

Amalie Haug Amundsen og Heidi Marie Finsberg

# Motstand mot prestasjonsmålingssystemer i sykehus

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse

Veileder: Jonas A. Ingvaldsen

Juni 2020



Amalie Haug Amundsen og Heidi Marie Finsberg

# **Motstand mot prestasjonsmålingssystemer i sykehus**

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse  
Veileder: Jonas A. Ingvaldsen  
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for økonomi  
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse



Kunnskap for en bedre verden



# Oppgavebeskrivelse

Temaet for denne forskningen er prestasjonsmålingssystem i sykehus. Forskningen har som formål å forklare hvorfor det er motstand mot prestasjonsmålingssystem i sykehus.

Forskningen er blitt gjort gjennom en kvalitativ casestudie av Oslo Universitetssykehus. For å forklare motstand, har praksis tilknyttet prestasjonsmålingssystem blitt studert. Det er antatt at praksis formes av identitet, holdninger og interesser brukere av prestasjonsmålingssystemet har. Disse tre aspektene som former praksis og den faktiske bruken av prestasjonsmålingssystemet er diskutert.

Oppgavens forskningsspørsmål er følgende: «*Hvorfor er det motstand mot prestasjonsmålingssystemer i sykehus?*»

# Forord

Følgende masteroppgave i Strategisk endringsledelse er skrevet våren 2020 ved Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU). Oppgaven er det avsluttende arbeidet av en femårig sivilingeniørgrad i Industriell økonomi og teknologiledelse.

Vi vil benytte anledningen til å takke vår veileder Jonas A. Ingvaldsen for god oppfølging, gode innspill og viktige faglige diskusjoner i denne prosessen. Videre ønsker vi å takke Matthias Baaske ved Oslo universitetssykehus (OUS) for tilrettelegging av kontakt med ansatte ved sykehuset og god innføring i OUS som en kompleks organisasjon. Vi ønsker også å rette en takk til studentgruppen som delte sitt datamateriale med oss, som dannet grunnlaget for denne oppgaven.

Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet

Trondheim, 15.06.2020

Amalie Haug Amundsen og Heidi Marie Finsberg



# Sammendrag

Denne oppgaven har studert hvorfor det er motstand mot prestasjonsmålingssystemer (PMSer) i sykehus. Et PMS benyttes til å evaluere prestasjon, slik at forbedringer og utfordringer kan identifiseres. Motstand betraktes i denne oppgaven som noe brukerne rasjonelt sett kan ha grunn til å yte. Motstand betraktes også som noe ikke-binært. Det betyr at en bruker behøver ikke å være enten mot eller for PMSet, men at graden av motstanden kan befinne seg mellom ingen og fullstendig. Motstand mot PMS i sykehus er forsket på gjennom å studere praksis. Årsaken til dette er at motstand kan forstås som en del av en praksis, og må følgelig studeres situert i praksisen. Motstand antas ofte å være noe irrasjonelt knyttet til enkeltindivider som et resultat av endring. Denne forskningen presenterer derimot en forklaring på hvorfor brukerne motsetter seg PMS i sykehus som ikke direkte bunner ut i irrasjonalitet og frykt.

Opgaven er basert på empiri fra casen Oslo universitetssykehus. Analysen av datamateriale ender opp i en forklaringsmodell. Forklaringsmodellen består av elleve temaer som sammensatt gir en forklaring på hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus. Temaene er utfallet av analysen der komponentene «verktøyet PMS», «praksis», «holdninger», «identitet» og «interessenter» har vært veiledende. «Verktøyet PMS» innebærer systemet som en materiell komponent, «praksis» er gjentakende handlinger, og de tre sistnevnte er faktorer som er med på å forme praksis. Komponentene utgjør fokusområdene motstanden ligger i, og vil sammen kunne gi den sammensatte forklaringen for hvorfor motstand eksisterer.

Overordnet presenterer forklaringsmodellen at motstanden mot PMS er knyttet til en profesjonskamp mellom ulike interessenter som forsterkes av inkonsistente målsettinger og grunnleggende holdninger som står i konflikt med PMSet. Det fremkommer å eksistere grunnleggende holdninger hos brukerne knyttet til at arbeidet på sykehus ikke kan fastsettes i enkle indikatorer, samt at bestemmende ledelse på høyere nivåer etterstreber styring og kontroll over arbeidet. Disse grunnleggende holdningene, sammen med en identitet knyttet til høy grad av autonomi og et PMS med mangler, bidrar til å forsterke motstand mot PMSet. Graden av motstanden mot PMSet kommer til uttrykk gjennom en selektiv bruk av PMSet.

Det er kjent at det er motstand mot PMS i sykehus, og denne oppgaven bidrar til forskning ved å forklare hvorfor denne motstanden eksisterer. Forklaringene for motstanden tilknyttet komponentene holdninger, identitet og interessenter vil være mulig å overføre til andre sykehus enn oppgavens forskningsobjekt. Videre fremkommer det av studien at praktikere vil



kunne bidra til å redusere motstanden ved å motvirke temaene: lite dynamisk PMS, høyt aggregeringsnivå på måltallene, lite brukervennlig system og mangelfull opplæring i PMS. Likevel vil det kunne forbli noen grad av motstand mot PMS i sykehus fordi temaene knyttet til holdninger, identitet og delvis interesser er relativt uforanderlige.

# Abstract

In this master's thesis, we have studied why there is resistance to performance measurement systems (PMS) in hospitals. A PMS is used to assess performance, so that improvements and challenges can be identified. In this thesis, actor's resistance is considered to have a rational explanation. Further, resistance is considered to be non-binary. This means that a user of the PMS does not have to either totally resist or not resist the system at all, but the resistance may be somewhere in between. Resistance to PMS in hospitals is researched through studying practice. The reason for this, is that resistance can be understood as being a part of practice, and consequently needs to be studied situated in practice. Resistance is often assumed to be an irrational expression of an individual as a result of a change. However, this research provides an explanation, which is not based on irrationality and fear, to why users resist PMS in hospitals.

This research is based on empiricism from the case Oslo University Hospital. The analysis of the data material results in an explanatory model. The model consists of eleven themes that composes an explanation as to why there is resistance to PMS in hospitals. The themes are the outcome of the analysis that has been guided by the components: "The tool PMS", "practice", "believes", "identity" and "interests of stakeholders". "The tool PMS" involves the system as a material component, "practice" is repetitive actions, and the three latter themes are factors that forms practice. The components constitute the areas where resistance can be found, and together they provide the composite explanation of why resistance exists.

The explanatory model presents that resistance to PMS is linked to differences in professions between different stakeholders, which is enhanced by inconsistent objectives and basic believes that is conflicting with the PMS. It appears that the users of the PMS have the basic believes that their work cannot be determined in simple indicators and that the management at higher levels in the hierarchy strives to monitor and control their work. These basic believes, along with a high degree of autonomy being a part of identity and an inadequate PMS contribute to enhance resistance. The degree of resistance to the PMS appears through a selective use of the PMS.

It is known that there is resistance to PMS in hospitals, and this master's thesis contributes to the research field by explaining why this resistance exists. The explanations for resistance associated with the components believes, identity and interests of stakeholders will be possible to generalize to hospitals other than the case studied in this thesis. Furthermore, the

study shows that practitioners will be able to contribute to reduce the resistance by countering the following themes: the PMS is not sufficiently dynamic, high level of aggregation of performance indicators, the user friendliness of the system is poor, and the inadequate training in PMS. Nevertheless, some degree of resistance to PMS in hospitals might remain, due to the themes associated with beliefs, identity and partly interests of stakeholder being relatively unchangeable.

# Innhold

Figurer .....	x
Tabeller .....	x
Forkortelser .....	x
1 Introduksjon.....	1
2 Casebeskrivelse .....	4
2.1 Helsesektoren.....	4
2.2 Norges største sykehus .....	5
2.3 Målings- og rapporteringssystemer ved OUS.....	8
3 Motstand mot prestasjonsmålingssystemer i sykehus .....	9
3.1 Sykehus som organisasjon.....	9
3.2 Prestasjonsmålingssystemer .....	10
3.3 Motstand.....	13
3.4 Praksis .....	14
3.4.1 Triple I.....	15
4 Analytisk rammeverk.....	17
5 Forskningsmetodikk.....	20
5.1 Ekstraordinære forhold.....	20
5.2 Forskningsstrategi .....	21
5.3 Forskningsdesign .....	23
5.4 Forskningsmetode .....	24
5.5 Dataanalyse.....	26
6 Funn .....	30
6.1 Praksis .....	31
6.1.1 Selektiv bruk av PMS .....	31
6.1.2 Mangelfull opplæring i PMSet .....	35
6.2 Verktøyet PMS .....	35
6.2.1 Lite dynamisk PMS.....	36

6.2.2	Høyt aggregeringsnivå på måltallene.....	37
6.2.3	Lite brukervennlig PMS .....	38
6.3	Holdninger.....	38
6.3.1	Arbeidet kan ikke fastsettes i enkle indikatorer.....	39
6.3.2	Administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet.....	40
6.4	Identitet.....	42
6.4.1	Høy grad av autonomi.....	42
6.4.2	Sterk faglig identifikasjon .....	43
6.5	Interessenter.....	45
6.5.1	Grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell.....	45
6.5.2	Enkelte målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene.....	47
6.6	Forklaringsmodell angående motstand mot PMS .....	49
7	Diskusjon.....	54
7.1	Betydning for forskning .....	54
7.2	Betydning for praktikere.....	57
8	Konklusjon.....	60
	Referanser .....	62

## Figurer

Figur 2-1 Forenklet oversikt over det norske helsesystemet (Ringard et al., 2013). .....	5
Figur 2-2 OUS organisasjonskart (Oslo universitetssykehus, 2020). .....	6
Figur 2-3 Organisasjonsstrukturen ved OUS.....	7
Figur 3-1 Triple I model (Cozijnsen, Levi & Verkerk, 2020). .....	15
Figur 4-1 Analytisk rammeverk.....	17
Figur 5-1 Hovedstegene i kvalitativ forskning (Bryman, 2012).....	22
Figur 5-2 Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2012).....	26
Figur 5-3 Datastruktur (basert på Gioia et al., 2012). .....	29
Figur 6-1 Datastruktur.....	30
Figur 6-2 Praksis.....	31
Figur 6-3 Verktøyet PMS.....	36
Figur 6-4 Holdninger .....	39
Figur 6-5 Identitet.....	42
Figur 6-6 Interessenter .....	45
Figur 6-7 Forklaringsmodell .....	50

## Tabeller

Tabell 5-1 Oversikt over semi-strukturerte intervjuer.....	25
Tabell 5-2 Oversikt over ustrukturerte intervjuer. ....	25
Tabell 7-1 Inndeling av temaer i mulig overførbare og OUS-spesifikke. ....	55
Tabell 7-2 Inndeling av temaer i foranderlige og relativt uforanderlige. ....	57

## Forkortelser

PMS	Prestasjonsmålingssystem
OUS	Oslo universitetssykehus
NPM	New Public Management
SDI	Stegvis-deduktiv induktiv metode

# 1 Introduksjon

De siste tiårene har prestasjonsmåling i sykehus vært betydelig omtalt i forskning og medier (McIntyre, Rogers, & Heier, 2001). Prestasjonsmåling er dog ikke et nytt fenomen da en har funnet det i helsevesenet så tidlig som i 1732 (Jowett og Rothwell, referert i Pidd, 2012).

Fokuset på prestasjonsmåling og ledelse ble derimot mer fremtredende i sykehus som et resultat av NPM-bølgen på 1980-tallet. Norge ble også påvirket av denne «bølgen», og fra midten av 1990-tallet oppstod det flere omfattende omorganiseringer i den norske statsforvaltningen hvor fristilling og mål- og resultatstyring var en fellesnevner (Lærgreid, Opedal, & Stigen, 2005). Den største og mest omtalte reformen var sykehusreformen, som ble iverksatt 1. januar 2002. Formålet var en mer effektiv helsetjeneste av høy kvalitet (Det kongelige sosial- og helsedepartement, 2001). Som følge av blant annet denne reformen, ble flere «NPM-inspirerte» organisasjons- og styringsformer mer tilstede i norske sykehus. Dette kom til syne gjennom foretaksorganisering, innsatsstyrt finansiering, ledelsesteknikker fra privat sektor, et tydeligere hierarki med formalisering av ansvarsfordeling, økt fokus på kostnadseffektivitet og målinger av både prestasjon og resultater (Nyland & Pettersen, 2004).

Med NPM-bølgen vokste det frem en ny overbevisning om at tidligere problemer kunne unngås hvis det var mer måling og ledelse tilstede i organisasjonen (Lewis, 2016). Det ble antatt at hvis de riktige systemene var på plass ville det være en relativt enkel oppgave å identifisere effektive sparemuligheter samtidig som virksomheten fortsatte å levere ønsket utfall (Lewis, 2016). Disse systemene er kalt prestasjonsmålingssystemer, heretter omtalt som PMS. PMSer har, ifølge Adler et al. (2003), som formål å vurdere prestasjon av sykehusprosesser slik at problemer og forbedringer i de prosessene kan identifiseres. PMSer har med andre ord en ambisjon om å kartlegge forbedringsområder, i tillegg til å kontrollere, styre og evaluere prestasjon.

Nytteverdien av PMS i sykehus har dog vært omdiskutert. Fra helsepersonells perspektiv tenderer PMSer ofte å ha for mange målingsproblemer til å være av stor nytte, i tillegg til at de er for kostbare og fokuserer på de enkleste aspektene å måle som også ofte oppfattes å være de minst viktige i helsefaget (Loeb, referert i Lewis, 2016). Andre hevder at bare det å etablere indikatorer og PMS er nyttig fordi det bidrar til økt fokus og prioritering av områdene som måles på (Moynihan referert i Lewis, 2016). Moynihan (2008) argumenter også for at

PMS kan endre ledelsesatferd. Han påstår at problemet med PMS i sykehus er at myndigheter har adoptert krav til prestasjonsrapportering uten å redusere tradisjonelle ledelseskontroller. I likhet har andre påpekt at PMS ordninger går galt grunnet deres sentraliserte og standardiserte tilnærminger som ignorerer praktisk, taus og lokalspesifikk kunnskap (Hood, Margetts & 6 referert i Lewis, 2016).

Implementasjonen og bruken av PMSer i sykehus har vist seg å være utfordrende. Historisk har PMSer i helsevesenet vært underutviklet og bruken av PMSer har blitt undergravd av organisasjonsmedlemmer som mangler tillit til organisasjonen og dens systemer (Nembhard, Alexander, Hoff, & Ramanujam, 2009). Tidligere forskning har pekt på at helsepersonell typisk er negativt innstilt til systemene. Det fremkommer at helsepersonell opplever at systemene ikke gjenspeiler innsatsen nedlagt i arbeidet og at dataen hentet ut fra disse systemene vil bli anvendt mot dem (Nembhard et al., 2009). I følge Vangsnes (2016) har det vært uttrykt en bekymring blant helsepersonell knyttet til hvorvidt prestasjonsledelse går på bekostning av det medisinske faget, de ansattes arbeidsglede og om det vil gå utover pasientene. Vangsnes (2016) hevder at NPM har medført at oppmerksomheten har blitt rettet mot økonomi, lønnsomhet, resultatstyring og rapportering.

Det fremkommer av litteraturen på PMS, at PMS i sykehus er innført med en ambisjon om å sørge for bedre prestasjon, både økonomisk, effektivitetsmessig og kvalitetsmessig. Det fremstår dog å ikke ha vært lett å innføre og sørge for en god bruk av PMS i sykehus. Litteraturen peker i retningen av at de nødvendige brukerne av PMSet, som i sykehus er helsepersonell, ikke har tillit til system og ikke har den samme oppfattelsen av nyttverdien av PMS. Basert på presentert forskning, teori og oppslag i helsetidskrifter er det med andre ord belegg for å anta at det er en motstand mot PMS i sykehus.

Tross etablert forskning er det dog interessant å ytterligere undersøke hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus. Motstand er typisk ansett å grunne ut i irrasjonalitet eller frykt av en form hos de som motsetter seg endring. Det er likevel mulig å anse motstand som noe ytterligere enn dette og tenke seg at de som yter motstand både har plausible og rasjonelle årsaker til det. Derfor vil denne oppgaven ta utgangspunkt i å anse motstand som noe som både kan være ikke-binært, grunnet i rasjonell tankegang, knyttet til et samspill i systemet og ikke kun til enkeltindividet. Oppgavens problemstilling er derfor som følger:

*«Hvorfor er det motstand mot prestasjonsmålingssystemer i sykehus?»*



For å undersøke motstand vil det bli etablert at motstand kan ses på som en del av en praksis. En praksis er i denne oppgaven, er definert som repetitive handlinger. For å kunne forstå årsaken til en motstand, er det sett seg hensiktsmessig å studere praksisen som motstanden antas å være situert i. Som vil følge av det analytiske rammeverket, vil motstand analyseres ved å studere praksisen knyttet til PMSet, PMS som et verktøy og de tre faktorene som former en praksis; identitet, holdninger og interesser.

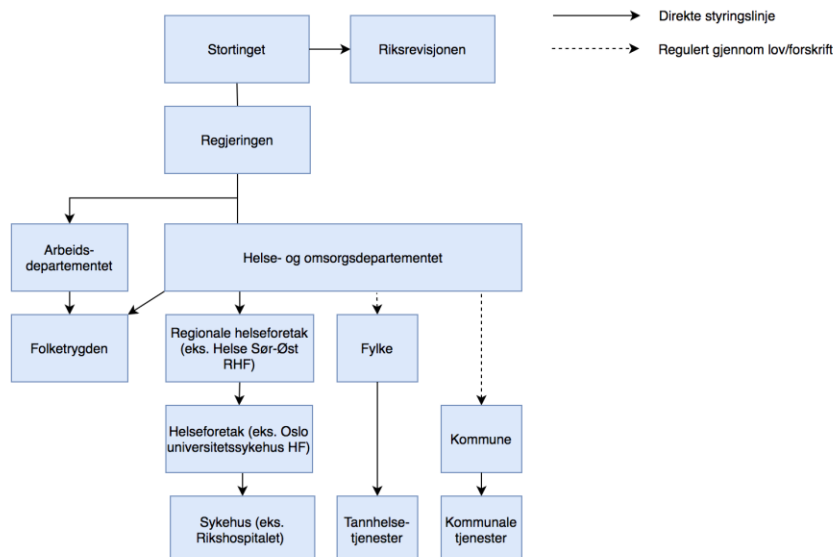
Oppgaven består av seks ytterligere deler. Først beskrives casen for oppgaven. Deretter forklares det hvordan motstand mot prestasjonsmålingssystemer kan studeres basert relevant teori. Videre presenteres det analytiske rammeverket som er utviklet for å kunne besvare oppgavens forskningsspørsmål, etterfulgt av en redegjørelse om metodikken for oppgavens forskning. Deretter presenteres funnene fra datamaterialet. Avslutningsvis diskuteres betydningen for forskning og praktikere, etterfulgt av en konklusjon for hvordan motstand mot PMS i sykehus kan forklares.

## 2 Casebeskrivelse

Dette kapitlet vil gi en beskrivelse av oppgavens casebedrift Oslo universitetssykehus, heretter omtalt som OUS. Det er ønskelig å gjøre leseren kjent med casen forskningen i denne oppgaven baseres på. Det vil først redegjøres for helsesektoren i Norge og dens organisering, for å danne en forståelse for hvilken rolle OUS har i helsesystemet. Deretter presenteres OUS som organisasjon. Tilslutt vil de tekniske systemene anvendt i den daglige driften og spesielt PMSet presenteres.

### 2.1 Helsesektoren

Den norske helsesektoren har de siste tiårene blitt påvirket av flere helsereformer med varierende temaer. På 80-tallet var ønsket å oppnå kostnadskontroll, samt desentraliserte helsetjenester. Reformene på 90-tallet bar preg av fokus på effektivitet og effektivisering, og siden begynnelsen av 2000-tallet har fokuset ligget på strukturelle endringer og organiseringer i helsevesenet (Ringard, Sagan, Saunes, & Lindahl, 2013). Som følge av store strukturelle endringer i det norske helsevesenet, kan dagens helsevesen betraktes som delvis desentralisert. I Norge ligger ansvaret for spesialisthelsetjenesten hos staten, noe det har gjort siden sykehusreformen i 2002. Staten er eier av de fire regionale helseforetakene (RHF), som igjen eier de offentlige helseforetakene (Ringard et al., 2013). Organiseringen av det norske helsesystemet er illustrert i Figur 2-1.



**Figur 2-1 Forenklet oversikt over det norske helsesystemet (Ringard et al., 2013).**

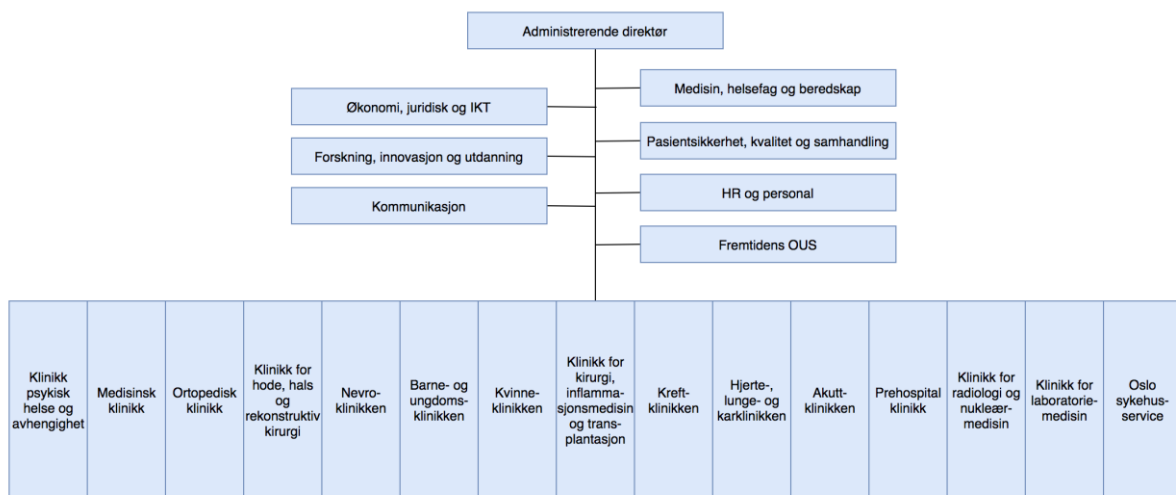
Som fremkommer av figuren, styres og eies helseforetaket OUS av Helse Sør-Øst RHF. OUS er derfor nødt til å forholde seg til retningslinjene og kravene de stiller. Helse Sør-Øst RHF er videre styrt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det regionale helseforetaket er derfor nødt til å forholde seg til kravene som stilles fra departementet, regjeringen og stortinget. Disse kravene er både knyttet til kvalitet, økonomi og effektivitet, og legger føringer for drift ved sykehuset. En av de mer omtalte reformene er avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) som siden 2015 er en fast del av det nasjonale budsjettarbeidet (Finanskomiteen, 2015). Reformen innebærer at det årlig blir utdelt finansiering redusert med 0,5 prosent. Som følge av dette er det derfor en forutsetning om at alle statlige virksomheter, inkludert spesialisthelsetjenesten, gjennomfører tiltak for å bli mer effektive.

## 2.2 Norges største sykehus

OUS er Norges største sykehus med over 24 000 ansatte og et budsjett på ca. 22 milliarder NOK (Oslo universitetssykehus, 2020). Sykehuset er et lokalsykehus, akuttsykehus, regionssykehus og har en rekke nasjonale funksjoner. OUS har blant annet nasjonale oppgaver innen spesialisert medisin, enkelte nasjonale beredskapsoppgaver, område- og lokalsykehusfunksjoner for sykehusområde Oslo og tjenesteansvar for helseregionen Sør-Øst. OUS er et resultat av flere fusjoner på 2000-tallet. I 2005 ble Radiumhospitalet og Rikshospitalet slått sammen til ett helseforetak (SNL, 2020). Tre år senere, 1. desember 2008, ble OUS stiftet som et resultat av sammenslåingen av Aker sykehus, Rikshospitalet og Ullevål

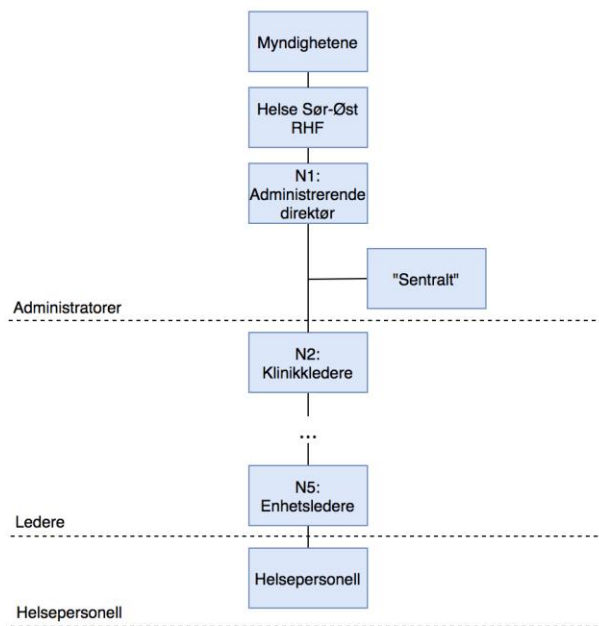
sykehus (Oslo universitetssykehus, 2020). I dag består helseforetaket OUS av fire sykehus: Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Aker sykehus og Radiumhospitalet.

Med omtrent 24 000 ansatte, og virksomhet på mer enn 40 ulike steder er OUS en stor organisasjon og har følgelig en kompleks struktur. Som illustrert i Figur 2-2, er sykehuset inndelt i totalt 15 klinikker. Eksempelvis har helseforetaket klinikker for nevrologi, psykiatri og kreft. Hver av klinikkene har sine egne budsjetter og operer derfor i stor grad som selvstendige virksomheter.



**Figur 2-2 OUS organisasjonskart (Oslo universitetssykehus, 2020).**

Hver av klinikkene består videre av flere avdelinger, seksjoner og enheter. Dette medfører at sykehuset har totalt fem ledelsesnivåer, slik som illustrert i Figur 2-3. Sykehuset har med andre ord en hierarkisk struktur med mange nivåer fra de ansatte på gulvet til topplederen. Ikke alle seksjonene har et «enhetsnivå», hvilket betyr at seksjonsleder i disse tilfellene fungerer som nederste leder med ansvar for de ansatte som driver pasientbehandling. Som følge av sykehusets størrelse er det flere av de ansatte som ikke befinner seg på samme geografiske lokasjon som lederen over dem i hierarkiet.



**Figur 2-3 Organisasjonsstrukturen ved OUS.**

Figur 2-3 viser også interessentene en leder i sykehuset må forholde seg til. Det er ønskelig å presentere en leders interesser ved OUS, fordi det primært er lederne i sykehuset som benytter PMSet. Slik som fremkommer av figuren refererer «ledere» til lederne på nivå to til fem. En interessent disse lederne må forholde seg til er sin nærmeste leder et nivå oppover i hierarkiet. De må også forholde seg til sine ansatte et nivå nedover i hierarkiet, hvilket kan være enten et annet ledernivå eller helsepersonell «på gulvet». Helsepersonell refererer her til alle faggrupper som har gått helsefaglig utdanning og jobber direkte med pasientbehandling. Videre regnes det som her betegnes som «administratorer» som en leder i sykehuset sin interessent. «Administratorer» er de som legger føringene for ledere, og som figuren viser inkluderer dette administrerende direktør og hans ansatte «sentralt», Helse Sør-Øst RHF og myndighetene. Pasientene regnes også å være en interessentgruppe lederne forholder seg til, selv om det ikke fremkommer av figuren.

OUS står for en stor del av helseforskningen som skjer ved norske sykehus. De er også en betydelig aktør innen utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende (Oslo universitetssykehus, 2020). Videre praktiserer OUS avansert pasientbehandling, forskning, utprøvende behandling, og innovasjon på et høyt internasjonalt nivå (Oslo universitetssykehus, 2020). Som et av Skandinavias største sykehus gjennomfører de årlig over 1,2 millioner pasientbehandlinger. Dette betyr at det medisinske fagfeltet ved helseforetaket er svært bredt. De har flere ansatte som er de beste på sitt felt, og som både forsker og utfører pasientbehandling. Med lange og stolte tradisjoner ved alle sykehusene i

helseforetaket og noen av landets fremste forskningsmiljøer innen medisin og helsefag lokalisert der, er OUS en anerkjent arbeidsplass.

## 2.3 Målings- og rapporteringssystemer ved OUS

Som det store sykehuset OUS er, har sykehuset mange systemer som anvendes i den daglige driften. Systemet som i oppgaven defineres som PMS ved OUS, er ledelsesinformasjonssystemet, videre omtalt som LIS. PMSer er som tidligere nevnt definert som systemer som evaluerer prestasjonen i sykehusprosesser, slik at problemer og forbedringer i prosessene kan identifiseres (Adler, et al., 2003). Dette systemet betraktes som et PMS ved OUS fordi LIS måler prestasjon, som fungerer som et utgangspunkt for forbedringer.

LIS er et system som inneholder grunnleggende ledelsesinformasjon. Dataen tilgjengelig i systemet inkluderer måltall om økonomi, personal og aktivitet, og PMSet anvendes primært av ledere. LIS benytter informasjon fra andre systemer som innsatsfaktor, og vil på denne måten kunne presentere måltall om hvordan sykehuset presterer. LIS presenterer kvantitative data om prestasjon, og er et system alle ansatte ved OUS har tilgang til gjennom intranett. Eksempler på målingsindikatorer i systemet er «antall operasjoner totalt», «ekstern innleie, månedsverk», «andel fristbrudd (%)» og «økonomisk resultat». LIS har tilpassede målingsindikatorer til de ulike organisatoriske enhetene i sykehuset. En slik sammensetning av indikatorer kalles målekort og omfatter de viktigste målingsindikatorene en organisatorisk enhet skal møte. Eksempelvis vil «knivtid» være en relevant målingsindikator for en kirurgisk avdeling, og dermed en indikator på deres målekort. «Antall polikliniske konsultasjoner» vil være en interessant indikator for en poliklinikk, og være en indikator på deres målekort i stedet for «knivtid». I tillegg til overnevnt PMS har OUS flere systemer som benyttes til å identifisere utfordringer og forbedringspotensialer, men de anses ikke relevante for oppgaven.

# 3 Motstand mot prestasjonsmålingssystemer i sykehus

Dette kapitlet vil forklare hvordan motstand mot PMS i sykehus kan og vil studeres i denne oppgaven. Dette gjøres ved å argumentere for at motstand kan studeres situert i en praksis. Før dette argumenteres for, er det ønskelig å gjøre leseren kjent med konteksten sykehus og PMS som er fenomenet som studeres. Deretter forklares det hvordan motstand og praksis forstås, etterfulgt av en presentasjon av hvordan motstand kan studeres i denne sammenhengen.

## 3.1 Sykehus som organisasjon

I denne oppgaven ønskes det å studere motstanden mot PMS i en konkret kontekst; sykehus. Av denne grunn er det ønskelig å først etablere hva som kjennetegner sykehus som organisasjon. Sykehus er komplekse organisasjoner som har en kombinasjon av egenskaper og særegenheter ved seg som gjør at de skiller seg fra andre tjenesteorganisasjoner (Gilmartin & D'Aunno; Ramanujam & Rousseau, referert i Nembhard et al., 2009). Ifølge Nembhard et al. (2009) er disse særegenhetene flere. Først og fremst er arbeidet på et sykehus preget av høy usikkerhet. Dette har bakgrunn i at medisin og levering av helsetjenester ikke er eksakte vitenskaper, fordi sykdommer har iboende kompleksitet og kan manifestere seg ulikt hos pasienter (Nembhard et al., 2009). I tillegg er det en risiko for dødelighet av pasienten som behandles, hvilket medfører at klinisk skjønn er viktig.

Videre er de ansatte ved sykehus høyt spesialiserte. Den høye graden av spesialisering hos helsepersonellet medfører at mange ansatte vil være involvert i behandlingen av en pasient. Til tross for at samarbeid er avgjørende for at de skal være effektive, er gjerne samarbeid manglende i helsepersonells interaksjoner (Nembhard et al., 2009). Ifølge Institute of Medicine (IOM) tyder forskning på at samarbeidsutfordringene i stor grad stammer fra den hierarkiske og individualistiske medisinkulturen, hvilket Leape og Berwick hevder er dypt forankret i sosialiseringprosessen til helsepersonell (referert i Nembhard et al., 2009). Det forklares videre at helsepersonell blir sosialisert gjennom spesialiserte opplæringsprogram, der de også innføres i sin plass basert på profesjon i det etablerte helsefaglige hierarkiet. Hierarkiet gir opphav til den sterke profesjonelle identifikasjonen som er synlig i sykehus

(Nembhard et al., 2009). Det påpekes videre at den organisatoriske identifikasjonen i sykehus derimot er svak. Svak organisatorisk identifikasjon innebærer at arbeidsstokken i liten grad anser seg som forenet med organisasjonen.

Sykehus kan betraktes som det Mintzberg (1980) introduserer som profesjonsbyråkrati. At sykehus anses å ha denne typen organisasjonsstruktur, medfører flere karakteristikk som er spesielt for konteksten for denne oppgaven. Essensen av denne strukturen er en stor driftskjerne, her helsepersonell, og et relativt lite strategisk toppunkt (Mintzberg, 1980). Profesjonsbyråkratier belager seg på trening, gjerne utenfra, for å ha ferdigheter i jobben (Mintzberg, 1980). Sykehus sørger for at de ansatte har de nødvendige ferdighetene ved kontroll gjennom utdanningsprogram. Dette kan betraktes å være en form for innsatsfaktorskontroll, der sykehus verifiserer at helsepersonell er kompetent til å utføre sine arbeidsoppgaver basert på gjennomført utdanning.

Ledernes rolle i sykehuset ligner på lederne i andre industrier, men det som skiller seg er ifølge Garman et al. naturen i ledernes forhold til sine ansatte (referert i Nembhard et al., 2009). Nembhard et al. (2009) forklarer at helseorganisasjonsledere har begrenset kontroll over arbeidsstokken, og at helsepersonell generelt rapporterer til andre fagpersoner innenfor sin spesialisering. For at mellomledere skal ha makt i slike organisasjoner, foreslår Mintzberg (1980) at det er nødvendig at de har samme profesjon som sine ansatte. Med ledernes minimale kontroll over arbeidsstokken og en kontroll av de ansattes utdanning, er det vanlig at de ansatte i sykehus får arbeide relativt autonomt (Mintzberg, 1980). I følge Nembhard et al. (2009) har i det minste helsepersonell, i kraft av sin medisinske kunnskap, enestående autoritet over det kliniske aspektet ved arbeidet.

## 3.2 Prestasjonsmålingssystemer

Forbedring av prestasjon har blitt av stor interesse i helsesektoren, ettersom helsesystemene er under økt stress (Hurst, 2002). Stresset på helsesystemene kommer ifølge Hurst (2002) fra en kombinasjon av stor etterspørsel og et ønske om å begrense økningen i helseutgifter. På bakgrunn av dette har det mer spesifikt vokst frem en større interesse for måling av prestasjon, der intensjonen er at prestasjonsmålingene skal danne grunnlaget for passende tiltak (Hurst, 2002). Prestasjonsmåling i sykehus er funnet å strekke seg helt tilbake til 1732, og er derfor ikke noe nytt fenomen i sykehus (Jowett & Rothwell, referert i Pidd, 2012). Likevel har prestasjonsledelse ifølge Cutler (2011) blitt mer sofistikert i offentlig sektor med NPM-bølgen på 1980-tallet. En stor del av reformene som har blitt introdusert i sykehus de



siste tiårene kan samles under denne NPM-betegnelsen (Lewis, 2016; Fallan & Pettersen, 2010). Dette delkapittelet vil presentere hva PMSer innebærer, for å videre kunne forklare hvordan motstand mot det kan studeres.

Flere forskere har definert PMS (Neely, Gregory & Platts, 1995; Moullin, 2007; Adler et al., 2003). Denne oppgaven skal studere fenomenet PMS i en sykehuskontekst, hvilket avgjorde valget av definisjon for oppgaven. Adler et al. (2003) sin definisjon av PMS er sykehusspesifikk, og er derfor definisjonen som legges til grunn i denne oppgaven. Deres definisjon av PMS er følgende: systemer som evaluerer prestasjonen i sykehusprosesser, slik at problemer og forbedringer i prosessene kan identifiseres (Adler, et al., 2003). PMS kan med denne definisjonen forstås som en systematisk måte å måle, vurdere og forbedre prestasjon på. Det er flere årsaker til hvorfor det er fordelaktig å benytte et slikt system. Behn (2003) har forsket på dette, og kommet frem til følgende åtte formål for måling av prestasjon for ledere i offentlig sektor: for å evaluere, kontrollere, budsjettere, motivere, promotere, feire, lære og forbedre.

For at PMS skal fungere etter sin hensikt, er det flere egenskaper det burde oppfylle. Forskere foreslår at et suksessfullt PMS bør ta hensyn til følgende (Bititci, Turner og Begemann, 2000; Purbey, Mukherjee og Bhar, 2007; Tangen, 2004):

- Støtte organisasjonens verdier og strategiske mål
- Ha forskjellige typer og begrenset antall prestasjonsmål
- Bestå av prestasjonsmål som har forståelige spesifikasjoner
- Være valid, pålitelig, enkelt å bruke og at informasjonen skal være lett å hente ut
- Være dynamisk i form at det er sensitivt, og tar hensyn, til endringer i det ytre og interne miljøet i organisasjonen
- Muliggjøre sammenligninger og sikre at progresjon kan overvåkes
- Vakte mot suboptimalisering
- Ha en variasjon av aggregerte og ikke-aggregerte indikatorer som er målrettet mot behovene til de ulike interessentene

Disse kjennetegnene ved et godt PMS vil kunne bidra til å oppdage mangler i systemet, hvilket vil kunne bidra til å forklare motstanden mot det.

For å kunne studere motstand mot PMS er det ønskelig å kunne skille mellom om motstanden ligger i det som er knyttet til systemet som et verktøy eller i praksisen knyttet til verktøyet. PMS som et verktøy kan betraktes som en materiell gjenstand med en konfigurasjon av

maskin- og programvare. Dette samsvarer med Orlikowski (1992) sin definisjon av teknologi, hvilket åpner for et teoretisk skille mellom den materielle naturen til teknologien og de menneskelige aktivitetene som designer eller bruker gjenstandene. I følge Orlikowski (1992) vil følgende tre komponenter påvirke hverandre: menneskelige aktører, teknologi og institusjonelle egenskaper hos organisasjoner. Hun forklarer at teknologi er et produkt av menneskelige handlinger og et medium for menneskelige handlinger. På denne måten er det en gjensidig påvirkning mellom menneskelige handlinger og teknologien. Videre påvirker teknologien de institusjonelle egenskapene, som igjen påvirker mennesker i deres interaksjon med teknologien.

For PMS som et verktøy innebærer dette at det er fysisk konstruert av aktører i en sosial kontekst. For PMS i sykehus er dette gjerne myndighetene, sykehusledelsen og utviklerne av det tekniske systemet. PMSet vil så benyttes av andre brukere, som primært inkluderer ledere nedover i organisasjonshierarkiet. Disse brukerne vil sosialt konstruere PMSet, gjennom de ulike betydningene de tillegger det og de ulike funksjonene de vektlegger og bruker. Dette kan betraktes som en del av praksisen knyttet til PMSet. Videre er brukeren av PMSet påvirket av de institusjonelle egenskapene ved sykehuset, hvilket inkluderer organisasjonsstruktur, kultur, arbeidsfordeling, kommunikasjonsmønstre, profesjonelle normer, kunnskap om teknologi og kontrollmekanismer. Disse institusjonelle egenskapene blir igjen påvirket av PMSet.

En teknologiforståelse av PMS åpner for at systemet vil kunne tolkes og følgelig benyttes ulikt av forskjellige brukere i sykehuset. Fordi PMS i sykehus gjerne er initiert av aktører i en annen kontekst enn brukerne, vil det kunne medføre at systemet benyttes på en annen måte enn det i utgangspunktet var tiltenkt. Moynihan (2008) presenterer en slik fortolkning direkte tilknyttet prestasjonsinformasjon. Han problematiserer at informasjon som presenteres i et PMS har fått status som å gi klarhet og objektivitet, og hevder at en slik forståelse er for forenklet og ukorrekt. Om og hvordan prestasjonsinformasjonen benyttes er avhengig av motivasjonen til brukeren, og om vedkommende ser en nytte av å bruke den (Moynihan, 2008). På denne måten vil en bruker av PMS kunne bruke utvalgte aspekter av prestasjonsinformasjonen som samsvarer med brukerens potensielle ønskelige endring, for å overbevise andre om at endringene er fornuftige.

Hvorvidt anvendelse av PMS vil bidra til økt effektivitet er omdiskutert blant forskere. Lewis (2016) forklarer at kritisk litteratur om temaet hevder at PMS er dømt til å mislykkes, grunnet

dets feilaktighet, målingsoverbelastning, tvetydighet om hvilke målinger som er korrekte og flere utilsiktede og uønskede konsekvenser. Moynihan (2008) foreslår derimot at prestasjonsmåling er nyttig fordi det kan endre ledelsesatferd. Selv om PMS kan betraktes som nyttig, vil det likevel kunne medføre en rekke utfordringer. Eddy (1998) deler problemene med prestasjonsmålinger inn i to hovedkategorier “naturlige” og “menneskeskapte”. Han hevder at problemer i siste kategorien kan endres, mens problemer i den første kun kan jobbes rundt. Eddy (1998) presenterer seks «naturlige» problemer ved prestasjonsmåling i helseorganisasjoner: at helseutfall i stor grad er probabilistisk, lav hyppighet, langvarige perioder av observasjon kreves, begrenset kontroll over utfall, manglende kliniske detaljer og manglende forståelse av klinisk relevans av et utfall. I motsetning til disse naturlige problemene, kan det Eddy (1998) omtaler som menneskeskapte utfordringer endres. Han trekker frem følgende fire menneskeskapte utfordringer: utilstrekkelige informasjonssystemer, overflødig antall mål og målere, kompleksitet av helseplaner og mangelen på offentlig finansiell støtte til et offentlig tilgjengelig standardisert sett med prestasjonsmålinger.

Uavhengig av om PMS vil bidra til bedret prestasjon, har PMS vist seg å bli undergravd av organisasjonsmedlemmer som mangler tillit til organisasjonen og dens systemer (Nembhard et al., 2009). Nembhard et al. (2009) forteller videre at individene som leverer tjenestene som måles, her helsepersonell, er skeptiske til prestasjonsmålinger som andre har pålagt dem som fagfolk. Dette støttes av forskningen til Schneider og Epstein (refert i Nembhard et al., 2009) som viste at helsepersonell typisk er negativt innstilt til systemene.

### 3.3 Motstand

For å kunne forklare hvorfor det er motstand mot PMS i konteksten sykehus, er det nødvendig å forklare hva som inngår i begrepet motstand. Både et PMS i seg selv som et verktøy, og praksisen knyttet til PMS, danner grunnlag for og fører til endring. På grunn av dette, vil begrepet «motstand mot endring» introduseres.

«Motstand mot endring» er et konsept bredt brukt i mange fagbøker om ledelse og endring, hvor konseptet gjerne er akseptert som en sannhet (Dent & Goldberg, 1999). Ifølge Dent og Goldberg (1999) har ideen bak termen «motstand mot endring» i stor grad beveget seg vekk fra sin opprinnelse. Kurt Lewin anses som forskeren som introduserte begrepet. Han betraktet «motstand mot endring» som et systemkonsept, og som en kraft som påvirker ledere og ansatte likt (Dent & Goldberg, 1999). Dent og Goldberg (1999) argumenterer for at

forståelsen av begrepet har gjennomgått en endring fra et systemkonsept til et psykologisk konsept. De utfordrer dette synet på motstand, og foreslår at mennesker ikke motstår endringer per se. Mennesker kan motstå tap av status eller lønn, men det er ikke det samme som å motstå endringer (Dent & Goldberg, 1999).

En tolkning av motstand hvor en anser motstand som et systemkonsept åpner for at motstanden kan være knyttet til endringen i seg selv, og ikke kun at en endring oppstår. Eksempelvis vil en slik tolkning åpne for at ansatte yter motstand mot en ny prosedyre ikke fordi de er imot en ny prosedyre i seg selv, altså en endring, men fordi den prosedyren som foreslås ikke ansees som tilfredsstillende. Basert på dette vil vi derfor betrakte motstand mot PMS som noe brukerne av systemet har grunn til å yte. Motstand vil på denne måten behandles som noe som har oppstått på bakgrunn av en rasjonell forklaring. Videre yter ikke en bruker nødvendigvis helt motstand eller ingen motstand, men motstanden som ytes kan befinne seg et sted mellom helt og ingen motstand. Med forståelsen av begrepet motstand og fenomenet PMS vil motstand både kunne ha opphav i systemet i seg selv, eller i bakenforliggende forklaringer i praksisen knyttet til systemet.

### 3.4 Praksis

For å forklare motstand mot PMS i sykehus, vil det være naturlig å studere den situert i en praksis, ettersom motstand er en del av praksis. Praksis stammer fra det greske ordet praxis, og ble brukt av Aristoteles om handling (Nicolini, 2013). Det er mange forskere som har studert og utformet teorier om praksis, men ifølge Nicolini (2013) finnes det ikke en enhetlig definisjon av praksis. Han forklarer at de forskjellige forskerne vektlegger ulike aspekter ved praksis. Dette illustrerer Nicolini (2013) ved å presentere følgende to definisjoner. MacIntyre (referert i Nicolini, 2013) definerer praksis som en sammenhengende og kompleks form for sosialt etablerte samarbeidende menneskelige handlinger. Wenger (referert i Nicolini, 2013) foreslår at praksis er å gjøre, men ikke bare å gjøre i seg selv. Det er å gjøre i en historisk og sosial kontekst som gir struktur og mening til det mennesker gjør. Nicolini (2013) forklarer videre de store forskjellene i definisjonene. MacIntyre vektlegger sammenheng og samarbeid. Denne definisjonen peker mot stabilitet, og fokuset er spesielt rettet mot menneskelige handlinger. Wenger fokuserer derimot på praksis som sosiale og historiske forekomster. I denne forstand er praksis alltid sosial praksis.

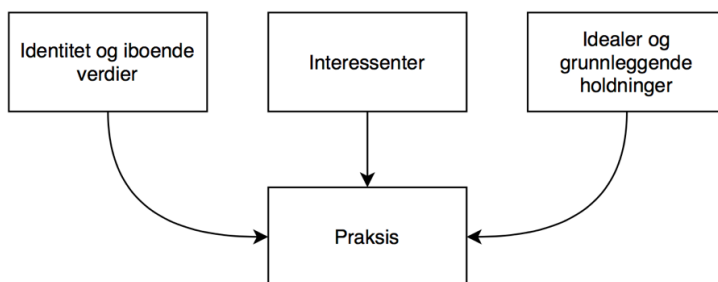
Til tross for uenigheten om praksis blant forskere, er det ifølge Nicolini (2013) en viss enighet om følgende aspekter ved praksis. Praksiser er historiske og geografiske gjentakende

lokaliserte forekomster. Praksiser er også molare enheter, hvilket innebærer at de er komplekse helheter sammensatt av mindre elementer. De mindre elementene kan eksempelvis være kroppslige bevegelser eller enkle handlinger. Praksiser er på denne måten konfigurasjoner av handlinger som bærer en bestemt mening: å rekke frem en hånd er ikke en praksis, men kan bli en del av praksisen å hilse gjennom håndhilsning (Nicolini, 2013). Nicolini (2013) understreker videre at størrelsen på elementene varierer med de ulike teoriene om praksis.

Selv om det ikke finnes en enhetlig definisjon av praksis, er vi i denne oppgaven interessert i å studere praksis spesielt rettet mot de gjentakende menneskelige handlingene tilknyttet PMS. Av denne grunn er MacIntyre sin definisjon ansett som velegnet for oppgavens formål. Derfor vil praksis her defineres som: en sammenhengende og kompleks form for sosialt etablerte samarbeidende menneskelige handlinger.

### 3.4.1 Triple I

Motstanden mot PMS vil ikke kun observeres i de gjentakende handlingene, men vil også kunne fremkomme i faktorene som er med på å forme praksis. «Triple I model» er en modell som kan benyttes til dette formålet. Modellen har blitt utviklet i tett samarbeid med helsepersonell (Cozijnsen, Levi, & Verkerk, 2020). Den har blant annet blitt benyttet til å studere hvorfor industriteknikker ikke fungerer i helsevesenet (Cozijnsen et al., 2020) og til å forstå praksisen til en ortopedisk ingeniør (Holtkamp, Wouters, & Verkerk, 2019). «Triple I model» presenterer tre faktorer som er med på å forme praksis. Disse tre faktorene inkluderer «identitet og iboende verdier», «interessenter» og «idealer og grunnleggende holdninger», slik som illustrert i Figur 3-1. Siden motstand er en del av praksis, vil motstand formes av de samme faktorene som praksis. På denne måten vil disse faktorene bidra til å forklare hvorfor det eksisterer motstand.



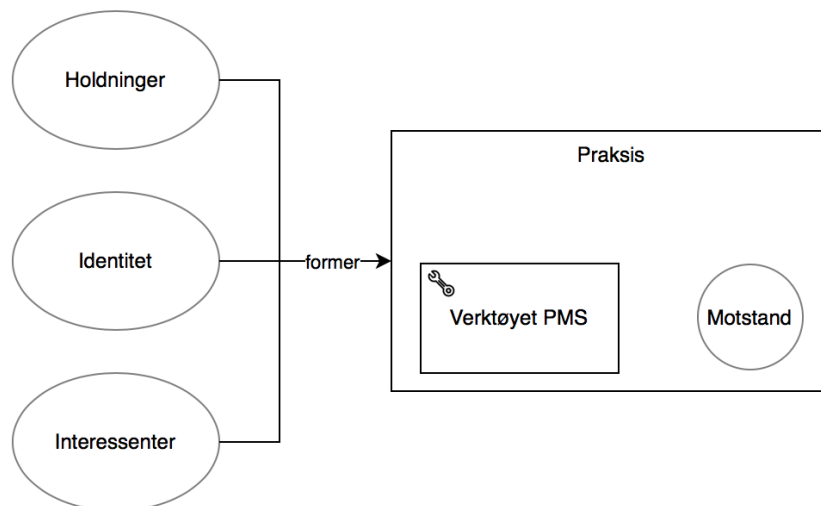
**Figur 3-1 Triple I model (Cozijnsen, Levi & Verkerk, 2020).**

Den første I-en i modellen referer til «identiteten og de iboende verdiene» til aktøren. Eksempelvis kan omsorg for pasienten inngå i denne faktoren. Den andre I-en i modellen refererer til «interessenter». Hver aktør i sykehus vil ha en rekke ulike interessentgrupper. Disse interessentene vil ha interesser og kunne utøve makt for å sikre sine interesser. På denne måten vil interessentene til en aktør påvirke aktørens praksis (Holtkamp et al., 2019). Den siste I-en i Triple I Model, referer til kulturelle og sosiale «idealer og grunnleggende holdninger» som former og har formet sykehuset. Dette vil være synspunkter på helse, personlig ansvar for egen helse, autonomi, solidaritet, kvalitet og kostnad (Cozijnsen et al., 2020). Denne siste komponenten i modellen belyser at sykehusprosesser, sykehus som organisasjon og helsevesenet som system ikke er nøytrale strukturer, men sammen med annet er formet av idealer og grunnleggende holdninger (Holtkamp et al., 2019).

## 4 Analytisk rammeverk

Oppgaven har som formål å besvare hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus. For å besvare forskningsspørsmålet har et egenutviklet analytisk rammeverk, illustrert i Figur 4-1, blitt utarbeidet. Slik det er argumentert for i kapittel 3 kan motstanden studeres gjennom å analysere praksis. Det vil derfor videre beskrives hvordan praksisen vil studeres. Samtidig er motstand inkludert i det analytiske rammeverket, for å illustrere og understøtte at den er situert praksis. Rammeverket er videre basert på «Triple I model», introdusert i kapittel 3, gjennom at det åpner for at praksis formes av de tre illustrerte faktorene holdninger, identitet og interesser.

Siden denne oppgaven studerer praksisen tilknyttet det spesifikke fenomenet PMS, var det videre behov for å kunne analysere det brukerne faktisk gjør (praksis) og hvordan systemet i seg selv fungerer (verktøyet PMS). Det analytiske rammeverket kan derfor betraktes å bestå av følgende fem komponenter som skal analyseres: «praksis», «verktøyet PMS», «holdninger», «identitet» og «interesser». Disse vil forklares ytterligere i de kommende avsnittene.



**Figur 4-1 Analytisk rammeverk.**

Den første komponenten i rammeverket er «praksis». «Praksis» i seg selv innebærer brukernes gjentakende handlinger tilknyttet systemet. Komponentene inkluderer om og hvordan brukeren benytter PMSet, samt hvilke aspekter brukeren anser som viktig. Som

fremkommer av figuren er «verktøyet PMS» plassert inni «praksis». Dette er for å illustrere at «verktøyet PMS» er noe som benyttes av en aktør i den gitte praksisen. «Verktøyet PMS» er introdusert som en egen komponent fordi motstanden mot PMSet kan eksistere grunnet naturen til systemet i seg selv, slik som forklart i kapittel 3. Denne komponenten kan betraktes som materielle gjenstander som en konfigurasjon av program- og maskinvare. Mer spesifikt omfatter komponenten informasjons- og kommunikasjonsteknologien (innsamlingen, lagringen, overføringen, bearbeidingen og formidlingen av data) og forutsetningene som ligger til grunn. Eksempelvis kan aggregeringsnivået på måltallene som formidles til brukeren være en forutsetning som inngår i komponenten «verktøyet PMS».

Som fremkommer av figuren formes praksis av faktorene «holdninger», «identitet» og «interessenter». Disse faktorene anses å være relativt uforanderlige og konstante over tid. Dette betyr følgelig at motstand formes av de samme faktorene. Siden de former motstanden, vil også årsaken til motstanden kunne være å finne i disse faktorene. Av denne grunn utgjør faktorene de tre siste komponentene i det analytiske rammeverket for oppgaven.

«Holdninger» dreier seg om hvordan aktørene ser virkeligheten. Denne komponenten dreier seg om hva aktøren grunnleggende tenker, mener eller synes. Komponent «holdninger» vil på denne måten få frem brukernes innstilling til elementene PMS bygger på. Eksempelvis kan det at «forbedringer av prestasjon kan ikke gjøres basert på måltall» være en holdning.

«Identitet» tar hensyn til konteksten aktørene befinner seg i. Det dreier seg om det en gruppe mennesker kjenner seg igjen i, og dermed finner tilhørighet i. Eksempelvis er «omsorg for pasienten» å betrakte som en del av identiteten til helsepersonell ved sykehus.

«Interessenter» innebærer andre aktørgrupper sine interesser. Disse interessene vil være med på å forme en aktør sin praksis. Eksempelvis vil ansattes interesse om spennende arbeidsoppgaver kunne påvirke hvordan en leder velger å handle. Dersom denne lederen gjentar de samme handlingene, vil det kunne karakteriseres som at lederens praksis er formet av aktørgruppen ansatte. De ulike interessentene til aktøren som studeres vil også kunne ha interesser som ikke samsvarer. Dersom de spennende arbeidsoppgavene de ansatte ønsker motstrider med hva som er best for en pasient, vil lederen stå overfor uoverensstemmelser mellom de to interessentgruppene ansatte og pasienter. Uoverensstemmelsene vil også være med på å forme praksisen til aktøren. De ulike interessentene til brukeren av PMSet ved OUS er illustrert i Figur 2-3.



Det analytiske rammeverket har som hensikt å veilede analysen. Det vil det bidra til gjennom å, basert på de fem komponentene, kunne trekke frem aspekter fra datamaterialet som er relevant for å finne hvor motstanden befinner seg. Hvert av de relevante aspektene vil derimot ikke i seg selv kunne forklare motstanden mot PMS. Det analytiske rammeverket illustrerer derfor også hvordan de ulike komponentene henger sammen. Derfor vil rammeverket kunne benyttes til å finne sammenhenger mellom aspektene, som følgelig samlet vil kunne forklare motstanden. På denne måten vil rammeverket være fundamentet for en teori eller forklaringsmodell for hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus.

## 5 Forskningsmetodikk

Dette kapittelet vil presentere oppgavens forskningsmetodikk. Innledningsvis, i delkapittel 5.1, presenteres de ekstraordinære forholdene denne oppgaven er skrevet under og dets betydning for oppgaven. Deretter presenteres valg av forskningsstrategi i delkapittel 5.2. I delkapittel 5.3 fremlegges en beskrivelse av forskningsdesignet, etterfulgt av forskningsmetode i delkapittel 5.4 og dataanalyse i delkapittel 5.5.

### 5.1 Ekstraordinære forhold

Covid-19 pandemien, som påførte store samfunnsmessige konsekvenser, medførte et behov for tilpasninger av denne masteroppgaven da forskningsobjektet var OUS. Den essensielle konsekvensen for oppgaven var at muligheten til å samle inn data ble begrenset. Det var satt opp kontakt med potensielle intervjuobjekter, men deres mulighet til å bistå forskningen ble forståelig nok utfordrende. Før den delvise nedstengningen av samfunnet fikk vi derfor kun gjennomført ett ustrukturert intervju, samt innhentet nødvendige dokumenter fra OUS sitt intranett. Datamaterialet anvendt i denne oppgaven er derfor fra en annen studentgruppe ved NTNU som fikk gjennomført intervjuer ved OUS før pandemien. Datagrunnlaget inkluderer totalt 15 intervjuer.

Som følge av disse uforutsette forholdene måtte det gjøres visse tilpasninger. Helt spesifikt ble oppgavens problemstilling endret, som medførte en tilpasning av det analytiske rammeverket. En ny vinkling på oppgaven, og problemstilling, var nødvendig for å kunne anvende datamaterialet og samtidig bevare ønsket tema for oppgaven.

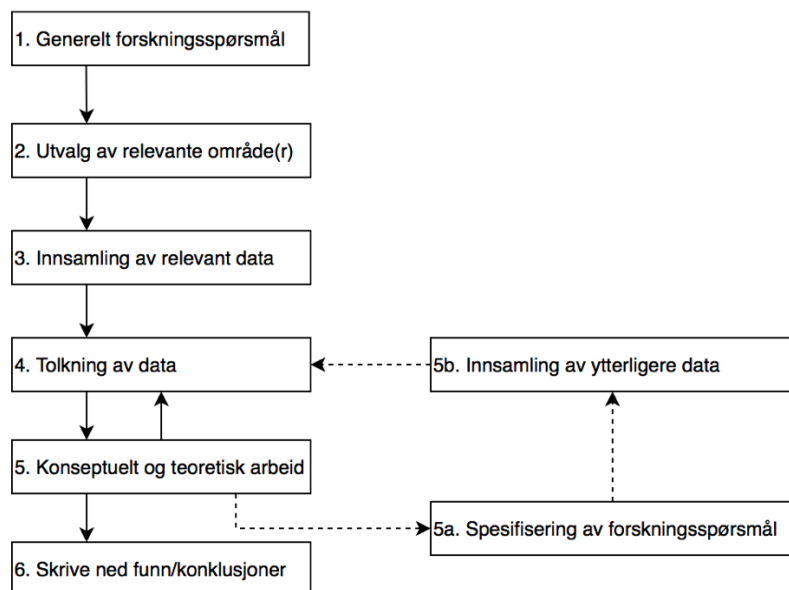
Ettersom vi ikke deltok i datainnsamlingen, men analyserer dataen, kan oppgavens analyse betraktes som en sekundæranalyse (Bryman, 2012). En sekundæranalyse muliggjør nye og andre tolkninger av datamaterialet enn gjennomført av den andre studentgruppen og har på denne måten også en verdi for forskning. At det er sekundærdata bør tas i betraktning når resterende av kapittel 5 leses, og er årsaken til at sampling ikke er vektlagt i forskningsmetodikken.

## 5.2 Forskningsstrategi

En forskningsstrategi er en generell tilnærming for gjennomføring av forskning (Bryman, 2016). I denne oppgaven er det blitt anvendt en kvalitativ forskningsstrategi. Med en kvalitativ forskningsstrategi vektlegges typisk ord fremfor kvantifisering i innsamling og analyse av data (Bryman, 2016).

Valget av forskningsstrategi er tatt basert på temaet for oppgaven og hva vi ønsker å undersøke. Med en kvalitativ forskningsstrategi står forskeren mer åpen til å undersøke områder innenfor casen som en ikke har forutsett før datainnsamling. Forskningsstrategien legger til rette for å etablere kontekstuell forståelse på et mikronivå i naturlige settinger. I tillegg er dataen som samles inn karakterisert som rikere og dypere, som legger til rette for muligheten til å utvikle en dyp innsikt i sosiale prosesser. Forskingen i oppgaven undersøker praksisen knyttet til PMSer. Med tanke på at slike systemer har en fortolkende komponent, vil også bruken av systemene inneholde en subjektiv komponent. Denne subjektive oppfatningen av PMS i sykehus er ønskelig å fange i denne forskningen. Bruk av en kvalitativ forskningsstrategi vil muliggjøre et innblikk i hva de ulike ledere i sykehuset anser som prestasjon og forbedring, og på den måten fange opp denne subjektiviteten. Dette åpner for muligheten til å forklare hva ved aktørenes praksis som påvirker bruksmønsteret knyttet til det etablerte PMSet.

Karakteristisk ved forskningsstrategien er at den er åpen og dynamisk, som illustreres av spiralen i stegene i Figur 5-1. Figuren visualiserer hvilken prosess en kvalitativ forskningsprosess følger. Som fremkommer av figuren, muliggjør en kvalitativ forskningsprosess fleksibilitet. Denne fleksibiliteten var ønskelig for denne oppgaven. Med en slik strategi kunne oppgavens tema bli satt tidlig, for så å veksle mellom justering av vinklingen på oppgaven og empiri.



**Figur 5-1 Hovedstegene i kvalitativ forskning (Bryman, 2012).**

Overordnet startet oppgavens prosess med et utgangspunkt i et samarbeid med OUS. Derfor var OUS på forhånd valgt som et relevant forskningsobjekt. Deretter ble et generelt tema og utkast på forskningsspørsmål for oppgaven fastsatt; hvordan fungerer prestasjonsmåling i sykehus. Tidlig i forskningsprosessen ble også et analytisk rammeverk basert på oppgavens forskningsspørsmål utformet.

Steg to og tre i figuren ble, som nevnt innledningsvis i kapitlet, ikke gjennomført av oss. Stegene ble gjennomført av en annen studentgruppe som samlet inn data gjennom semi-strukturerte intervjuer. Datamaterialet ble følgelig gjennomgått. Siden datamaterialet var av en annen natur enn det som var tiltenkt oppgaven, måtte vi tilbake til steg én og tilpasse forskningsspørsmålet og det analytiske rammeverket.

Deretter ble steg fire i figuren gjennomført; tolkning av data. Datamaterialet ble kodet og kategorisert. Det var en iterativ prosess mellom tolkninger av empirien (steg fire) og bruk av teori (steg fem) til utviklingen av konsepter. I denne prosessen ble også problemstillingen og det analytiske rammeverket spesifisert ytterligere. Prosessen er dermed å regne som en løkke bestående av steg 4, 5 og 5a, med «hopping» frem og tilbake mellom stegene. Grunnet de ekstraordinære forholdene rundt oppgaven, var det ikke muligheter for å gjennomføre ytterligere datainnsamling etter en videre spesifisering av forskningsspørsmålet. En ytterligere beskrivelse av metoden for dataanalyse vil bli forklart i delkapittel 5.5.

Steg seks i figuren ble gjennomført fortløpende i prosessen. Funnene ble skrevet ned underveis i prosessen, men ble hele tiden oppdatert i takt med ny innsikt om teori på temaet og tolkning av empirien.

### 5.3 Forskningsdesign

Forskningsdesign gir et rammeverk for innsamling og analyse av data (Bryman, 2012). I følge Bryman (2012) vil valg av forskningsdesign baseres på viktigheten knyttet til prioriteringer langs følgende dimensjoner:

- Uttrykke årsakssammenhenger mellom variabler;
- generalisere til større grupper av individer enn de som faktisk inngår i utredningen;
- forstå atferd og betydningen av atferden i dens spesifikke sosiale kontekst;
- å ha en tidsmessig (det vil si over tid) forståelse av sosiale fenomener og deres sammenhenger.

For denne oppgaven ble forskningsdesignet et ganske innlysende valg, med tanke på at vi mottok datamateriale for én organisasjon. Datamaterialet var av en natur som kunne bidra til å forstå atferd og betydningen av atferden i den spesifikke sosiale konteksten. Av denne grunn er casestudie valgt som forskningsdesign for denne oppgaven, der OUS er å betrakte som casen. Bryman (2012) forbeholder begrepet «casestudie» til de tilfeller der «casen» er fokuset i seg selv. Han påpeker videre at fokuset pleier å ligge på den intensive undersøkelsen av settingen. Yin (2009) hevder at casestudie er å foretrekke når forskningsspørsmålet som stilles er et «hvordan»- eller «hvorfor»-spørsmål, når forskeren har liten kontroll over situasjoner, og når fokuset er på et moderne fenomen i en virkelig kontekst.

Denne oppgavens hensikt samsvarer godt med akademikernes beskrivelse av casestudie. Først er oppgavens forskningsspørsmål stilt som et «hvorfor»-spørsmål. Vi hadde også ingen mulighet til, eller interesse av å kontrollere forskningsobjektet. Dette naturligvis fordi vi ikke var involvert i datainnsamlingen, men også fordi forskningen har som ambisjon å få innsikt i fenomenet PMS i en etablert sykehuskontekst. Å studere temaet detaljert innenfor et forskningsområde var derfor ansett som passende og tilstrekkelig for å besvare forskningsspørsmålet. Fokuset på å forstå det avgrensede områdets natur, hvilket samsvarer godt med Stake (1995) sin observasjon om at case studier fokuserer på det valgte systemets kompleksitet og spesielle karakter (referert i Bryman, 2012).

En casestudie kan studere en eller flere caser (Yin, 2009). Denne oppgaven tar for seg en case, OUS, og er derfor å betrakte som en singel casestudie. En av grunnene til dette er at vi grunnet de ekstraordinære forholdene naturligvis ikke hadde mulighet til å samle inn informasjon fra andre sykehus. Likevel vil forklaringene til hvorfor det er motstand mot PMS som fremkommer av denne casestudien kunne antas å bidra til å forklare motstand mot PMS ved andre sykehus. Siden PMSet ved OUS påvirkes av bestemmelsene fra administratorene, vil følgelig andre norske sykehus påvirkes av de samme. De eventuelle forklaringene som er OUS-spesifikke eller ikke nødvendigvis vil gjelde for andre sykehus vil påpekes.

## 5.4 Forskningsmetode

En forskningsmetode er en teknikk for datainnsamling (Bryman, 2012). Intervjuer er en vanlig metode for datainnsamling i kvalitativ forskning, og det er også denne metoden som er hovedkilden til informasjon for denne oppgaven. Spesifikt har semi-strukturerte intervjuer blitt benyttet. Semi-strukturerte intervjuer innebærer at forskeren har en liste med spørsmål eller ganske spesifikke temaer som skal dekkes, men intervjuobjektet har mye spillerom i måten spørsmålene besvares (Bryman, 2012). Tjora (2012) forklarer at en som hovedregel kan vi si at dybdeintervjuer [semi-strukturerte intervjuer] benyttes der en vil studere meninger, holdninger og erfaringer. Dette passet godt med formålet for oppgaven. Den relativt ustrukturerte naturen til intervjuene bidro til å danne en forståelse og innsikt til hvordan intervjuobjektene forstår verden. For å undersøke og forstå praksisen til lederen i sykehuset, var denne forskningsmetoden fordelaktig. Forskningsmetoden muliggjorde også en forståelse av informantens subjektive oppfatning av PMS.

Intervjuene er det, som nevnt, en annen studentgruppe som gjennomførte. Dette inkluderte totalt 14 semi-strukturerte intervjuer og ett ustrukturert intervju. Formatet på de semi-strukturerte intervjuene var ansikt-til-ansikt, med unntak av et intervju som ble gjennomført over telefon. Et av de semi-strukturerte intervjuene var med en informant som ikke er ansatt ved denne oppgavens valgte forskningsobjektet, og ble derfor utelatt fra oppgaven. De semi-strukturerte intervjuene benyttes i dataanalysen for denne oppgaven er presentert i Tabell 5-1. Tabellen viser at ledere på tre ulike nivåer i sykehuset er intervjuet; klinikkledere (nivå 2), avdelingsledere (nivå 3) og seksjonsledere (nivå 4). Datamaterialet inkluderer også et intervju en økonomirådgiver.

<b>Informant</b>	<b>Dato</b>
Klinikkleder 1	04.03.20
Klinikkleder 2	02.03.20
Avdelingsleder 1	09.03.20
Avdelingsleder 2	05.03.20
Avdelingsleder 3	03.03.20
Avdelingsleder 4	03.03.20
Seksjonsleder 1	03.03.20
Seksjonsleder 2	06.03.20
Seksjonsleder 3	05.03.20
Seksjonsleder 4	05.03.20
Seksjonsleder 5	04.03.20
Seksjonsleder 6	02.03.20
Økonomirådgiver	04.03.20

**Tabell 5-1 Oversikt over semi-strukturerte intervjuer.**

Oppgaven legger også til grunn to ustrukturerte intervjuer, presentert i Tabell 5-2. Ett av de ustrukturerte intervjuene ble gjennomført av oss, og det andre ble gjennomført av den andre studentgruppen. I ustrukturerte intervjuer bruker forskeren gjerne bare et kort sett med instruksjoner for å håndtere et bestemt emneområde (Bryman, 2012). Ifølge Burgess har ustrukturerte intervjuer en tendens til å være av lignende karakter som en samtale (referert i Bryman, 2012). Disse intervjuene ble gjennomført for å danne en forståelse av styringssystemene ved forskningsobjektet. Siden intervjuerne ikke hadde mye innsikt i systemene på forhånd, var en ustrukturert tilnærming ansett som hensiktsmessig. Det er verdt å nevne at disse intervjuene i denne oppgaven primært er brukt for å danne en kontekstforståelse for forskerne.

<b>Informant</b>	<b>Dato</b>
Ansatt 1 ved sykehusservice	03.03.20
Ansatt 2 ved sykehusservice	02.03.20

**Tabell 5-2 Oversikt over ustrukturerte intervjuer.**

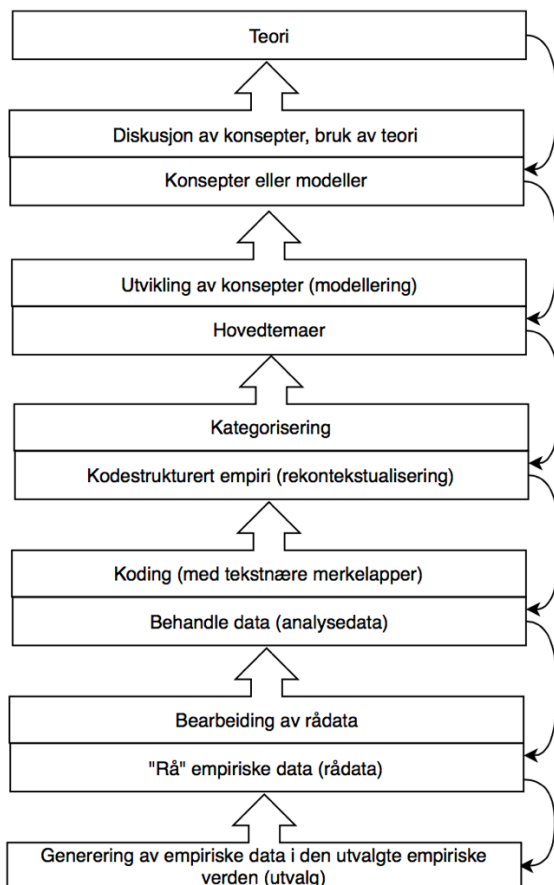
Yin (2009) anbefaler å bruke flere kilder til bevis. Denne oppgaven har derfor også benyttet enkelte dokumenter i forskningen. Denne informasjonen inkluderer dokumenter tilgjengelig på intranett og offentlige dokumenter. De offentlige dokumentene ble primært benyttet til å danne en kontekstforståelse for sykehuset og dets PMS. Dokumentene fra intranett bidro til å danne en forståelse av systemene ved sykehuset, og ble følgelig benyttet i casebeskrivelsen og som bakgrunnsforståelse av systemene i tolkningen av intervjuene. Et av systemene ved OUS lå også tilgjengelig på intranett for alle ansatte, hvilket muliggjorde at vi fikk ytterligere forståelse av systemet fra et brukerperspektiv.

Bryman (2012) never at en av utfordringene ved sekundæranalyse er mangelen på en innsideforståelse i den sosiale konteksten der dataene er produsert. Vi har begge jobbet seks uker med forbedringsarbeid ved forskningsobjektet, OUS, sommeren 2019. I løpet av

perioden hospiterte vi ved fem enheter/seksjoner ved sykehuset, der hovedsakelig ikke-deltakende observasjon med interaksjon ble gjort. Utover det ble flere samtaler om forbedringsarbeid med ansatte på ulike nivåer i sykehuset gjennomført. Arbeidet på OUS bidro til en bedre forståelse av arbeid på sykehus, og kan betraktes som en innsideforståelse av forskningsobjektet for oppgaven. På denne måten har utfordringen blitt motvirket.

## 5.5 Dataanalyse

Dataanalyse innebærer å tolke dataene som har blitt samlet inn. Denne oppgavens metode for dataanalyse baseres på hovedelementene fra Tjora (2012) sin stegvis-deduktiv induktiv metode for dataanalyse, heretter omtalt som SDI. Stegene i SDI er illustrert i Figur 5-2. Metoden veksler mellom deduktive og induktive steg. Deduktiv metode innebærer å ta utgangspunkt i teori, for så å gå inn i det empiriske, mens induktiv metode er det motsatte; starte med empirisk data, for så å danne teori basert på data. SDI åpner for at de som analyserer dataene kan bevege seg frem og tilbake mellom de ulike stegene, slik som er illustrert med piler i figuren.



Figur 5-2 Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2012).



Innsamlingen av data er allerede introdusert i det forriggående delkapittelet, hvilket betyr at det første steget i dataanalysen var å bearbeide rådataene. Det første steget innebar derfor transkribering av lydfilene fra intervjuene. Dette steget ble i utgangspunktet gjennomført av studentgruppen som delte sitt datamateriale med oss, ettersom de allerede var i gang med transkriberingen. På tidspunktet vi mottok deres datamateriale hadde de to intervjuer gjenstående. Vi fikk derfor muligheten til å transkribere disse. Datamaterialet kan nå betraktes å ha blitt omgjort fra rådata til analysedata. Etter dette steget startet vi med å lese gjennom alle analysedataene, for å få en forståelse av innholdet. Slik som forklart tidligere, skilte naturligvis datamaterialet seg fra det vi i utgangspunktet hadde tenkt. Dette medførte en revidering av forskningsspørsmålet og en tilpasning i teori og analytisk rammeverk, for å sørge for god tilpasning i forskningen.

Det første steget i behandlingen av analysedataene gikk ut på å kode datamaterialet. Kodingen innebar å gjennomgå de transkriberte intervjuene og tildele ulike tekstnære merkelapper til deler av teksten. Formålet med dette steget var å få en god innsikt i empirien. Dette steget startet med at datamaterialet ble delt i to, slik at vi kunne kode halvparten hver. Prosessen for kodingen innebar deretter at hver av oss startet med et transkribert intervju, et sett med analysedata, og opprettet tekstnære koder for det første settet med analysedata. Kodene besto av ord eller uttrykk som beskrev mindre deler av intervjuene. Disse kodene kan karakteriseres ved å ha utgangspunkt i den empiriske dataen, med lite fokus på teori. Etter at ett sett med analysedata var kodet, ble neste sett kodet med utgangspunkt i samme kodene, samt oppretting av nye relevante koder. Da analysedataene var kodet av begge ble alle kodene samlet. Dette resulterte i totalt 218 koder for de 13 analyserte intervjuene. Det er verdt å merke at enkelte av kodene var relativt like, eller delvis overlappende. Eksempler på koder er følgende: «måltall på riktig aggregeringsnivå», «gangen i forbedringsprosjekter», «utfordring med måling/systemene» og «leders rolle i forbedringsarbeid». Kodingen resulterte i en dypere forståelse av datamaterialets innhold.

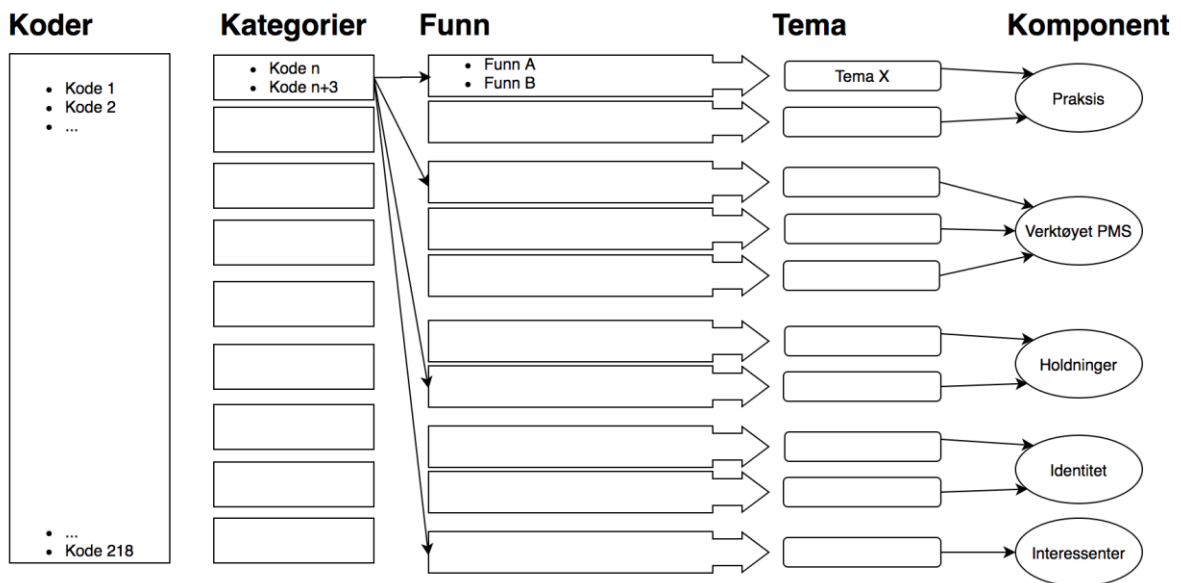
Neste steg innebar en sammenstilling av flere koder til en mer overordnet kategori. I denne forbindelse beskriver en kategori hva de respektive kodene inneholder. I dette steget ble fokuset trukket vekk fra et utelukkende fokus på empiri over på oppgavens tema, for å sørge for at dataanalysen videre ble veiledet av oppgavens formål. Kategoriseringen ble gjennomført av oss begge individuelt for å motvirke subjektivitet i analysen. Deretter ble resultatene fra kategoriseringen sammenliknet og satt sammen. Begge settene med kategorier var i utgangspunktet veldig like. Resultatet av sammensetningen ble følgende ni kategorier:

«generell informasjon», «bruk av tekniske systemer», «ledelse», «forbedringsarbeid», «holdninger til forbedringsarbeid», «holdninger til måltall/tekniske systemer», «horisontal kommunikasjon», «vertikal kommunikasjon» og «økonomi. Kodene ble deretter felles gjennomgått og plassert i en av de ni kategoriene. Kategoriene bidro på denne måten til en systematisering av datamaterialet. Kodene som ikke dreide seg om oppgavens tema, motstand mot PMS i sykehus, ble ikke tildelt noen kategori og forkastet i dette steget.

Videre ble det analytiske rammeverket, presentert i kapittel 4, tatt i bruk i analysen. Det analytiske rammeverket er tilpasset oppgavens forskningsspørsmål, og har som ambisjon å strukturere analysen og oppbygningen av oppgaven. Komponentene («praksis», «verktøyet PMS», «holdninger», «identitet» og «interessenter») introdusert i det analytiske rammeverket la videre føringer for analysen. I dette steget ble alle kategoriene gjennomgått for å skille ut informasjonen som var relevant for å besvare oppgavens forskningsspørsmål. Siden rammeverket er utviklet slik at forskningsspørsmålet skal kunne besvares ved å studere de etablerte komponentene, ble kun informasjonen fra kategoriene som kunne knyttes til en av komponentene tatt med videre i analysen. Informasjonen som var tilknyttet en av komponentene blir her kalt funn. Deretter ble funnene innad i hver av komponentene gjennomgått. Funn som dreide seg om, tydet på eller impliserte et tema på et høyere abstraksjonsnivå ble plassert samlet. Det de samlede funnene dreide seg om eller impliserte blir her kalt temaer.

Analysen fra rådata til komponentene i det analytiske rammeverket kan illustreres med det Gioia, Corley og Hamilton (2012) kaller datastruktur. Datastrukturen tvinger forskeren til å tenke på dataene teoretisk, ikke bare metodisk (Gioia, Corley, & Hamilton, 2012).

Datastrukturen for denne oppgaven er vist i Figur 5-3. Datastrukturen for de faktiske funnene og temaene fra analysen blir introdusert innledningsvis i kapittel 6.



**Figur 5-3 Datastruktur (basert på Gioia et al., 2012).**

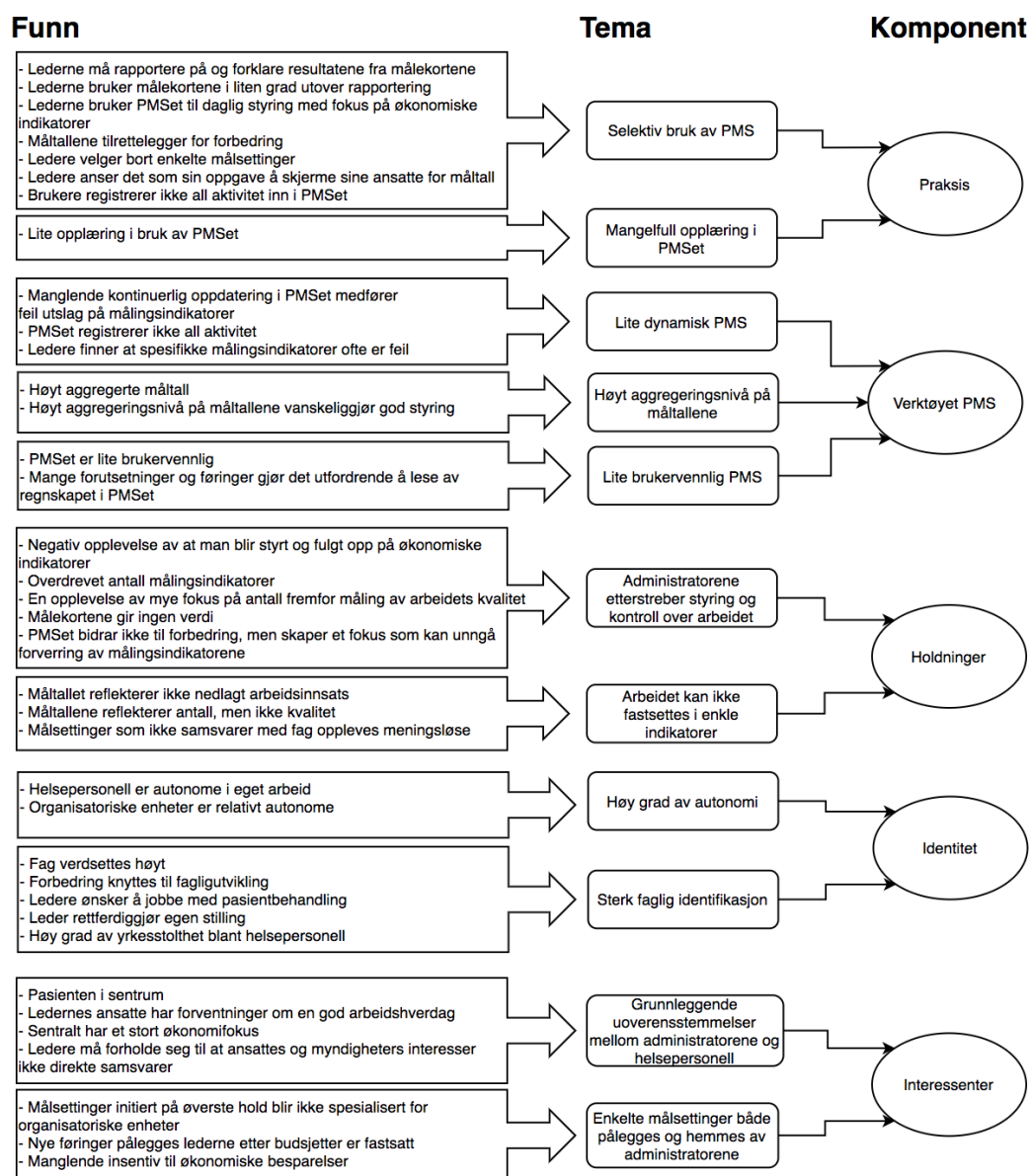
Det siste steget i analysen innebar å utvikle en forklaringsmodell eller teoretisering i et begrenset gyldighetsområde. Oppgavens forskningsspørsmål ber om en forklaring til hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus. Det er derfor nødvendig å forklare sammenhengene mellom temaene, fordi de sammen vil kunne forklare hvorfor det eksisterer motstand. Dette steget ble igjen gjort ved bruk av det analytiske rammeverket.

I tillegg til å introdusere ulike relevante komponenter for å studere motstand, tilbyr også det analytiske rammeverket en forklaring av hvordan komponentene henger sammen. Ved å plassere temaene inn i figuren til det analytiske rammeverket, presentert i kapittel 3, vil sammenhengene mellom temaene fremkomme. Figuren med tilhørende temaer er utgangspunktet for forklaringsmodellen, og vil presenteres i kapittel 6.

En av de største kritikkene til kvalitativ forskning er at det er for subjektivt, fordi en stoler for mye forskerens usystematiske syn på hva som er viktig (Bryman, 2012). En slik subjektivitet ble motvirket i dataanalysen gjennom følgende to teknikker; det var to forskere som studerte det samme datamaterialet og antakelser ble aktivt forsøkt å motbevises. Disse teknikkene ble benyttet for å skire kvaliteten av forskningen.

## 6 Funn

Dette kapittelet vil ta for seg empirien analysert ved hjelp av det analytiske rammeverket presentert i kapittel 4. Som fremkommer av datastrukturen i Figur 6-1, har datamaterialet blitt strukturert basert på hver komponent i det analytiske rammeverket. Funnene er blitt abstrahert til større overordnede temaer og vil være det første som presenteres. Deretter vil temaene satt inn i en forklaringsmodell bistå med å forklare oppgavens forskningsspørsmål: «Hvorfor er det motstand mot PMS i sykehus».

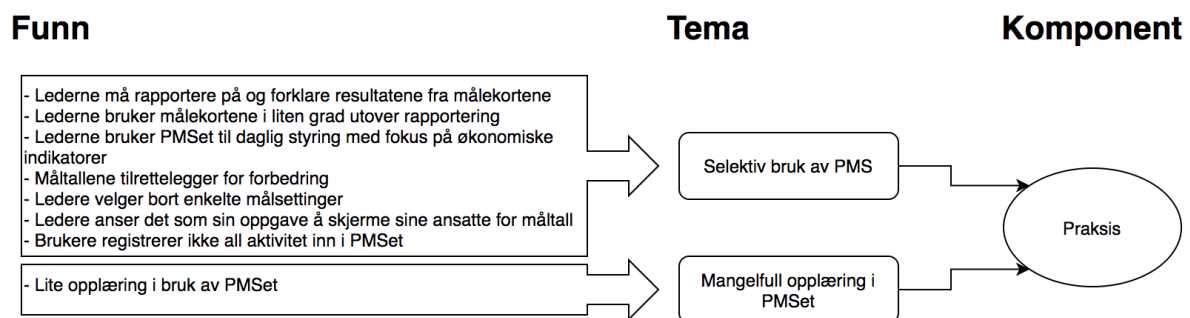


Figur 6-1 Datastruktur

Som kan leses av Figur 6-1, har dataanalysen resultert i elleve temaer. Hver av disse temaene er knyttet til en av komponentene i det analytiske rammeverket. Følgelig vil argumentasjonen for hvert av temaene presenteres innenfor sin tilhørende komponent.

## 6.1 Praksis

Praksis kan forstås som repetitive handlinger. Funn, og derav tema, knyttet til denne komponent handler derfor om handlinger som er gjentakende og knyttet til PMSet. De to temaene som vil bli presentert er «Selektiv bruk av PMS» og «Mangelfull opplæring i PMSet», illustrert i Figur 6-2.



**Figur 6-2 Praksis**

### 6.1.1 Selektiv bruk av PMS

Det fremkommer av intervjuene at bruken av PMSet i stor grad er selektiv. Overordnet anvendes målkortene til rapportering, mens måltallene anvendes noe til daglig styring. Utover dette anses bruken av PMSet i stor grad å være selektiv fordi ledere velger bort målsettinger de ikke anser som relevante, skjermer sine ansatte for måltallene og fordi ikke all aktivitet registreres inn i PMSet.

Hver uke får lederne tilsendt målekort med oversikt over hvordan deres organisatoriske enhet har prestert på utvalgte målingsindikatorer. Det fremkommer av intervjuene at hver leder skal rapportere på resultatene fra målkortene. Dette innebærer at de skal kommentere og forklare resultatet av måltallene for foregående uke til sin nærmeste leder, spesielt dersom måltallene ikke er tilfredsstillende. En seksjonsleder sier at «*det hender jo ikke sjelden at jeg får en SMS fra min sjef en søndag hvor det står 'kan du forklare hvorfor dere hadde fire konsultasjoner for få i forrige uke?'*». Det er med andre ord et fokus på at lederne skal kunne forklare og forsvare måltallene.

Det fremkommer videre at lederne primært anvender målkortene i henhold til hva de er forpliktet til, slik som rapportering og forklaring av resultater, men at de anvendes lite utover det. En Avdelingsleder forklarer at:

*jeg bruker ikke de dataene [fra målekortene] nå. Jeg forklarer de når jeg blir spurt. Når jeg får kritikk for at et eller annet tall er for lavt eller for høyt, så må jeg hjelpe til å forklare hvorfor tallet er lavt eller høyt.*

Ytterligere intervjuobjekter beskriver at de skummer over målekortene for å kunne forklare resultatene når det kreves, men at de bruker lite tid på det utover det. En seksjonsleder sier: «Jeg titter på det. Også tenker jeg 'jaja', hva var det som sto litt ned her. Ja det var to helligdager forrige uke, jaja», og en annen seksjonsleder forklarer «jeg sjekker egentlig bare økonomien, hvor mye vi har brukt på overtid.». En avdelingsleder forklarer at målekortene ikke kan brukes til noe forbedringsarbeid, men er en påpekning som skal gjøre dem selv og de over dem bevisst på hvordan de presterer. I motsetning til flertallet av intervjuobjektene, uttrykker en av avdelingslederne at målkortene er nyttige og relevante fordi de «gir en indikasjon på at vi må følge opp ting når tallene ikke er som de burde»

Foruten om de ukentlige målkortene, har lederne kontinuerlig tilgang til måltallene i PMSet. Det fremkommer av intervjuene at lederne primært anvender disse måltallene og PMSet til daglig styring, med fokus på de økonomiske målingsindikatorerne. Flere av lederne forklarer av de anvender PMSet i budsjett- og regnskapssammenhenger. Eksempelvis sier en seksjonsleder: «Ja, altså jeg ser bare på regnskapsbiten av det» og en annen seksjonsleder sier: «Man bruker jo det ofte i budsjettsammenheng når vi lager budsjett da».

Videre forteller mange av lederne at de bruker PMSet til å følge med på aktiviteten i virksomheten de er leder for. En av avdelingslederne forklarer å bruke PMSet til å sjekke antall innskrevne pasienter, og flere av seksjonslederne bruker det til å følge med på sykefraværet. Enkelte av informantene, som har måltall på lavere nivå enn avdelingsnivå, forteller å benytte PMSet helt ned på individnivå for å sammenlikne måltallene på ulike ansatte, blant annet sier en seksjonsleder:

*Altså hvis vi lurer på er det skjevfordelt aktivitet hos de som jobber hos oss for eksempel, så kan vi gå inn og se på Kåre han hadde 17 konsultasjoner men Anne hadde bare 5. Hva er grunnen til det? Så vi kan gå inn å se på detaljnivå.*

I tillegg til å anvende PMSet til daglig styring, er det to ledere som sier at måltallene fra PMSet kan tilrettelegge og anvendes til forbedring. En seksjonsleder forteller blant annet at de brukte dataen fra PMSet til å opprette et ambulerende team. Hvordan en klinikkleder bruker måltallene kan også kategoriseres som anvendelse av måltall til forbedringsarbeid.

Klinikklederen nevner epikrisetid som et eksempel der vedkommende utfordrer sine ansatte på resultatene de får. De ansatte i eksempelet forsvarer sine måltall med at deres aktivitet er mer komplisert, og at de derfor ikke når målsettingene. Da graver lederen dypere, og viser til en sammenlikning av måltallene til enhet med tilsvarende virksomhet, som motbeviser de ansattes oppfattelse. På denne måten anvender lederen måltallene til en bevisst- og ansvarliggjøring av lederne på lavere nivåer. Klinikklederens ansatte er de lederne som har mulighet til å faktisk forbedre indikatoren, med tanke på at det er de som jobber direkte med behandling av pasienten. En bevisstgjøring på at indikatoren bør forbedres, vil bidra til å sette i gang forbedringen.

Bruken av PMSet er som beskrevet begrenset, og en selektiv bruk av PMSet fremkommer videre av at ledere velger bort enkelte målsettinger. Med en opplevelse av mange måltall og måltall som ikke oppleves relevante, er det flere avdelingsledere som selv velger bort bestemte målsettinger. Dette medfører at det er varierende hvilken informasjon om målingsindikatorer som følger hele styringslinjen ned. En avdelingsleder sier at:

*Det er flere mål, det klarer ikke jeg, sant? Jeg tenker at jeg må be mine kollegaer fokuserer. "Dette er det viktigste i år, vi må levere 'kortere ventetid', slik at det synes". Om jeg får med meg noe mer opp på økt aktivitet, at vi overholder pakkeforløpsfristen eller hva det enn er, "så fint", men jeg kan ikke be om 5 topp prioriterte målsettinger.*

En annen avdelingsleder informerer også om at de har prioriterte måltall i deres klinikk og at de ikke kan forholde seg til alle målsettingene: «Jeg synes vi har alt altfor mye av det allerede. Heldigvis har vi vært flinke i vår klinikk til å skrelle bort veldig veldig mye av det.».

I tillegg til at ledere velger bort enkelte målsettinger, anser også lederne det som sin oppgave å skjerme sine ansatte for måltall. Argumentasjonen er knyttet til at det er for mye fokus på måltall og målsettinger og at de ansatte ikke skal utsettes for dette. Eksempelvis sier en seksjonsleder: «Det er det [pasientbehandling] de [ansatte] skal gjøre, og da skal de slippe unna en del av de praktisk administrative oppgavene.». Også flere avdelingsledere påpeker at det er deres jobb å skjerme sine ansatte fra «måle-fokuset» slik at de kan fokusere på faget og

pasienten. En avdelingsleder informerer om at det er vedkommende sin jobb å kommunisere passe mengde med informasjon nedover, og en annen avdelingsleder forteller:

*Vi skjønner alle sammen at vi må forholde oss til produksjonstall og økonomi, men vi gjør det jo på en måte som for at det skal skape minst mulig støy for kollegaene mine.... Så jeg prøver å stoppe de aller aller fleste tall slik at mine kollegaer skal slippe å forholde seg til det*

Det kommer derimot frem at avdelingslederen videreformidler måltallene til seksjonslederne, men at det som må balanseres er informasjonen som skal helt ut til de ansatte som «jobber på gulvet». En ytterligere avdelingsleder sier at «noen må bremse litt», og at siden ingen i nivåene over gjør det, at vedkommende må gjøre det.

Videre er det flere avdelingsledere som forteller at de anser sin jobb som mellomleder å sørge for en balanse mellom målsettingen ovenfra og fagligheten. En avdelingsleder sier at fokuset nedover skal ligge på at det er gøy å jobbe effektivt. Dette illustrerer at lederen tilpasser formidlingen av målsettingene til sine ansatte. En annen avdelingsleder fremstår å ha en liknende tilnærming. Lederen rapporterer at: «Hvis jeg pøser på med epikriser, innleggelse, løp fortere, da bryter systemet sammen». Lederne filtrerer den delen av det administrative i formidlingen til de ansatte, slik at de på «gulvet» kan fortsette med å fokusere på fag.

Det siste funnet som legger grunnlaget for en selektiv bruk av PMSet er at brukere av systemet i visse tilfeller ikke registrerer all aktivitet inn i PMSet. Det kommer frem at avdelingene prester godt på flere målsettinger, men at de ikke alltid får registrert prestasjonen i PMSet. Eksempelvis er «trygg kirurgi», en prosedyre før en operasjon, noe en avdelingsleder forteller at vedkommende sin avdeling gjennomfører hundre prosent av gangene. For at dette skal registreres i PMSet, er en ansatt nødt til å «huke av» at prosedyren er gjennomført før operasjonsstart. Avdelingslederen forklarer at denne avhukingen ved flere anledninger ikke blir gjort. Det medfører at avdelingens prestasjon fremstår dårligere i PMSet enn det som er tilfellet.

De overnevnte funnene peker altså på at bruken knyttet til PMSet er selektiv. Lederne anvender primært PMSet til det som forventes av dem. I tillegg forekommer det eksempler av at noen ledere anvender det utover rapportering. Disse eksemplene ansees å være få og bruksmønsteret kategoriseres derfor som selektivt.



### 6.1.2 Mangelfull opplæring i PMSet

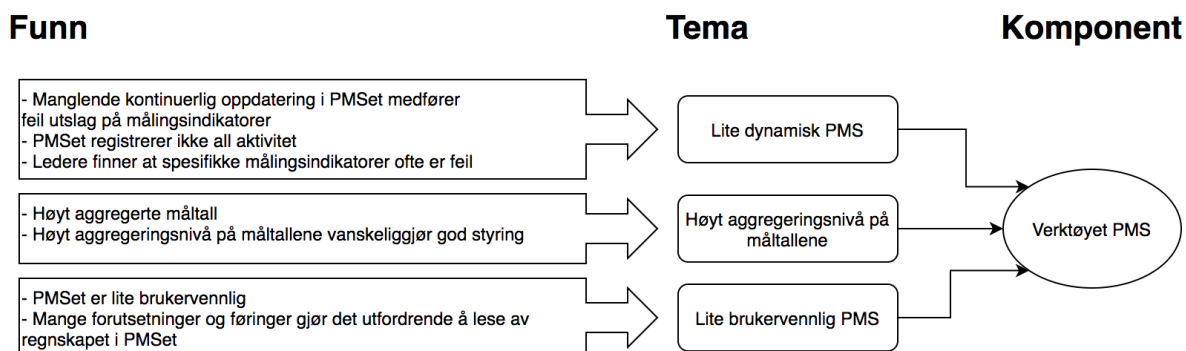
Mangelfull opplæring i bruk av PMSet rapporteres også å være en del av praksisen. Det er enkelte informanter som nevner at det har vært lite eller tilnærmet ingen opplæring i bruk av PMSet. Eksempelvis forklarer en avdelingsleder å ikke ha hatt noen opplæring i PMSet. En annen avdelingsleder sier: *«Jeg har ingen ide om hvordan jeg henter ut data fra LIS, det vet jeg ikke.»*. Videre påpeker en seksjonsleder at: *«jeg tror at det er veldig mye informasjon der [i PMSet], men du må vite hva du skal gjøre for å finne den informasjonen.»* Av dette fremkommer det at flere rapporterer lite kunnskap om hvordan PMSet skal brukes og hva som finnes der.

En klinikkleder forklarer videre at sine ledere heller ikke har hatt noen innføring i bruk av PMSet. Ifølge klinikklederen medfører dette at *«[de] kan ikke svare i det hele tatt. Vis oss hva dere bruker, hvilke er de tre viktigste styringsrapportene du bruker? Svar. Eehm. Hø?»*. Klinikklederen forklarer også at når de samme lederne har blitt kurset og fått noe opplæring at de innser at det er et helt område de ikke har kunnskap om, og at frustrasjonene knyttet til PMSet reduseres ved økt kunnskap.

Basert på de nevnte funnene fremkommer det at det er en praksis knyttet til lite opplæring i PMSet. Den minimale opplæringen rapporteres å føre til en manglende kunnskap av hvordan PMSet kan brukes og derav lite forståelse for hvilken informasjon PMSet besitter utover det som anvendes.

## 6.2 Verktøyet PMS

Komponenten «Verktøyet PMS» innebærer informasjons- og kommunikasjonsteknologien og forutsetningene som ligger til grunn. Funn, og derav tema, knyttet til denne komponent omhandler områder ved PMSet som en teknologi og et system. De tre temaene som vil bli presentert er «Lite dynamisk PMS», «Høyt aggregeringsnivå på måltallene» og «Lite brukervennlig PMS». Figur 6-3 visualiserer hvilke funn som ligger til grunn for å etablere de tre temaene.



**Figur 6-3 Verktøyet PMS**

### 6.2.1 Lite dynamisk PMS

Det er flere funn som fører til at PMSet fremstår å være lite dynamisk. Fordi PMSet ikke kontinuerlig oppdateres og tilpasses i henhold til endringer som oppstår, registreres ikke all aktivitet og lederne oppfatter spesifikke målingsindikatorer som feil. Disse funnene er lagt til grunn for dette temaet.

Det første funnet er knyttet til at en manglende kontinuerlig oppdatering i PMSet medfører feil utslag på målingsindikatorer. En seksjonsleder eksemplifiserer at systemet ikke tar hensyn til endringer i aktiviteten og derfor resulterer i feil på målingsindikatoren. Lederen forklarer at dersom en pasient ender opp med å ikke møte opp til en poliklinisk konsultasjon klarer ikke systemet å kommunisere dette til epikrise-målsettingen. Ved dette tilfellet resulterer det i at de ikke når epikrisemålsettingen fordi PMSet tror at pasienten har vært på konsultasjon selv om det er en ikke-møtt pasient. Et liknende eksempel, men angående «fristbrudd», rapporteres også av en avdelingsleder. Denne lederen forklarer at det forekommer mange feilregistreringer på denne indikatoren:

*De [fristbrudd] registreres ikke godt nok. Så da blir også feilkildene store. Det gjør jo noe med hvordan vi ser på dette. Når klinikken melder inn om at vi har 7-8 fristbrudd og 6 av dem er registreringsfeil.*

Dette funnet tyder på at PMSet i manglende grad er sensitivt til endringer i det interne miljøet og ikke oppnår å dynamisk endre målsettinger når driftsendringer oppstår.

Videre fremkommer det av intervjuene at PMSet ikke evner å registrere all aktivitet. Dette problemet er primært knyttet til når ansatte har en pasient i et behandlingsløp hvor deler av arbeidet utføres på et annet helseforetak. En seksjonsleder forklarer:

*Men vi har hatt nesten faktisk 20% av vår aktivitet blir ikke telt. Den er, det er pasienter som også er registrert andre steder, vi er en landsfunksjon, så pasientene har kanskje et åpent behandlingsløp på Drammen DPS, så hvis vi er inne da er det Drammen DPS som får aktiviteten mens vi får bare.. Vi får ikke noe tellende for denne aktiviteten.*

Utfordringen med dette rapporteres å være at det fremstår av PMSet at seksjonen har en lavere aktivitet enn det som er faktum. Det betyr at det av PMSet ser ut som at seksjonen har det samme antallet ansatte, men lavere aktivitet per ansatte, som derav påvirker prestasjon på effektivitetsindikatorer i PMSet. Dette kan ansees å knyttes til PMSets evne til å være dynamisk fordi det ikke tilpasses ved endringer i driften.

Det siste funnet som etablerer temaet om et lite dynamisk PMS er at flere ledere ofte finner at spesifikke målingsindikatorer er feil. Eksempelvis forklarer en av seksjonslederne at deres beleggsprosent i PMSet ikke samsvarer med den faktiske beleggsprosenten i seksjonen. Vedkommende forteller: «Vi opplever ganske ofte feil på data i belegg og sånt. Som vi kontinuerlig rapporterer tilbake at dette er feil. Vi har ikke så mange senger, og vi har ikke, beleggsprosenten var ikke 60%, den var 95%.» I tillegg forteller en avdelingsleder at PMSet ikke evner å oppdatere antall senger tilgjengelig på avdelingen kontinuerlig i systemet og at målingsindikatoren derfor ofte er feil. På denne måten er PMSet for lite dynamisk ved at det ikke evner å oppdatere en faktor som påvirker utslaget på en målingsindikator.

### 6.2.2 Høyt aggregeringsnivå på måltallene

Det neste temaet etablert som går på PMSet som et verktøy er aggregeringsnivået til måltallene. Det fremkommer av intervjuene at PMSet, med unntak av én klinikk, kun produserer måltall for avdelingsnivå, og ikke seksjon eller enhetsnivå. Dette rapporteres å ha flere konsekvenser. For det første betyr det at seksjonsnivå og enhetsnivå får en rekke styringsdata og måltall som ikke direkte angår virksomheten de styrer.

For det andre fremkommer det at dette høye aggregeringsnivået på måltallene vanskeliggjør god styring. Flere ledere påpeker at måltallene må være på riktig aggregeringsnivå for at de skal være nyttige. En avdelingsleder påpeker at måltallene ville vært mer hensiktsmessige dersom måltallene var seksjonsspesifikke:

*Men det som er utfordrende er at detaljnivået på de rapportene er for svakt til at det ofte blir noe godt styringsverktøy da. Der hvor det bør være det, ikke sant. Staben på sykehuset, de spyr jo ut sånn overordnede ikke sant. Sykehus, så får du klinikk, så får du*

*avdeling. Men for at vi virkelig skal gjøre noe ordentlig med det, så må det ned på seksjonsledernivå, skjønner du. Og de feilene som kanskje ikke betyr så mye på klinikknivå, betyr ganske mye for seksjonslederen.... Du må liksom ned på et nivå som er noe vi kan agere på.*

Av dette kommer det frem at måltallene bør reflektere det nivået en forbedring kan gjøres. Dette samsvarer med det en klinikkleder forteller: «Også var det vanskelig fordi vi har bare LIS data på avdelingsnivå, og vi har delte seksjoner. Men nå har vi endelig fått rapporter ned på seksjonsnivå og kan følge opp mye mye bedre.» Dette viser at lederne har en opplevelse av at målingsindikatorerne i seg selv er på et for høyt aggregeringsnivå for å kunne gjøre en forbedring.

### 6.2.3 Lite brukervennlig PMS

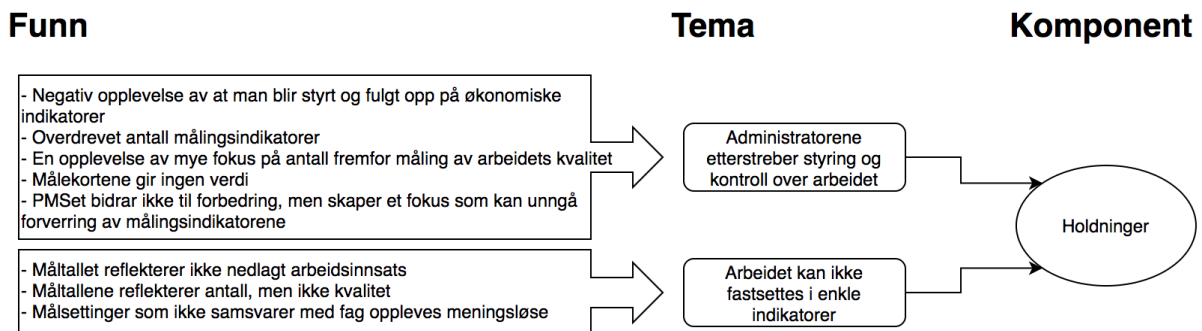
Temaet «Lite brukervennlig PMS» er det siste temaet som fremkommer av analysen å være knyttet til PMSet som et verktøy. Det fremkommer av intervjuene at lederne opplever at PMSet er lite brukervennlig. Det pekes på at systemet er tungvint og omfattende. Eksempelvis forteller en klinikkleder følgende: «Nei, det [PMSet] har vært innmari tungt. Og mye søl. Og det er fortsatt mye rart.» Dette støttes av en avdelingsleder som sier: «Så er det i tillegg uhorvelig mye info i LIS. Det er kronglete å komme frem i. På enkelte parametere er det ufullstendige tall» og en annen avdelingsleder som forteller: «Altså LIS er jo ekstremt omfattende». Dette tyder på at det er en gjennomgående opplevelse av at systemet i seg selv er vanskelig å bruke. Det andre funnet knyttet til dårlig brukervennlighet er at PMSet har mange forutsetninger og føringer som gjør det utfordrende å lese av regnskapet. En avdelingsleder sier:

*Det går for eksempel ikke an å lese regnskapet rett ut av LIS. Det er for mange føring og forutsetninger som er lagt inn. Eksempelvis avdelingen min: Lagt inn en forutsetning om kompensasjon på klinikknivå og et på seksjonsnivå. Så LIS er uoversiktlig, mye klikk, ikke lett tilgjengelig, og det er usikkert hvor reelle tallene som kommer ut av det er.*

## 6.3 Holdninger

Holdninger kan forstås som grunnleggende oppfattelser av virkeligheten. Funn, og derav tema, knyttet til denne komponent omhandler derfor grunnleggende tanker og meninger. Av analysen fremkommer det to temaer som vil bli presentert. Figur 6-4 illustrerer hvordan

funnene har resultert i de to temaene «Administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet» og «Arbeidet kan ikke fastsettes i enkle indikatorer».



**Figur 6-4 Holdninger**

### 6.3.1 Arbeidet kan ikke fastsettes i enkle indikatorer

Det er tre funn som resulterer i et tema om at arbeidet ikke kan fastsettes i enkle indikatorer. Det første funnet er at måltallene ikke reflekterer nedlagt arbeidsinnsats. Det fremkommer av intervjuene at ingen måltall kan representere hvor ressurskrevende og tung en pasient og arbeidshverdag er sammenlignet med en annen. PMSet vil kun presentere antall pasienter i løpet av en uke, og et mindre godt resultat, lavere antall pasienter, en uke trenger ikke å bety at en har hatt en lett uke. Eksempelvis forklarer en avdelingsleder:

*En alvorlig pasient trenger lengre tid på poliklinikken enn en ikke-alvorlig pasient. Så hvis vi har høye tall en periode så betyr det at vi har hatt en lett uke. Hvis vi har hatt 25 pasienter på en onsdag så betyr det at jeg har hatt verdens enkleste onsdag med enkle pasienter som har vært greie å ta avgjørelser på, men jeg hvis jeg har hatt 10 pasienter på en onsdag betyr det at jeg er helt utslitt vaskeklut og klokka er 1930 før jeg går hjem fordi at de 10 pasientene har vært utrolig mye mer ressurskrevende. Så det er også et sånt eksempel på at man teller opp et tall og at det ikke gjenspeiler arbeidsinnsatsen som er lagt inn for å komme i mål på det da.*

Det andre funnet som peker på temaet er tett knyttet til det første, og omhandler at måltallene reflekterer antall, men ikke kvaliteten av arbeidet. Det problematiseres at når måltallene kvantifiserer arbeidet mister en informasjon om hvilket stykke arbeid som er gjort. En avdelingsleder påpeker at det er vanskeligere å måle kvalitet enn drift, men det fremkommer å være et problem at måltallene i liten grad sier noe om hvor komplisert eller enkelt arbeidet har vært. En annen avdelingsleder poengterer at det kun måles at «noe» gjøres, men ikke hva som

gjøres: «Aktivitetsmåling, altså hvis dere kan se det. Hvis vi hadde satt alle våre barn på rekke og rad og puttet deres føtter i et fotbad ikke sant, så ville det telt som aktivitet. Om det har noe mening, det vet vi ingenting om». På denne måten fremkommer det videre en oppfattelse om at arbeidet ikke kan kvantifiseres i enkle indikatorer og fortsatt si noe meningsfullt om arbeidet som er gjort.

Det fremkommer også av intervjuene at målsettinger som ikke samsvarer med fag oppleves meningsløse. En seksjonsleder forklarer at:

*Jeg kan jo skrive en sånn kvasi standard epikrise, før alle prøveresultatene foreligger, bare for å holde fristen. Så da kan vi få 100%, men det er helt meningsløst og ikke relevant. Da får pasienten en epikrise som ikke sier noe som helst, og at ny epikrise kommer når vi har alt vi trenger. Og når man da blir målt på en del ting som oppleves meningsløst for fagpersonen da, ikke sant.*

Det fremkommer en opplevelse av at visse målsettinger ikke samsvarer med faget og hvordan arbeidet faglig sett bør gjennomføres. Dette underbygger temaet om at arbeidet ikke kan kvantifiseres i enkle indikatorer fordi det ikke tar hensyn til arbeidets kompleksitet og mister essensiell informasjon. Det fremkommer også av det nevnte funnet at målingsindikatorer som dette oppleves meningsløse når PMSet ikke tar hensyn til hvilken kvalitet som er nedlagt i arbeidet, men kun registrerer om det er gjort og hvor mye som er gjort.

### 6.3.2 Administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet

Det fremkommer funn i intervjuene som peker på en grunnleggende holdning om at administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet. Først og fremst fremkommer det at lederne har en negativ opplevelse av å bli styrt og fulgt opp. Denne holdningen er primært knyttet til økonomiske indikatorer og henger sammen med et ønske om at det heller var større fokus på måling av kvalitet i pasientbehandlingen, noe flere seksjonsledere uttrykker eksplisitt. Eksempelvis sier en av seksjonslederne:

*Ja, tellekantene har økt i helsevesenet. Fra jeg begynte for 30 år siden og nå det har blitt mye mer fokus på ja, hva skal jeg si, telling. Og da er det sånne administrative ting man teller. Man teller antall konsultasjoner per dag, epikrisetid.. det har jo selvfølgelig noe med kvalitet å gjøre fordi samarbeidspartnerne skal jo få informasjonen, men det er liksom ja, det kjennes ikke så ålreit ut. Og hvis jeg setter meg ned og tenker på det så blir jeg litt lei meg.*

Det fremkommer av intervjuene at lederne opplever PMSet som et system for oppfølging og kontroll. En av seksjonslederne får spørsmål om de følges opp på måltallene, og svarer følgende: «*Det følges opp på en helt, ja, en detaljstyring jeg ikke syntes hører hjemme noe sted. Vi blir aldri målt på kvalitet.*» En ytterligere seksjonsleder støtter opp under om denne holdningen, og sier følgende:

*Jeg har stort sett bare lønnsutgifter, eh og det er da- du kan ikke ansette for mange, og det blir du jo kontrollert på – HR kontrollerer jo det. De stoler ikke på oss FOR Å SI DET SÅNN! Nei. Alt skal kontrolleres.*

Også klinikkledere og avdelingsledere uttrykker det samme som seksjonslederne. En klinikkleder forklarer at mengden måling og styring i større grad skaper en opplevelse av å jobbe i en produksjonsbedrift enn et sykehus:

*Altså mindre på økonomi og antall på alt mellom himmel og jord. Det er jo mer misbruk av data. Hver eneste forbaska uke skal vi redegjøre for antall operasjoner, og mindre interesserte i om det var kjempekompliserte langvarige inngrep – enn å bare hakke løs som en annen produksjonsbedrift. Du hører veldig mange, også våre egne, de snakker om produksjon. Helt høyl i hue.... Vi behandler! Behandler pasienter. Der kommer kritikken av blårusen.*

En avdelingsleder uttrykker at det er en forståelse for at det eksisterer styring og oppfølging på økonomiske indikatorer, men at prioriteringene oppleves feil:

*Så de er de vi har. Og vi blir jo pest på dette her. Så hvorfor har du avgitt den aktivitet, hva med regnskap osv. Ikke sant, og de er jo mer eller mindre relevante, det er ikke det, men det er ikke det som vi egentlig er mest opptatt av fordi vi ønsker en ganske effektiv pasientbehandling som nytter, ikke bare en pasientbehandling som teller at den har funnet sted, og da må vi et helt annet sted.*

Det pekes videre på at antallet målingsindikatorer er overdrevet. En av avdelingslederne sier følgende: «*Hm.. Em.. jeg tror ikke det. Og det er fordi at jeg føler at jeg er overstrømmet i data allerede. Sånn at jeg har ikke.. Jeg synes at jeg blir målt i alle bauer og kanter*». Antallet målingsindikatorer er på denne måten også med på å skape den grunnleggende holdningen om at administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet.

De siste funnene som underbygger temaet er opplevelsen av at målkortene ikke gir lederne noe særlig verdi og at PMSet ikke bidrar til forbedring, men i beste fall kun skaper et fokus

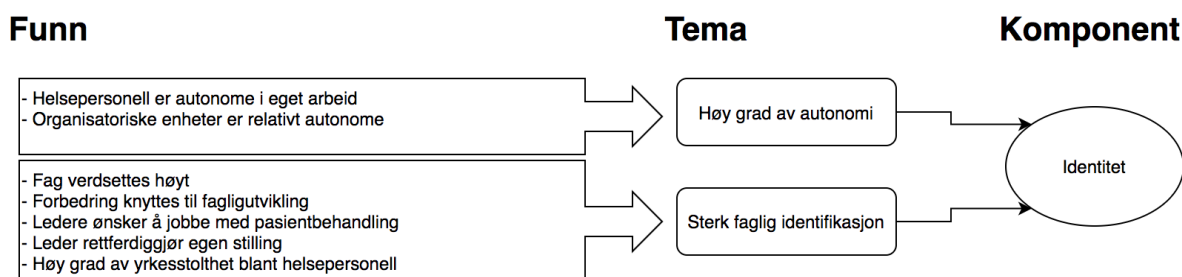
som kan gjør at en kan unngå forverring av målingsindikatorene. Avdelingslederen tydeliggjør dette ved å si:

*Jeg har aldri opplevd at LIS-dataen har gitt meg en input som har gjort at jeg legger om arbeid i hverdagen min – det gjør jeg ikke.... Jeg tror ikke man klarer å påvirke noe særlig i positiv retning i forhold til LIS-tallene, men man kan holde igjen en negativ utvikling det kan man gjøre.*

Avdelingslederen forteller videre: «Jeg tror ikke det hadde vært noe som helst annerledes, om tallene var reelle eller ikke – hvis folk ikke stoler på de.» Avdelingslederen foreslår at viktigheten ligger i det å bli fulgt med på, for å unngå en negativ utvikling, men at måltallene utover det har lite verdi.

## 6.4 Identitet

Som presentert i det analytiske rammeverket kan identitet forstås som de grunnleggende verdiene som er felles for gruppen mennesker en studerer. Funn, og derav tema, knyttet til denne komponent omhandler derfor sentrale verdier som står sterkt hos helsepersonell. Figur 6-5 illustrerer hvordan funnene har resultert i de to temaene «Høy grad av autonomi» og «Sterk faglig identifikasjon»



**Figur 6-5 Identitet**

### 6.4.1 Høy grad av autonomi

«Høy grad av autonomi» er det første temaet på identitet etablert på bakgrunn av dataanalysen. Dette fremkommer som et tema på bakgrunn av funn knyttet til at helsepersonell er autonome i eget arbeid i tillegg til at de organisatoriske enhetene også er relativt autonome.

Det fremkommer av intervjuene at autonomi i eget arbeid står sterkt blant lederne. Som presentert i kapittel 3 har helsepersonell tradisjonelt hatt stor bestemmelsesrett over eget



arbeid. En avdelingsleder forklarer at dette er noe som fortsatt verdsettes sterkt og er en viktig del av det å jobbe på sykehus: «*Fordi, det, vi er veldig, mange i helsevesenet er veldig selvstendige. Ikke sant, jobber på egenhånd, tar avgjørelser på egenhånd, ser verden ut fra sitt ståsted*». Helsepersonellet tar gjerne selvstendige beslutninger som de mener er gode for organisatoriske enhet, hvilket de er godkjent til gjennom utdanningen som et kvalitetsstempel.

Det fremkommer også at de ulike organisatoriske enhetene i sykehuset er relativt autonome. Klinikkene kan eksempelvis betraktes som egne organisatoriske enheter da det fremkommer av intervjuene at lederne selv står ansvarlig for budsjett, regnskap og å sørge for god drift. En av avdelingslederne forklarer at alle organisatoriske enheter i klinikken er selvstendige:

*Seksjoner er ganske autonome. Jeg synes at de skal holde på med sitt. Jeg skal være godt informert. Og Gjerne hvis de går i feil retning. Men i utgangspunktet ønsker jeg at seksjonslederne som har et stort ansvar, de sitter som regel med et ansvar for opptil 100stk – de er flinke folk. De klarer å holde styr på det. Så blir jeg koblet inn om det trengs et bidrag til et eller annet. Men jeg sitter ikke og detaljstyrer.*

Basert på disse funnene er det tydelig at både enkeltpersoner og hver organisatoriske enhet har en høy grad av autonomi. Dette er også å anta å være en essensiell del av identiteten i sykehuset da en slik autonomi er nødvendig med tanke på kompleksiteten av arbeidet som foregår.

#### 6.4.2 Sterk faglig identifikasjon

Det andre temaet etablert på bakgrunn av funn knyttet til identitet er at det er en sterk faglig, altså helsefaglig, identifikasjon. Dette kommer til syne gjennom funn på at faget verdsettes høyt, at når det prates om forbedring knyttes det til faglig utvikling og at tross en administrativ rolle ønsker lederne å praktisere faget. At faget verdsettes høyt blant de ansatte ved sykehuset poengteres i samtlige intervjuer. Viktigheten av at det er fag en holder på med og at det er faget og pasienten som må stå i sentrum på sykehuset generelt, og spesielt på hver organisatoriske enhet, er gjennomgående i intervjuene.

At det er en sterk faglig identifikasjon fremkommer videre av svaret til en av avdelingslederne, når vedkommende blir spurt om hvordan de driver med forbedringsarbeid. Når avdelingslederen svarer sier vedkommende: «*Hvis vi starter litt i bunnen, så har vi en filosofi rundt avdelingen vår at alle som jobber her, som ønsker det, skal ta en doktorgrad*». Det fremkommer av avdelingslederen sitt svar at knyttet til forbedring er det et stort fokus på

å utvikle faglig kunnskap, noe som også støttes av en seksjonsleder som omtaler sykehuset som en kunnskapsbedrift.

Av intervjuene fremkommer det videre at tross at en er leder ønsker de fortsatt å jobbe med pasientbehandling ved siden av lederstillingen. Eksempelvis blir en seksjonsleder spurt om det er mange av lederne som har pasienter, og svarer: «Ja, det er noe med helse-genet eller ja. Også har jeg veldig spesialisert kompetanse da.... Så det bruker jeg ja». «Helse-genet» fremstår å forbli til tross for at man har tiltrådt en lederstilling, og flere av lederne virker derfor også å i større grad identifisere seg med sine ansatte, enn ledelsen for sykehuset. Også en av klinikklederne legger frem at vedkommende prioriterer å jobbe med pasienter i tillegg til lederstillingen:

*Jeg opererer 1-2 ganger i uken, og en halv poliklinikk. Så du kan vel dele opp 60/40 administrasjon og klinikk da. Det er det jeg har lagt meg på. Så det gjør at det kanskje er litt travelt noen ganger, men det er nå sånn jeg tror det er en grei måte å gjøre det på.*

I tillegg til et ønske om å fortsette å jobbe med pasientbehandling fremkommer det også av intervjuene at lederne føler en sterk tilhørighet til faget selv når de ikke kan praktisere pasientbehandling direkte. Eksempelvis forklarer en avdelingsleder at vedkommende ikke jobber klinisk, når spurt om det. Avdelingslederen påpeker at det ikke er mulighet for vedkommende å jobbe med direkte pasientbehandling. Det som dog kommer frem er at avdelingslederen gjør et poeng ut av at vedkommende likevel jobber klinisk gjennom møter og diskusjoner. Av dette fremstår det som at avdelingslederen føler et behov for å rettferdiggjøre eget arbeid. Dette kan tyde på at vedkommende har en sterk faglig identifikasjon.

Sist, kommer det også tydelig frem av intervjuene at lederne og helsepersonell ved sykehuset har stor yrkesstolthet. Yrkesstolthet viser seg å være et viktig aspekt ved identiteten, slik som en klinikkleder forklarer:

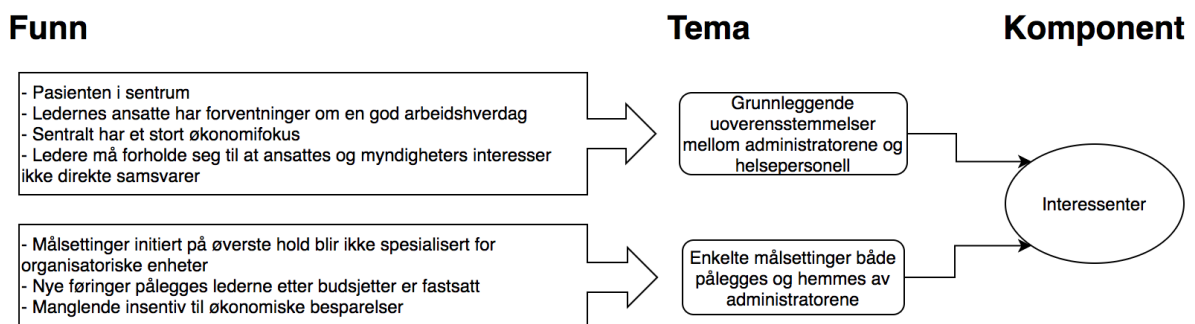
*Det som er det fine med det her da, med å ha leger og sykepleiere. De er ekstremt målbevisste, og de er ekstremt sånn stolte, de har et ekstremt eierskap til sin yrkesutfoldelse, hvis du forstår meg. Og derfor ønsker vi også å gjøre dette best mulig, men samtidig så trenger du å planlegge og styre.*

Som så poengteres av klinikklederen, er helsepersonellet ekstremt målbevisste. En annen klinikkleder sitter med samme oppfattelse som nevnt klinikkleder. Videre påpekes det av

klinikklederen at denne målbevisstheten og stoltheten også er knyttet med at spesielt leger er «*vant til å være best i klassen, forskningen, den prestisjen. De vinner priser og penger og gud vet hva*». En av avdelingslederne eksemplifiserer denne yrkesstoltheten, og at en må ha respekt for den, gjennom et pasienttilbud de hadde ved avdelingen som var et «*Rolls Royce tilbud*». Dette tilbudet måtte avvikles grunnet økonomi, og avdelingslederen forklarer at slik avvikling rokker ved den profesjonelle identiteten. Disse funnene peker på stoltheten og eierskapet de ansatte har overfor det arbeidet de gjør og derav hvor sterkt den faglige identifikasjonen står.

## 6.5 Interessenter

Interessenter kan forstås som personer eller bedrifter som har en interesse i sykehuset. Funn, og derav tema, knyttet til denne komponent omhandler derfor ulike interessenters interesser. Som kan ses i Figur 6-6, er empirien knyttet til primært to interessentgrupper; helsepersonell og administratorer. Figur 6-6 illustrerer også hvordan funnene har resultert i to temaer: «Grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell» og «Enkelte målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene». Disse to er ulike i den natur at «Grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell» omhandler funn som antas å peke på et tema som er relativt konstant, mens det andre temaet, «Enkelte målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene», i større grad er løsbare.



**Figur 6-6 Interessenter**

### 6.5.1 Grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell

Det fremkommer av analysen at det er visse grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell. Dette fremkommer av at lederen må forholde seg til to

interessentgrupper som har interesser som ikke direkte samsvarer. På den ene siden er helsepersonell hvor pasienten oppfattes som deres største interesse. På den andre siden er administratorene som oppfattes å ha et stort økonomifokus, som fra helsepersonell perspektivet kan argumenteres å stå i motsetningen med interessen om pasienten i sentrum.

At pasienten står i sentrum for helsepersonell, både ledere og ledernes ansatte, er gjennomgående i intervjuene. Eksempelvis forklarer en av klinikklederne:

*Jeg har hele tiden sagt at vi skal gjøre det som er det beste for pasienten, god pasientbehandling, da kommer dette til å koste noe i en periode, også ligger finansieringen et til to år etter. Men vi må være dønn sikre på at vi gir den rette behandlingen til rett tid. Det driver oss.*

Det fremkommer at lederne og deres ansatte drives av å gi den beste mulige behandlingen for pasienten. Både en seksjonsleder og avdelingsleder forklarer dette videre ved å uttrykke at deres ansatte primært er opptatt av pasienten og følgelig at administrasjon og drift kommer i andre rekke. Seksjonslederen beskriver sine ansatte følgelig: «*De er klinikere. De vil pasientens beste. De er pasientens advokat*». Satt på spissen peker dette på at ingen argumentasjon grunnet i penger er god nok når det gjelder et menneskeliv, pasienten.

Det fremkommer av intervjuene en opplevelse av at administratorenes interesse primært er økonomi. Lederne står ansvarlig for at økonomien i deres organisatoriske enhet tilfredsstillende administratorene. Et stort økonomifokus hos administratorene belyses blant annet av en klinikkleder som sier at det er et ensidig økonomifokus og at bunntinjen er det eneste administratorene er opptatt av. Klinikklederen eksemplifiserer videre ved å forklare at når en endring er ønskelig er økonomi raskt et tema: «*Fordi hvis vi sier at nå skal vi ned på senger og går over til mer dagbehandling, så sier de sentralt at da må du ned med 14 millioner med kostnader på bemanning*».

Lederne må med andre ord forholde seg til at deres ansatte har den nevnte interessen og at de har forventinger om en god arbeidshverdag som også sikrer deres interesse. En avdelingsleder forklarer at de ansattes forventinger går på god kvalitet i pasientbehandlingen og en levelig arbeidshverdag. Videre sier en seksjonsleder at de ansatte skal kunne mest om faget og derfor slippe unna administrative oppgaver. Samtidig må lederne forholde seg til administratorene som også er opptatt av det økonomiske bildet ved driften. Lederne står derfor i en situasjon hvor de både må svare til sine ansatte og administratorene.

Interessene til lederne ansatte og administratorene fremkommer å oppleves som delvis motstridene. Ikke direkte samsvarene interesser fremkommer også eksempelvis gjennom av at lederne må forholde seg til ulike interesser angående målsettingen epikrisetid.

Administratorene har bestemt at epikrisetiden skal reduseres, og det er følgelig satt en målsetting om det. De ansattes meninger om målsettingen virker derimot ikke nødvendigvis å samsvare. En klinikkleder forteller:

*Det kommer fra Helsedirektoratet, at alle epikrisene skal gå under, 70% av pasientene skal få det innen ett døgn, i hånden. Og jeg synes det er veldig fint, men det er motsetninger da. Så der er det sånn, man møter hele tiden motstand i sykehus. Når det kommer noe utenfra, så møter man motstand. For «vi kan dette best», dette er leger ikke sant. For disse folkene sitter jo andre steder, de sitter med liv mellom hendene, og da er det tøft at det sitter noen byråkrater ett eller annet sted og bestemmer hva de skal bruke tiden til. Og det forstår jeg, men samtidig så ser man jo at det har noe for seg.*

En av avdelingslederne forklarer å stå ovenfor samme utfordring. Avdelingslederen forklarer at det er utfordrende å både tilfredsstille det vedkommende sine ansatte mener er faglig forsvarlig og målsettinger satt fra administratorene:

*Okei, skal vi tilfredsstille helseministeren og liksom sende ut epikrisene etter et døgn, også står det 'pasienten skrives ut, epikrise følger'. Det er liksom der, eller, og da sier seksjonsleder 'Nei, jeg er imot det, det blir så faglig uforsvarlig, skal du ha liksom tre varianter av epikriser, så sitter det en fastlege så ser han på den ene, også var det ikke den som gjaldt, men den andre'. Så det er noe faglig småtteri som betyr en del ting for oss da, så det er ikke alltid så enkelt som det virker på skrivebordet.*

Basert på disse funnene er det tydelig at det er visse grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonellet. Lederne blir derfor stående i en situasjon hvor de må svare til kravene satt fra administratorene samtidig som de ønsker å ivareta og vise forståelse for fagligheten de ansatte representerer. Som vil fremkomme i siste del av dette kapitlet peker analysen på at lederne i størst grad identifiserer seg med sine ansatte og at helsepersonellens interesse derfor også i større grad samsvarer med lederens interesse.

### 6.5.2 Enkelte målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene

Som nevnt innledningsvis i interessent-delen er det gjort et skille mellom de to temaene, hvor følgende tema ikke anses like konstant og grunnleggende som det andre. «Enkelte

målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene» oppstår grunnet valg som tas hos de forskjellige administratorene og dermed i mindre eller større grad hemmer allerede pålagte målsettinger. Ettersom dette er valg tatt i forskjellige ledd anses det i større grad å være mulige å løse, og er derfor plassert som et eget tema.

Det første funnet som skaper dette temaet er målsettinger initiert på øverste hold som ikke er spesialisert for hver organisatoriske enhet. Det fremkommer av intervjuene at målsettingene i de forskjellige klinikkene, avdelingene og seksjonene er generelle og ikke tilpasset hver enkelt. Målsettingene oppfattes å være lite tilpasset den faktiske driften og kompleksiteten ved arbeidet i den organisatoriske enheten. Det gjentakende eksempelet på en slik målsetting er epikrisetid. Den målsettingen og kravet om at epikrise skal være sendt på ett døgn er lik hos samtlige organisatoriske enheter. En avdelingsleder forklarer eksempelvis:

*For eksempel epikrise innen et døgn. Men tenk deg, du er en kjempesyk pasient fra Bodø, flys inn her, ingen vet hva som feiler deg. Vi utreder deg på kryss og tvers med alt du kan finne på, vi tar biopsi fra muskel, fra hjernen fra ditten og datten. Den epikrisen kan vi ikke skrive i løpet av et døgn.*

Det forklares videre av en klinikkleder at årsaken til at noen mestrer å prestere bedre på epikrisetiden har med hvor lenge pasienten ligger inne på den spesifikke organisatoriske enheten og derav hvor god tid legene har til å lage epikrisen. Denne målsettingen er et eksempel på hvordan et valg tatt blant administratorene om å ha en generell målsetting medfører at målsettingen oppfattes lite tilpasset den enkelte organisatoriske enheten og dermed både pålegges og hemmes av administratorene.

Videre fremkommer det av intervjuene at lederne pålegges nye målsettinger og føringer etter budsjetter og derav mål er fastsatt. Dette skaper ifølge en seksjonsleder mindre motivasjon for å nå satte målsettinger fordi mål som var mulige å nå oppleves uopnåelige med nye føringer:

*Også er jo det som er et problem, mener jeg, er jo at vi legger budsjettene våre før vi har forutsetningene. For vi legger jo budsjettene våre i september, også kommer jo statsbudsjettet helt på slutten av året. Så sånn, for eksempel nå, så legger jeg et aktivitetsbudsjett, også endret helsedirektoratet forutsetningene for aktiviteten, noe som jeg i hele år må komme til å levere under mitt budsjett. Ikke fordi folk gjør for lite, men fordi forutsetningene er endret.*

Slike nye forutsetninger fra visse administratorer medfører at eksempelvis nevnt seksjonsleder sitt budsjett ikke lenger er representativt for den aktiviteten som er målsatt at seksjonen skal utføre. Seksjonslederen forklarer videre at vedkommende av dette ikke forstår hvorfor det skal utarbeides aktivitetsbudsjett når forutsetninger endres og økonomien bestemmer mengde aktivitet uansett.

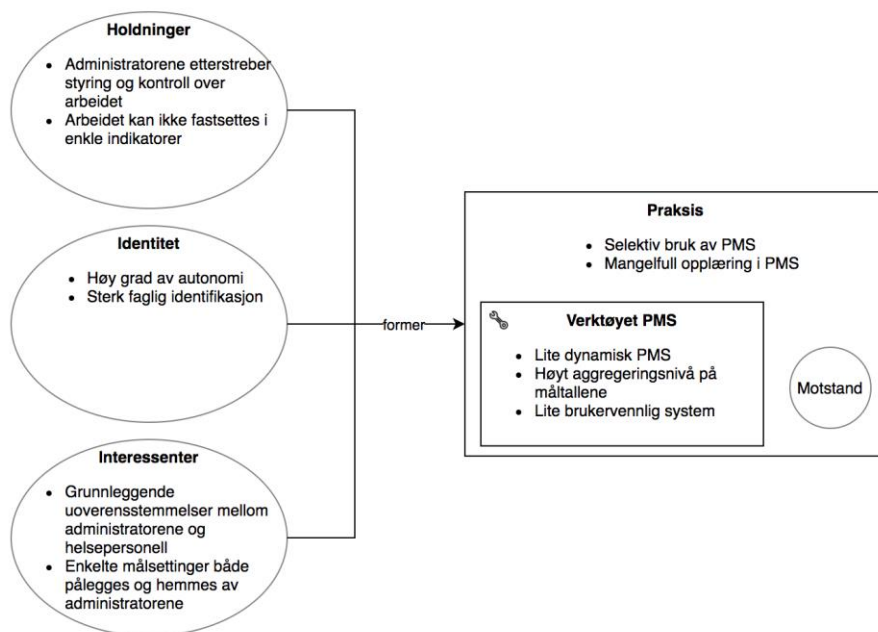
I tillegg til nye forutsetninger som skaper tilnærmet uoppnåelige mål fremkommer det at det ikke eksisterer insentiv til økonomiske besparelser. Dette medfører at en har lite egeninteresse som organisatorisk enhet for å nå økonomiske målsettinger. En avdelingsleder sier følgende:

*Hvis jeg er i stand til å bruke litt mindre på et område ja så er det mitt bidrag til fellesskapet og på en måte ansvarsfølelsen min sier at hvis jeg kan gi behandling til en litt billigere penge for å si det sånn så bør jeg gjøre det. Men jeg ser aldri noe til det overskuddet.*

Avdelingslederen poengterer at dette ikke påvirker vedkommende sin interesse direkte, fordi det er ikke derfor vedkommende jobber på sykehus. Det er likevel et funn som sammen med de andre nevnte funnene skaper et tema knyttet til at enkelte målsettinger i større grad blir hemmet enn tilrettelagt for å nå.

## 6.6 Forklaringsmodell angående motstand mot PMS

For å kunne besvare oppgavens forskningsspørsmål er det nødvendig å se på relasjonene og de sentrale årsaksforholdene mellom de etablerte funnene. Figur 6-7 viser temaene presentert satt inn i en forklaringsmodell, og er anvendt for å forklare hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus.



**Figur 6-7 Forklaringsmodell**

Basert på etableringen av temaer, peker analysen på at motstand i sykehus oppstår grunnet en profesjonskamp mellom ulike interessenter som forsterkes av inkonsistente målsettinger og grunnleggende holdninger som står i konflikt med PMSet. Det fremkommer å eksistere grunnleggende holdninger hos lederne knyttet til at arbeidet på sykehus ikke kan fastsettes i enkle indikatorer samt at bestemmende ledelse på høyere nivåer etterstreber styring og kontroll over arbeidet. Disse grunnleggende holdningene sammen med en identitet knyttet til høy grad av autonomi og et PMS med mangler bidrar til å forsterke motstand mot PMSet. Graden av motstanden mot PMSet kommer til uttrykk gjennom en selektiv bruk av PMSet.

Det fremkommer at det er en selektiv bruk av PMSet. Dette bruksmønsteret kan forklares av PMSet i seg selv, at det er en mangelfull opplæring i PMSet og en grunnleggende oppfattelse av at arbeidet ikke kan fastsettes i enkle indikatorer. PMSet er å oppfatte som lite dynamisk, noe som gjør at det oppfattes å presentere feilaktige måltall samt gjør det mindre troverdig hos bruker. Holdningen om at arbeidet ikke kan fastsettes i enkle indikatorer forsterkes av at PMSet er lite dynamisk. PMSet tilpasses ikke ved driftsendringer, noe som forsterker og til dels bekrefter ledernes holdning om at indikatorene i PMSet ikke kan forklare prestasjonen i arbeidet. Et lite dynamisk PMS er også en svakhet ved PMSet i seg selv, men vil også forsterke en negativ holdning til PMSet. Når lederne videre mangler opplæring i systemet, og PMSet fremstår å være lite brukervennlig, blir aksepten rundt PMSet forståelig nok mindre, i tillegg til at det skaper et mer selektivt bruksmønster. Disse karakteristikkene ved PMSet som verktøyet og praksisen rundt opplæring er på denne måten med på å gi en forklaring til



hvorfor bruken er selektiv og at lederne primært anvender PMSet til det som er forventet av dem.

Et annet tema etablert knyttet til PMSet som verktøy er at måltallene har et høyt aggregeringsnivå. Dette medfører at PMSet i mindre grad kan anvendes til styring og forbedring av prestasjon på seksjons- og enhetsnivå, hvor pasientbehandlingen foregår. I et sykehus, hvor det fremkommer at det er en sterk faglig identifikasjon, og den organisatoriske identifikasjonen er svakere, vil ikke et PMS som ikke kan bidra til å forbedre prestasjon på driftsnivå prioriteres. Et høyt aggregeringsnivå på måltallene vanskeliggjør muligheten til å kunne vite spesifikt hvor i den organisatoriske enheten forbedringspotensialet ligger. Det fremkommer av analysen at ved tilfeller av et lavere aggregeringsnivå på måltallene har de blitt anvendt til å forbedre det spesifikke problemområdet. Basert på dette er det sannsynlig å anta at aggregeringsnivået på måltallene har noe å si for den selektive bruken og i hvilken grad lederne ser PMSet som verdifullt. I de fleste tilfellene tilbyr ikke PMSet disaggregerte måltall. Dette anses å være en svakhet med PMSet som verktøy i seg selv fordi PMSet da vanskeliggjør muligheten til å anvende det til noe utover styring og kontroll. Dette bidrar også dermed til å skape en motstand mot PMSet fordi det ikke ansees å gi noe til arbeidshverdagen utover en kontroll for administratorene.

Det fremkommer videre at administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet gjennom anvendelsen av PMSet. Foruten om at PMSets mangelfulle tilpasning skaper en opplevelse av at formålet med det er styring og kontroll, kan PMSet i seg selv som verktøy også oppleves styrende fordi det måler prestasjon basert på output. PMSet vurderer prestasjonen til de organisatoriske enhetene ved å måle utfallet på enkelte indikatorer. Dette kan ansees å utfordre autonomien til lederne og deres ansatte, som anses å være en del av deres identitet. De er stor grad selvstyrte, verdsetter og er avhengig av denne autonomien i deres arbeid. Den kvalitetssjekken de har i sitt fagfelt på at en presterer godt er gjennom utdanningen en har før en starter i jobben. Med andre ord eksisterer det en inputkontroll i fagbyråkratiet som sikrer de ansattes autonomi. På denne måten oppstår det en dragkamp mellom styring og autonomi som kommer til uttrykk gjennom en motstand mot PMSet i seg selv. Dette medfører en motstand mot PMSet i seg selv fordi det fremstår å representere styring og kontroll som lederne mener ikke bør være tilstede i det arbeidet som de driver med.

Noen ledere mener at kontrollen PMSet medfører til en viss grad er nyttig. Samtidig understekes viktigheten av at styringen og kontroll ikke går på bekostning av faget og

pasientbehandlingen. I hvilken grad en skal være selvstyrt og å ha bestemmelsesrett til å gjøre det en selv mener er faglig korrekt blir derfor et tema. PMSet trekker graden av selvstyring fra stor grad av autonomi over til mer kontroll. I sykehuset er autonomi på den ene siden noe de ansatte i stor grad verdsetter og identifiserer seg med. Autonomien er også noe de er tildelt basert på en «kvalitetssjekk» av kunnskapen de besitter. På den andre siden bygger PMS på prinsipper om styring og kontroll av de ansattes resultater av prestasjon. Prinsippene kan følgelig oppleves som å rukke ved en viktig del av identiteten i sykehuset. Noe motstand mot PMSet er derfor trolig grunnet i denne kampen mellom autonomi og kontroll.

I tillegg til en identitet knyttet til høy grad av autonomi er det belyst at en grunnleggende holdning er at arbeidet ikke kan fastsettes i enkle indikatorer, som PMSet oppfattes å bestå av. En motstand mot PMSet kan derfor i større grad omfatte denne grunnleggende holdningen fremfor at en er imot å måle prestasjon. Det er ikke motstand mot viktigheten av å kontrollere at pasientbehandlingen er god og at det gjøres et godt stykke arbeid. En motstand er mer knyttet til troverdigheten av indikatorene fordi det ikke oppfattes at indikatorer i PMSet kan fange kvaliteten og prestasjonen i arbeidet som nedlegges. Det er en grunnleggende oppfattelse av at et PMS ikke kan måle prestasjonen knyttet til arbeidet gjennom enkle indikatorer, fordi arbeidet er for komplekst i sin natur. Motstanden knyttet til PMSet bunner med andre ord ikke ut i irrasjonalitet eller frykt for noe en ikke forstår, men er knyttet til en grunnleggende oppfattelse som i seg selv ikke er irrasjonell. Arbeidet på et sykehus er komplekst, og forskning viser at PMS i sykehus historisk har vært underutviklet og hatt utfordringer knyttet til måling av arbeidet.

Grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell samt en sterk faglig identifikasjon har også noe å si for en motstand mot PMSet i sykehuset. Det fremkommer at det er en oppfattelse av at administratorene i større grad er opptatt av økonomi og effektivitet, mens pasienten og faget er det helsepersonellet anser som viktigst. Lederne blir derfor stående i en interessekonflikt der de både skal ta hensyn til sine ansatte som mener at enkelte målsettinger går på bekostning av faglige standarder, samtidig som lederne må svare til og møte administratorenes krav. Lederne i de forskjellige organisatoriske enhetene er også helsepersonell og har derfor også en sterk faglig identifikasjon. De fremstår å relatere seg mer med sine ansatte enn administratorene. På denne måten velger de derfor så langt det lar seg gjøre å ta valg knyttet til målsettinger som de mener er faglige korrekte. At det er et krav om at epikrise skal skrives på ett døgn, nedprioriteres når det ikke oppfattes å være faglig hensiktsmessig eller forsvarlig. På denne måten viser PMSet en sannhet om at

målsettinger ikke nås, men grunnen til at de ikke nås er ikke direkte knyttet til en irrasjonell motstand mot PMSet i seg selv. Det som fremstår som motstand grunner ut i en dragkamp mellom profesjon og organisasjon der lederne som brukere av PMSet har en sterkere faglig identifikasjon enn organisatorisk identifikasjon.

Denne profesjonskampen forsterkes også av et PMS hvor administratorene både pålegger målsettinger som skal møtes samtidig som andre administratorer legger andre forutsetninger som hemmer oppnåelsen av målsettingene. Dette temaet ansees å være løsbart da det i større grad omhandler manglende tilpasninger i de forskjellige leddene i hierarkiet. Likevel, som eksisterende tema ansees det å bidra til en motstand mot målsettingene og PMSet da de forskjellige forutsetningene, målene og resultatene ikke er tilpasset. Det fremkommer at selv om en organisatorisk enhet presterer godt på økonomiske målsettinger ser de ikke noe til resultatet av denne økonomiske prestasjonen.

Faktumet er også at PMSet som en teknologi også formes av sine brukere. Det er derfor sannsynlig å anta at den selektive bruken av PMSet i seg selv også vil forsterke den praksisen og dermed også motstanden mot PMSet situert i praksisen. Dette er trolig fordi hva lederne får ut av PMSet også i stor grad er knyttet til hva de putter inn i PMSet. Hvis den grunnleggende holdningen knyttet til PMSet er at det ikke evner å måle arbeidet fordi arbeidet ikke kan fastsettes i enkle indikatorer, er det sannsynlig at disse holdningene medfører en mindre bruk av PMSet. Ved en mindre og selektiv bruk av PMSet, er det også å forvente at PMSet gir ut informasjon knyttet til den selektive bruken. Holdningen knyttet til at PMSet i stor grad eksisterer som en kontroll mekanisme kan også ansees å forsterkes av ledernes eget bruksmønster. Når lederne primært sett anvender PMSet til økonomiske målsettinger vil det også være disse målingsindikatorerne som PMSet igjen vil rapportere på. På denne måten er det sannsynlig å anta at motstanden mot PMSet i stor grad forsterkes av lederne selv fordi PMSet, grunnet brukerens bruksmønster, heller ikke endres.

## 7 Diskusjon

Dette kapittelet vil diskutere betydningen av forklaringsmodellen som presenteres i kapittel 6. Først vil det diskuteres hvordan funnene bidrar til forskningen på feltet, samt hva som vil være interessant for videre forskning. Deretter presenteres betydningen av forskningen for praktikere, hvilket innebærer en diskusjon om hvordan de skal forholde seg til funnene som fremkommer av forklaringsmodellen.

### 7.1 Betydning for forskning

PMS har blitt undergravd av organisasjonsmedlemmer som mangler tillitt til organisasjonen og dens systemer (Nembhard et al., 2009). Helsepersonell er typisk negativt innstilt til systemet og opplever at systemene ikke gjenspeiler innsatsen nedlagt i arbeidet. Denne oppgaven har hatt som formål å besvare hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus. Slik som introdusert i kapittel 3, yter ikke en bruker av PMS helt eller ingen motstand. Motstanden som ytes kan betraktes å være på en skala fra ingen motstand til total motstand. Motstanden betraktes videre som noe brukerne av PMSet har grunn til å yte. Den omhandler dermed ikke at brukeren har frykt eller er irrasjonell, men motstanden er knyttet til en rasjonell forklaring. Det kan derfor ikke forventes å forsvinne men mindre det tasat motstanden forsvinner dersom man ikke tar aktive grep for å redusere den. I kapittel 6 ble en forklaringsmodell utviklet, der det presenteres at årsaken til motstanden ligger i en profesjonskamp som forsterkes av inkonsistente målsettinger, et PMS med mangler og grunnleggende holdninger som står i konflikt med PMSet. På denne måten bidrar forskningen til å ytterligere spesifisere hvilke aspekter som forklarer motstanden mot PMS i sykehus.

Siden motstanden mot PMS i sykehus er studert basert på en single casestudie, kan forklaringsmodellen i utgangspunktet betraktes å kun være gyldig innenfor det begrensede forskningsområdet. Det er likevel grunn til å tro at forklaringsmodellen vil kunne bidra til å forklare motstanden ved andre sykehus enn kun for sykehuset oppgaven er basert på. For å kunne forklare dette er det ønskelig å dele temaene som fremkommer av forskningen i tre, slik som presentert i Tabell 7-1. Den første raden i tabellen inkluderer temaer det er sannsynlig at vil være synlig i andre sykehus. Den andre raden presenterer ett tema som også antas å ville

være tilstede i andre sykehus, men gitt spesifikke forutsetninger. Den siste raden inkluderer temaene som denne forskningen ikke har mulighet til å avgjøre om er tilstede i andre sykehus.

	<b>Tema</b>
<b>Mulig overførbare</b>	<i>Holdninger</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet</li> <li>- Arbeidet kan ikke fastsettes i enkle indikatorer</li> </ul> <i>Identitet</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Høy grad av autonomi</li> <li>- Sterk faglig identifikasjon</li> </ul> <i>Interessenter</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell</li> <li>- Enkelte målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene</li> </ul>
<b>Antakelig overførbare</b>	<i>Praksis</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selektiv bruk av PMS</li> </ul>
<b>OUS-spesifikke</b>	<i>Praksis</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelfull opplæring i PMS</li> </ul> <i>Verktøyet PMS</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lite dynamisk PMS</li> <li>- Høyt aggregeringsnivå på måltallene</li> <li>- Lite brukervennlig system</li> </ul>

**Tabell 7-1 Inndeling av temaer i mulig overførbare og OUS-spesifikke.**

Temaene under holdninger antas å gjelde for sykehus generelt. «Administratorene etterstreber styring og kontroll» er det første av temaet som presenteres i holdninger. En utfordring ved PMS i organisasjoner i offentlig sektor generelt er at en kontroll (politisk og ledelses) alltid vil lure i bakgrunnen (Lewis, 2016). Siden dette er en kjent utfordring ved PMS i offentlig sektor generelt, vil holdningen om at PMS er til styring og oppfølging også sannsynligvis gjelde for andre offentlige sykehus. Videre antas temaet «arbeidet kan ikke fastsettes i enkle indikatorer» heller ikke å være unikt for OUS. Slik som introdusert i kapittel 3 er arbeid på sykehus generelt preget av høy usikkerhet og risiko, samtidig som klinisk skjønn er svært viktig. Å fange opp kvaliteten i arbeidet med en slik natur er derfor utfordrende. Å fastsette indikatorer som representerer arbeidet helsepersonellet utfører og som helsepersonell mener er representative vil derfor antas å gjelde flere enn kun de ved OUS. Dette betyr at teamene i komponenten holdninger vil kunne overføres til andre sykehus.

Temaene i komponenten identitet «sterk faglig identifikasjon» og «høy grad av autonomi» er ikke avvikende fra kjennetegn ved sykehus generelt. Som nevnt i kapittel 3 forklarer Nembhard et al. (2009) at helsepersonell har enestående autoritet over det kliniske aspektet ved arbeidet. Det er derfor vanlig at helsepersonell er selvstyrte i sitt arbeid. Nembhard et al. (2009) forklarer også at den profesjonelle identifikasjonen er sterk, men at den

organisatoriske identifikasjonen er svak. Disse temaene kan derfor betraktes å kunne generaliseres til sykehus generelt.

I interessenter vil det at «enkelte målsettinger pålegges og hemmes av administratorene» kunne anses å gjelde for andre sykehus i Norge fordi aktørene som utgjør administratorene primært er de samme i hele Norge. Med tanke på at det som inngår i dette temaet er beslutninger gjort av administratorene, vil ikke dette temaet være direkte overførbart til andre sykehus enn de i Norge. De «grunnleggende uoverensstemmelsene mellom administratører og helsepersonell» er basert på at de to aktørgruppene har ulike interesser i helsetjenesten. Dette vil sannsynligvis også være synlig på andre sykehus enn OUS. Igjen utgjør administratorene å være primært de samme for alle sykehusene i Norge. Det som skiller dette temaet fra det forrige er at dette mer grunnleggende omhandler uoverensstemmelser som har bakgrunn i de to aktørgruppene ulike ansvarsområder. Helsepersonell er ansvarlig for å behandle pasienten de har foran seg på best mulig måte, mens administratorenes ansvar ligger på levering av helsetjeneste til alle som trenger det. Dersom prioriteringene fra administratorene ikke direkte samsvarer med det som er best for pasienten foran helsepersonellet, er det rimelig å anta at de vil oppføre seg på samme måte ved andre sykehus i likhet med det som fremkommer av denne studien. Det er derfor sannsynlig at dette temaet vil gjelde andre sykehus i Norge. Det er også flere helsesektorer som har en organisering der administratører legger føringer for PMSet til sykehusene. Eksempelvis setter National Health Service (NHS) i Storbritannia mål som inngår i PMSene ved sykehusene (Smee, 2002). I slike tilfeller der det eksisterer et organ som legger føringer for sykehusene, vil dette temaet antas å være overførbart.

Ved forskningsobjektet for oppgaven fremkommer det at det er en «selektiv bruk av PMS». I kapittel 6 betraktes graden av motstand mot PMSet å komme til uttrykk gjennom en «selektiv bruk av PMS». En «selektiv bruk av PMS» kan betraktes å formes av resterende temaer i forklaringsmodellen. Siden temaene i komponentene holdninger, identitet og interessenter er argumentert for å kunne overføres til andre sykehus, vil det følgelig være sannsynlig at en «selektiv bruk av PMS» også kan være synlig i andre sykehus. Dog ettersom brukerne kan variere i hvilke aspekter ved PMSet de fokuserer på kan en ikke holdbart anta at «selektiv bruk av PMS» som tema vil være mulig å direkte overføre til andre sykehus. Dette temaet er derfor plassert i en egen rad i Tabell 7-1.

Temaene som er presentert i den siste raden i Tabell 7-1 kan sees på som mer OUS-spesifikke. Disse temaene er i utgangspunktet aspekter som er observert at gjøres eller

omhandler PMSet i seg selv slik det er ved OUS. Det vil derfor ikke være mulig å fastslå at disse årsakene til motstand er synlig ved andre sykehus, hvilket betyr at temaene må undersøkes empirisk fra case til case. Som presentert tyder det på at kun deler av forklaringsmodellen kan gjelde for sykehus generelt. Det vil derfor være interessant for videre forskning å studere om forklaringsaspektene for motstand mot PMS i sykehus som per nå kan knyttes til OUS gjelder for flere sykehus. I tillegg vil det være interessant å undersøke om det eventuelt eksisterer flere forklaringsaspekter. Som et resultat av en slik ytterligere forskning vil det være givende å utvikle en mer generell forklaringsmodell for motstand mot PMS i sykehus.

## 7.2 Betydning for praktikere

Denne oppgaven har studert hvorfor det er motstand mot PMS i sykehus. Det fremkommer av studien at forklaringen er sammensatt av flere temaer. Forklaringsmodellen for hvorfor det er motstand viser at dersom en endrer noen av årsakene til motstanden mot PMS vil motstanden reduseres. Til denne diskusjonen er det ønskelig å dele temaene i to grupperinger, slik som presentert i Tabell 7-2. Den første raden inkluderer temaer som er relativt uforanderlige årsaker til motstand. Temaene i rad to kan derimot betraktes å være foranderlige.

	<b>Tema</b>
<b>Relativt uforanderlig</b>	<p><i>Holdninger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratorene etterstreber styring og kontroll over arbeidet</li> <li>- Arbeidet kan ikke fastsettes i enkle indikatorer</li> </ul> <p><i>Identitet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Høy grad av autonomi</li> <li>- Sterk faglig identifikasjon</li> </ul> <p><i>Interessenter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grunnleggende uoverensstemmelser mellom administratorene og helsepersonell</li> </ul>
<b>Foranderlig</b>	<p><i>Verktøyet PMS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lite dynamisk PMS</li> <li>- Høyt aggregeringsnivå på måltallene</li> <li>- Lite brukervennlig system</li> </ul> <p><i>Praksis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelfull opplæring i PMS</li> <li>- Selektiv bruk av PMS</li> </ul> <p><i>Interessenter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enkelte målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene</li> </ul>

**Tabell 7-2 Inndeling av temaer i foranderlige og relativt uforanderlige.**

Å gjøre de seks foranderlige temaene mindre tilstede i sykehuset vil følgelig redusere motstanden mot PMS. Det første temaet dreier seg om at det er et «lite dynamisk PMS». Et av kjennetegnene ved et suksessfullt PMS er at det er dynamisk (Bititci, Turner, & Begemann,

2000). I følge Bititci et al. (2000) vil et PMS være dynamisk ved å blant annet være sensitiv til eksterne og interne endringer i miljøet. Dette betyr at PMSet i sykehuset i større grad burde tilpasses og oppdateres når endringer inntreffer. Eksempelvis bør PMSets presentasjon av beleggsprosent kontinuerlig være oppdatert med endringer i antall senger ved den organisatoriske enheten.

Videre er «høyt aggregeringsnivå på måltallene» en annen forklaringen til motstand. Slik som presentert i kapittel 3, er det at PMSet har en variasjon av aggregerte og ikke-aggregerte indikatorer som er målrettet mot behovene til de ulike interessentene et kjennetegn ved et godt PMS. I sykehuset viser det seg at det primært er lederne i sykehuset som bruker PMSet. De får tilsendt rapporter med måltall som skal omhandle deres organisatoriske enhet. Det antas derfor at det er ønskelig at måltallene er målrettet mot deres behov, siden de er å regne som den relevante interessenten til PMSet i dette tilfellet. Derfor bør måltallene lederne presenteres være på et aggregeringsnivå lavt nok til at deres organisatoriske enhets prestasjon er synlig.

Brukervennligheten til PMSet er et annet tema sykehuset har mulighet til å endre. I følge Purbey et al. (2007) er en av karakteristikkene ved et godt PMS at det er valid, pålitelig og enkelt å bruke. PMSet bør også være utformet slik at informasjon lett kan hentes ut, er hensiktsmessig presentert og er lett forståelig for brukeren (Tangen, 2004). Av dette fremkommer det at PMSet ved sykehuset bør være enkelt for brukeren å benytte og tilpasset den aktøren som skal benytte det. At PMSet skal være enkelt å bruke kan videre ha sammenheng med opplæringen til brukerne av systemet. «Mangelfull opplæring» presenteres også som en del av forklaringen til hvorfor det ytes motstand. Med en god innføring i systemet vil brukeren kunne få en bedre forståelse for hvordan PMSet kan og bør benyttes.

Et annet tema sykehuset har mulighet til å kunne redusere synligheten av er «enkelte målsettinger både pålegges og hemmes av administratorene». Administratorene i denne oppgaven inkluderer, som nevnt i kapittel 2, myndighetene, Helse Sør-Øst RHF og toppledelsen ved sykehuset. Sykehuset har naturligvis, foruten om egen innflytelse, liten makt over myndighetene og Helse Sør-Øst. Likevel vil toppledelsen kunne bidra til å svekke dette temaets synlighet i sykehuset. Dette vil de kunne gjøre ved å sørge for at målsettingene de er pålagt i større grad er tilpasset de ulike organisatoriske enheten og samsvarer med virksomhetene der. Videre vil de kunne bidra til å svekke dette temaets synlighet ved å sørge for at de ulike organisatoriske enhetens budsjetter er oppnåelige og tilpasset eventuelle



endringer som pålegges fra organene høyere oppe i hierarkiet. Avslutningsvis vil også noen form for insentiv til økonomiske besparelser, dog at det er utfordrende og ikke mulig med belønningssystemer i offentlige sykehus, også kunne bidra til å svekke dette temaets synlighet.

«Selektiv bruk av PMS» kan betraktes som et foranderlig tema. Det som derimot skiller dette temaet fra resterende foranderlige temaer er at sykehuset selv ikke har stor innflytelse over forandringen. Forandringen vil heller skje som et resultat av at de andre foranderlige temaene motarbeides. Dette er fordi temaet påvirkes av de andre overnevnte temaene. Siden de overnevnte temaene vil kunne bidra til redusert motstand og graden motstand kommer til uttrykk gjennom selektiv bruk av PMS, slik som forklart i kapittel 6, vil den selektive bruken kunne forandres. Det antas at brukeren vil benytte større deler av PMSet, være mindre selektiv, med en redusert motstand.

Det antas at de overnevnte endringene i sykehuset vil kunne medføre redusert motstand mot PMSet. Det vil derimot alltid kunne eksistere noen grad av motstand mot PMS i sykehus basert på at forklaringsmodellen inkluderer noen relativt uforanderlige årsaker til motstand. Modellen viser med andre ord at motstand kan reduseres, men at det grunnet de uforanderlige årsakene vil kunne forbli en form for motstand mot PMSet. Dette leder oss til spørsmålet om det har noen betydning at ansatte i sykehus yter en liten grad av motstand mot PMS. Motstanden som ytes grunnet de uforanderlige aspektene er hovedsakelig forklaringer som innebærer at brukerne av systemet forsøker å bevare fagligheten. Av denne grunn kan det tenkes at noen grad av motstand mot PMSet vil kunne bidra til å beholde fagligheten i helsetjenesten. Sykehus skiller seg fra andre organisasjoner som benytter PMS. De skal først og fremst levere en god pasientbehandling. Et godt økonomisk resultat vil være viktig for å kunne levere god helsetjeneste til alle, men det kommer tydelig frem at de ansatte ved sykehusene hovedsakelig er opptatt av å levere god behandling for pasienten de har foran seg. PMSet kan på denne måten anses som et medium administratorer bruker for å sørge for god pasientbehandling til alle. Den kan videre tenkes av den motstanden mot PMS som eksisterer som et resultat av de uforanderlige aspektene kan være fordelaktig for å beholde fagligheten og fokuset på den gjeldende pasienten som behandles. Dermed kan en grad av motstand potensielt være positivt for helsetjenesten. For videre forskning vil det være interessant å undersøke om motstanden som forklares av de uforanderlige aspektene medfører at fagligheten opprettholdes.

## 8 Konklusjon

Denne oppgaven har studert hvorfor det er motstand mot PMSer i sykehus. Basert på teori er det argumentert for at dette kunne forskes på gjennom å studere praksisen tilknyttet PMSet. Forskningen har blitt utført gjennom en casestudie av Oslo Universitetssykehus. Analysen av datamaterialet resulterer i en forklaringsmodell for hvorfor det eksisterer motstand mot PMSet i sykehuset.

Forklaringsmodellen fremlegger at motstand mot PMS i sykehus først og fremst oppstår grunnet en profesjonskamp. Det fremkommer at det er uoverensstemmelser mellom helsepersonell og administratorene. Disse uoverensstemmelsene er knyttet til en dragkamp mellom økonomi, styring og effektivitet på den ene siden, og profesjon, fag, pasienten og autonomi på den andre siden. Det fremkommer videre at motstanden ytterligere forsterkes av inkonsistente målsettinger fra administratorene da det settes målsettinger som ikke er spesialisert for hver organisatoriske enhet samt målsettinger som fremkommer uoppnåelig når ytterligere forutsetninger pålegges. I tillegg til profesjonskampen fremkommer det å eksistere grunnleggende holdninger hos lederne knyttet til at arbeidet på sykehus ikke kan fastsettes i enkle indikatorer samt at bestemmende ledelse på høyere nivåer etterstreber styring og kontroll over arbeidet. Disse grunnleggende holdningene sammen med en identitet knyttet til høy grad av autonomi og et PMS med mangler bidrar til å forsterke motstand mot PMSet. Graden av motstanden mot PMSet kommer til uttrykk gjennom en selektiv bruk av PMSet.

Forklaringsmodellen som presenteres kan betraktes å være gyldig for det gitte forskningsområdet. Likevel vil forklaringene knyttet til komponentene holdninger, identitet og interesser kunne overføres til sykehus generelt. Det vil derfor være interessant for videre forskning å studere om en generell forklaringsmodell kan utvikles. Ettersom forklaringene til motstand, knyttet til holdninger, identitet og delvis interesser, er relativt uforanderlige, vil det også være interessant å forske på om noen grad av motstand har en positiv påvirkning på at fagligheten i sykehuset opprettholdes. For praktikere vil forklaringsmodellen synliggjøre hvilke aspekter sykehus kan motvirke: lite dynamisk PMS, høyt aggregeringsnivå på måltallene, lite brukervennlig system og mangelfull opplæring i PMS. Å gjøre endringer som medfører at disse aspektene blir mindre synlig i sykehuset, vil følgelig resultere i redusert motstand. Siden forklaringene til motstand knyttet til holdninger,

identitet og delvis interesser er relativt uforanderlige, vil det derimot kunne forbli noen grad av motstand mot PMS i sykehuset. Det vil derfor også være interessant å forske på om noen grad av motstand har en positiv påvirkning på at fagligheten i sykehuset opprettholdes. Oppgaven bidrar på denne måten til en forståelse av motstanden mot PMS i sykehus, og presenterer hvordan praktikere bør forholde seg til motstanden.

# Referanser

- Adler, P. S., Riley, P., Kwon, S. W., Signer, J., Lee, B., & Satrasala, R. (2003). Performance improvement capability: keys to accelerating performance improvement in hospitals. *California Management Review*, 45(2), 12-33.
- Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*, 63(5), 586-606.
- Bititci, Umit S, Turner, UTrevor, & Begemann, Carsten. (2000). Dynamics of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 20(6), 692-704.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Cozijnsen, L., Levi, M., & Verkerk, M. J. (2020). Why industrial methods do not work in healthcare: an analytical approach. *Internal Medicine Journal*, 50(2), 250-253.
- Cutler, T. (2011). Performance management in public services 'before' New Public Management: The case of NHS acute hospitals 1948-1962. *Public Policy and Administration*, 26(1), 129-147.
- Dent, E. B., & Goldberg, S. G. (1999). Challenging "Resistance to Change". *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1), 25-41.
- Det kongelige sosial- og helsedepartement. (2001). *Om lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdfa/otp200020010066000dddpdfa.pdf>
- Eddy, D. (1998). Performance measurement: Problems and solutions. *Health Affairs*, 17(4), 7-25.
- Fallan, L., & Pettersen, I. J. (2010). Mål og mening? – Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi & Finans*, 26(01), 99-111.

- Finanskomiteen. (2015). *Innstilling til Stortinget fra finanskomiteen*. Hentet fra Innst. 2 S (2015-2016): <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-002.pdf>
- Freeman, R., & Reed, D. (1983). Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance. *California Management Review*, 25(3), 88-106.
- Ginter, P. M., Duncan, W. J., & Swayne, L. E. (2018). *The strategic management of health care organizations*. John Wiley & Sons.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31.
- Harrison, S. (2009). Co-optation, commodification and the medical model: Governing UK medicine since 1991. *Public administration*, 87(2), 184-197.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, Mai 28). *Regjeringen.no*. Hentet fra I-2/2013 Lederansvaret i sykehus: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>
- Holtkamp, F. C., Wouters, E. J., & Verkerk, M. J. (2019). Understanding user practices when drawing up requirements: The case of designing assistive devices for mobility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 318.
- Hurst, J. (2002). Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges. *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*. OECD Publishing, 35-54.
- Lewis, J. M. (2016). The paradox of Health Care Performance Measurement and Management. *The Oxford Handbook of Health Care Management*. Oxford University Press, Oxford, 375-392.
- Lærgreid, P., Opedal, S., & Stigen, I. M. (2005). Den norske sykehusreformen - mer sentral politisk styring enn fristilling. *Nordiske organisasjonsstudier*, 2(6), 19-36.
- McDermott, A. M., Fitzgerald, L., & Buchanan, D. A. (2013). Beyond Acceptance and Resistance: Entrepreneurial Change Agency Responses in Policy Implementation. *British Journal of Management*, 24, 93-115.

- McIntyre, D., Rogers, L., & Heier, E. J. (2001). Overview, history, and objectives of performance measurement. *Health Care Financing Review*, 22(3), 7.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, 26(3), 322-341.
- Moullin, M. (2007). Performance measurement definitions: linking performance measurement and organisational excellence. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(2-3), 181-183.
- Moynihan, D. P. (2008). *Dynamics of Performance Management: Constructing Information and Reform*. Washington: Georgetown University Press.
- Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management* 15(4), 80-116.
- Nembhard, I. M., Alexander, J. A., Hoff, T. J., & Ramanujam, R. (2009). Why does the quality of health care continue to lag? Insights from management research. *The Academy of Management Perspectives*, 23(1), 24-42.
- Nicolini, D. (2013). *Practice Theory, Work, and Organization: An Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2004). Performance management and measurement concepts for better management control in public hospitals?: a study of the hospital sector in Norway.
- Orlikowski, W. (1992). The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations. *Organization Science*, 3(3), 398-427.
- Oslo universitetssykehus. (2020, februar 21). Hentet fra Om oss: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss#om-helseforetaket>
- Pidd, M. (2012). *Measuring the performance of public services: Principles and practice*. Cambridge University Press.
- Purbey, S., Mukherjee, K., & Bhar, C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(3), 241-251.

- Ramanujam, R., & Rousseau, D. (2006). The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Organizational Behavior* 27(7), 811-827.
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., & Lindahl, A. K. (2013). *Det norske helsesystemet*. Hentet fra fhi: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/hit-det-norske-helsesystemet-2013>
- Smee, C. H. (2002). Improving value for money in the United Kingdom National Health Service: performance measurement and improvement in a centralised system. *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*. OECD Publishing, 57-85.
- SNL. (2020, Mai 14). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/Radiumhospitalet>
- Tangen, S. (2004). Performance measurement: From philosophy to practice. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 53(8), 726-737.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(2), 275-287.
- Vangsnes, L.-E. (2016). Det syke huset. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, 203.  
doi:10.4045/tidsskr.16.0097
- Yin, R. k. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications, Inc.





