke et eneste ord om nytt sykehus.

Derimot tas det til orde for at sykehusene i Gjøvik, Lillehammer og Reinsvoll «består og utvikles ved at de sikres investeringsmidler og driftsgrunnlag» for befolkningens framtidige behov.

Tilsvarende: Hedmark Ap er fullt opp av interne motsetninger for videre sykehusutvikling. Elverum Ap krever at Elverum skal være hovedsykehus for Elverum, mens Ap-ordførerne i Hamar og Ringsaker fortsatt ber for et Mjøssykehus.

De to sistnevnte kritiserer Einar Busterud som på ny entrer manesjen som ordførerkandidat i Hamar. Der får han støtte fra Høyres ordførerkandidat, Knut Fangberget. Begge ivrer for et nytt sykehus - for Hamarregionen.

<https://www.gd.no/meninger/blatt-lys-for-nytt-mjossykehus/s/1-934610-7580322>

Side 3 av 7

(Gudbrandsdølen Dagingen, 2014)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til respondenter

Vil du delta i vår masteroppgave

”Økonomistyring i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor formålet er å undersøke hvilken rolle økonomistyring har i beslutningen om å endre sykehusstrukturen i Innlandet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for studien og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to mastergradsstudenter i Økonomi og administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen i Trondheim og arbeider for tiden med den avsluttende masteroppgaven. Vi har begge vokst opp i Innlandet og har arbeidserfaring innen helsesektoren, noe som gjorde dette til et naturlig valg av tema for oss. Temaet for masteroppgaven er «Økonomistyringens rolle i beslutningsprosessen knyttet til endringen av sykehusstrukturen i Innlandet».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få oversikt over beslutningsprosessen ønsker vi å intervju et utvalg på 5-8 personer av de som har vært en del av denne prosessen, både økonomiansvarlige og andre. Vi ønsker å avgrense omfanget til prosjektets idéfase, og henvender oss derfor til deg for å undersøke om du har anledning til å sette av tid til et intervju.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, innebærer det at du stiller til intervju. Det vil ta deg ca. 60 minutter. Det er ikke nødvendig at du forbereder noe til intervjuet. Vi forbereder en intervjuguide på forhånd. Denne inneholder spørsmål om din rolle i prosjektet knyttet til ny sykehusstruktur samt din organisasjons rolle i prosjektet. Vi vil benytte lydopptak og ta notater underveis.

Frivillig deltakelse

Deltakelsen er frivillig og du har mulighet til å trekke deg når som helst, uten å begrunne dette nærmere. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Ved NTNU er det kun vi og veileder som vil ha tilgang på data. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter studien?

Opplysningene anonymiseres når studien avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 28.05.20. Ved prosjektslutt vil vi slette alt av personopplysninger og lydopptak.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- NTNU ved vår veileder Inger Johanne Pettersen,
på e-post: inger.j.pettersen@ntnu.no eller på telefon: 73 55 90 13.
- NTNU ved vårt personvernombud Thomas Helgesen,
på e-post: thomas.helgesen@ntnu.no eller på telefon: 93 07 90 38.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av studien, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen,

Sigurd Bølla Riseng

E-post: sariseng@stud.ntnu.no

Telefon: 90 72 93 49

Martine Schumacher Engedal

E-post: martisen@stud.ntnu.no

Telefon: 41 64 00 99

Vedlegg 4: Intervjuguide økonomiske beregninger

Stilling:

Respondent:

Sted:

Rammesetting:

- Uformell prat
- Presentasjon av oss
- Presentasjon av vårt tema og formål med oppgaven
- Forespørsel om opptak
- Forklare hvordan vi har lagt opp intervjuprosessen

Bakgrunn:

1. Kan du fortelle litt om din bakgrunn?
2. Hva er din rolle som ... ved ...?
3. Hvor lenge har du vært en del av prosjektet rundt ny sykehusstruktur?
4. Hva vil du si er dine hovedoppgaver i prosjektet?
5. Har du deltatt i lignende prosjekter tidligere? Eventuelt hvilke?

Dersom ikke annet er nevnt, knyttes spørsmålene til idéfasen av prosjektet.

Generelt:

6. Hva var grunnlaget for at problemstillingen knyttet til en ny sykehusstruktur oppstod?
7. Hva er ... visjon, målsettinger og strategi for prosjektet?
8. Hvordan mener du at organiseringen og medvirkningen fra de involverte partene fungerte?
 - a) Var det fokus på tverrfaglig samarbeid?
 - b) Oppstod det uenigheter mellom de involverte partene som påvirket relevante beslutninger?
 - c) Hadde noen av de involverte partene mer innflytelse på beslutninger enn andre?
9. I hvilken grad ble Veilederen for tidligfasen i sykehusprosjekter fra Sykehusbygg HF benyttet?
10. Hvordan foregikk innsamlingen av informasjon?
11. Hvordan ble beslutningene kommunisert til de involverte partene?
12. Hvilke vurderinger ble lagt til grunn i utformingen av alternativer?
13. Hvordan påvirket omgivelsene de beslutningene som ble tatt?

14. I hvilken grad ble det satt av tilstrekkelig tid før oppstart av neste fase?
15. Kan du gi eksempler på hvilke utfordringer som oppstod?
16. I hvilken grad oppstod det usikkerhet knyttet til de beslutningene som ble tatt?
17. Hva mener du kan være fordelene og ulempene ved å samle flere små sykehus til ett stort hovedsykehus?
18. Hvordan vil iverksettingen av det valgte alternativet foregå?

Økonomiske beregninger:

19. Kan du kort beskrive hvordan de økonomiske beregningene vektlegges i de ulike fasene i prosjektet?
20. Målet for idéfasen er å utrede og avklare hvilke alternativer for fremtidig sykehusstruktur som er "liv laga". Hvordan knyttes dette opp mot økonomiske beregninger?
21. Hvordan skiller det mellom økonomisk bæreevne på prosjektnivå og helseforetaksnivå?
22. I hvor stor grad spilte den økonomiske bæreevnen inn ved valg av alternativ?
23. Den økonomiske bæreevnen øker ved samling av sentralsykehusfunksjonene innen psykisk helsevern og rus. I hvilken grad var dette avgjørende for at disse ble ønsket samlet til nytt hovedsykehus?
24. Hvilke kostnadsanalyser ble benyttet og hva ble informasjonen brukt til?
25. I hvilken grad ble nåverdianalysene vektlagt?
26. I hvor stor grad ble størrelsen på driftsgevinster vektlagt ved valg av alternativ?
27. Hvilke regnskapsverktøy ble brukt i idéfasen? (Budsjett, kalkyler, avviksanalyser).
 - a) Til hvilket formål ble disse brukt?
 - b) Opplevs disse som relevante for styring?
 - c) Er det noen regnskapsverktøy du mener burde blitt brukt i større grad for å få en bedre styring i beslutninger?
28. I hvor stor grad ble kostnadsbegrepene benyttet i idéfasen? (Faste og variable kostnader, direkte og indirekte kostnader, alternativkostnader, beslutningsrelevante kostnader).
29. Ble det skilt mellom kostnader på enhetsnivå, serienivå, produktnivå og bedriftsnivå når beslutninger skulle tas?
 - a) Har du eksempler på slike kostnader?
30. I hvilken grad har dere sammenlignet dere med lignende prosjekter når det gjelder økonomiske beregninger?
31. I hvilken grad ble det tatt hensyn til utvikling av teknologi ved de økonomiske beregningene?
32. Hvordan påvirket omgivelsene de økonomiske beregningene?

33. Hvordan ble den økonomiske rammen på 8.65 milliarder kroner utformet?
- a) Hvem laget dette budsjettet?
 - b) Hva inngår i dette budsjettet?
 - c) Hva skjer om Sykehuset Innlandet overstiger denne rammen?
34. Arbeidsgruppen vurderte Sykehuset Innlandets idéfaseutredning ut fra fire fagperspektiv:
- Medisin og helsefag
 - Bygg
 - HR
 - Økonomi

Hvordan ble disse fagperspektivene vektlagt? Veier noen tyngre enn andre?

Avslutning:

35. Er det noe mer du vil legge til eller som du skulle ønske vi spurte om?
36. Er det mulighet for at vi kan kontakte deg senere dersom vi har noen spørsmål i forbindelse med intervjuet?

Vedlegg 5: Intervjuguide andre forhold

Stilling:

Respondent:

Sted:

Rammesetting:

- Uformell prat
- Presentasjon av oss
- Presentasjon av vårt tema og formål med oppgaven
- Forespørsel om opptak
- Forklare hvordan vi har lagt opp intervjuprosessen

Bakgrunn:

1. Kan du fortelle litt om din bakgrunn?
2. Hva var din rolle som ... ved ...?
3. Hvor lenge var du en del av prosjektet rundt ny sykehusstruktur?
4. Hva vil du si var dine hovedoppgaver i prosjektet?
5. Hadde du deltatt i lignende prosjekter tidligere? Evt. hvilke?

Dersom ikke annet er nevnt, knyttes spørsmålene til idéfasen av prosjektet.

Generelt:

6. Hva var grunnlaget for at problemstillingen knyttet til en ny sykehusstruktur oppstod?
7. Hva var ... visjon, målsettinger og strategi for prosjektet?
 - a) Virket Sykehuset Innlandets og Helse Sør-Østs målsettinger for prosjektet som de samme?
8. Hvordan er ... organisasjonskultur?
9. Hva mener du kan være fordelene og ulempene ved å samle flere små sykehus til ett stort hovedsykehus?
10. Sykehuset Innlandet har hatt utfordringer med rekruttering innen flere fagområder. Har man noen indikasjoner på at dette vil bedres med nytt hovedsykehus?

Prosesen:

11. I hvilken grad ble Veilederen for tidligfasen i sykehusprosjekter fra Sykehusbygg HF benyttet?

12. I hvilken grad sammenlignet Sykehuset Innlandet seg med lignende prosjekter?
13. Hvordan foregikk innsamlingen av informasjon?
14. Hvilke vurderinger ble lagt til grunn i utformingen av alternativer?
15. Hvilke vurderinger ble lagt til grunn i valg av alternativer?
 - a) Hvilke metoder og verktøy brukes for å vurdere de ulike alternativene?
16. Arbeidsgruppen vurderte Sykehuset Innlandet HF sin idéfaseutredning ut fra fire fagperspektiv:
 - Medisin og helsefag
 - Bygg
 - HR
 - Økonomi

Hvordan ble disse fagperspektivene vektlagt? Veier noen tyngre enn andre?
17. I hvilken grad ble det tatt hensyn til utvikling i form av teknologi?
18. Kan du gi eksempler på hvilke utfordringer og styringsutfordringer som oppstod?
19. I hvilken grad oppstod det usikkerhet knyttet til de beslutningene som ble tatt?
20. Mener du det ble satt av tilstrekkelig tid før oppstart av neste fase?

Økonomiske beregninger:

21. Hvordan var ditt forhold til det økonomiske ansvaret i prosjektet?
22. Hvor mye tid brukte du på økonomiske oppgaver?
23. I hvilken grad deltok du i beslutninger knyttet til økonomiske beregninger?
24. Hvordan ble økonomiske beregninger benyttet i utforming og valg av alternativer?

Kontroll:

25. Hadde dere etablert et styringssystem for prosjektet? (Om virksomhetens styring har et system som omfatter *hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres* i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen). Eventuelt hvilket?
26. Hadde dere noen konkrete metoder for å opprettholde kontroll i prosjektet? Eventuelt hvilke?
27. Hvilke rutiner hadde dere for avvik og uønskede hendelser?
28. Hvilke rutiner hadde dere for risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til prosjektet?
29. I hvilken grad ble det benyttet retningslinjer som sa noe om hva som ble forventet av de involverte partene?
30. I hvilken grad ble det benyttet kontrakter?
 - a) Hva inneholdt disse kontraktene og hvem gjaldt de for?

De involverte partene:

31. Hva var rollen til styringsgruppen, prosjekteringsgruppen og arbeidsgruppen?
 - a) Hvordan ble personene valgt inn i disse?
32. Hvordan mener du at organiseringen og medvirkningen fra de involverte partene fungerte?
 - a) Var det fokus på tverrfaglig samarbeid?
 - b) Oppstod det uenigheter som påvirket relevante beslutninger?
 - c) Hadde noen mer innflytelse på beslutninger enn andre?
33. Hvordan mener du at oppgavefordelingen fungerte?
34. Hvordan ble beslutningene kommunisert til de involverte partene?
35. I hvilken grad hadde de involverte partene tilgang på samme informasjon?
36. I hvilken grad hadde de involverte partene tillit til hverandres beslutningsevne?
37. Kan det tenkes at noen holdt tilbake informasjon for å fremme egne målsettinger? Eventuelt på hvilken måte?
38. I hvilken grad var de involverte partene enige om fordelingen av ressurser?
 - a) Hvordan ble valg tatt ved uenighet?
39. Hva ble gjort for å motivere de involverte partene i prosjektet?
 - a) Ble det benyttet en form for belønning og kompensasjon?
40. Hvilke interessenter hadde en innvirkning på beslutningene som ble tatt?
 - a) Hadde politikerne noen påvirkningskraft?
 - b) Hadde leger/sykepleiere noen innspill?
 - c) Hadde media en viktig rolle?

Avslutning:

41. Er det noe mer du vil legge til eller som du skulle ønske vi spurte om?
42. Er det mulighet for at vi kan kontakte deg senere dersom vi har noen spørsmål i forbindelse med intervjuet?

