

Tina Marie Mathisen og Argjenta Zogaj

# Bærekraftig utvikling i helsesektoren

En casestudie av anesthesiavdelingen ved St.  
Olavs hospital

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon  
Veileder: Per Christian Ahlgren og Kari Nyland  
Mai 2022



Tina Marie Mathisen og Argjenta Zogaj

# **Bærekraftig utvikling i helsesektoren**

En casestudie av anestesivdelingen ved St. Olavs hospital

Masteroppgave i Økonomi og administrasjon  
Veileder: Per Christian Ahlgren og Kari Nyland  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for økonomi  
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden



## Forord

Det er med stor glede vi presenterer oppgaven som markerer slutten av vårt 2-årige masterprogram ved NTNU Handelshøyskolen, innen Økonomi og administrasjon med hovedprofil økonomistyring.

Oppgavens tema omhandler bruken av styringssystemer for å oppnå bærekraftig utvikling i helsesektoren. Vi har hatt en god dialog med Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs hospital, og vi ønsker å rette en stor takk til alle involverte fra caseorganisasjonen vår. Vi har blitt tatt imot med et stort engasjement fra alle nivå, hvor en gjensidig nysgjerrighet har bidratt til verdifull kunnskap om et område vi innledningsvis ikke visste mye om. Vi takker for informantenes tid og tillit.

Oppgaven har både vært lærerik og utfordrende. Dette semester har vi lært mye om å anvende teori i praksis gjennom casestudiet vårt. Selv om studien har gitt utallige funn, har vi jobbet godt og strukturert gjennom hele semesteret for å trekke frem en tematikk vi anser som viktig. Utfallet har medført en dypere teoretisk forståelse av det grunnlaget studieløpet har gitt oss. Vi håper, og tror, at hardt arbeid vil lønne seg.

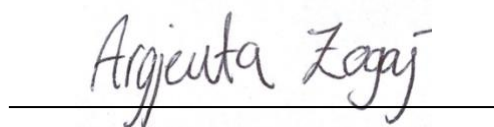
Med dette ønsker vi å takke våre veiledere, og tidligere forelesere, Kari Nyland og Per Christian Ahlgren. Vi takker for all tid, veiledning, gode råd og tålmodighet. Selv om det er svært vemodig å skrive våres siste ord på vår avsluttende masteroppgave, gleder vi oss til fremtiden og arbeidslivet. God lesning!

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, 24. mai 2022



Tina Marie Mathisen



Argjenta Zogaj

## Sammendrag

“Forandring er tvingende nødvendig!” skrev Brundtland i *Vår felles framtid* om bærekraftig utvikling i 1987 (Brundtland, 1987, s.9). Norges svar på å stanse klimaendringene har utviklet seg til å bli et overordnet mål om å redusere klimagassutslippet med minst 50% innen 2030 (Klima- og miljødepartementet, 2021; FN-sambandet, 2020). I denne masteroppgaven undersøker vi hvordan et stort, norsk, offentlig sykehus bidrar til å forhindre klimaendringene. Oppgaven har hatt til hensikt å svare på følgende problemstilling:

*Hvordan brukes styringssystemer i arbeidet for en bærekraftig utvikling i helsesektoren?*

For å kunne svare på problemstillingen har vi fokusert på reduisering av anestesigassen Desfluran på anesthesiavdelingen ved St. Olavs hospital. Vi har gjennomført en kvalitativ casestudie med datamateriale fra et omfattende dokumentstudie, samt syv dybdeintervjuer. Informantene er hovedsakelig valgt ut ifra det strategiske- og operative nivået, til hensikt å få et bredere bilde av praksisen. Problemstillingen besvares gjennom to tilnærminger før vi diskuterer teoriens sammenheng. Disse to tilnærmingene er Simons (1995a) *Levers of Control* og institusjonell teori (Meyer & Rowan 1977, DiMaggio & Powell, 1983).

Blant helseforetakene viser funnene våre at St. Olavs hospital er største forbrukeren av Desfluran, den mest miljøfiendtlige anestesigassen (Grønt sykehus, 2022). I tillegg viser empirien at fra 2019-2021 har St. Olavs hospital redusert Desfluran tregere enn landsgjennomsnittet. Videre har oppgaven vår tydet at styringssystemene fra det strategiske nivået ikke ser ut til å gjennomsyre organisasjonen. Det virket ikke som om det operative nivået får bærekraftsstrategier kommunisert tilstrekkelig, slik at de ikke blir bevisst over de planene det strategiske nivået har for organisasjonen. Fra Simons (1995a) ser vi særlig at det er mangel på interaktivt styringssystem, men også grensesettende styringssystem. Dette kan være en forklaring på hvorfor bærekraftig utvikling dekobles fra det strategiske nivået til det operative nivået. I et institusjonelt perspektiv har vi sett at det kan ha oppstått dekobling i mellomledelsen da empirien har vist et bærekraftig initiativ fra både toppledelsen og det operative nivået. De organisatoriske nivåene er bare ikke samkjørt. I tillegg diskuterer vi hvorvidt den reduksjonen som har oppstått skyldes normativ isomorfisme på avdelingsnivå, da ildsjeler har klart å dra arbeidspraksisen i en mer bærekraftig retning. Dette førte til at bærekraftsarbeidet på avdelingsnivå skapte oppmerksomhet fra omgivelsene, og bidro til å presse helsesektoren i en grønnere omstilling.

## Abstract

“Change is urgently needed!” Brundtland wrote in Our Common Future on Sustainable Development in 1987. Norway's response to halting climate change has developed into an overarching goal of reducing greenhouse gas emissions by at least 50% by 2030 (Klima- og miljødepartementet, 2021; FN-sambandet, 2020). In this master's thesis, we investigate how a large, Norwegian, public hospital contributes to preventing climate change. The thesis has intended to answer the following issue:

*How are management control systems used in working towards a sustainable development in the health sector?*

To be able to answer the issue, we have focused on reducing the anesthetic gas ‘Desfluran’ in the anesthesia department at St. Olavs hospital. We have conducted a qualitative case study with data material from a comprehensive document study, as well as seven in-depth interviews. The informants are mainly selected on the strategic and operational level, with the intention of gaining a broader picture of our case. The problem is answered through two approaches before we discuss the context of the theories. These two approaches are Simons' (1995a) Levers of Control and Institutional Theory (Meyer and Rowan 1977; DiMaggio & Powell, 1983).

Among the hospitals, our findings show that St. Olavs hospital is the largest user of Desfluran, the most environmentally hostile anesthetic gas (Grønt sykehus, 2022). In addition, empirical evidence shows that from 2019-2021, St. Olavs hospital has reduced Desfluran more slowly than the national average. Furthermore, our task has indicated that the management systems from the strategic level do not seem to permeate the organization. It did not seem like the operational level was aware of the sustainability strategies due to lack of communication. From Simons (1995a) we see in particular that there is a lack of an interactive control system, but also a boundary-setting control system. This may be an explanation as to why sustainable development is decoupled from the strategic level to the operational level. From an institutional perspective, we have seen that there may have been a decoupling in the middle level management as the empirical evidence has shown a sustainable initiative from both the top management and the operational level. The organizational levels are just not aligned. In addition, we discuss whether the reduction that has occurred is due to normative isomorphism at the departmental level, as passionate individuals have managed to pull work practices in a more sustainable direction. This led to the sustainability work at departmental level creating attention from the environment, and contributed to pushing the health sector in a greener transition.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.2 Problemstilling og Motivasjon	3
1.3 Kort om caset	4
1.4 Oppgavens innhold og struktur	5
<b>2. Teoretisk rammeverk</b>	<b>6</b>
2.1 Økonomistyring	7
2.2 Levers of control	9
2.2.1 Trossystem	10
2.2.3 Diagnostiske kontrollsystem	12
2.2.4 Interaktive styringssystem	12
2.3 Samspillet mellom de fire styringssystemene	13
2.4.1 Organisasjoners tilpasning til omgivelsene - Tradisjonell institusjonell teori	15
<b>3. Metode</b>	<b>21</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	21
3.2 Forskningstilnærming	22
3.3 Forskningsmetode	23
3.4 Forskningsdesign	24
3.4 Datainnsamling	25
3.4.1 Dokumentstudie	26
3.4.2 Dybdeintervju	27
3.5 Utvalg	28
3.6 Analysemetode	30
3.6.1 Transkribering og koding av dybdeintervju	30
3.6.2 Dokumentstudiens tilnærming og presentasjon	31
3.7 Kvalitet i forskningen	32
3.7.1 Validitet	32
3.7.3 Generaliserbarhet	34
3.6 Etiske hensyn	35
<b>4. Empiri</b>	<b>36</b>
4.1 Helse Midt-Norge, en stor og kompleks organisasjon	36
4.2 Bakgrunnskunnskap og kontekst	37
4.2.1 Hvordan Helse Midt-Norge skal jobbe med det for å oppnå hvilke mål	38
4.2.2 Hva er utfallet av arbeidet til Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital hittil	40
4.3 Informantenes perspektiv på bærekraftsstyring i Helse Midt-Norge	42
4.3.1 Planlegging og utføring	43



4.3.2	Kontrollering og Korrigerering	47
<b>5.</b>	<b>Analyse</b>	<b>49</b>
5.1	<i>Styringsmekanismer som er drivere i den strategiske fornyelsen</i>	50
5.2	<i>Bærekraft som kjerneverdi i organisasjonen</i>	52
5.3	<i>Ulike interesser gjør det utfordrende å styre bærekraftsarbeid.</i>	54
5.4	<i>Viktigheten av ildsjeler i Helse Midt-Norge for å redusere klimagassutslipp</i>	57
<b>6.</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>59</b>
6.1	<i>Implikasjoner</i>	64
6.2	<i>Begrensninger</i>	65
	<b>Referanseliste</b>	<b>67</b>
	<b>Vedlegg</b>	<b>78</b>
	<i>Vedlegg 1, samtykkeskjema:</i>	78
	<i>Vedlegg 2, intervjuguide:</i>	81

## Figurliste

<i>Figur 1: Simons' Levers of control (Simons, 1995a, s.39, oversatt)</i>	10
<i>Figur 2: Organisasjonskart av Helse Midt-Norge (Helse Midt-Norge, 2022b)</i>	37
<i>Figur 3: Styringsplakaten i Helse Midt-Norge (Grønt sykehus, 2021)</i>	40
<i>Figur 4: Samlet forbruk av anestesigasser målt i kg, fra 2019-2021 (Helse Vest, 2022)</i>	42
<i>Figur 5: Tonn CO<sub>2</sub>-utslipp fra anestesigasser, fra 2019- 2021 (Helse Vest, 2022)</i>	42

## Tabelliste

<i>Tabell 1: Oversikt over utvalg fra dokumentstudien</i>	27
<i>Tabell 2: Oversikt over intervjuene</i>	30

## 1 Introduksjon

Begrepet 'Bærekraftig utvikling' ble først satt på dagsordenen i 1987 for å sikre en levedyktig samfunn- og miljøutvikling for nåværende og kommende generasjoner (Brundtland, 1987). I *Vår felles fremtid* skriver Brundtland at "Forandring er tvingende nødvendig" (Brundtland, 1987, s.9) og at tiden er inne for stor ansvarsfølelse og aktiv oppfølging på alle plan. Det var de Forente Nasjoner, heretter FN, som oppfordret Brundtland til å se nærmere på utfordringen som da virket uoverkommelig (Brundtland, 1987).

Bærekraftig utvikling kan defineres som "en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov" (Brundtland, 1987, s.42). Selv om det er snart 40 år siden Brundtland introduserte begrepet for Norge, svever det fortsatt over oss som en stor og overordnet retorikk. Oppmerksomheten rundt bærekraftig utvikling i moderne tid legger press på nasjoner, og statlig eide organisasjoner, for å innføre en velfungerende bærekraftsstrategi. FN peker særlig ut tre dimensjoner som er viktige å jobbe med for å oppnå en bærekraftig utvikling. Disse er klima og miljø, sosiale forhold og økonomi, hvor denne oppgaven vektlegger klima- og miljødimensjonen (FN, 2019a). En sentral faktor innenfor denne dimensjonen er redusering av klimagassutslipp i tillegg til å samle opp CO<sub>2</sub> som slippes ut i atmosfæren (FN, 2019b).

For å sette verden i rett kurs har FN utviklet 17 bærekraftsmål som en felles arbeidsplan mot 2030 (FN, 2021). I 2015 arrangerte FN et klimatoppmøte i Paris hvor alle medlemslandene sluttet seg til COP21, bedre kjent som Parisavtalen (FN-sambandet, 2020). Formålet med denne avtalen var å styrke det internasjonale arbeidet for å motvirke menneskeskapte klimaendringer (FN-sambandet, 2020). Dette er en av de største utfordringene vi står overfor i vår tid, og FN påpeker at klimaendringene må stanses for å oppnå en bærekraftig utvikling (FN, 2019a; FN, 2019b). Gjennom klimaavtalen til EU har Norge forpliktet seg til å redusere klimagassutslippene med 40% innen 2030, med utgangspunkt i statistikken fra 1990-tallet (Klima- og miljødepartementet, 2021). Likevel har Norge satt seg mer ambisiøse mål. Parisavtalen forteller at de rikere landene må bidra mer (FN-sambandet, 2020), noe som har ført til at Norge ønsker som følger å kutte utslippene med minst 50% innen 2030 (Klima- og miljødepartementet, 2021; Klimaloven, 2017). Norsk klimapolitikk blir redegjort for i

klimaloven, hvorav regjeringen og stortinget blir ilagt ansvaret for at Norges klimamål oppfylles (Klimaloven, 2017; Klima- og miljødepartementet, 2021).

Offentlig sektor står for ca. en tredjedel av Norges totale klimagassutslipp (Alsos, Kjartan, Solli, & Larsen, 2018). Den offentlige helsesektoren utgjør 21% av de ansatte i offentlige sektor (Statistisk sentralbyrå, 2022), hvorav 12% av statsbudsjettet går til de regionale helseforetakene. Dette tilsvarer 182 milliarder kroner (Regjeringen, 2021). Statistikken viser at helsesektoren utgjør en stor del av den norske offentlige sektor, og blir ilagt mye midler til sin drift fra regjeringen. Helse- og Omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenester, og er en del av regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Hvert år gir Helse- og omsorgsdepartementet ut oppdragsdokument som beskriver de krav som settes fra regjeringen til de regionale helseforetakene.

Høsten 2021 skrev alle de regionale helseforetakene under på *Spesialisthelsetjenesten felles klima og miljømål 2022-2030* som et tiltak for å møte kravene satt av regjeringen (Grønt sykehus, 2022). Denne avtalen inneholder blant annet å redusere CO<sub>2</sub>-utslipp med 40% innen 2030, og viser til åtte av FNs bærekraftsmål med konkrete tiltak (Grønt sykehus, 2022). Noen av temaene som tas opp er klimaendringer, samarbeid, innovasjon, anstendig arbeid og økonomisk vekst (Grønt sykehus, 2022). Styringsdilemmaet oppstår der miljø konkurrerer om å bli prioritert i styringssystemene i et allerede etablert sykehus med tilhørende tradisjoner og kultur. I denne oppgaven skal vi undersøke et av Norges største universitetssykehus, St. Olavs hospital. Sykehuset ligger i Trondheim kommune, og tilhører regionen Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge har siden 2015 mottatt oppdragsdokument fra Helse- og Omsorgsdepartementet hvorav 'bærekraftig utvikling' har vært en del av temaet i dokumentet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Gjennom en casestudie skal vi fokusere på reduisering av anestesigassen Desfluran på anesthesiavdelingen ved St. Olavs hospital. Casestudiet har til hensikt å undersøke hvordan styringssystemene brukes mot en bærekraftig utvikling på avdelingsnivå. Det er viktig å fokusere på casestudier for å se hvordan den overordnede retorikken om en 'bærekraftig utvikling' fungerer i praksis. Ved å fokusere på en spesifikk case kan vi studere hvilke utfordringer organisasjoner står ovenfor når de skal arbeide med å oppfylle en stor retorikk. Vi ser et behov for en studie som undersøker hvordan det faktisk arbeides mot en bærekraftig utvikling, fremfor hvordan store ord og målsettinger fastsettes.

## 1.2 Problemstilling og Motivasjon

Oppgavens tema er bruken av styringssystemer i arbeidet for en bærekraftig utvikling i helsesektoren. Temaet ble valgt i skyggen av en pilotstudie om samfunnsansvar i Helse Midt-Norge som vi gjennomførte høsten 2021. Denne studien gjorde oss mer investert i caseorganisasjonen, og vi kjente på et ansvar for å bidra til å belyse tema i en større grad enn hva vi fikk gjort i pilotstudien. Etersom bærekraft er et relativt 'moderne' begrep, har vi sett et behov for å tilføre kunnskap om hvordan styringssystemer kan benyttes for en bærekraftig utvikling (Gond, Grubnic, Herzig, & Moon, 2012).

FN utnevnte Trondheim kommune som en foregangskommune innen bærekraftig utvikling i 2019 (Bærekraftssenter, 2022). I tillegg til at vi allerede hadde kjennskap til Helse Midt-Norges regionale helseforetak anså vi det som svært attraktivt å samarbeide sykehuset i Trondheim, St. Olavs hospital. Da vi allerede var i god dialog med Helse Midt-Norge RHF, presenterte de oss for arbeidet de hadde igangsatt med redusering av Desfluran på anesthesiavdelingen ved St. Olavs hospital. Caset var svært interessant da vi fikk presentert et konkret eksempel på bærekraftig utvikling fra praksis i offentlig organisasjon. Med utgangspunkt i det vi har presentert om bærekraftige forpliktelser, samt diskusjonen i gjeldende delkapittel har vi formulert følgende problemstilling:

*Hvordan brukes styringssystemer i arbeidet for en bærekraftig utvikling i helsesektoren?*

Formålet med denne masteroppgaven er å studere bruken av styringssystemer for å binde den overordnede diskusjonen om en bærekraftig utvikling mot et konkret eksempel. På denne måten får vi en innsikt i hvordan styringssystemene i Helse Midt-Norge brukes for å redusere klimagassutslipp fra anesthesiavdelingen på St. Olavs hospital. Problemstillingen er sammensatt, hvor vi undersøker denne gjennom en deskriptiv- og en forklarende tilnærming til økonomistyring. For å kartlegge de styringsmekanismene som blir benyttet av ledelsen for å drive strategisk endring tar oppgaven utgangspunkt i Simons (1995a) teoretiske perspektiv *Levers of Control*. Teorien gir muligheter for å se på enkelte styringsmekanismer og diskutere spenningene som skapes mellom disse. I tillegg søker vi å forklare de utfordringer som oppstår ved bruken av styringssystemene, og hvorfor utviklingen har vært som den har, med institusjonell teori. Vi mener at disse to tilnærmingene vil gi et godt grunnlag for å trekke sammenhenger som belyser de sentrale funnene og tematikken i oppgaven.

### 1.3 Kort om caset

Vi ser det hensiktsmessig å redegjøre for caset i korte trekk innledningsvis før vi går mer i dybden av det i kapittel 4 Empiri. I denne studien ønsket vi å undersøke hvordan styringsmekanismer blir brukt ved anesthesiavdelingen på St. Olavs hospital til å redusere anestesigassen Desfluran. Desfluran er en av tre anestesigasser som benyttes til narkose i Norge per i dag (Grønt sykehus, 2021b). Hver gass har ulike kvaliteter, med tilhørende fordeler og ulemper. Anestesigassen Desfluran blir adressert som svært miljøskadelig i forhold til de andre alternative gassene (Grønt sykehus, 2021b). Likevel ansees Desfluran av flere leger som den beste anestesigassen for pasientene ettersom pasientene våkner raskere fra narkose, har kortere liggetid på sykehus, og gassen er godt egnet for skjøre pasienter (Helse Midt-Norge, 2021).

To ganger årlig blir det arrangerer et klima- og miljøforum, som er en konferanse med hensikt om å øke oppmerksomheten rundt den bærekraftige utviklingen (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon 2. mars. 2022). Høsten 2021 ble konferansen holdt digitalt som følger av koronapandemien, og det ble arrangert ulike debatter og foredrag via internett. Av disse ble det arrangert et webinar der temaet var reduksjon av klimagassutslipp fra anesthesiavdelingene i helsesektoren. I debatten deltok det en anestesilege fra St. Olavs hospital, en representant fra 'regionalt kompetansesenter' i Helse Sør-Øst, og en representant fra Sykehusinnkjøp HF. Debatten utviklet seg til to ytterpunkter. Den ene siden påpekte at det ikke kunne være så vanskelig å kutte Desfluran da det finnes eksempler i andre land da de har gjort dette suksessfullt. Den andre siden ønsket ikke å kutte ut Desfluran fullstendig da de mente at denne anestesigassen var for pasientens beste (Helse Midt-Norge, 2021).

Grønt sykehus er en viktig aktør vedrørende arbeidet mot en bærekraftig utvikling i helsesektoren. De har som formål å "beskrive organisering, og sikre et samordnet og helhetlig samarbeid mellom helseregionene innenfor området klima og miljø i spesialisthelsetjenesten" (Helse Midt-Norge, 2022a). Grønt sykehus ble etablert i 2008 og er et 'samarbeidsutvalg for klima- og miljø i spesialisthelsetjenesten' på tvers av de regionale helseforetakene. Utvalget består av totalt ni medlemmer fra alle de regionale miljøfaggruppene, og står bak flere av rapportene som blir nevnt i oppgaven (Helse Midt-Norge, 2022a). Av disse står blant annet *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar* sentralt. Rapporten oppsummerer resultatet av arbeidet for det foregående året i alle helseforetak gjennom et klimaregnskap. I

tillegg viser rapporten til aktuelle temaer, og tilfeller av bærekraftig innsats på tvers av helsesektorene. Her vises blant annet til Helse Midt-Norges styringsplakat som forteller at alle avgjørelser skal tas innenfor rammene til bærekraft, likeverd og ansvarlig helsetjeneste (Grønt sykehus, 2021b). I tillegg står Grønt sykehus ansvarlige for rapporten *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten*. Denne forteller om hvordan spesialisthelsetjenesten skal arbeide mot oppnåelsen av de mindre bærekraftsmålene, og det overordnede målet som er å redusere 40% innen 2030 (Grønt sykehus, 2021b). Tematikken og relevante elementer fra rapportene kommer vi nærmere inn på i kapittel 4.2, Bakgrunnskunnskap og kontekst.

Klimaregnskapet i *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar* viser statistikk og sammenligner helseforetakenes utslipp av klimagasser, fra blant annet Desfluran. I sammenligningen skilte St. Olavs hospital seg ut som det sykehuset som forbruker mest Desfluran i Norge (Grønt sykehus, 2022). Fra perioden 2019-2021 ser vi også fra klimaregnskapet at St. Olavs hospital har redusert Desfluran i et lavere tempo enn den gjennomsnittlige reduksjonen nasjonalt (Grønt sykehus, 2022).

Som en nasjonal gruppe med hensikt å fremskynde bærekraftsarbeidet og -engasjementet i helsesektoren finner vi Legenes klimaaksjon. Organisasjonen er “et partipolitisk nettverk av helsepersonell og helsefagstudenter” (Legenes klimaaksjon, 2021). De opplyser og arbeider for en bærekraftig utvikling, med hensikt å hindre helserelaterte problemer som kommer som følger av en global oppvarming (Legenes klimaaksjon, 2021). Organisasjonen viser til at leger og annet helsepersonell ser viktigheten av en bærekraftig utvikling, særlig i helsesektoren. Videre i oppgaven får vi høre mer om deres synspunkt på caset vårt gjennom samtale med informanten fra denne organisasjonen.

#### 1.4 Oppgavens innhold og struktur

Oppgaven består av totalt seks kapitler. I kapittel 1 har vi definert begrepet ‘Bærekraftig utvikling’, og innledet tema for oppgaven vår. Videre i kapitlet har vi avgrenset en problemstilling og satt denne i en større kontekst. Vi har redegjort for oppgavens formål som er å teste det overordnede målet 'bærekraftig utvikling' mot et konkret eksempel i helsesektoren, og satt dette i en teoretisk sammenheng. I kapittel 2 redegjør vi for oppgavens teoretiske grunnlag som senere vil opptre som hovedelementene i oppgavens analyse, med utgangspunkt i Simons (1995a) rammeverk *Levers of control* og institusjonell teori. I kapittel 3 redegjør vi

for den metodiske tilnærming til vår kvalitative casestudie, og diskuterer de valgene vi har tatt underveis i datainnsamlingen og forarbeidet av oppgavens dybdeintervjuer og dokumentstudier. I tillegg kommenterer vi studiens kvalitet og etiske hensyn.

I kapittel 4 presenterer vi oppgavens empiriske materiale. Her gjør vi rede for både relevante funn fra dokumentstudien og dybdeintervjuene. Empirikapittelet innledes med data fra dokumentstudien som tar for seg Helse Midt-Norge som en stor og kompleks organisasjon for deretter å presentere relevante funn fra rapportene til Grønt sykehus som bidrar til å belyse tematikken i oppgaven. Deretter oppsummerer vi datainnsamlingen fra intervjuene vi anser som mest relevant. Datainnsamlingen fra intervjuene presenteres gjennom to underoverskrifter; planlegging og utføring, og kontrollering og korrigerings. I kapittel 5 gjennomfører vi en empirisk analyse i sammenheng med oppgavens teoretiske grunnlag. Analysen ser empirien i sammenheng med Simons (1995a) rammeverk *Levers of Control* og institusjonell teori. Vi har gjennomført de refleksjoner i analysen som vi mener kan bidra i størst grad til å svare på problemstillingen. I kapittel 6 presenterer vi først oppgavens disposisjon og problemstilling før vi gjør rede for de sammenhengene vi har funnet mellom problemformulering og analyse. For å runde av oppgaven trekker vi sammenhenger i de teoretiske perspektivene som har vært særegne resultater for caset i oppgaven. Avslutningsvis reflekterer vi over oppgavens implikasjoner, begrensninger og kommer med forslag til videre forskning.

## 2. Teoretisk rammeverk

I følgende kapittel presenterer vi studiens teoretiske grunnlag som vi benytter til å analysere de empiriske funnene og besvare oppgavens problemstilling. Innledningsvis gjør vi rede for ulike tolkninger av begrepet økonomistyring, for deretter å avgrense hvilken definisjon vi tar utgangspunkt i videre i oppgaven. For å kunne kartlegge caseorganisasjonens bruk av styringssystemer har vi anvendt Simons (1995a) analytiske rammeverk *Levers of Control*. Rammeverket tar utgangspunkt i et helhetlig perspektiv på økonomistyring, og forklarer hvordan ulike styringsmekanismer kan forholde seg til hverandre. For å prøve å forstå hvorfor de empiriske funnene er som de er gjør vi til slutt rede for institusjonell teori. Dette perspektivet skal bidra til å gi en forklaring til de sammenhenger som ikke stemmer over ens med klassisk økonomiteori. Denne teorien vil også danne grunnlaget for en diskusjon hvorvidt

bærekraftsstyringen har blitt påvirket, eller påvirker, den bærekraftige utviklingen i helsesektoren.

## 2.1 Økonomistyring

Økonomistyring er et komplekst fag- og praksisområde med litteratur som inneholder mange ulike definisjoner (Ouchi, 1979; Otley, 1980; Langfield-Smith, 1997; Alvesson & Karreman, 2004). Innledningsvis i dette kapitlet ønsker vi å konkretisere at det finnes ulike tolkninger av styring og gjøre leseren kjent med hvilken definisjon vi legger til grunn videre i oppgaven. Anthony (1965) definerer økonomistyring som “[...] Prosessen der ledere forsikrer seg om at ressursene er innhentet og brukt effektivt for å nå organisasjonens mål” (Anthony, 1965, s.17, oversatt). Siden 60-tallet har definisjonen på økonomistyring kontinuerlig endret seg, og blant annet Pettersen (2009) kritiserer Anthony (1965) sin definisjon til å være for snever til å forstå de mange utfordringer som dagens organisasjoner står overfor. I nyere tid har definisjonen beveget seg bort fra kvantifisering mot å hensynta eksterne faktorer som marked, interessenter og konkurrenter (Scapens, 2006). Chenhall (2003) mener at å inkludere de eksterne faktorene i økonomistyringsfaget og -definisjonen vil bidra til å nå organisasjonens mål i en større grad.

I skyggen av foregående diskusjon ønsker vi å ta utgangspunkt i en mer moderne definisjon av økonomistyring som oppfattes mer bred og generell. Dette med hensikt å ikke utelukke kompleksiteten og alle de faktorene som påvirker økonomistyringen. Definisjonen til Merchant og Van der Stede (2011, s.9, oversatt) forteller at, “Økonomistyring innebærer at ledere tar grep for å sikre at de ansatte gjør det som er best for organisasjonen”. Definisjonen omtaler faget som lederes evne til å benytte styringssystemer for å endre de ansattes atferd i tråd med organisasjonens mål og visjon (Merchant & Van der Stede, 2011). Malmi og Brown (2008) er to av flere kjente forskere innenfor faget som vektlegger at det i fleste tilfeller må benyttes flere styringsmekanismer for å endre atferd. Derfor fremhever de viktigheten av å gjøre rede for og fortelle hva som inngår i forskerens definisjon av økonomistyring i sin egen forskning (Malmi & Brown, 2008). På grunnlag av dette vil vi tydeliggjøre hvilken definisjon vi tar utgangspunkt i, videre i oppgaven.

Oppgaven vår fokuserer på oppnåelse av bærekraftsmålene på St. Olavs hospital som en bærekraftig endring i strategi. Da vi skriver om å kartlegge strategiimplementering falt det seg naturlig å benytte seg av Simons (1995) definisjon på økonomistyring:



*De formelle, informasjonsbaserte rutinene og prosedyrene ledere bruker for å opprettholde eller endre mønstre i organisatoriske aktiviteter. (Simons, 1995, s. 5)*

Simons (1995) forstår økonomistyring som mekanismer ledelsen setter sammen i ulike mønstre for å påvirke organisasjonen, og de ansattes atferd, som de selv ønsker (se kapittel 2.2). For å kunne endre atferd bryter Hopwood (1974) ned disse mønstrene av styringsmekanismer inn i tre ulike aspekter, administrativ styring, sosial styring, og selvstyring. Han forteller at samspillet mellom disse er avgjørende for styringen i organisasjonen og at aspektene stadig konkurrerer om å få mest innflytelse (Hopwood, 1974; Carlsson-Wall, Kraus & Lind, 2011).

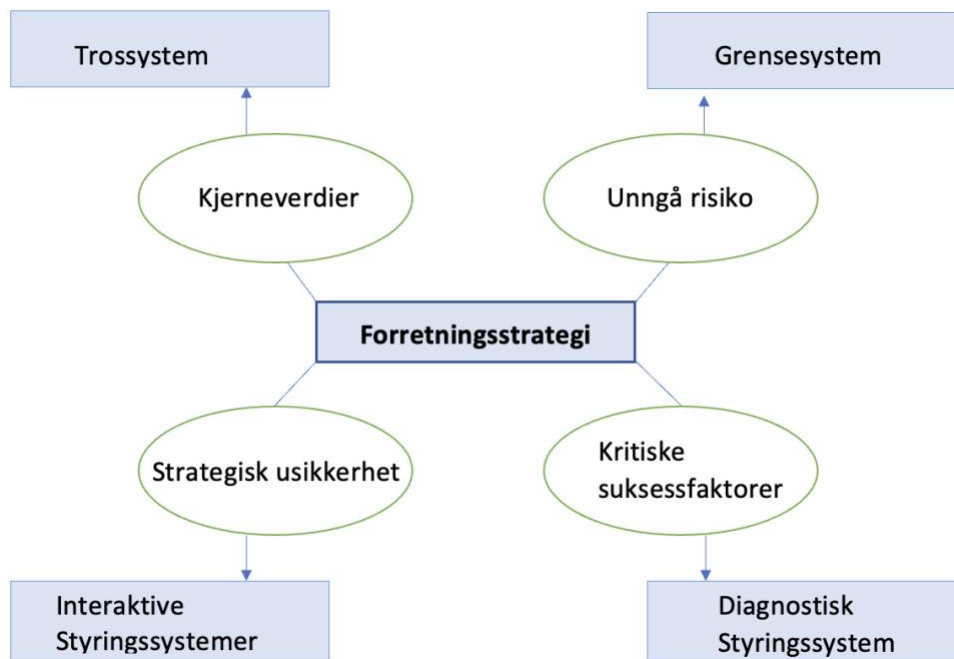
*Administrativ styring* beskriver Hopwood (1974) som den styringen som utøves av ledelsen for å fjerne usikkerhet ved å begrense alternativer og spesifisere preferanser. Dette fungerer som et virkemiddel lederne bruker for å sørge for at de ansattes mål er underlagt deres mål (Hopwood, 1974). *Sosial styring* oppstår gjennom gjensidige normer og forpliktelser blant kollegaer (Hopwood, 1974; Abernethy, 1996). Den sosiale styringen bunner i Hopwood (1974) sin ide om at effektiv styring er langt mer komplekst enn administrativ styring av atferd. Han mente at de ansatte ikke bare ble påvirket ovenfra, men også av hverandre i større grad (Hopwood, 1974). *Selvstyring* omhandler individets egne tanker, og deres tilnærming til arbeidet de utfører (Hopwood, 1974). Hopwood (1974) påpeker dette som en viktig innflytelse på atferden i organisasjonen da det styringen uttrykkes gjennom handlingene til individene. Selv om de tre aspektene har blitt definert hver for seg påpeker Hopwood (1974) at de i realiteten aldri anses som uavhengige. Han påpeker at alle tre aspektene må sees i sammenheng med hverandre for å forstå styringen i en organisasjon (Hopwood, 1974).

Da caseorganisasjonen i oppgaven fortsatt er i planleggingsprosessen av styringssystemer mot en bærekraftig utvikling, så vi det hensiktsmessig å fokusere på Simons (1995a) definisjon av økonomistyring. Ettersom rammeverket *Levers of Control* (Simons, 1995a) gir en bedre forståelse om ledelsens evne til å benytte styringssystemene for å skape en strategisk endring. Hopwood (1974) kunne i større grad bidratt til å forstå styringen som skjer, og hadde bedre egnet seg om Helse Midt-Norge allerede hadde en etablert bærekraftstrategi. Likevel ser vi egenskaper ved Hopwoods (1974) tre aspekter ved styring som er relevant å bruke for å belyse deler av oppgaven.

## 2.2 Levers of control

Robert Simons er en av flere forskere som har bidratt mye til økonomistyringsfaget. Et av Simons (1995a) kjente bidrag er styringsrammeverket *Levers of Control*. Ifølge Simons (1995a) skal *Levers of Control* tolkes som et rammeverk for økonomistyring som er med på å belyse hvordan organisasjoner fungerer og hvordan verdier skapes. Rammeverket forteller noe om hvordan ledere kan benytte seg av styringssystemer for å drive strategisk fornyelse i organisasjonen, og vektlegger samspillet mellom styringssystemene som avgjørende for strategiutforming (Simons, 1990). Simons (1995a) konkretiserte utfordringen ledere står overfor ved bruken av tilstrekkelig kontroll som fortsatt fremmer «fleksibilitet, innovasjon og kreativitet». Rammeverket har som underliggende idé om å håndtere de motstridende kreftene for å skape dynamisk spenning mellom innovasjon og måloppnåelse (Simons, 1995a). Blant annet fremhever Simons (1995a) spenninger mellom frihet og begrensninger, myndiggjøring og ansvarlighet, top-down styring og bottom-up kreativitet, og eksperimentering og effektivitet (Simons, 1995b).

For å koordinere konflikten mellom kontroll og kreativitet, identifiserte Simons fire styringssystemer: trossystemet, grensesystemet, det diagnostiske systemet og det interaktive systemet (Simons, 1995a). Disse er også kjent som 'de fire spakene til kontroll' og utgjør fundamentet i Simons (1995a) rammeverk. Hver av de fire spakene har sitt eget formål, men fungerer også samtidig. Derfor vil spakene være nært knyttet til hverandre selv om de har ulike oppgaver (Simons, 1995a). I følgende avsnitt vil vi gjøre rede for de fire kontrollsystemene i Simons' rammeverk. Rammeverket og dets fire spaker er illustrert i figur 1.



Figur 1: Simons' Levers of control (Simons, 1995a, s.39, oversatt)

### 2.2.1 Trossystem

Ifølge Simons (1995a) trossystem det formelle systemet som benyttes av toppledere til å definere, kommunisere og forsterke kjerneverdien i organisasjonen. Det brukes systematisk for å gi organisasjonen grunnleggende verdier, formål og retning (Simons, 1995a). Begrepet 'verdier' defineres av Simons (1995a) som korte, muntlige eller skriftlige utsagn, formulert av ledelsen for å signalisere sine intensjoner. Simons (1995b) argumenterer for at kjerneverdier og trossystemer vil være med å skape stabilitet i organisasjonene. Styringssystemet spiller en viktig rolle i å oppnå inspirasjon og oppmuntre sine ansatte i søken etter nye muligheter. I følge Kotter (1990) skapes inspirerende motivasjon gjennom fire trinn. Det første er ved å (1) kommunisere en visjon som omhandler deltakernes verdier, og som dermed gjør arbeidet viktig for dem. Det andre er å (2) gi de ansatte en følelse av kontroll ved å involvere de i bestemmelsen av hvordan visjonen skal oppnås. Deretter handler det om å (3) støtte de ansatte gjennom god trening, feedback og oppfølging, for å tilby støtte for innsats og ikke bare resultater. Som det siste trinnet påpeker Kotter (1990) viktigheten av å (4) oppfordre til anerkjennelse og belønning av suksesser på vei mot målet.

Simons (1995a) påpeker også på at kjerneverdier og trossystemer ikke kan være rettet mot spesifikke avdelinger eller grupper, men har med hensikt å skal må kunne dekke hele organisasjonen for å få alle til å gå i samme retning. Ettersom trossystemene er ment til å være vide og ment til å inspirere, er det vanskelig å knytte slike systemer tett mot formelle insentiver

da de ofte er for vage (Simons, 1995a). Målet er å sørge for at underordnede adopterer verdier og visjoner, og handler selv i tråd med disse. Det er ledelsen sitt ansvar å hjelpe de ansatte forstå formålet og deres egen rolle i å nå målene som er satt. Spesielt betraktes mellomledere som viktige bidragsyttere for å implementere verdiene slik at disse blir tydelige i organisasjonen (Simons, 1995a). Dersom en organisasjon har klare kjerneverdier vet de ansatte hva som anses som korrekt atferd eller handling i ulike uforutsigbare situasjoner (Simons, 1995b).

### 2.2.2 Grensesystem

Grensesystemer benyttes til å sette klare grenser og regler for organisasjonens ansatte og kommer til uttrykk som minimumskrav til ansatte i virksomheten (Simons, 1995a). Eksempler på grensesystemer er; retningslinjer for god forretningsetikk, operasjonelle retningslinjer og lignende dokumenter som sier noe om hva som forventes av organisasjonens ansatte (Simons, 1995a). Slike styringssystemer bidrar til å hindre uønsket adferd som kan skade organisasjonen (Simons, 1995b). Grensesystemer består av formelle regelverk og virker begrensende på en slik måte at organisasjonen ikke skal la seg friste av de mulighetene som ikke samsvarer med organisasjonens strategi (Simons, 1995a). I tillegg hjelper grensesystemer organisasjonen til å unngå fristende muligheter som åpenbarer seg langs veien, men som ikke passer sammen med forutsatt strategi (Simons, 1995a). Det er vanskelig for ledelsen å identifisere alle utfordringer og beslutninger på forhånd, dermed brukes grensesystemer for å unngå de forhåndsdefinerte verste utfallene (Simons, 1995b).

En fare ved grensesystemer er at de kan bli oppfattet som begrensende og hindrende, dersom grensene ikke er godt nok begrunnet (Simons, 1995a). Systemene kan dermed fremstå som unødvendige hinder for de ansatte å utføre arbeidet sitt på optimal måte (Simons, 1995a). Likevel viser Simon (1995a) til at selv grensesystemer kan oppleves som det Malmi og Brown (2008) kaller for muliggjørende. Grenser kan være frigjørende i den forstand at man får et stort spillerom innenfor de gitte rammene som blir satt (Simons, 1995a). Med gode grensesystemer skapes en bedre forståelse av de reglene lederen benytter når prestasjoner vurderes, og når de samtidig fremstår som fornuftige kan de oppleves som meget hjelpsomme (Simons, 1995a).

### 2.2.3 Diagnostiske kontrollsystem

Det Simons (1995a) kaller for diagnostiske kontrollsystemer er et verktøy for top-down overvåkning og representerer ryggraden i tradisjonelle styringssystemer. Spaken består av systemer som skal sikre stabil måloppnåelse, med minst mulig oppmerksomhet og innblanding fra toppledelsen (Simons, 1995a). Simons (1995a, s.59, oversatt) definerer diagnostiske kontrollsystemer som, “De formelle informasjonssystemene som ledere bruker for å overvåke organisasjonsresultater og korrigere avvik fra forhåndsinnstilte ytelsesstandarder”. Det er særlig tre egenskaper som skiller diagnostiske kontrollsystemer fra de andre systemene. Disse er evnen til å måle resultat av en prosess, eksistensen av forhåndssette standarder som reelle utfall kan måles, og muligheten for å korrigere avvik fra standarder (Simons, 1995b). Budsjetter, måloppfølgingsystemer, HR-planer og standardkostsystemer er eksempler på diagnostiske systemer. Det finnes også mange flere da ledelseskontroll frem til 1990-tallet omhandlet i stor grad det Simons (1995a) definerer som diagnostiske kontrollsystemer.

Diagnostiske kontrollsystemer er formelle informasjonssystemer som gjør det mulig for ledelsen å implementere strategi på en effektiv måte, ettersom behovet for overvåking blir mindre og lederne frigjøres for tid (Simons, 2000). Dersom variasjon i gjennomførelsen av arbeidsoppgaver ikke er ønskelig, hevder Simons (1995a) at standardisering av arbeidspraksis kan være fornuftig. Derimot, når kravene til prosessene ikke gjør det mulig eller ønskelig å standardisere, kan diagnostiske systemer utgjøre en middelvei (Simons, 1995a). Diagnostiske systemer har til hensikt å avdekke kritiske prestasjonsvariabler. Kritiske prestasjonsvariabler er de faktorene som må oppnås eller implementeres av ledelsen for å lykkes med sin forretningsstrategi (Simons, 1995a). Ifølge Simons (1995a) kan kritiske prestasjonsvariabler blant annet avdekkes ved å forestille seg en mislykket strategi, og tenke seg hvilke faktorer som er årsaken til det uheldige utfallet.

### 2.2.4 Interaktive styringssystem

Å oppnå balanse mellom kreativ innovasjon og stabil måloppnåelse, er det Simons (1995a) nevner å være en av hovedutfordringene for å oppnå god styring. Gode ledere må identifisere forstyrrende utfordringer som kan true organisasjonen, samt evne å håndtere fremtidig usikkerhet (Simons, 2000). Der diagnostiske systemer som har til hensikt å overvåke resultater for å kunne korrigere når det har oppstått avvik fra den forhåndssette strategien, er formålet

med interaktive systemer å stimulere til søken etter muligheter og læring (Simons, 1995a). Interaktive styringssystemer er formelle informasjonssystemer som benyttes av ledere til å regelmessig involvere seg i ansattes beslutningsaktiviteter, gjennom for eksempel møter og dialoger. Større organisasjoner har som oftest et større behov for interaktive styringssystemer, da det sjeldnere er mulighet til personlig kontakt mellom ledelsen og de ansatte (Simons, 1995b). Daglige diskusjoner og handlinger med det operative nivå er en down-up styringsprosess som gjør det mulig for nye strategier å vokse frem (Simons, 1995a). Organisasjoner velger seg ofte ett eller noen diagnostiske systemer som de bruker interaktivt (Simons, 1995a). Simons (1995a) mener valget bør være basert på strategisk usikkerhet i organisasjonen, som også bygger på den valgte strategien.

Simons (1995a) definerer fire karakteristikk som gjør et styringssystem interaktivt. Det første er at informasjonen som genereres av systemet må være viktig og tilbakevendende agenda adressert av toppledelsen. For det andre krever interaktive styringssystemer jevnlig og hyppig oppmerksomhet fra ledere på alle nivåer i organisasjonen. For det tredje må informasjonen tolkes og diskuteres ansikt til ansikt mellom ledere, mellomledere og det operative nivå. Siste karakteristikk som utgjør et interaktive styringssystem er at systemet er en katalysator for kontinuerlig utfordring av og debatt om de underliggende forutsetninger, data og handlingsplaner (Simons, 1995a).

### 2.3 Samspillet mellom de fire styringssystemene

Simons (1995a) fremhever ikke først og fremst kreftene i hvordan de ulike styringssystemene blir brukt hver for seg, men snarere hvordan systemene kan benyttes i samspill for å komplimentere hverandre. Det baseres på spenningene som oppstår mellom de ulike styringssystemene som i utgangspunktet kan anses å være motstridende krefter (Simons, 1995b). Simons skiller trossystemer og interaktive systemer som positive kontrollsystemer, mens grensesystemer og diagnostiske styringssystemer som negative. Denne inndelingen kritiseres av Tessier og Otley (2012) først og fremst fordi mekanismenes dobbeltsidige funksjon blandes med kontrollsystemets kvalitet. De negative og positive kontrollsystemene er like viktige. De positive styringssystemene skal motivere, belønne, veilede og fremme læring, mens de negative mekanismene tvinger, straffer, foreskriver og kontrollerer (Tessier & Otley, 2012). Slike kontroller drar i motsatt retning og skaper den dynamiske spenningen som gir

effektiv kontroll i organisasjonen (Tessier & Otley, 2012). Simons (1995a, s.158, oversatt) formulerer det som “Kontroll oppnås når spenningen mellom kreativ innovasjon og forutsigbar måloppnåelse transformeres til lønnsom vekst”.

Det indikerer at organisasjoner må oppnå en høy grad av læring og kontroll samtidig for å være suksessfulle. Selv om målene om læring (trosystem- og interaktivt styringssystem) og kontroll (grensesystem og diagnostisk styringssystem) anses å være motstridende, betyr det ikke at de er gjensidige utelukkende, ettersom de kan skape fornuftig spenning dersom brukt samtidig (Tessier & Otley, 2012). Negative styringsmekanismer kan også bidra positivt til organisasjonene i seg selv. Tessier og Otley (2012) eksemplifiserte dette ved å vise til ansatte som hadde opplevd positive effekter som tidsbesparelse og økt prestasjon, ved å ta seg tid til å formalisere og rapportere beste praksis. Kontrollsystemenes tosidige funksjon beskrives at Tessier og Otley (2012) som både muliggjørende og begrensende. Bruken av ett enkelt styringssystem skal ifølge Simons (1995) ikke i seg selv nødvendigvis være positiv eller negativ. Det er derimot viktig at systemet blir benyttet på rettvist måte, og at det er balanse mellom bruken av de ulike systemene (Simons, 1995). Selv om balanse er hyppig referert av Simons (1995a), gir han ikke en bestemt forestilling av hva balanse er, eller hvordan balanse gjenspeiles i styringssystemet.

Mundy (2010) fremhever ulike elementer som er viktige for at ledelsen skal oppnå en god balanse mellom de fire styringssystemene. Det først han nevner er intern konsistens, som går ut på at de ansatte oppfatter bruken av styringssystemene som klare og i sammenheng med organisasjonens prioriteringer (Mundy, 2010). Trossystemet spiller en viktig rolle i å oppnå intern konsistens, og gjenspeiles i alle styringssystemene. Videre nevner Mundy (2010) logisk progresjon, som handler om at rekkefølgen på styringssystemene som benyttes har betydning, spesielt for organisasjoner som er i en strategisk endringsprosess. Det er større sjans for organisasjoner som setter i gang interaktive prosesser først, får en vellykket endring. Ellers risikerer man at diagnostiske og grensesystemer setter seg for godt i organisasjonen (Mundy, 2010). Deretter utpekes faren for at ett system brukes uforholdsmessig mer enn andre og at ubalansen forsterkes på sikt, samt faren for at andre styringssystemer nedprioriteres eller unngås i helhet (Mundy, 2010). Det bidrar til redusert spenning og dermed redusert mulighet for å oppnå gode prestasjon (Mundy, 2010). Til slutt poengterer Mundy (2010) at interaktive styringssystem spiller en avgjørende rolle i å skape balanse mellom spakene, og ikke minst beholde denne.

## 2.4 Institusjonalismens fremtreden i utviklingen av økonomistyringsfaget

Institusjonell teori har oppstått som en motreaksjon mot økonomistyringslitteraturens utvikling på 70-tallet (Scapens, 2006). Frem til da trodde akademia at økonomistyringsfaget var ferdigutviklet, og inneholdt de matematiske modellene som skulle kunne forklare optimal styring av organisasjoner. Ikke før på 80-tallet begynte de å vike fra de tradisjonelle styringsmodellene da de observerte at teori og praksis ikke stemte overens (Scapens, 2006). I et forsøk på å forstå dette beveget forskningen seg mot en mer hermeneutisk forskningsmetode til hensikt for å forstå hvorfor organisasjoner ikke benyttet de tradisjonelle styringsmodellene, som litteraturen omtalte som optimale (Scapens, 2006; Fallan & Pettersen, 2016). Dette førte til en økning i forskningen på økonomistyringsfaget utover 90-tallet. Forskere stilte seg stadig mer kritiske til de matematiske modellene, og ble mer interessert i å observere organisasjoner og studere hvordan de faktisk er (Scapens, 2006). Økonomistyring handlet nå i større grad om case-studier, organisasjons- og samfunnsteori, enn tidligere. Gjennom kvalitative studier var det enklere å forstå praksisen av økonomistyringen, og hvorfor organisasjoner hadde et behov for å styres ulikt fra hverandre.

Utover 2000-tallet skjønnte forskere at dersom organisasjoner gjorde det teoriene omtalte som 'ulogiske valg' så måtte faget være enda mer komplekst enn tidligere antatt. Institusjonell teori fikk en stor rolle i å forklare det 'ulogiske', da det var klart for flere at det var viktig å se organisasjonen i sammenheng i markeder og dets påvirkning (Meyer og Rowan, 1977). Den tradisjonelle Institusjonelle teorien stammer fra teoriens utvikling fra 70-tallet, som gjør at utviklingen av teorien startet som en avvisning til den nyklassiske økonomien og matematiske modellene (Scapens, 2006). Nyinstitusjonell bygger på den tradisjonelle teorien ved at den forutsetter økonomiske rasjonalitet i markedene, og ser nærmere på hvorfor organisasjoner stadig blir mer homogene, og hvilken type press de blir satt ovenfor (Scapens, 2006). Videre i delkapittelet gjør vi rede for de to retningene og trekker frem sentrale perspektiv og artikler som senere vil være viktige elementer i analysen av caset.

### 2.4.1 Organisasjoners tilpasning til omgivelsene - Tradisjonell institusjonell teori

Hensikten med institusjonell teori er å kunne forstå hvordan moderne organisasjoner finner sammenheng blant rasjonalitet, kostnadseffektivitet og andre krav fra omgivelsene (Fallan &



Pettersen, 2016). Som et svar på hvorfor organisasjoner ikke bestandig gjorde rasjonelle valg i samsvar med klassisk økonomisk teori, hevdet forskere at organisasjoner ble preget av ulike krav fra samfunnet (Meyer & Rowan, 1977; Scapens, 2006). Institusjonalisering betyr å etablere noe som ansees av omgivelsene som den riktige måten å gjøre ting på (Røvik, 1998). Utviklingen av institusjoner er ikke alltid bevisste handlinger, men som oftest et resultat av et behov for å skape orden og oversikt i omgivelsene (DiMaggio & Powell, 1991; Fallan & Pettersen, 2016). Institusjoner reduserer usikkerhet da disse gir føringer om aksepterte normer og verdier. På denne måten påvirker institusjonene hvordan grupper og individer skal agere internt og eksternt i organisasjonen (Fallan & Pettersen, 2016). Med utgangspunkt fra teoriens etablering på 70-tallet var det særlig Meyer og Rowan (1977) som analyserte og utviklet den institusjonelle teorien vi i dag kjenner som den tradisjonelle. Ideen var da at organisasjoners overlevelsessevne var sterkt preget av dens aksept fra omgivelsene. De stilte seg derfor kritiske til effektive organisasjoner som en utelukkende kostnadseffektiv, rasjonell og formell struktur (Fallan & Pettersen, 2016). Ordet effektivitet ble utvidet til å omhandle overlevelsessevne i større grad, ved organisasjonens evne til å etablere en legitim rolle blant omgivelsene (Fallan & Pettersen, 2016).

Ettersom organisasjoner i institusjonell teori ansees som samfunnsskapt fenomen, blir organisasjonene konfrontert med samfunnets normer om hva som ansees som god, eller dårlig, organisatorisk atferd (Meyer & Rowan, 1977; Fallan & Pettersen, 2016). Organisasjonen må, uavhengig av det de anser som effektivt, adoptere disse normene og reflektere bruken av disse for å opprettholde en legitim rolle (Meyer & Rowan, 1977). Poenget til Meyer og Rowan (1977) var nettopp dette at organisasjoner som ikke lenger ansees av samfunnet som legitime, vil svekke deres overlevelsessevne. Dette viser til at bedriftens overlevelsessevne ikke kun handler om organisasjonens evne til å være kostnadseffektive og produksjonseffektive, men heller avhengig av deres evne til å adoptere de rasjonaliserte mytene (Meyer & Rowan, 1977). Rasjonaliserte myter kan være normer som tidligere har blitt adoptert av aktører, som har utviklet seg til å bli tatt for gitt at organisasjoner skal følge (Meyer & Rowan, 1977). Fallan og Pettersen (2016) fremhever også viktigheten av samarbeid med andre aktører i diskusjonen om adoptering av rasjonaliserte myter. Desto høyere grad av legitimitet en organisasjon reflekterer, desto mer attraktive er de å samarbeide med, og de vil få tilgang til ressurser i større grad enn mindre legitime organisasjoner (Fallan & Pettersen, 2016).

Paradokset oppstår der organisasjonens effektivitet går på bekostning av organisasjoners behov for standardisering og legitimering fra omgivelsene. Eksempler på dette oppstår når to vidt forskjellige organisasjoner benytter seg av samme formelle strukturer, hvor de formelle strukturene ikke resulterer med å bli omsatt i praksis (Fallan & Pettersen, 2016). Det oppstår en *dekobling* i organisasjonen der planene ikke samsvarer med de aktivitetene og retorikken som faktisk skjer i bedriften. Dekobling er i stor grad skapt av motstridende krav fra samfunnet, interessenter og aktører, hvor organisasjonen ikke har mulighet til å tilfredsstille alle. Dekobling eller løse koblinger er likevel vanlig, og akseptert, praksis i flere norske bedrifter. Grunnen til dette forteller Fallan og Pettersen (2016) er at det finnes en iboende norm om rasjonalitet i det norske samfunnet. En dekobling eller løse koblinger kan derfor bidra til ytterligere legitimering da samfunnet har forventninger til at organisasjonen klarer å prioritere riktig (Fallan & Pettersen, 2016).

Det hender at det oppstår situasjoner i praksis der rasjonalitet i forhold til jobbens utførelse må gå foran de formelle strukturene som er satt. Noen profesjoner er derfor i større grad avhengig av løse koblinger for å kunne utføre arbeidet sitt, enn andre. Vi ser da at både dekobling, og institusjonelle standarder, er to faktorer som jobber mot hverandre, men likevel bidrar til økt legitimering. En studie gjort av Llewellyn (2001) fokuserte på leger i administrative roller. Hun fokuserte på mellomledelsen i sykehus, og utviklet begrepet 'Two-way window'. Begrepet visualiserer hvordan klinikere i mellomledelsen blir nødt til å jobbe parallelt i det økonomisk-administrative feltet og det medisinsk-logiske feltet. Vinduet representerer hvordan mellomledelse har innblikk og medvirkning i to ulike verdener samtidig. Klinikere vil ha en profesjonslogikk som gjør at de agerer ut ifra hva som passer for deres fag. Ledere derimot er mer markedsrettet, og er i større grad opptatt større konsekvenser. Derfor poengterer Llewellyn (2001) viktigheten av mellomlederens rolle til å kommunisere når toppledere og klinikere har ulik utdanning, logikk og erfaring. Dersom mellomleder innehar den faglige kompetanse til begge verdener vil mellomledelsen fungere som en formidler til en bedre gjensidig forståelse (Llewellyn, 2001).

De ulike profesjonsbakgrunnene har bidratt til at det er vanskelig med gjensidig forståelse mellom det operative nivået og ledere i sykehus. Llewellyn (2001) forteller at mellomledelsens evne til å oversette både det økonomiske- og det medisinske språket vil være avgjørende for organisasjonen for å sikre en felles måloppnåelse. Likevel viste det seg utfordrende å skape denne dialogen, noe som i praksis ofte førte til dekobling. Mellomledelsen reflekterte det

økonomi-administrativt opp igjen til toppledelsen, og det faglige ned igjen til det operative nivået. Llewellyn (2001) mente at mellomledelsen kunne velge å skjerme de to 'verdenene' for hverandre for å unngå motstridende meninger og konflikter. På denne måten forårsaker mellomledelsen de to nivåene til å dekkle, istedenfor å prøve å koble de sammen. Llewellyn (2001) understreker med dette hvor viktig rolle de mellomlederne har, som klarer å koble sammen de 'to verdenene' (Llewellyn, 2001; Nyland & Pettersen, 2004).

Liebowitz og Margolis (1995) hevder at fortiden spiller en større rolle i utfallet av beslutningsprosesser enn tidligere trodd. I hvilken grad utfallet blir påvirket av fortiden, og ikke kun nåtiden, omhandler fenomenet *stiavhengighet*. Det oppstår stiavhengighet der beslutningsprosesser viser til historiske minner, tradisjoner, og praksiser (Liebowitz & Margolis, 1995). Fenomenet kan bidra til å forklare, eller forstå hvorfor toppledelsen, mellomledelsen eller det operative nivået vegrer seg for endring. Dette begrepet bidrar til institusjonalismens kritikk mot de tradisjonelle, økonomiske modellene. Studier som omhandler stiavhengighet kan bidra til å forklare hvorfor organisasjoners adopterte modeller ikke gir samme utgangspunkt som ved andre organisasjoner, som gjør at modellene ikke står til forventningene (se Scapens, 2006). Arthur (1989) mente at dersom de økonomiske beslutningene som tas hadde en fortid, kunne ikke universelle modeller bestemme utfallet, eller skape optimal effektivitet. Dersom atferden er låst til historisk avhengighet vil atferden kunne være utfordrende å endre. Stiavhengighet som en lås vil derfor jobbe imot de endringene som skal til for å innføre nye systemer eller handlingsmønstre (Arthur, 1989).

For å bryte stiavhengighet i organisasjonen må ledelsen klare å endre et handlingsmønster. Sydow, Schreyögg og Koch (2009) foreslår at istedenfor å hindre en bestemt atferd, burde det presenteres et handlingsalternativ som fremstår overlegent ovenfor det tradisjonelle alternativet (Arthur, 1994). Arthur (1994) fremhever viktigheten av at valget må være overlegent da et underlegent valg ikke faktisk hadde skapt et reelt 'valg'. På grunn av at stiavhengighet er en selvforsterkende prosess, må den alternative stien kunne tilføre den ansatte en verdi (Arthur, 1994). Ansatte kan være preget av underbevisste faktorer, eksempelvis skylapper, som gjør det utfordrende å reflektere over handlingsalternativene de har og løsrive seg fra stiavhengigheten (Saffold, 1988; Sørensen, 2002). Sydow et al. (2009) poengterer at selv i studien om stiopløsning burde det fokuseres på stiavhengighetens historie. Hva som gjør denne stien selvforsterkende for organisasjonen, og se hvordan endringsprosesser som universelle modeller må modifiseres til de enkelte tilfellene (Sydow et al., 2009).

#### 2.4.2 Ytre press gjør organisasjoner likere - Nyinstitusjonell teori

I nyinstitusjonell teori oppstod det et større fokus på hvordan organisasjonen valgt å tilpasse seg de rasjonaliserte mytene for å fremstå som legitime (Fallan og Pettersen, 2016). Teorien appellerer særlig til de organisasjoner som har mulighet til å vise til sin suksess gjennom visuelle uttrykk. Gjennom det visuelle vil organisasjonen vise til hvordan de har adoptert de rasjonelle mytene for å fremstå moderne, selv om organisasjonen vet at mytene vil medføre en begrenset instrumentalitet (DiMaggio & Powell, 1991). Grad av instrumentalitet tilsier hvorvidt myten som benyttes faktisk resulterer i den effektiviteten, eller resultatet, organisasjonen ønsker å oppnå. Dette vil si at organisasjoner ofte kan være usikre på, eller vite, at den rasjonaliserte myten ikke vil føre til driftsmessige effektivitet. Likevel velger de å adoptere de rasjonaliserte mytene for å oppnå legitimitet, og aksept, blant omgivelsene (DiMaggio & Powell, 1991).

DiMaggio og Powell (1991) fremhever begrepet isomorfisme som svært sentralt i nyinstitusjonell teori. Isomorfisme underbygger hvordan organisasjoner stadig blir likere hverandre. Som en spiral vil moderne organisasjoner forme omgivelsene, samtidig som den selv blir formet av omgivelsene, og føre til at organisasjonene blir mer homogeniserte. Isomorfisme understreker viktigheten av å studere det organisatoriske feltet, og ikke kun fokusere på den enkelte (Fallan & Pettersen, 2016). Det organisatoriske feltet omhandler alle de aktørene som er relevante påvirkere for den gitte organisasjonen. Feltene kan være mindre eller større, og en organisasjon kan tilhøre flere felt. Dersom en organisasjon fremstår som særlig suksessfulle i et felt, vil de andre organisasjonene i samme felt prøve å etterligne denne. På grunnlag av dette forteller Fallan og Pettersen (2016) at isomorfisme skaper en flokkmentalitet til organisasjonene.

I litteraturen er det vanlig å skille mellom tre typer isomorfisme; tvungen-, imiterende-, og normativ isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1991). Hvilken isomorfisme som finner sted avhenger av de påvirkende kreftene i det organisatoriske feltet (Fallan & Pettersen, 2016). *Tvungen isomorfisme* oppstår der organisasjonen blir presset av gjensidig avhengige organisasjoner, eller organisasjoner det ville vært problematisk å kutte kontakten med (Fallan & Pettersen, 2016). Særlig ser vi at offentlige organisasjoner er preget av tvungen isomorfisme da disse møter forventninger til nære relasjoner, som staten og det juridiske (Fallan & Pettersen, 2016). *Imiterende isomorfisme* handler om at organisasjoner hermer etter andre organisasjoner

som fremstår svært suksessfulle, i samme organisatoriske felt (Fallan & Pettersen, 2016). De 'suksessfulle' appellerer til kopiering da deres gjøremåter blir inspirerende i forhold til hvordan organisasjonen skal oppnå suksess og legitimering. *Normativ isomorfisme* omhandler påvirkning gjennom profesjonalisering og høy faglig kompetanse (Fallan & Pettersen, 2016). Typiske aktører innenfor denne isomorfismen kan være eksperter, eller spesialister, hvor deres faglige bakgrunn bidrar til en felles normgivende kraft ved rådgivning. På denne måten vil isomorfismen skje på bakgrunn av felles kunnskap- og fagområder. I isomorfismebegrepet er sentralisering av språk og styringsverktøy aktuelt, ettersom dette gjør det lettere å sammenligne organisasjoner mot hverandre (Fallan & Pettersen, 2016). Derfor vil organisasjoner innen det samme feltet dele felles typologier og begreper med hensikt til å lettere kunne sammenligne seg selv med hverandre.

Den siste utviklingen av nyinstitusjonell teori har vært fokusert rundt forståelse av institusjonell logikk og endring (Fallan & Pettersen, 2016). Med institusjonell logikk menes det koblingen mellom atferd, identitet og beslutningsprosesser i organisasjonen. Tidligere var det vanlig å anta at det fantes en universell, dominerende logikk i de organisatoriske feltene (Fallan & Pettersen, 2016; Scapens, 2006). I nyere tid har denne antagelsen blitt utfordret (Friedman & Alford, 1991). March og Olsen (1989) forsket på dette, og fant at logikkene kunne deles inn i to dominerende kategorier. Den første var konsekvenslogisk tenkning som viser til at organisasjonen tar beslutninger basert på en årsak-virkning-argumentasjon (Fallan & Pettersen, 2016). Den andre var egnethetslogikk som tok beslutninger ved å klassifisere hendelser med utgangspunkt i egen identitet og normer (Fallan & Pettersen, 2016). Gitt antagelsen om March og Olsens (1989) to logikker vil det i flere organisatoriske felt oppstå konkurranse mellom den konsekvenslogiske og egnethetslogiske. Et eksempel på et organisatorisk felt der logikkene kan konkurrere er sykehus-feltet. Rasjonalitetskravene innen konsekvenslogikken risikerer å motstride den profesjonelle egnethetslogikken. Det er mulig å se for seg at faktorer som miljøhensyn innenfor egnethetslogikken ikke alltid er det optimale, eller kan virke forstyrrende, i konsekvenslogikken- og motsatt. Dette åpner for muligheten til å studere de felt der logikkene særlig er i konflikt, hvorvidt det er et handlingsmønster i lignende felt, og hvordan dynamikken fungerer (Fallan & Pettersen, 2016)

### 3. Metode

I det følgende kapittelet redegjør vi for de metodiske valgene som er tatt ved gjennomførelsen av denne masteroppgaven. Med utgangspunkt i en helhetlig forståelse av økonomistyringssystemer som et sosialt konstruert fenomen, følger oppgaven vår den hermeneutiske forskningstradisjonen. Med dette som utgangspunkt utfører vi en kvalitativ enkeltcasestudie av St. Olavs hospital. For å belyse problemstillingen har vi hentet inn sekundærdata gjennom et omfattende dokumentstudie og primærdata ved gjennomførelse av sju dybdeintervjuer. Analysen av datainnsamlingen blir gjennomført gjennom transkribering og koding som danner grunnlaget å diskutere funnene opp mot litteratur og teori.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det vitenskapsteoretiske perspektivet gir føringer om forskningsmetode og analysen man velger å benytte seg av (Nyeng, 2004). Perspektivet ligger til grunn for hvordan forskeren ser og forstår verden (Jacobsen, 2015). Innledningsvis vil det være hensiktsmessig å redegjøre for de to begrepene ‘ontologi og epistemologi’, da disse har til hensikt å samsvare med metoden (Nyeng & Wennes, 2006). Nyeng (2004) definerer ontologi og epistemologi som henholdsvis “læren om det værende” (Nyeng, 2004, s. 212) og “læren om kunnskap og kunnskapstilegnelse” (Nyeng, 2004, s. 209). De to begrepene henger tett sammen da disse omtales som grunnmuren i vitenskap; det å finne ut hvordan man skal tilegne seg kunnskap (epistemologi) om hvordan verden faktisk er (ontologi). Hvordan en velger å forholde seg til de to begrepene vil derfor redegjøre for forskerens vitenskapelige perspektiv.

Sammenhengen mellom ontologi og epistemologi skaper en diskusjon hvorvidt verden kan studeres på en objektiv måte. Et typisk dilemma som heves er hvorvidt det er mulig å generalisere casestudier, eller om dette er en svakhet sammenlignet med kvantitative studier (Alvesson og Sköldberg, 2008). Hensikten med oppgaven vår er ikke å fokusere på en kausal årsakssammenheng, men heller å kunne gi et helhetlig bilde av hvordan informantene opplever situasjonen vi undersøker. Datainnsamlingen var derfor fokusert på å samle kunnskap om individets forklaring, erfaring og mening av situasjonen fra deres ståsted i organisasjonen. Nyeng (2017) påstår at vi aldri kan konkludere med hvordan verden er, og at vi ser kun et utsnitt av situasjonen som er fortolket av oss som forskningsutøvere (Nyeng, 2017). Diskusjonen om generaliserbarhet i oppgaven diskuteres nærmere i kapittel 7, Metodekvalitet.

Vårt vitenskapsteoretiske ståsted tar utgangspunkt i den hermeneutiske vitenskapstradisjonen. Hermeneutikken omtales som en forståelseslære da perspektivet “(...) søker etter helheter i menneskers livsverden” (Nyeng, 2004, s. 210). I motsetning til positivismen, søker hermeneutikken å fortolke sosiale konstruert fenomener i sin helhet (Nyeng, 2004). Da økonomistyringssystemer ofte preges av menneskene som lager og utfører disse, ser Robert og Scapens (1985) det hensiktsmessig å observere styringssystemene i en sosial kontekst. Ettersom vi ønsket å generere kunnskap basert på informantenes subjektive forståelse av styringssystemene i caset, fant vi det naturlig å velge et hermeneutisk perspektiv.

Casestudier åpner opp for muligheten å studere økonomistyring som en del av en større sosial konstruksjon (Scapens, 1990). Da vi gjennomfører dybdeintervjuer i vår casestudie, får vi informantenes fortolkning av virkeligheten, noe som åpner opp for *intersubjektivitet* (Scapens, 1990). Intersubjektivitet, også kalt for dobbel hermeneutikk, betyr at resultatene vi presenterer i denne oppgaven vil være vår fortolkning av informantenes fortolkning av virkeligheten (Scapens, 1990). En slik dobbel tolkning understreker derfor viktigheten av å gjøre rede for de valgene man har tatt i forskningsprosessen. I fortolkningen er det viktig å være bevisst over egen forståelsehorisont, og hvordan all kunnskap man har tilegnet seg er farget av fortiden (Gadamer, 1989). Dobbelt hermeneutikk blir en kontekstuell forståelse der man må stille seg kritisk til egne fortolkninger, i tillegg til informantenes fortolkninger (Gadamer, 1989). Fenomenet omtales også som den hermeneutiske spiral, ettersom det blir en fortolkning av en fortolkning (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2020).

### 3.2 Forskningstilnærming

Det finnes ulike forskningstilnærminger til forskningsprosessen, men hovedsakelig skiller det mellom *deduktiv*, *induktiv* og *abduktiv* teoretisk tilnærming (Saunders et al, 2019). Ved en deduktiv tilnærming ønsker forskeren å forklare en kausal sammenheng mellom konsepter og variabler, og går vanligvis fra teori til empiri. Med en induktiv tilnærming tar forskeren utgangspunkt i empiri og danner deretter teori for å få en forståelse av naturen ved problemet som undersøkes (Saunders et al., 2019). En induktiv analyseprosess går fra det konkrete til det generelle, der man lager teorier basert på et begrenset antall observasjoner. Jacobsen (2005) kritiserer deduktiv forskningstilnærming for at det fører til selvoppfyllende profetier, ved at forskere som velger denne tilnærmingen kun ser etter det de selv mener er relevant. Ved en induktiv tilnærming kreves det at forskere har et åpent sinn gjennom prosessen, noe Jacobsen

(2005) nevner at enkelte hevder er både naivt å tro, men også umulig. Alvesson og Skoldberg (2000) kritiserer både den deduktive og induktive tilnærming i forskning, og ønsker større frihet i empirisk arbeid. Abduktiv forskningstilnærming er en blanding av deduktiv og induktiv tilnærming (Saunders et al, 2019). Tjora (2017) omtaler denne forskningsprosessen som stegvis deduktiv induktiv tilnærming, ettersom forskeren beveger seg mellom tilnærmingene. Med denne tilnærmingen ønsker forskeren å skape en ny teori, ved å utforske et fenomen og identifisere tema gjennom datainnsamling (Saunders et al., 2019). I lys av egen forskningsprosess og basert på forskningslitteratur, anser vi en abduktiv tilnærming som hensiktsmessig for vår oppgave.

Vi startet studien med å innhente teori som ble valgt med utgangspunkt i pilotstudie vi gjennomførte høsten 2021. Vi ønsket å benytte Simons (1995) *Levers of Control* for å undersøke hvilke styringsmekanismer Helse Midt-Norge bruker i arbeidet med bærekraft og til å drive den strategiske fornyelsen. I tillegg anså vi institusjonell teori som gjeldene ut ifra pilotstudie, ettersom dette viste seg å ha stor påvirkning på styringssystemene ved Helse Midt-Norge. Denne fremgangsmåten vil oppfattes som en deduktiv tilnærming, der man sjekker teori opp mot empiri. Vi ønsket likevel å holde en åpne holdning om at andre teorier kan gjøre seg gjelden underveis i forskningsprosessen. Etter vi startet innsamlingen av primærdata, oppdaget vi flere momenter som kunne belyses gjennom andre teorier. Blant annet gjennom Hopwoods (1974) tre aspekter på styring. I tillegg ble stivhengighet og dekobling, som er to perspektiver innen institusjonell- og nyinstitusjonell teori, viktige for å beskrive caset vi studerte. Da gikk vi tilbake til teorien og sammenlignet, for å prøve å forbedre det teoretiske rammeverket vårt. Den nye tilegnede kunnskapen brukte vi til å justere datainnsamlingen, for å få dypere forståelse for konseptet. Denne fremgangsmåten ble kontinuerlig gjentatt gjennom hele forskningsprosessen.

### 3.3 Forskningsmetode

Innen samfunnsvitenskapelig metode skilles det mellom kvalitativ- og kvantitativ metode (Johannessen, Kristoffersen & Tufte, 2020). Forskjellen mellom de ligger i fremgangsmåten for innsamling og analyse av data og det er problemstillingen som legger grunnlaget for valg av forskningsmetode (Nyeng, 2004). En kvalitativ tilnærming handler om å gå i dybden av tematikken og undersøke formålsforklaring. Med denne metoden samles det data av et begrenset utvalg representanter og informasjonen gjengis i form av ord (Nyeng, 2012). Ved



bruk av kvalitativ forskningsmetode oppnås det en forståelse av sosiale fenomen på grunnlag av utfyllende data om personer og situasjoner som studeres. Metoden kjennetegnes ved at fokuset rettes mot prosess og mening, analyse av tekst, nærhet til informantene og små utvalg. Denne metoden egner seg godt for studier som er lite forsket på tidligere, og hvor det kreves fleksibilitet og åpenhet (Thagaard, 2009). Observasjoner og intervju er blant metodene som er mest bruk for datainnsamling innen kvalitativ forskning (Johannessen et al., 2020). Derimot handler kvantitativ metode om tolkning og analyse av tall, og brukes for å finne årsaksforklaring. Det samles inn data for et stort utvalg representanter og brukes for å trekke beskrivende slutninger. Spørreundersøkelser er en metode som er mye brukt innenfor kvantitativ metode for datainnsamling (Johannessen et al., 2020).

Ved bruk av en abduktiv tilnærming kan forskeren bruke både kvalitativ og kvantitativ metode (Saunders et al., 2019). Etersom vi ønsker å oppnå en forståelse av hvordan det strategiske nivået på St. Olavs hospital bruker ulike styringssystemer til å drive endring, ønsker vi detaljer og nyanserte beskrivelser om temaet fra datainnsamlingen. Dermed anser vi kvalitativ metode som hensiktsmessig for vår undersøkelse. I tillegg vil denne metoden gi mulighet for fleksibilitet ved innsamlingen av data, noe som kvantitativ metode ikke gir rom for ettersom informasjonsinnsamling i stor grad er forhåndsstrukturert (Jacobsen, 2005).

### 3.4 Forskningsdesign

Forskningsdesignet er den overordnede planen for hvordan problemstillingen skal besvares gjennom studiens beskrivelse av datainnsamling og analyse (Saunders et al., 2019). For å kunne besvare problemstillingen ser vi det hensiktsmessig å gå i dybden for å få en helhetlig forståelse av forholdet mellom undersøkelsesenheter og konteksten. Casestudie som et forskningsdesign er godt egnet når en ønsker å samle mest mulig innholdsrik informasjon om et avgrenset område (Thagaard, 2009). Dermed valgte vi casestudie som design i vår undersøkelse. Et essensielt kjennetegn ved casestudier er at det gjennomføres en empirisk undersøkelse av et sanntids fenomen i sin naturlige kontekst. Designet inneholder ofte få enheter, mange variabler, og en rekke ulike kilder for å analysere fenomenet som skal studeres (Yin, 2014).

Etersom vår problemstilling vil bli best besvart ved å bruke et kvalitativ casedesign, må vi vurdere hvilket formål studien har og bestemme hvordan type casestudie vi gjennomfører. Yin (2014) skiller mellom tre hovedgrupper av forskningsformål; eksplorerende, deskriptivt og

forklarende. Formålet med studien vår, samt formuleringen av problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål, gjør at en deskriptiv vinkling er det best egnede forskningsdesignet. Deskriptivt design er et beskrivende design, og har som formål å gi svar på spørsmål som hva, hvilke, hvordan og hvorfor (Saunders et al, 2019). I en deskriptiv casestudie studerer forskeren fenomenet i en virkelig sammenheng, og tar kontekst i betraktning (Baxter & Jack 2008). Videre har vi valgt én caseorganisasjon med flere analyseenheter, som da utgjør St. Olavs hospital og informanter med ulik tilknytning til caset. Vi valgte enkeltcase da vi har som formål å beskrive det unike og formidle den sosiale virkeligheten, fremfor å utvikle generelle utsagn og teorier om temaet (Andersen, 2013). Casestudie gir muligheten til fleksibilitet når det gjelder innhenting, analyse og tolkning av mangfoldige datakilder. Dette gjør det mulig å justere den analytiske fremgangsmåten underveis som man får en bedre oversikt og forståelse av fenomenet i undersøkelsen.

### 3.4 Datainnsamling

I det følgende delkapitlene vil vi gjøre rede for valgene vi tar i forbindelse med datainnsamling. I følge Yin (2014) kommer datagrunnlaget for casestudie gjerne fra flere ulike kilder. I tråd med dette benytter vi oss av både primær- og sekundærdata for å besvare oppgaven. Primærdata er data innhentet av forskeren utelukkende i forbindelse med den aktuelle forskningen, mens med sekundærdata menes data som er utviklet av andre, uavhengig av den foregående forskningen (Saunders et al., 2016).

Det finnes ulike tilnærming for datainnsamling i kvalitativ metode. Johannessen et al. (2020) fremhever tre grunnleggende tilnærminger innenfor kvalitativ datagenerering; observasjon, intervju og dokumentstudie. Studien vår bygger på semistrukturerte dybdeintervjuer med ansatte på St. Olavs hospital fra ulike nivå i organisasjonen og utgjør den primære datainnsamlingen. Dette vil kunne gi oss et innblikk i hvordan ledere bruker styringssystemer til å drive strategisk endring, men også hvordan disse oppleves og fungerer for det operative nivå. Vi ønsket også å gjøre oss kjent med organisasjonen og deres arbeid med bærekraft før vi gjennomførte intervjuene, og innhentet dermed sekundærdata gjennom offentlig tilgjengelige dokumenter.

### 3.4.1 Dokumentstudie

Som et supplement til primærdataen så vi det hensiktsmessig i forkant av oppgaven å gjennomføre et dokumentstudie. Ifølge Tjora (2017) er dokumentstudier en god sekundær datainnsamlingsmetode for å oppnå bedre forståelse for temaet man ønske å studere. Dette er en ikke-påtrengende metode ettersom den empiriske data som hentes inn av forskeren og brukes som kilde i undersøkelsen, er fra dokumenter som allerede eksisterer (Tjora, 2017)

I vår oppgave benytter vi dokumentstudie for å få en forståelse for når og hvorfor arbeidet med bærekraft startet, samt hvilken fremgang vi ser i organisasjonen frem til nå. Dokumentene er offentlige og tilgjengelige for alle på internett. *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar* er de fire helseregionenes felles rapport om deres arbeid med samfunnsansvar og ble for første gang utarbeidet og publisert i 2018. I vår oppgave har vi spesielt undersøkt arbeidet som har blitt gjort med klima og miljø ved Helse Midt-Norge ut i fra de årlige rapportene. Videre har vi sett på *Rammeverket for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten* for å få en oversikt over hvilke felles klima- og miljømål som er lagt til grunn for spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i casestudie vi har valgt, har vi studert et webinar om reduseringen av klimagassutslipp fra anestesivdelingen. Dette ga oss god forståelse av de ulike gassene som benyttes i avdelingen og hvilken effekt hver av de har på klima. Under har vi laget en oversikt over noen av de sentrale dokumentene som har blitt studert i forbindelse med denne studien. Oversikten inneholder kategorisering, tittel, omfanget, utgivelsesår og kilde.

Hovedkategori	Underkategori	Format/Omfang	Årstall	Kilde
Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar	Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2018	Dokument/39 sider	2019	Grønt sykehus
	Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2019	Dokument/45 sider	2020	Grønt sykehus
	Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020	Dokument/66 sider	2021	Grønt sykehus
	Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021	Dokument/34 sider	2022	Grønt sykehus
Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten	Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten (oppdatert versjon 2022)	Dokument/11 sider	2022	Grønt sykehus
Webinar-presentasjon	Webinar- "Hvordan redusere klimautslipp fra anestesi?"	Video (YouTube)/ 46 minutter	2021	Helse Midt-Norge

*Tabell 1: Oversikt over utvalg fra dokumentstudien*

### 3.4.2 Dybdeintervju

Som nevnt innledningsvis benytter vi semistrukturerte dybdeintervjuer med aktuelle intervjuobjekter fra caseorganisasjonen for å innhente primærdata. Dybdeintervjuer skiller i grad av struktur: strukturert, semistrukturert og ustrukturert (Bryman, 2016). Semistrukturert intervju ligger imellom strukturert intervju og et intervju uten struktur, og er i følge Tjora (2017) en av de mest utbredte datagenereringsmetodene. Ved et strukturert intervju benyttes det

et spørreskjema, der spørsmålenes form og rekkefølge er fastlagt på forhånd, med svaralternativer til de fleste spørsmålene (Tjora, 2017). Ustrukturert intervju er det motsatte, der intervjuet forløper uten forhåndsetablerte spørsmål, men hvor temaet eller problemstillingen er kjent og legger føringen for intervjuet (Saunders et al., 2019). Vi benytter et semistrukturert intervju da vi ønsker å ta utgangspunkt i en intervjuguide, men likevel ha friheten til å avvike fra guiden ved å endre på rekkefølgen eller stille oppfølgingsspørsmål til svarene fra intervjuobjektet (Bryman, 2016). Ved semistrukturerte intervju må intervjueren selv finne en fornuftig balanse mellom struktur og åpen samtale. Dette kan være en ulempe i at det stiller krav til intervjueren å lese situasjonen og samarbeide med intervjuobjektet for å oppnå trygghet og tillit (Dalen, 2004).

Som forskere ønsket vi å forholde oss så nøytrale og så åpne som mulig under intervjuene, for å samle inn data uten forhåndsbestemte antagelser. Vi så det hensiktsmessig å lese oss opp på temaet og endringsprosessen gjennom dokumentstudie for å stille forberedt til intervju. Dermed benyttet vi den informasjonen, samt det teoretiske rammeverket ved utarbeidelsen av intervjuguide. Vi delte intervjuguiden hovedsakelig inn i fire kategorier; planlegging, utføring, kontrollering og korrigerende. Denne inndelingen tar utgangspunkt PUKK-hjulet som spesialisthelsetjenesten bruker ved miljøledelse. Vi tilpasset kategoriernes omfang, rekkefølge og ordlyd i henhold til informanten. Dette ble gjort på bakgrunn av at informantene hadde ulike roller i organisasjonen og dermed kunne sitte på ulik kunnskap om temaet. Rekkefølgen på intervjuene gjorde det også mulig for oss å benytte oss av informasjon fra det ene intervjuet til utforming av spørsmål til det neste.

### 3.5 Utvalg

Innenfor casestudier avgrensnes utvalget av informanter til enhetens omfang (Tjora, 2012). I dette caset er omfanget av Helse Midt-Norge og St. Olavs hospital. På grunnlag av avgrensningen i informantene forteller Jacobsen (2015) at utvalget er formålsstyrt i de fleste kvalitative studier. I oppgaven vår har vi samlet informanter fra ulike nivåer og stillinger i styringslinjen fra Helse Midt-Norge til St. Olavs hospital. På denne måten kunne vi få et innblikk i opplevelsen rundt bruken av de styringssystemene som ble iverksatt for en bærekraftig utvikling. På tross av oppgavens fokus på styringslinjen så vi likevel viktigheten av å skape et bredt utvalg med mye variasjon (Jacobsen, 2015). Vi valgte informanter vi visste hadde et forhold til caset, men vi så dette som en styrke å velge informanter ut ifra deres

kunnskapsnivå (Jacobsen, 2015). Ved å gjøre dette hever Jacobsen (2015) at disse vil bidra til å berike temaet til oppgaven.

Fra vår pilotstudie kom vi i god dialog med Helse Midt-Norge RHF. De virket særs interesserte i å fortsette samarbeidet utover vår pilotstudie. Gjennom en videosamtale idemyldret vi og våre kontaktpersoner fra Helse Midt-Norge RHF over de temaene som virket aktuelle å fortsette med i masteroppgaven vår. Etter vi hadde sirklet oss inn på tema satt de oss i kontakt med vår første informant, som deretter ga oss kontaklinformasjon til flere relevante informanter. Denne utvalgsmetoden omtales av Bell, Bryman og Harley (2019) som snøballmetoden. Denne metoden ga oss muligheten til å komme i kontakt med informanter som i utgangspunktet ville vært utfordrende å finne (Johannessen et al., 2020). Særlig var det behjelpelig å bli satt i kontakt med det operative nivået, ettersom oversikt over ansatte ansees som konfidensielt på St. Olavs hospital (St. Olavs, 2022a).

I denne oppgaven har vi foretatt oss totalt sju intervjuer, hvorav én av disse ble gjennomført i løpet av pilotstudie. Selv om flere forskere (Kvale & Brinkmann, 2015; Oppen, Mørk & Haus, 2020) forteller at rundt 10-15 informanter er optimalt i forskningsprosjekter, tilbyr masteroppgaven på begrenset tid og antall ressurser. Likevel vil ikke et stort antall informanter berike oppgaven enn et mindre utvalg (Oppen et al, 2020). Oppen et al (2020) diskuterer et metningspunkt i kvalitative studier der intervjuene ikke lenger tilfører ny informasjon. Dette skjer når mye av informasjonen begynner å gjenta seg i de kommende intervjuene. I studien vår erfarte vi ikke dette metningspunktet før siste intervju. Da merket vi at det var færre momenter som vi oppfattet nye, sammenlignet med tidligere. Tabell 2 viser har en oversikt over utvalget av informantene for denne studien. Oversikten inneholder omfanget, dato, tilhørighet og kategorisering. Dette med hensikt for å gi leseren en oversikt over intervjuene.

Intervju nr. + dato	Intervjutid	Tilhørighet	Organisasjonsnivå
1 (5. november 2021)	38 minutter	Helse Midt-Norge RHF	Toppledelse/ Strategisk nivå
2 (22. februar. 2022)	37 minutter	Foreningen Legenes Klimaaksjon	Operativt nivå
3 (2. mars. 2022)	83 minutter	Regional Miljøfaggruppe- Grønt sykehus	Toppledelse/ strategisk nivå
4 (8. mars. 2022)	72 minutter	Lege ved Anestesiavdelingen	Operativt nivå
5 (29. mars. 2022)	73 minutter	Økonomiavdelingen	Operativt nivå
6 (6. april 2022)	58 minutter	Anestesisykepleier	Operativt nivå
7 (22. april 2022)	55 minutter	Avdeling for virksomhetsstyring	Toppledelse/ strategisk nivå

Tabell 2: Oversikt over intervjuene

### 3.6 Analysemetode

Etter vi hadde innsamlet tilstrekkelig med data gjennom dokumentstudier og dybdeintervju var det på tide å bearbeide råstoffet vi nå satt ovenfor. Med omtrent sju timer lydopptak og et omfattende dokumentstudie var kategorisering av informasjon og data en lang prosess. I følgende kapittel gjør vi rede for hvordan vi gikk frem for å systematisere, analysere, og behandle datainnsamlingen

#### 3.6.1 Transkribering og koding av dybdeintervju

Som et virkemiddel i våre dybdeintervju benyttet vi oss av lydopptak som senere ble transkribert ordrett. Fordelen med dette er at vi da har en trygghet i at vi ikke glemmer, eller utelater, viktig informasjon som har blitt nevnt ved intervjuet (Tjora, 2017). Vi ønsket at transkriberingen skulle være så autentisk som mulig, og noterte eksempelvis når informantene tok tenkepauser. Allerede her skapte det rom for refleksjon rundt senere analysearbeid (Thagaard, 2013). Å inkludere dette bidro til å betrygge vår fortolkning av teksten i ettertid da det nonverbale fikk oss til å huske måten ting ble sagt på.

Lydopptak gir oss ikke bare tilgang til all data, men løsrøver også intervjueren fra å notere slik at vedkommende kan fokusere på selve intervjuprosessen (Tjora, 2012). For å kvalitetssikre og

effektivisere transkriberingen fordelte vi lydopptakene jevnt imellom oss, hvor vi senere hørte gjennom den andres lydopptak sammen med den andres transkribering. På denne måten klarte vi å skaffe kjennskap til hele datainnsamlingen, ikke kun den halvparten vi selv transkriberte. I etterkant av intervjuene ga vi informantene muligheten til å få tilsendt den ferdige transkriberingen for å verifisere, eller legge til, informasjon.

Etter transkriberingen begynte vi med kodingsprosessen. Johannessen et al. (2020) omtaler dette som en kategoribasert inndeling, som har med hensikt å gi oversikt over de sammenhenger som finnes i datamaterialet. Med problemstillingen og teorien i baktanke benyttet vi oss av fargekoder til å kategorisere funnene. Kategoriene ble inndelt etter hvilke punkter vi ønsket å inkludere i analysekapittelet (Tjora, 2012). Et av valgene man står ovenfor når man skal analysere dataen fra dybdeintervjuene er om man skal analysere manuelt eller ved hjelp av et dataprogram (Ringdal, 2013). Vi så det hensiktsmessig å gjøre det manuelt ettersom vi ønsket å se transkriberingen i den sammenheng den ble generert. Ved hjelp av å opprette flere fellesdokumenter fikk vi både skilt temaene, og gitt hverandre tilgang til å endre og tilpasse kodingen fortløpende. Under kodingen fremhevet vi de sitatene som var særlig representative for temaet, som potensielt kunne siteres direkte i analysen. Dette til hensikt å gi en bedre og mer autentisk innsikt i datainnsamlingen for leseren.

### 3.6.2 Dokumentstudiens tilnærming og presentasjon

Vi innså tidlig at det var mye å sette seg inn i for å best mulig kunne forstå økonomistyringsfagets rolle i caset. Blant annet ble det viktig for oss å forstå de ulike interessene som var vedrørende redusering av Desfluran. Ikke bare bidro dette med forståelse, med det gjorde oss også bedre forberedt til intervjuene. Det ga oss muligheten til å spørre bedre spørsmål, og spare informantenes tid ved å tilegne oss kunnskap via dokumenter i motsetning til å spørre de. På denne måten kunne vi fokusere på individenes subjektive forståelse av situasjonen i intervjuene, istedenfor å bruke tid på de objektive fakta.

I oppgaven ønsket vi å gjengi deler av den bakgrunnskompetansen vi tilegnet oss gjennom dokumentstudien. Vi valgte ut de dokumentene vi mente var mest sentrale for våre funn som kunne bidra til å berike konteksten til caset. For å skape en sammenheng flettet vi de relevante momentene til en kontekstuell tidslinje i kapittel 4.2, før vi presenterte data fra intervjuene. På



denne måten ønsket vi å berike forståelse av caset ved å gi leseren forkunnskaper til temaet. Dette fordi målgruppen til oppgaven vår var på tvers av faglige bakgrunner og profesjoner.

### 3.7 Kvalitet i forskningen

I dette kapittelet redegjør vi for kvalitetsindikatorerne validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Tjora, 2017). Disse begrepene skal ses i sammenheng med vår studie hvor vi gjør rede for hvilke hensyn vi har tatt med hensikt til å øke kvaliteten på oppgaven vår.

#### 3.7.1 Validitet

Hvorvidt studien faktisk svarer på det vi ønsker å undersøke omhandler begrepet *validitet* (Tjora, 2017). Tjora (2017) forteller at validitet understreker en logisk sammenheng mellom problemstilling, teori og valg av metode. For å styrke studiens validitet er det viktig å gjøre rede for alle metodiske valg og fremgangsmåter (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er særlig to tiltak for å sikre validitet som vi ønsker å trekke frem.

For det første er det viktig å stille seg kritisk til utvalg og informasjon fra informantene (Jacobsen, 2005). For å finne aktuelle informanter forhørte vi oss med Helse Midt-Norge RHF og HR-avdelingen. I tillegg spurte vi fortløpende under intervjuene hvorvidt vedkommende som ble intervjuet kjente til noen andre aktuelle informanter. Dette gjorde at vi fikk en liste over navn som vi forsøkte å kategorisere i ulike organisatoriske nivå. Vi var klare over at vårt utvalg ikke var tilfeldig, da alle informantene ble anbefalt av en annen ansatt. Likevel mener vi dette var positivt for caset vårt ettersom alle informantene hadde et visst forhold til temaet vi studerte (Jacobsen, 2015).

Det andre tiltaket for å sikre validitet er at forskningen blir faglig forankret (Tjora, 2017). I tillegg til at vi har undersøkt tidligere forskning, ble vi også satt sammen i grupper med andre studenter som har liknende teoretisk rammeverk. I disse gruppene kunne studentene og veilederne diskutere hverandres oppgaver og anvendelse av teori. På denne måten fikk vi belyst egenskaper ved de ulike teoriene, og dette bidro med å tilpasse vårt perspektiv på økonomistyring i samsvar med oppgaven. Her fikk vi inspirasjon til å lese og inkludere artikler som vi kanskje ikke hadde tenkt på i utgangspunktet. Disse møtene ble arrangert tre ganger løpet av semesteret og betrygget vårt valg av teori i samsvar med tema og problemstilling.

### 3.7.2 Reliabilitet

*Reliabilitet* handler om hvorvidt forskningen fremstår pålitelig (Tjora, 2017). Pålitelig kan forstås som andres evne til å oppnå samme resultat dersom de gjennomfører samme studie (Justesen & Mik-Meyer, 2010). På denne måten vil studien være en kritisk variabel for hvorvidt forskningen er å anse som pålitelig eller ikke. Det er særlig tre risikofaktorer vi ønsker å fremheve vedrørende reliabilitet; *forskningsutøveren, informanten og situasjonen* (Brink, 1993).

For å minimere risikoen for upålitelig forskning forteller Brink (1993) at *forskningsutøveren* er nødt til å lage strategier for å regulere de variablene som påvirker forskningens kvalitet. I vår oppgave har vi vært klare over viktigheten av forskernes nøytralitet i forsøket, og diskutert hvorvidt det faktisk er mulig å være helt nøytrale. Innenfor hermeneutikken forteller Tjora (2017) at fullstendig nøytralitet ofte ikke er mulig, og at det derfor er viktig å reflektere over forskerens påvirkning på utfallet av studien. Ettersom vi gjennomførte en pilotstudie innenfor samme tema hadde vi visse forventninger til studiens utfall. I tillegg kategoriserte vi informantene etter hvilke interesser, basert på organisatorisk nivå, vi trodde de skulle ha. På denne måten skapte vi visse forventninger i forkant. Som et tiltak for å styrke vår nøytralitet tok vi utgangspunkt i samme intervjuguide til alle informanter, men tilpasset spørsmålene til stillingene de hadde. På denne måten ble intervjustrukturen tilnærmet lik i hvert intervju.

*Informantene* ble tilsendt intervjuguiden en dag i forveien av intervjuet. Selv om dette skapte en viss sårbarhet i studiens kvalitet (Tjora, 2017), besluttet vi likevel at dette var den beste strategien i vår oppgave. Denne strategien ble diskutert i forkant da vi innså at dette var en kompleks case hvor intervjuobjektene følte seg tryggere ved å få spørsmålene tilsendt på forhånd. En god diskusjon av fordeler og ulemper resulterte i en høy egenrefleksjon overfor vår relasjon til informantene. For oss var det viktigere å skape en trygg samtale med informantene (Tjora, 2017), særlig da flere av informantene ønsket å få intervjuguiden tilsendt på forhånd.

*Situasjonen* er risikofaktoren som også kan ha stor innvirkning på påliteligheten i forskningen (Brink, 1993). Optimalt sett ønsket vi å gjennomføre fysiske møter sånn at vi kunne kommunisere og observere i en bredere forstand. Som følger av pandemien, strenge

smittevernregler i helsesektoren, og innføring av Helseplattformen i Helse Midt-Norge, valgte vi å gjennomføre intervjuene digitalt. Senere i forsøket så vi dette som en fordel, ettersom vi erfarte at terskelen for å takke ja til et intervju ble lavere hvis det kunne gjennomføres digitalt. Det krevde mindre tid for planlegging, og det virket som en tryggere arena for kommunikasjon gitt situasjonen vi befant oss i.

### 3.7.3 Generaliserbarhet

*Generalisering* omhandler hvorvidt våre funn vil være gjeldende for samme type studier (Tjora, 2017). Ofte er dette begrepet sett i sammenheng med kvantitativ forskning hvor man kan generalisere statistiske funn til en populasjon, ut ifra et større utvalg. I kvalitativ forskning blir begrepet litt annerledes, og omtales ofte som 'overføringsverdi'. Carlsson-Wall, Kraus og Lind (2011) forteller at hensikten i kvalitative casestudier ikke er å generere, men heller lære fra caset og eventuelt kunne bidra å med å videreutvikle det teoretiske rammeverket. Likevel forteller Tjora (2017) at det ofte oppstår et direkte eller indirekte behov for å generalisere i samfunnsforskningen, til tross. Tjora (2017) trekker frem tre måter en kvalitativ forskningsmetode kan generaliseres; *naturalistisk*-, *moderat*-, og *konseptuell generalisering*.

*Naturalistisk generalisering* handler om at leseren selv kan vurdere hvorvidt funnene virker gyldige, basert på om forskeren har redegjort for detaljene i studien godt nok (Tjora, 2017). I oppgaven vår har vi forsøkt etter beste evne å redegjøre for alle valg, diskusjoner, og antagelser som vi fant relevante til studien. Som et resultat av at vi gjennomgår alle kapitler grundig håper vi at studien vår har en viss overføringsverdi. Ikke bare til helsesektoren, men også til inspirasjon for annen oppgaveskriving og forskning. Hvordan forskeren redegjør for studiens implikasjoner omhandler *Moderat generalisering* (Tjora, 2017). Dette vil si at forskeren selv beskriver hvilke situasjoner resultatene vil være overførbare for. I våre implikasjoner fokuserer vi heller på hva man kan lære av studien, heller enn hvor konkret resultatene våre kan gjenbrukes (Carlsson-wall et al., 2011). Dette på bakgrunn av at casestudier i hovedsak bidrar til forståelse av å anvende teoretiske rammeverk i praksis. Oppgavens implikasjoner blir videre diskutert i konklusjonen vår i kapittel 6.1.

*Konseptuell generalisering* forteller at man kan dra nytte av enkelte deler av forskningen. Eksempler på dette er ulike typologier, eller utviklingen av allerede eksisterende konsepter som ikke er direkte knyttet til caset eller empirien (Tjora, 2017). Selv om studien vår er deskriptiv,

har vi under gjennomføring av studien forsøkt å heve blikket og spørre oss selv 'hva handler egentlig det her om'. På denne måten har vi erfart at flere funn fra casestudien er fenomen vi kjenner igjen fra før, eller drar kjennskap til, enten fra økonomifaget eller hverdagen. Hvorvidt funnene i studien vår inspirerer eller kan generaliseres til andre situasjoner, blir opp til leseren å bedømme. Det er likevel viktig å påpeke at hensikten med vår deskriptive casestudie ikke har vært å generalisere funnene, men heller kunne forstå situasjonen, og bidra til forskningen med ytterligere forståelse (Carlsson-Wall et al., 2011).

### 3.6 Etske hensyn

Det er viktig at forskeren overveier de etiske dilemmaene som oppstår når man studerer menneskers atferd, tanker og opplevelser (Jacobsen, 2005). Det er særlig tre faktorer vi som forskere må ta hensyn til i relasjonen med informanten. Disse er *informert samtykke*, *krav til privatliv* og *krav til å gjengi informanten korrekt* (Jacobsen, 2005; Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). *Informert samtykke* handler om at vi som forskningsutøvere evner å informere om prosjektets formål, tema, og informantens rolle i studien (Jacobsen, 2005; Kvale et al., 2015). Alle informantene som har deltatt i oppgaven vår har mottatt og skrevet under på et samtykkeskjema, som går grundig gjennom studiens formål, informantens personvern og rettigheter (se vedlegg 1, samtykkeskjema). Her gjør vi rede for hvordan vi skal oppbevare persondata og lydopptak, samt anonymisering. I tillegg til å få samtykkeskjema signert i forkant av intervjuene gikk vi gjennom personvern og presentering av caset i forkant av hvert intervju. På denne måten forsikret vi oss om at informantene hadde fått den informasjonen de hadde krav på.

*Krav til privatliv* handler om forskerens evne til å vurdere hvor privat den informasjonen som innhentes er (Jacobsen, 2005). Vi var klare over at oppfatningen av hva som er privat og ikke, er individuelt. Vi ønsket ikke å inkludere faktorer som personlige relasjoner på arbeidsplassen, utpeking av enkeltindivider, eller privatliv med i vår forskning. I tillegg ønsket vi å anonymisere informantene så langt det lot seg gjøre. Jacobsen (2005) nevner at anonymisering innebærer å utelate kjønn, alder, navn, stilling og avdelingsnavn. Likevel var både avdelingsnavn, og i noen tilfeller stilling, svært ønskelig i oppgaven vår da dette belyste mye av tematikken. Det ble redegjort i både samtykkeskjema, og spurt om på intervju om det var greit for informanten at vi delte denne informasjonen. Alle som deltok syntes dette var ok.

Hensikten med dette var utelatende å kunne kategorisere informantene i ulike organisatoriske nivå. Hadde vi følt på et ubehag rundt dette hadde vi utelatt denne informasjonen.

*Krav til riktig presentasjon* handler om at forskeren må evne å gjengi resultatene i en riktig-, og helhetlig sammenheng (Jacobsen, 2005). Her er det viktig at forskeren er bevisst på sin egen påvirkningskraft i studien. Dette er noe vi har vært svært klar over, og vi har forsøkt å gjøre rede for de forholdsreglene vi har tatt i metodekapittelet vårt. Det er svært viktig for oss å fremstå transparente og ærlige, da vi ønsker at casestudiet vårt skal skape forståelse og virke gyldig for leseren.

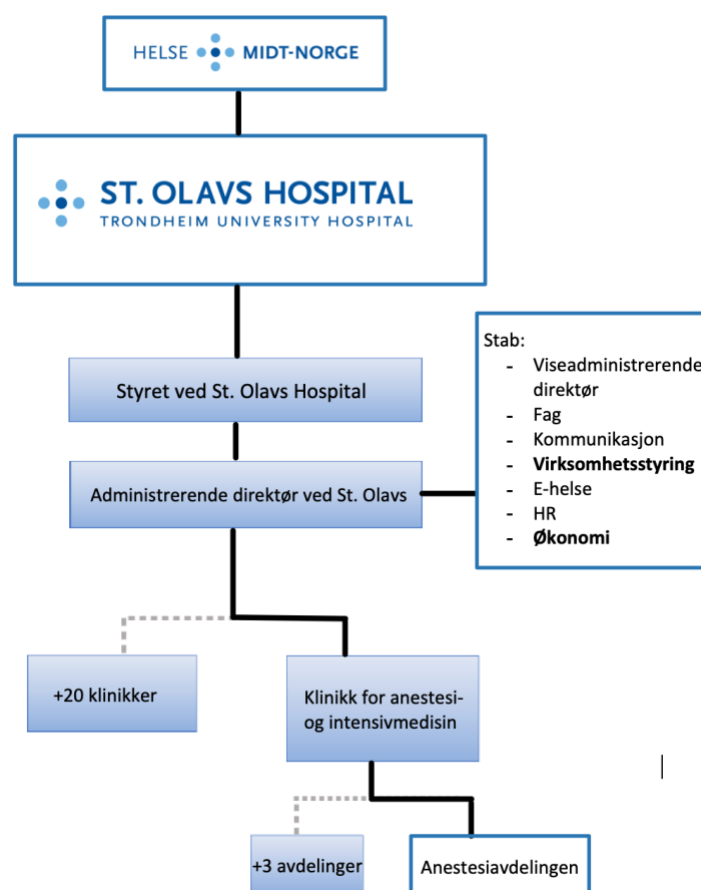
#### 4. Empiri

Det foregående kapittelet har redegjort for hvordan forskningsprosessen har foregått i gjennomførelsen av casestudie vårt. I følgende kapittel presenterer vi det empiriske materialet til hensikt å skape et overblikk over datainnsamlingen og systematisere denne i henhold til problemstillingen vår. Vi ønsker å trekke frem de sentrale moment fra datainnsamlingen fra både dokumentstudien og dybdeintervjuene. Først vil vi se nærmere på Helse Midt-Norge som en stor og kompleks organisasjon, og presentere statistikk for å innlede konteksten til caseorganisasjonen. Deretter vil vi presentere empiri fra de ulike rapportene skrevet av Grønt sykehus, samt gjøre rede for relevante lover og avtaler som nevnes i rapportene. Videre systematiserer vi datainnsamling fra dybdeintervjuene, og trekker frem sitater vi mener belyser tematikken i oppgaven.

##### 4.1 Helse Midt-Norge, en stor og kompleks organisasjon

Helse Midt-Norge er en av fire helseregioner i Norge der hver region består av ett regionalt helseforetak. De regionale helseforetakene, heretter RHF, har ansvar for sykehustjenester i sin del av landet (Helse Midt-Norge, 2022b). Disse helseregionene er statlig eid og er en del av spesialisthelsetjenesten under Helse og Omsorgsdepartementet (Helse Midt-Norge, 2022b). St. Olavs hospital er en av fire helseforetak i Helse Midt-Norge og består av totalt 21 klinikker (St. Olavs hospital, 2022). Av disse klinikkene befinner anesthesiavdelingen seg under 'Klinikk for anesthesi- og intensivmedisin', som er avdelingen vi fokuserer på i casestudiet. Dette er en serviceavdeling som er ansvarlig for anestesitjenester ved undersøkelse og operasjoner ved flere senter på sykehuset (St. Olavs hospital, 2022a).

St. Olavs hospital er et stort sykehus som tilbyr regionale funksjoner for 729 452 innbyggere, og fungerer som et lokalsykehus for 327 574 innbyggere. Totalt har de 10 515 ansatte og et budsjett på 10,9 milliarder kroner (St. Olavs hospital, 2021). Disse tallene viser til en stor-, og kompleks organisasjon med et tilhørende stort ansvar. Omfanget gjør det interessant å studere hvordan styringssystemene organiseres og når ut til de ansatte. For å skape oversikt over styringslinjen i denne oppgaven, viser figur 2 et organisasjonskart fra Helse Midt-Norge RHF til anestesivdelingen. Den tykke streken representerer styringslinjen vi har fokusert på, og de skraverte feltene er tilknyttede områder vi ikke har informanter fra.



Figur 2: Organisasjonskart av Helse Midt-Norge (Helse Midt-Norge, 2022b)

## 4.2 Bakgrunnskunnskap og kontekst

I dette delkapittelet presenteres relevante momenter fra dokumentstudiet som har med hensikt å presentere tilstrekkelig bakgrunnskunnskap og kontekst for å berike forståelse av caset. Først skal vi redegjøre for hvilke mål som er aktuelle for helsesektoren og Helse Midt-Norge, og hvordan de jobber for å oppnå disse. Her presenteres statens forventninger til offentlig sektor, helsesektorens relevans til FNs avtaler, klimaavtalen til EU og *Rammeverket for miljø og*

*bærekraft i spesialisthelsetjenesten* som forteller om styringsplakaten og helsesektorens miljøsertifisering. Deretter ser vi på *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar* for å se på hva utfallet av bærekraftsarbeidet har resultert i hittil, og hvordan dette har forandret seg fra 2019-2021. Her adresseres også statistikk rundt reduksjon i forbruk-, og kvaliteter ved Desfluran.

#### 4.2.1 Hvordan Helse Midt-Norge skal jobbe med det for å oppnå hvilke mål

Staten har forventninger til at offentlig sektor skal kunne bidra til å nå statens bærekraftsmål på en ansvarlig måte (Grønt sykehus, 2021a) I statens eierskapsmelding står det at offentlig eide selskaper forventes å ha en overordnet plan for en bærekraftig verdiskapning (Nærings- og Fiskeridepartementet, 2019). Grønt sykehus skriver i dokumentet *Rammeverket for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten* hvordan alle helseforetakene skal arbeide for å nå de bærekraftsmål som forventes ved Statens eierskapsmelding (Helse Midt Norge, 2022a). Rammeverket tar utgangspunkt FNs Parisavtale og COP26 (Grønt sykehus, 2021a). Parisavtalen setter krav til at de rikere landene må bidra til redusering av klimagassutslipp større grad enn andre land (FN - sambandet, 2020). Norge har forpliktet seg til både Parisavtalen og klimaavtalen med EU. Den sistnevnte klimaavtalen forteller at medlemmene skal redusere utslippet med minst 40% innen 2030. På bakgrunn av Norges forpliktelse til å bidra mer gjennom Parisavtalen har regjeringen fastsatt i klimaloven at Norge skal redusere med minst 50% innen 2030 (Klimaloven, 2017). For å bidra til å møte disse bærekraftige forpliktelsene skrev alle helseforetakene under på dokumentet *Spesialisthelsetjenesten felles klima og miljømål 2022-2030*, i 2021 (Grønt sykehus, 2021a). Her skriver de at målet for spesialisthelsetjenesten er å redusere klimagassutslippet med 40% innen 2030 (Grønt sykehus, 2021a). Grønt sykehus skriver i dokumentet at dette målet er i tråd med FNs Parisavtale (Grønt sykehus, 2021a).

Med hensikt å fremskynde oppnåelsen av bærekraftsmålene i Parisavtalen ble det utviklet et helseprogram i regi av FN under en klimakonferanse i Glasgow 2021, kjent som COP26 (Klima- og miljødepartementet, 2021). Norges tilslutning til COP26 viser til tre spesifikke mål innenfor klima og helse. Det første er at det innen 2022 skal være gjennomført en nasjonal sårbarhetsanalyse som viser de tilpasningsbehovene Norge har i forhold til klima og helse (Grønt sykehus, 2021). Det andre er å gjennomføre en bredere evaluering av mengden klimagassutslipp i helsesektoren innen 2022 (Grønt sykehus, 2021). Det siste er å etablere et

veikart i samarbeid med relevante aktører mot en lavutslipps -helsesektor. Målet er at veikartet skal bli ferdig innen 2023, og gi føringer for hvordan helsesektoren skal bli klimanøytrale innen 2045 og bærekraftige innen 2050 (Grønt sykehus, 2021). Grønt sykehus forteller at spesialisthelsetjenesten skal bidra til å følge opp målene i COP26 sitt helseprogram (Grønt sykehus, 2021a).

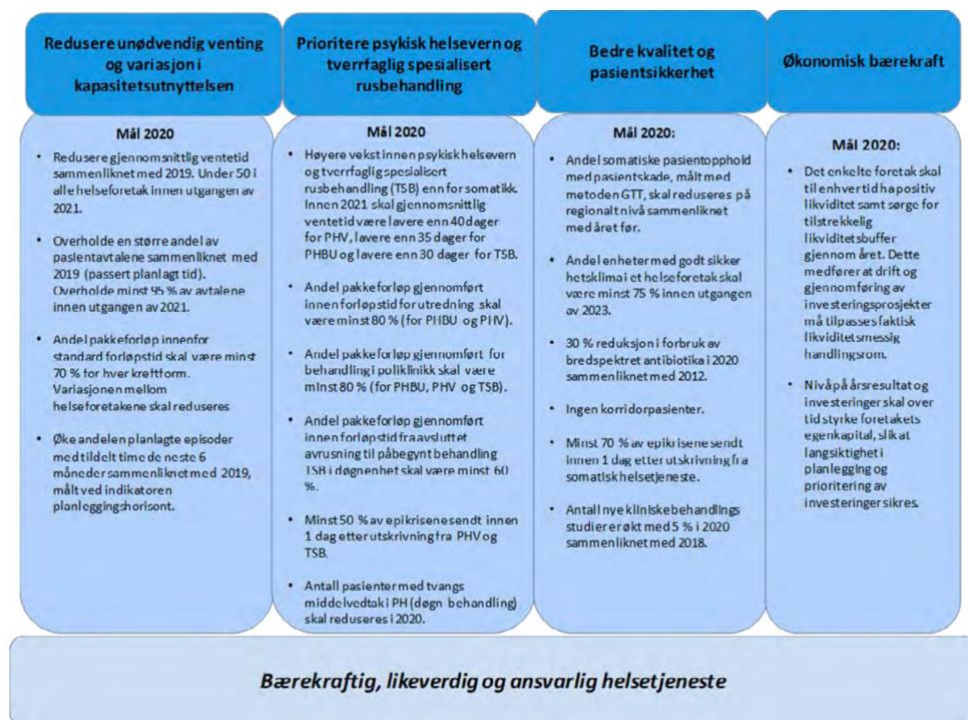
I *Rammeverket for miljø og bærekraft i spsialisthelsetjenesten* fremheves særlig åtte av FNs bærekraftsmål som særlige relevante for helsesektoren, og viser til hvordan de konkret skal arbeide med disse. Blant annet nevnes (3) God helse og livskvalitet, (8) Anstendig arbeid og økonomisk vekst, (13) Stoppe klimaendringer, og (17) Samarbeid for å nå målene (Grønt sykehus, 2021a). Status vedrørende oppnåelse av de åtte felles bærekraftsmålene skal rapporteres inn ved et årlig møte mellom helseforetakene og de regionale helseforetakene (Grønt sykehus, 2021a). På denne måten stiller rammeverket en forventning overfor helseforetakene om at disse selv utarbeider og definerer målsetninger og tiltak. Dette begrunnes som hensiktsmessig i rammeverket på bakgrunn av at helseforetakene har ulike utgangspunkt i klimagassutslipp og forbruk (Grønt sykehus, 2021a).

Helse- og Omsorgsdepartementet kom med et krav om at alle helseforetak skulle være sertifisert etter ISO14001 innen utgangen av 2014 (Sørlandet sykehus, 2020). Sertifiseringen er en internasjonal standard som bidrar til å styrke arbeidet og omdømmet vedrørende bærekraft og organisasjonen det gjelder (Sørlandet sykehus, 2020). St. Olavs Hospital ble miljøsertifisert etter ISO14001 allerede i 2013 (St. Olavs hospital, 2018). Miljøledelsen i helseforetakene skal følge sertifiseringens rammer, som viser til et ledelsessystem. Innenfor dette ledelsessystemet viser de til PUKK-hjulet. PUKK er her en forkortelse for Planlegging, Utføring, Kontrollering og Korrigering (Grønt sykehus, 2021a). Først, under planleggingsprosessen skal man utarbeide tiltak for å nå de målene man ønsker å oppnå. Deretter skal tiltakene iverksettes, før iverksettelsen evalueres. Til slutt prøver man å kartlegge de forbedringene som må gjøres på bakgrunn av evalueringen. PUKK-hjulet setter krav til konstant forbedring av helseforetakenes miljøarbeid, samtidig som det gir føringer for hvordan helseforetakene kan bidra til å redusere klimagassutslipp lokalt og nasjonalt (Grønt sykehus, 2021a).

I 2020 innførte Helse Midt-Norge en styringsplakat (figur 3.) som ble publisert året etter i *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020* (Grønt sykehus, 2021). Administrerende direktør i Helse Midt-Norge forteller i rapporten at økonomiske-, sosiale- og



miljømessige forhold skal ivaretas for å opprettholde nåtidens og kommende generasjoners behov for helsetjenester (Grønt sykehus, 2021a). Dette vises gjennom styringsplakaten der *bærekraftig, likeverdig og ansvarlig helsetjeneste* ligger som et fundament under alle styringsmålene. Plakaten forteller at i Helse Midt-Norge skal disse tre faktorene lage rammer for arbeidet mot styringsmål i organisasjonen (Grønt sykehus, 2021a). Til tross for at plakaten viser til mål i 2020, viste informanten fra Grønt sykehus den frem i dybdeintervjuet og fortalte at styringsplakaten fortsatt er like aktuell i dag (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022).



Figur 3: Styringsplakaten i Helse Midt-Norge (Grønt sykehus, 2021)

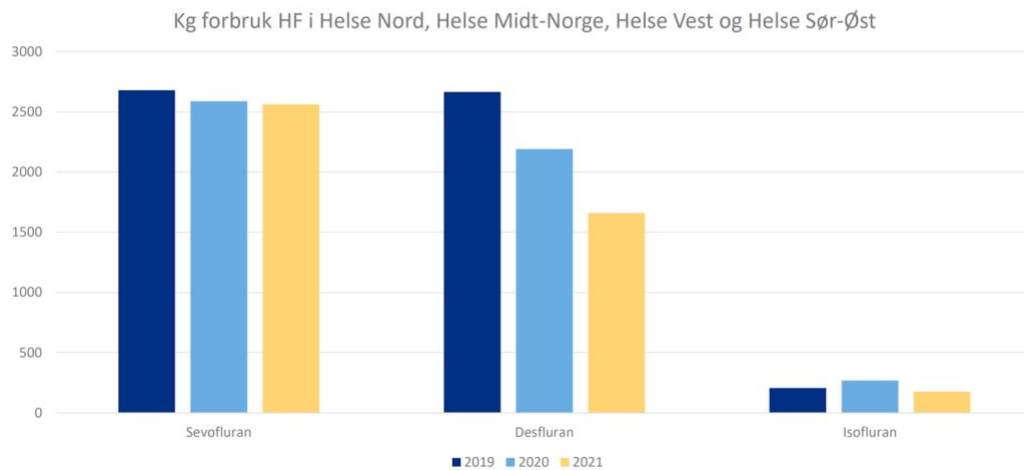
#### 4.2.2 Hva er utfallet av arbeidet til Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital hittil

I 2017 fikk alle helseforetakene i Norge et styringskrav fra Stortinget om å "Finne et hensiktsmessig felles format for dokumentasjon og rapportering av spesialisthelsetjenesten sitt arbeid om samfunnsansvar" (Grønt sykehus, 2019). Som et resultat av dette ble det i 2019 for første gang publisert *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2018*, i regi av Grønt sykehus. Rapporten oppsummerer arbeidet spesialisthelsetjenesten har gjort det foregående året vedrørende samfunnsansvar. Den inneholder intervjuer fra både toppledere og ildsjeler på avdelingsnivå, samt klimaregnskap og grafiske presentasjoner. Fokuset og kompleksiteten i rapporteringen endres fra år til år.

Ikke før i 2020 ble gassene Desfluran, Isofluran og Sevofluran presentert i klimaregnskapet i *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar*, og hver av anestesigassene fikk en egen post. I klimaregnskapet benyttes klimagassekvivalenter som et verktøy for å kunne sammenligne de ulike gassenes CO<sub>2</sub>-verdier. Fokuset på anestesigassenes miljøfiendtlighet ble vektlagt da rapporten viste til tall der klimagassekvivalenten til Desfluran var nesten 20 ganger større enn alternativet Sevofluran (Grønt sykehus, 2021b). I tillegg presenterte rapporten at Desfluran hadde en levetid i atmosfæren på 14 år, sammenlignet med Sevofluran og Isofluran som hadde henholdsvis 1,1 og 3,2 -år (Grønt sykehus, 2021b). Statistikken fra rapporten fremhever Desfluran som en miljøfiendtlig anestesigass, som illustreres i figur 4. Videre ble det adressert at "i 2021 vil samarbeidsutvalget for klima og miljø ta initiativ til dialog med fagmiljøene om årsak til variasjonen og vurdere mulighet for å redusere bruken av Desfluran i norske sykehus" (Grønt sykehus, 2021b). Det står ikke spesifikt hvordan oppmerksomheten rundt Desfluran oppstod i 2020, men rapporten henviser til eksempler fra påbegynt utfasing av Desfluran i sykehus i Stockholm og britiske sykehus (Grønt sykehus, 2021b).

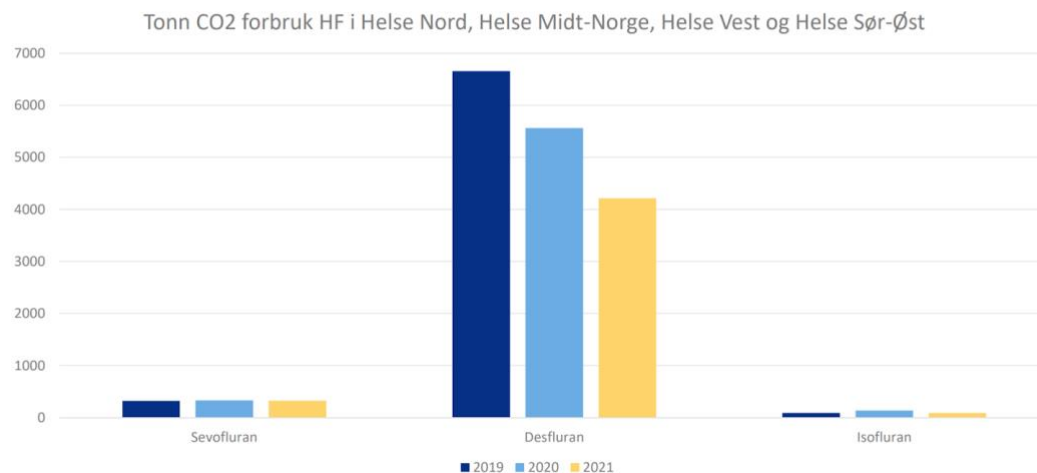
I rapporten for 2021 presenteres det en tidslinje i klimaregnskapet som viser forbruk av Desfluran fra 2019 til 2021. Tallene fra alle helseforetakene viser en reduksjon på 38% sammenlagt (Grønt sykehus, 2022). Når det gjelder St Olavs hospital forteller klimaregnskapet at forbruket har blitt redusert med 27% (Grønt sykehus, 2022). Rapporten viser at St. Olavs hospital har det klart høyeste forbruket av Desfluran blant listen over alle sykehusene (Grønt sykehus, 2022). Per 2021 brukte St. Olavs 421,9 kg, mens Sørlandet sykehus, som forbrukte nest mest, brukte 280,58 kg (Grønt sykehus, 2022). Tallene viser et stort sprang mellom forbruket i de ulike sykehusene. Flere sykehus var også nede i 0, eller svært nære. Rapporten for 2021 fremhever Sykehuset i Vestfold, som har oppnådd størst reduksjon i bruk av Desfluran på hele 82% (Grønt sykehus, 2022). Et tiltak sykehuset i Vestfold gjør er å holde jevnlig foredrag som har med hensikt å engasjere medarbeidere til å redusere bruken av anestesigasser og Desfluran (Grønt sykehus, 2022). Samlet sett gir rapporten inntrykk av store variasjoner i bruken av anestesigasser blant norske helseforetak. Figur 4 viser progresjonen av forbruket av de ulike anestesigassene fra 2019-2021 for alle helseforetak i Norge. Denne figuren i sammenheng med figur 5 viser hvor stor rolle Desfluran har i å redusere klimagassutslipp i forhold til de alternative anestesigassene.

## Samlet forbruk av anestesigasser (kg)



Figur 4: Samlet forbruk av anestesigasser målt i kg, fra 2019-2021 (Helse Vest, 2022)

## Tonn CO2 utslipp fra anestesigasser



Figur 5: Tonn CO<sub>2</sub>-utslipp fra anestesigasser, fra 2019- 2021 (Helse Vest, 2022)

### 4.3 Informantenes perspektiv på bærekraftsstyring i Helse Midt-Norge

Vi vil nå presentere relevant informasjon om arbeidet med bærekraft i Helse Midt-Norge med utgangspunkt i datainnsamlingen fra dybdeintervjuene. Vi har valgt å strukturere innholdet som 'planlegging og utføring' og 'kontrollering og korrigerende'. Denne inndelingen tar utgangspunkt i Helse-Midt-Norges ledelsessystem, PUKK-hjulet, i henhold til miljøsertifiseringen ISO14001. Hensikten med dette er å skape et helhetlig bilde av prosessen

som er å iverksette bærekraftige tiltak i organisasjonen. Vedrørende planlegging og utføring viser empirien at den strategiske endringen, som følger av nye bærekraftsmål, er i en startfase. Det kommer frem at det operative nivået ikke har en aktiv rolle i denne delen av prosessen og problematikken vedrørende Desfluran blir ikke kommunisert tilstrekkelig til anestesivdelingen. Likevel viser datainnsamlingen at ildsjeler blir inkludert i planlegging, og at tiltakene på anestesivdelingen blir i stor grad utformet av engasjerte enkeltindivider. Tiltakene rapporteres inn i et klimaregnskap og oppfølges av toppledelsen, samt andre eksterne interessenter. Det blir gjennomført benchmarking av resultatene både opp mot fjorårets utfall, og mot andre helseforetak. Dette for å øke oppmerksomheten rundt klima og miljø, samt få oversikt fremgang og forbedringspotensialer.

#### 4.3.1 Planlegging og utføring

Informanten fra Grønt sykehus forteller at de fortsatt er i planleggingsprosessen for å møte kravene og målene som er satt i *Rammeverket for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten*. I planleggingen benytter Grønt sykehus seg av workshop og dialoger med hensikt å engasjere organisasjonen og samarbeide om løse problemstillinger knyttet til bærekraftig utvikling i helsesektoren. Administrerende direktør for helseforetakene får deretter ansvaret for å vedta målene i fellesskap og fraksjonere disse til lokale mål i helseforetaket (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022). Inspirasjonen til de bærekraftige tiltakene viser seg å komme fra flere forskjellige kanter. Særlig nevnes FNs bærekraftsmål og miljøsertifiseringen som et eksternt press som plikter helsesektoren til å kontinuerlig forbedre seg (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022). I tillegg nevnes ildsjeler i helseforetakene som en stor inspirasjon for bærekraft, hvor Grønt sykehus samarbeider med disse for å komme opp med nye ideer og tiltak. Det jobbes stadig med tiltak som er tilpasset den daglige driften på klinikkene, og informanten fra avdeling for virksomhetsstyring hevder at arbeidet med klima og miljø har blitt hevet det siste året (Informant fra avdeling for virksomhetsstyring, personlig kommunikasjon, 22. april 2022).

Legenes klimaaksjon er i god dialog med Grønt sykehus og har blitt invitert til å holde foredrag ved ulike møter og konferanser. Informanten fra Legenes klimaaksjon er selv veldig opptatt av bærekraft både personlig og gjennom organisasjonen. Selv om Grønt sykehus er interesserte i innspill og samarbeid, virker det som at mye av bærekraftsarbeidet de gjennomfører forsvinner litt fra det operative nivåets perspektiv. Informanten fra Legenes Klimaaksjon påpeker at det er viktig å arbeide med å videreformidle denne informasjonen ned til klinikerne. Gjennom

samtaler med informantene fra det operative nivået kommer det frem at de ikke føler seg inkludert i planleggingsprosessen.

*Jeg har ikke noe inntrykk av at den brede gruppa blir spurt om bærekraftsting. Jeg har ikke noe inntrykk av at vi er noe særlig innblandet der, men hvis du hadde ropt høyt så hadde sikkert noen hørt etter. Men jeg har ikke inntrykk av at noen tar del i den prosessen i særlig stor grad, nei. (Anestesisykepleier)*

Anestesiavdelingen virker ikke å ta en stor del i planleggingen av de bærekraftige tiltakene som blir satt. Det kommer heller ikke frem at anestesiavdelingen i en helhet blir invitert til å delta (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). Ettersom pasientens beste står sterkt i fokus på avdelingsnivå har den ene informanten fra anestesiavdelingen gitt uttrykk for at det er vanskelig å løfte blikket og ta del i initiativet oppover i organisasjonen (Lege fra anestesiavdelingen, personlig kommunikasjon, 8. mars 2022). På tross av et sterkt pasientfokus, kommer det frem i samtaler med ansatte på anestesiavdelingen at de, og avdelingen som sådan, gjerne ønsker å være mer involvert i form av planlegging og kontrollering av bærekraftige tiltak som angår dere. For å holde seg oppdatert på Grønt Sykehus sine planer for organisasjonen forteller samtlige av informantene at de selv må søke det opp på internett.

*Man er nødt til å finne ut av ting selv ved å lese på internettet. Jeg kunne jo gjerne ha tenkt meg at noen viktige saker blir tatt opp muntlig da, og gjennomgått i møter og sånn. Men sånn fungerer det nok ikke dessverre. (Informant fra økonomiavdelingen)*

Da bevisstheten rundt bærekraftsarbeidet viste seg å være individuelt var det viktig å undersøke hvordan den bærekraftige praksisen som har ført til reduksjon i Desfluran fra 2019-2021 har blitt til. Informantene fra det strategiske nivået forteller de at de prøver så godt de kan med å nå avdelingsnivåene. Likevel forteller disse, og samtlige informanter fra det operative nivået at noe blir 'borte på veien'. Anestesisykepleier gir uttrykk for at sykepleierne sikkert var de siste som fikk vite om temaet om å redusere Desfluran. Han tror ikke at de fikk høre om det før sent i 2020. Lege ved anestesiavdelingen er selv personlig engasjert i anestesisgasser og omtaler temaet som hennes hjertebarn (Lege fra anestesiavdelingen, personlig kommunikasjon, 8. mars 2022). Legen hadde ikke hørt om noen andre bærekraftsmål som var fastsatt for St. Olavs Hospital, og refererte til at dette var noe hun kanskje kunne søke opp på internett. Utsagnet til legen understreker hvordan bevisstheten rundt de bærekraftige målene satt av Grønt sykehus

baseres på eget initiativ til å finne ut disse selv. Fra samtale med informantene fikk vi vite at generelle tiltak vanligvis ble kommunisert til dere av deres nærmeste leder. På avdelingsnivå spurte vi informantene om hvordan informasjonen om reduksjon av Desfluran hadde blitt overlevert, og anestesisykepleieren syntes det var vanskelig å konkretisere akkurat fra hvor.

*Nei det er som sagt sånn små drypp som har vært nevnt på internundervisning. Vi har også sånn småmøter på fredager. Da har vi litt tid før vi tar imot pasienter, sånn at det har blitt nevnt og tatt opp der, ikke noe større foraninger, men i mer sånn uformelle settinger egentlig. (Anestesisykepleier)*

Fra det strategiske nivået gir ikke Grønt sykehus mer konkrete beskjeder om tematikken enn 'reducer Desfluran' (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022). Informanten fra grønt sykehus tok for gitt at alle hadde fått med seg deres mål om å redusere klimagassutslipp med 40% innen 2030, og viste til en styringsplakat som fortalte at alle handlinger tatt i Helse Midt-Norge skal tas med bærekraft som grunnlag (figur 2). Forbud og strenge føringer var ikke aktuelt å bruke i styringen for å redusere Desfluran.

*Forbud er aldri noe særlig populært. Det ville nok blitt protester hvis det ikke er god nok grunn for det. (Informant fra Grønt sykehus)*

Heller mente informanten fra Grønt sykehus at samarbeid og god dialog med det operative nivået var en bedre løsning. På denne måten kunne de ansatte på avdelingsnivå i større grad forstå viktigheten med reduksjon av Desfluran. Dette ville heller ikke stride med det den ene informanten fra det strategiske nivået kalte 'legenes autonomi' (Informant fra avdeling for virksomhetsstyring, personlig kommunikasjon, 22. april 2022). Med hensikt å forstå hvor bærekraftsengasjementet i organisasjonen oppstår, spurte vi om anestesisykepleierens oppfatning av dette.

*Det er veldig individavhengig. Det er mest synlig for meg at engasjementet kommer fra det operative nivået, men samtidig så er det jo nok sånn at toppledelsen har nok formalisert flere ting og skrevet flere ting. Forskriftsfestet det, enn hva vi har gjort. Sånn at det som er tydeligere for meg er det enkeltmannsinitiativet som dukker opp hist og pist. Det er det jeg ser i hverdagen. (Anestesisykepleier)*

Det at ildsjelene i organisasjonen var store pådrivere i bærekraftsarbeidet sa samtlige informanter seg enige i. For å oppnå en reduksjon av Desfluran viste et personlig

bærekraftsengasjement seg som svært viktig på avdelingsnivå. Anestesisykepleieren fortalte at han trodde valg av type anestesisigass i størst grad var avhengig av individuelle preferanser, avdelingskultur, og tradisjoner. Leger og sykepleiere på anestesiavdelingen hadde lett for å bruke de gassene de var vandt med og visste fungerte. Til tross for det anestesisykepleieren forteller om at praksis er bundet i tradisjoner, ser vi likevel en reduksjon av Desfluranforbruk i klimaregnskapet fra de siste tre årene (Grønt sykehus, 2022). Overlegen fra anestesiavdelingen hadde det klart for seg hvilke tiltak de gjorde for å redusere Desfluran. Disse var (1) lav gassflow som fører til redusert total gassforbruk, (2) Bruk av annen anestesisigass som ikke er så miljøskadelig og (3) bruk av andre former for narkose, som totalintravenøs. Hvis vi sammenligner disse tiltakene med tiltakene til Sykehuset i Vestfold fra *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar*, ser vi at disse tiltakene er til felles.

Disse tiltakene er noe informanten fra Grønt Sykehus forteller avdelingen har utformet selv. Hun mener at nye tiltak vanligvis blir bedre tatt imot dersom de ansatte som skal utføre de er med på å utvikle de selv. Et tiltak anestesiavdelingen har gjort i tillegg til det overlegen forteller, er å fjerne Desfluran som en alternativ anestesisigass på Øre-Nese-Hals avdelingen (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). Anestesisykepleieren beskriver hvordan han tror strengere føringer kunne gjort det mer effektivt å redusere Desfluran, og forteller at dersom det ikke er tilgjengelig vil folk heller ikke bruke det. Han trekker frem eksempler hvor det er lagt føringer ved prolapsoperasjoner hvor praksisen har endret seg fra gassanestesi til intravenøs anestesi.

For å styrke det bærekraftige initiativet på avdelingsnivå i Helse Midt-Norge forteller informanten fra økonomiavdelingen at det utlyses stillinger der bærekraftsengasjement ønskes som en kvalitet for ansettelse. Bevisstheten rundt bærekraft mener informanten fra Legenes klimaaksjon kan styrkes gjennom legeutdanningen. Derfor har en sentral sak for disse vært å inkludere bærekraft i en større grad enn tidligere i utdanningsløpet til leger. Han påpeker viktigheten av miljøbevisste leger for å forhindre at klimaendringer senere vil føre til flere helseproblemer blant befolkningen (Informant fra Legenes klimaaksjon, personlig kommunikasjon, 22. februar 2022).

*Innenfor utdanning holder vi kontakt med fakultetene som lager en egen rapport for hvordan de skal forme undervisningen i klima og bærekraft i medisinstudiet. Forhåpentligvis skal de iverksette en del av dette nå til høsten, også følger vi opp aktive arbeidsgrupper og studenter for å se om*

*dette faktisk blir implementert, og kommer med nye innspill til forbedringer.  
(Informanten fra Legenes Klimaaksjon)*

#### 4.3.2 Kontrollering og Korrigerering

Informanten fra Grønt sykehus hevder at tiltakene som iverksettes på St. Olavs hospital følges opp lokalt i helseforetaket. Det blir så rapportert til egen ledelse og videre inn i et sentralt klimaregnskap. Nå som det er satt nasjonale mål blir rapporteringer for disse målene satt inn i et eget klimaregnskap for hele spesialisthelsetjenesten. Informanten fra Grønt sykehus understreker at mye av grunnen til at tiltakene blir fulgt opp, er fordi rapporteringene blir offentliggjort. Det hevdes at rapportene blir fulgt opp av direktører og andre eksterne aktører som finner inspirasjon i det og etterspør fremgangsmåter for resultatene.

*Så det blir jo fulgt opp, og mye av det er fordi vi offentliggjør det så tydelig  
og da er det mange som følger med og ser. (Informant fra Grønt sykehus)*

I samtale med lege ved anesthesiavdelingen på St. Olavs Hospital kommer det frem at gjennomføring av tiltakene ikke blir aktivt kontrollert på hennes avdeling. Likevel oppfølger hun tiltakene i avdelingen selv, som følge av et engasjement til temaet. Sykepleier i avdelingen kjenner heller ikke til at kontrollering av vedrørende bærekraftstiltak bli gjennomført. Sykepleier kommenterer at han håper noen står ansvarlig og at det mest sannsynlig er avdelingsleder som følger det opp. I økonomiavdelingen forteller informanten at miljøtiltak er helt ukjent og det har vært lite fokus på bærekraft. Det blir satt mål i avdelingen og disse blir nådd, men økonomisjef informerer om at det i all hovedsak er lite oppfølging og at de når mål uten at det blir satt formelle krav til dem.

Informanten fra Grønt sykehus forteller likevel at måloppnåelse i avdelingen måles. Som følger av de nye bærekraftsmålene ble samarbeidsutvalget (Grønt Sykehus) bedt om å utarbeide en egen sjekkliste med indikatorer som skal måles for å kunne følge opp arbeidet med miljø og bærekraft i helseforetakene. Disse er samlet i en indikator katalog.

*Indikator katalogen beskriver hva vi måler for å se om vi oppfyller de  
miljømål vi har satt oss. (Informanten fra Grønt sykehus)*

Ifølge informanten fra Grønt sykehus er målingen av disse miljøindikatorerne det som kommer frem i klimaregnskapet. Indikator katalogen utgjør blant annet målet om å redusere



klimagassutslipp med 40 % innen 2030 (Informant fra Grønt sykehus, Personlig kommunikasjon, 2. mars. 2022.). Dette blir årlig rapportert og sammenlignet med fjorårets resultater for å bekrefte eller avkrefte fremgang, samt identifisere hvor behovene for tiltak er størst. Likevel kommer det frem i samtale med legen at klimagassutslipp ikke blir målt ved bruk. Det blir kun sett i ettertid hvor mange flasker gass som blir brukt. På den måten forteller hun at anesthesiavdelingen gir en enkel oversikt.

*Vi måler det ikke. Vi ser bare hva vi forbruker. Det ser vi på antall flasker gass vi bruker i løpet av en måned. Men ingen aktiv måling. (Lege ved anesthesiavdelingen)*

Legen informerer om at det har blitt forsøkt å måle utslippet, men at denne metoden var ikke god nok ettersom ikke hele mengden blir fanget opp. Hun sier dette blir en for avansert jobb for leger eller andre ansatte i klinikken.

Det benyttes benchmarking for å identifisere potensielle forbedringer fra fjoråret, men også mot de andre helseforetakene. Der vises det at St. Olavs hospital har høyest forbruk av gassen Desfluran, sammenlignet med resten av helseforetak, eksempelvis Helse Bergen og A-Hus (Grønt sykehus, 2022). Alle våre informanter er enige i at benchmarkingen er effektiv måte å bevisstgjøre av de ansatte.

*Ja jeg tror det er veldig viktig å sammenligne med ting som er sammenlignbart. Det er ingen grunn St. Olavs skal være veldig forskjellig fra andre helseforetak. Vi driver med de samme tingene og samme pasientene. Så jeg tror det er absolutt nyttig. (Anestesisykepleier)*

I intervjuet med informanten fra Grønt Sykehus kommer det frem at det enda ikke har blitt iverksatt konkrete tiltak for å redusere klimagassutslipp ved anesthesiavdelingen. Hun forteller at mye skal til for å redusere klimagassutslippet med 40% innen 2030. Dette bekreftes i samtale med sykepleier og legen fra avdelingen, som ikke har kjennskap til noen føringer for det. Reduseringen som har oppstått har skjedd som følger av eget initiativ i avdelingen (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). Likevel er det noe uenighet i avdelingen når det gjelder forbruk av Desfluran og mulige alternativer til gassen. Overlegen ved anesthesiavdelingen har, som nevnt tidligere, ikke tro på at Desfluran bør kuttes helt ut. Det er heller ingenting som ifølge overlegen tilstrekkelig vil kunne erstatte Desfluran. Likevel er hun villig til å redusere forbruket mer.

*Vi kan absolutt kan redusere det mer... Da må det settes i gang en prosess. Vi har begynt å jobbe med det, men vi er mange personer og mange sentre så det tar tid. (Lege ved anesthesiavdelingen)*

Til tross for at ledelsen ønsker å redusere klimagassutslippet, og Desfluran er blant gassene med høyest CO<sub>2</sub>-utslipp, mener legen ved anesthesiavdelingen at Desfluran bør beholdes for å kunne gi pasientene den beste behandlingen (Helse Midt-Norge, 2021). Sykepleier i avdelingen mener det absolutt finnes alternativ, men på grunn av vaner og fleksibilitet i arbeidet er det noe som ønskes å fortsatt være tilgjengelig. Likevel er han enig med legen om at forbruket kan reduseres mer. Det kommer frem i flere av intervjuene at de ansatte på operativt nivå er samarbeidsvillig og ønsker å bidra der de kan. Informanten fra økonomiavdelingen på St. Olavs hospital forteller at han opplever leger som lydhør og åpen for andre meninger når det gjelder arbeidspraksis.

*Hvis de skjønner vitsen med styringssystemene, logikken og motivasjonen, så tror jeg de tilpasser seg. (Informant fra økonomiavdelingen)*

Sykepleieren uttrykker at en tettere dialog i avdelingen om planlegging av bærekraftige tiltak hadde vært fornuftig. Han mener at rammeverket og klimaregnskapet kan på den måten kommuniseres bedre til avdelingene. I tillegg er det et ønske om mer rapportering, kontrollering og styring for å følge opp bærekraftige tiltak. Likevel er de veldig tydelige på operativt nivå at dette ikke skal gå utover pasientbehandling eller deres arbeidshverdag.

## 5. Analyse

I dette kapitlet vil vi gjennomføre en teoretisk analyse av de empiriske funnene som ble presentert i forrige kapittel. Dette gir oss grunnlaget til å besvare oppgavens problemstilling. I delkapitlene 5.1 og 5.2 benytter vi Simons (1995a) styringsrammeverk til å undersøke hvordan St. Olavs hospital bruker styringssystemer for å drive strategisk fornyelse og organisatoriske endringer. Dette danner grunnlaget for å svare på hvordan styringssystemene tilpasses arbeidet mot nye målsettinger, spesifikt knyttet til bærekraft og reduksjon av klimagassutslipp. Analysen gir en innsikt i ledelsens bruk av styringssystemer til å administrere ytelse og kommuniserer visjonen og formålet med bærekraftsmålene. I delkapitlene 5.3 og 5.4 benytter vi institusjonell teori til hensikt å øke forståelsen av hvorfor arbeidet mot en bærekraftig

utvikling har vært som det har. Med denne teorien ønsker vi å forklare hvorfor arbeidspraksis ikke møter ledelsens forventninger til bruken av styringssystemene. I tillegg diskuterer vi hvordan Helse Midt-Norge samhandler for å redusere klimagassutslippene.

### 5.1 Styringsmekanismer som er drivere i den strategiske fornyelsen

Høsten 2021 skrev Helse Midt-Norge og resten av de regionale helseforetakene under på *Spesialisthelsetjenesten felles klima og miljømål 2022-2030*, og har med denne avtalen forpliktet seg til en rekke nye bærekraftsmål (Grønt sykehus, 2021). Målene som er satt i spesialisthelsetjenesten er påvirket av blant annet eksternt press fra FN, miljøsertifiseringen og regjeringen som i eierskapsmelding fra 2019 erklærte at selskaper med statlig eierandel forventes å være “ledende i sittarbeidet med ansvarlig virksomhet” (Nærings- og fiskeridepartementet, 2019 s.7). Som følger av dette har bærekraft fått en viktig rolle i organisasjonen og vi ønsker å undersøke de strategiske prosesser som blir benyttet av ledelsen som drivere av den strategiske fornyelsen.

Helseforetak består av komplekse arbeidsoppgaver med et stort antall beslutninger som må tas av det operative nivået daglig. Simons (1995a) hevder det vil være viktig for toppledelsen å forsikre seg om valgene som blir tatt på det operative nivå er i tråd med organisasjonenes overordnede mål. For å legge til rette for endring og strategisk fornyelse i organisasjonen, har toppledelsen på St. Olavs hospital iverksatt det som Hopwood (1974) omtaler som ‘administrativ styring’ for å regulere mellomledere og ansatte sin atferd. Informanten fra Grønt sykehus forteller at det har blitt utarbeidet en indikator katalog som følger av miljømålene som er satt. Indikator katalogen beskriver hva som skal bli målt og rapportert, for å kunne følge opp om målene oppfylles (Informanten fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022). Denne styringsmekanismen er et eksempel på det Simons (1995a) omtaler som diagnostisk styringssystem, der ledelsen bruker formelle informasjonssystemer for å overvåke resultater og korrigere avvik fra forhåndsatte standarder. Denne spaken har for ulike grunner blitt prioritert av toppledelsen i å drive den strategiske fornyelsen ved Helseforetakene. I følge Bhimani og Langfield-Smith (2007) spesifiserer denne styringsmekanismen hva organisasjonen måler og styrer etter. Ledelsen benytter denne mekanismen blant annet for å øke oppmerksomheten mot miljømålene det styres etter, samt ansvarliggjøre de ansatte ved å gjøre arbeidet mot miljømålene målbart. En av indikatorene som er nevnt i katalogen er målet om en “reduksjon av CO<sub>2</sub>-utslipp med 40% innen 2030” (Grønt sykehus, 2021a). Denne blir

presisert for å være tilknyttet FNs bærekraftsmål nr. 13, stoppe klimaendringene. I tillegg blir reduksjon av CO<sub>2</sub>-utslippet fra anestesigasser nevnt i indikatorkatalogen som et gjeldende bidrag for måloppnåelse. Et av fundamenten i diagnostiske styringssystemer er kritiske prestasjonsvariabler (Simons, 1995a). Disse konkretiserer og synliggjør hvilke aktiviteter de ansatte må gjøre for å nå de strategiske målene som er satt (Bhimani & Langfield-Smith, 2007). På denne måten ønsker ledelsen å gjøre anesthesiavdelingen bevisst over at reduksjon av klimagassutslipp kan oppstå ved å redusere forbruket av anestesigasser. Forbruket av de ulike gassene blir også gjort sammenlignbare for å identifiserere hvor det finnes forbedringspotensialer og deretter justere arbeidspraksis.

Diagnostiske styringssystemer er spesielt avgjørende for en vellykket oppnåelse av bærekraftsmål. Dersom bærekraftsarbeidet ikke er ledsaget av målbare resultater vil det bli ignorert til fordel for ordinære forretningstiltak (Gond et al., 2012). Da vi spurte intervjuobjektene våre om miljø noen gang går på bekostning av pasientens beste eller økonomi, bekreftet samtlige av informantene at det som oftest var tilfellet. Det kan være ulike årsaker til at de ansatte ikke er motivert til å prioritere miljø. Kotter (1990) definerer at inspirerende motivasjon oppstår ved å, (3) støtte de ansatte gjennom god trening, feedback og oppfølging, for å tilby støtte for innsats og ikke bare resultater og (4) ved oppfordre til anerkjennelse og belønning av suksesser på vei mot målet. Empirien viser at de ansatte har lite kjennskap til indikatorkatalogen, klimaregnskapet, eller miljømålene i sin helhet. Dette kan tyde på at styringssystemet ikke står så sentralt i å styre atferd som tiltenkt. Ledelsen bruker styringssystemet mer som et verktøy for å kunne rapportere og sammenligne resultatene i det årlige nasjonale klimaregnskapet, enn å gjøre det kjent for det operative nivå.

I motsetning til diagnostiske systemer, brukes interaktive styringssystemer for at ledere skal involvere seg i underordnedes beslutningsvirksomhet, og få med seg resten av organisasjonen i jakten på strategiske trusler og muligheter (Simons, 1995b). I empirien kommer det frem at det foregår workshops, dialoger og møter på ledelsesnivå. På den måten skjer det formelle diskusjoner om bærekraftstrategier for å forveksle ideer om utvikling av tiltenkte og nye planer. Abernethy og Brownell (1999) fremhever diskusjon, tilpasning og organisatorisk læring som sentrale faktorer ved en strategisk endring, for at endringen ikke skal påvirke prestasjonen negativt. Likevel skjer møter og dialoger om miljø og bærekraft et begrenset antall ganger i året, og som oftest kun blant ledere. Ifølge Simons (1995a) krever styringssystemer hyppig og jevnlig oppmerksomhet fra ledelsen på alle nivåer i organisasjonen, for at det skal betraktes

som et interaktivt system. Empirien viser at det operative nivå på St. Olavs hospital ikke inviteres til å delta i møtene om bærekraft, og får dermed ikke muligheten til å debattere grunnlaget for implementeringsplanene eller valg av overordnede mål og tiltak. Vi ser derimot en tett dialog mellom miljørådgivere og resten av Grønt sykehus der det forveksles ideer om miljø og bærekraft. Informanten fra Grønt sykehus beskriver det som en god arena for de ulike regionale helseforetakene å snakke sammen og lære fra hverandre. Det tyder på at det eksterne samarbeidet og kravene til å følge pålagte standarder legger stor vekt på valg av mål og strategier ved St. Olavs hospital. Dette gjør det utfordrende å identifisere strategisk usikkerhet og muligheter, samt få innspill fra ulike nivåer i organisasjonen. Topplederes evne til å validere bærekraftsmål og tiltak som blir vedtatt i organisasjonen kan bli begrenset når de ansatte ikke får utfordre den nye strategien.

## 5.2 Bærekraft som kjerneverdi i organisasjonen

Funnene våre viser at toppledelsen ikke formulerer konkrete tiltak i forbindelse med de nye bærekraftsmålene som er satt. Legen ved anesthesiavdelingene forteller at det kun blir kommunisert generelle beskjeder, som at 'bruken av Desfluran skal reduseres'. Det vil si at ledelsen ikke bestemmer hvordan avdelingen skal oppnå denne reduksjon, men gir heller det operative nivå friheten til å oppsøke muligheter selv. Informanten fra Grønt sykehus underbygger dette ved at hun tror målene blir bedre mottatt dersom de ansatte på anesthesiavdelingen er med på å utvikle tiltakene selv. Vi ser at engasjementet for bærekraft på det operative nivå kan oppfattes som varierende i anesthesiavdelingen. Likevel kommer det frem i empirien at mye av initiativet kommer fra individer i anesthesiavdelingen som mener at bærekraft er viktig. Kotter (1990) nevner også at inspirerende motivasjon oppnås ved å (1) kommunisere en visjon som omhandler deltakernes verdier, og som dermed gjør arbeidet viktig for dem (2) gi de ansatte en følelse av kontroll ved å involvere de i bestemmelsen av hvordan visjonen skal oppnås. Legen ved anesthesiavdelingen gir uttrykk for å ha stort engasjement for temaet, noe som også bekreftes av sykepleier i avdelingen. Hun lister opp tre tiltak de selv har iverksatt i avdelingen for å redusere bruken av Desfluran. Tiltakene er lav gassflow som fører til redusert total gassforbruk, bruke andre anestesigass som ikke er like miljøskadelige der det lar seg gjøre og bruke andre former for narkose som totalintravenøs. Dette viser til en mulighetssøkende holdning da alle tiltakene handler om å benytte seg av de iboende mulighetene og valgene de allerede har tilgjengelig. Simons (1995a) hevder at trossystemer

kan brukes for å oppnå motivasjon blant de ansatte i søken etter nye muligheter, og bør benyttes når toppledere ønsker strategisk endring i organisasjonen. Styringssystemet har som formål å definere, kommunisere og forsterke kjerneverdier i selskapet (Simons, 1995a). Informanten fra Grønt sykehus nevner plakater som en av mekanisme de benytter som et trossystem for å overbevise de ansatte mot en felles mentalitet. I 2020 implementere administrerende direktør bærekraft, likeverd og ansvarlig helsetjeneste i stryingsplakaten som kommuniserer hovedmålene og prioriteringene i det regionale helseforetaket (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022). Dette skal ifølge informanten fra Grønt sykehus ligge i bunnen som en kjerneverdi i alle beslutninger som blir tatt ved Helse Midt Norge. Andre mekanismer som benyttes til å kommunisere miljø og bærekraft som kjerneverdier er informasjon gjennom virksomhetsportalene, rapporter og rammeverk (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022). I tillegg arrangeres verdens miljødag årlig, hvor stands brukes interaktivt for å skape oppmerksomhet rundt bærekraft som kjerneverdi i organisasjonen (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022)

Dette viser stor tillit til de ansatte og det er rimelig å anta at ledelsen har stor tro på kjerneverdier og normer som styrende for individers atferd. Når trossystemer har som formål å søke etter kjerneverdier og nye muligheter, hevder Simons (2000) at det er viktig for ledelsen å sette grenser for å unngå risiko. Spesialisthelsetjenesten er et tjenesteområde med mange lover og retningslinjer som legger føringer for hvordan arbeidet skal utføres for å unngå risiko og sikre kvalitet. Som beskrevet i empirien er Helseplattformen og Miljøsertifiseringen eksempler på at implementeres det som Simons (1995a) beskriver som grensesystemer. I tillegg må sykehus, som alle andre organisasjoner, forholde seg til et budsjett som blir fordelt på ulike områder. Dette legger grenser i form av at blant annet store investeringer i nye maskiner blir utelukkende alternativ for måloppnåelse. Ifølge legen på anesthesiavdelingen er dette noe som vises hensyn til når nye tiltak blir iverksatt i avdelingen. Ifølge Simons (1995a) brukes grensesystemer for å etablere retningslinjer som skal minimere uønsket atferd som kan gå utover organisasjonens omdømme og skape permanente skader. Utenom de eksisterende reguleringene som allerede er gjeldende, kommer det ikke til uttrykk i empirien at ledelsen har satt grenser som følge av nye strategier og mål. Ifølge sykepleier på anesthesiavdeling er det ingen regler som begrenser arbeidsutførelse i avdelingen og de står fortsatt fritt til å arbeide autonomt. Informanten fra Grønt sykehus hevder at forbud aldri er noe særlig populært, og påpeker at det kan oppstå protester dersom forbudene ikke er godt nok begrunnet. Det tyder på at det strategiske nivået kan være redde for å benytte grensesystemer til å kontrollere atferd, ettersom ansatte kan

oppleve det som svært begrensende og et hinder for å utføre beste praksis overfor pasientene. Likevel argumenterer Simons (1995b) om at grensesystemer kan være befriende ved at det gir et stort spillerom innenfor de gitte rammene. Det er dermed bruken og introduksjonen av styringssystemet som vil ha betydning for hvordan det mottas av det operative nivå, ikke systemet i seg selv. Når det settes gode rammer som er fornuftige og lite hindrende, kan de oppleves som meget hjelpsomme (Simons, 1995b). Dette bekreftes av sykepleierens synspunkt om at strengere føringer for bruken av Desfluran kunne vært hjelpsomt og en lettere måte å få ned forbruket på.

### 5.3 Ulike interesser gjør det utfordrende å styre bærekraftsarbeid.

Grønt sykehus ønsket at bærekraft skulle bli prioritert i beslutningsprosessene i alle nivå i Helse Midt-Norges styringsplakat. Vår empiri har vist at det er vanskelig å prioritere bærekraftsarbeidet i praksis i en kompleks organisasjon. Likevel mente samtlige av informantene at bærekraftsarbeid kunne gå utover pasientens beste. Et institusjonelt perspektiv kan hjelpe oss forstå hvorfor bærekraftsarbeid har blitt så viktig, og et prioritert område, for Helse Midt-Norge. Perspektiver fra institusjonell teori kan også bidra til å forklare hvorfor det operative nivået ofte ser seg nødt til å prioritere annerledes enn hva det strategiske nivået ønsker.

De offentlige sykehusene i Norge er få, og nedleggelse og etablering av nye sykehus er som regel politisk justert (DiMaggio & Powell, 1983). Dette gjør at markedet for offentlige sykehus i Norge skiller seg fra det som omtales som et fullkomment marked i økonomifaget, da det legges mindre press på sykehusenes konkurransevne (Lee, 1971). Innen institusjonell teori argumenterer Meyer og Rowan (1977) for at organisasjoners overlevelsessevne er avhengig av deres evne til å adoptere rasjonaliserte myter i markedet, heller enn å være kostnad- og produksjonseffektive. Meyer og Rowan (1977) eksemplifiserer sykehusenes rolle i institusjonell teori ved en studie fra Lee (1971). Studien konkluderer at sykehusene stadig blir mer opptatt av å konkurrere om prestisje, og evnen til å opprettholde like høy status som andre sykehus, enn kostnadseffektivitet. Fra caset kommer dette til syne ved at Helse Midt-Norge adopterer bærekraftsarbeid som en rasjonell myte. For å kunne nå målene Norge har forpliktet seg til via FN og klimaavtalen til EU, tas det for gitt at organisasjoner, særlig de statlige, bidrar mot en bærekraftig utvikling (kilde statens eierskapsmelding). Som et resultat av dette ser vi at bærekraftsarbeid har fått en stadig større rolle de siste årene i styringssystemene til

Helse Midt-Norge, i helsesektoren, og i samfunnet ellers. Dette skaper en forventning til at det strategiske nivået i Helse Midt-Norge klarer å påvirke det operative nivået til å prioritere bærekraft i beslutningsprosessene deres i større grad nå, enn tidligere. Det at sykehusenes overlevelsessevne i mindre grad omhandler kostnad- og produksjonseffektivitet, ser vi gjenspeiler seg i caset vårt (Lee, 1971; Meyer & Rowan, 1977). Påstanden fremheves da informantene var bevisste over at prioritering av bærekraft ville bety å nedprioritere økonomi og pasientens beste i flere tilfeller, men likevel ønsket å prioritere bærekraftsarbeid i større grad.

Initiativet til å opprette bærekraftsarbeidet var i stor grad pålagt fra Stortinget og Helse- og Omsorgsdepartementet i skyggen av Norges forpliktelse til FNs Parisavtale. Etter Stortingets styringskrav fra 2017 om rapportering av samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten, har dette ført til en plattform for benchmarking i helsesektoren. Etersom hver regional helsesektor møter de samme rapporteringskravene som hverandre, skapte rapporteringen en mulighet til å hente inspirasjon, låne ideer og etterligne de andre helseforetakene de ser har oppnådd suksess. Det oppstår et press når det strategiske nivået i Helse Midt-Norge blir bevisst over andres suksess, og vet at de selv må rapportere inn deres arbeid, for senere å bli sammenlignet med disse. Eksempelvis ser vi at Sykehuset i Vestfold har fortalt om sin ledende fremgangsmåte for å redusere klimagassutslipp fra anestesivdelingen i samfunnsansvarsrapporten. Når St. Olavs hospital føler seg presset til å etterligne de suksessfulle sykehusene kalles dette for *mimetisk isomorfisme* (DiMaggio & Powell, 1983). Med et nyinstitusjonelt perspektiv ser vi at adopteringen av bærekraftsarbeidet i Helse Midt-Norge ikke var tilfeldig, men mulig et resultat av eksternt press.

Fra empirien har det strategiske nivået vist seg å gi mye spillerom til anestesivdelingen for at de selv skal utvikle de konkrete tiltakene for å redusere Desfluran. Etersom anestesivdelingen er en serviceavdeling, er de ansatte innoen flere av avdelingene på sykehuset i sin arbeidshverdag (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). På denne måten får de en innsikt i hvordan de ulike avdelingene jobber for å redusere klimagassutslipp. På Øre-Nese-Hals avdelingen har de fjernet muligheten til å bruke Desfluran (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). Etersom dette har vært vellykket forteller flere informanter at et slikt grensesettende tiltak har vært til inspirasjon, og ønsker å undersøke mulighetene for å benytte seg av denne styringsmekanismen i andre avdelinger. Dette kan begrunnes i en mimetisk isomorfisme også på avdelingsnivå på St. Olavs Hospital. Imitering



på avdelingsnivå bidrar til organisatorisk endring da det operative nivået rapporterer hvilke tiltak de velger å gjøre, som videre blir publisert i *Spesialisthelsetjenesten rapport for samfunnsansvar* av det strategiske nivået. På grunnlag av at rapportene fra det strategiske nivået også er av interesse for offentlige institusjoner, viser empirien at informantene fra det strategiske nivået i større grad føler seg presset av andres suksess, enn informantene fra det operative nivået. Da samtlige av informantene fra det operative nivået ikke hadde hørt om rapportene, understreker dette at motivasjonen til bærekraftsarbeid på avdelingsnivå er annerledes enn legitimering fra omgivelsene gjennom rapportering.

### **Dekobling**

Det oppstår et skille i interessene da organisasjonen ønsker å fremstå tidsriktig samtidig som praksis ønsker å bevare de tradisjonelle arbeidsmetodene de er vant med å bruke. Dekoblingen oppstår der anesthesiavdelingen velger å prioritere tradisjonell arbeidspraksis fremfor bærekraft. Dette fordi det operative nivået viker fra Grønt sykehus sin styringsmodell, som forteller at blant annet bærekraft skal være fundamentet i beslutningsprosessene. Røvik (1992) argumenterer med at denne type dekobling er en form for 'strategisk kamouflasje' ettersom det er toppledelsen som har ansvaret for å rapportere og speile organisasjonen utad til omgivelsene. Kamouflasjen skapes når det strategiske nivået gir et annet bilde av organisasjonen til omgivelsene, enn hva som faktisk skjer på avdelingsnivå.

Ifølge litteraturen kan mellomledelsen virke avgjørende i hvorvidt styringssystemer klarer å gjennomsyre organisasjonen (Llewellyn, 2001). Alle informantene ga uttrykk for at 'noe blir borte på veien' i formidlingen av bærekraftige tiltak fra toppledelsen til avdelingsnivå. Dette gapet mellom det strategiske nivået og det operative nivået kan bunne i organisasjonsnivåenes ulike profesjonsbakgrunner (Llewellyn, 2001). Toppledelsen har trolig en mer administrativ profesjonsbakgrunn, enn klinikerne på det operative nivå som er utdannet helsepersonell. Llewellyn (2001) argumenterte for viktigheten til mellomledernes rolle i sykehus som bindeleddet mellom det administrative- og operative nivået. Hun mente at dersom mellomledelsen manglet enten administrativ- eller medisinsk profesjonsbakgrunn ville det oppstå en dekobling da mellomledere ikke klarte å oversette styringstiltakene på tvers av nivåene. Oversettelsesutfordringen oppstår der det strategiske nivåets konsekvenslogikk, og det operative nivåets egnethetslogikk, virker uforenlig eller ikke mulig å oversette. I dette caset vil meklingen oppstå der 'pasientens beste' på anesthesiavdelingen møter bærekraftslegitimitet til omgivelsen fra det strategiske nivået. Llewellyns (2001) begrep 'det organisatoriske speilet'

understreker mellomlederens rolle til å skape sameksistens av ulike interesser ved å tilpasse deres formidlingsevne til ulike nivåer i organisasjonen.

### **Stiavhengighet**

Samtlige informanter fra det strategiske nivået forteller at de opplever det som utfordrende å endre atferden blant de ansatte på det operative nivået. En årsak til dette kan være at tradisjoner, kultur og individualitet avgjør i stor grad utfallet i beslutningsprosessene, som anestesisykepleieren forteller gjelder på anesthesiavdelingen (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). En slik 'stiavhengighet' vil ifølge litteraturen virke bremsende på styringssystemene ved organisatoriske endringer (Sydow et. Al., 2009; Liebowitz & Margolis, 1995). Dette kan føre til en treghet for organisatorisk endring, da viser seg at det operative nivået foretrekker å bruke de metodene de har erfart fungerer. For å bryte stiavhengigheten må det operative nivået over tid presenteres ovenfor et alternativ som virker selvforsterkende, og overlegent bedre enn den tradisjonelle praksisen (Arthur, 1994; Sydow et al., 2009).

Informantene fra anesthesiavdelingen er uenige i hvorvidt de har gode nok alternativer til Desfluran. Overlegen argumenterer for at Desfluran er uerstattelig, mens anestesisykepleieren mener at Sevofluran er et like godt alternativ i de fleste tilfeller. Dette kan tyde på at det ikke oppleves som at det finnes et overlegent alternativ til Desfluran, men at Sevofluran kan fungere godt som et alternativ i enkelte tilfeller. Hvorvidt Sevofluran virker selvforsterkende forteller anestesisykepleier er individavhengig. Dersom enkeltindividene som tar beslutninger selv mener at klima og miljø er viktig, viser det seg at de oftere velger Sevofluran (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). Ettersom rapportene har vist til en tregere redusering på St. Olavs hospital enn gjennomsnittet kan dette, ifølge Sydow et al. (2009), være fordi de ansatte ikke finner alternativene til Desfluran gode nok.

#### **5.4 Viktigheten av ildsjeler i Helse Midt-Norge for å redusere klimagassutslipp**

Individenes personlige bærekraftsengasjement har vist seg avgjørende for hvorvidt det operative nivået bidrar til en bærekraftig utvikling. Forrige delkapittel diskuterte hvordan individers egne bærekraftsengasjement kan bidra til å løse opp stiavhengighet på avdelingsnivå. Ildsjeler innenfor bærekraft foretrekker å velge de mer miljøvennlige

alternativene fremfor den tradisjonelle praksisen da dette kan virke selvforsterkende for de. På denne måten bidrar ildsjelene til å påvirke arbeidspraksisen på avdelingsnivå, ved å utvikle normene, verdiene og metodene de benytter på avdelingen, i en mer bærekraftig retning. Dette viser til det institusjonelle begrepet normativ isomorfisme, som fremhever hvordan faglige nettverk gjør at de profesjonaliserte lærer bort og hurtig adoptere ulike ideer og modeller av hverandre (DiMaggio & Powell, 1983). Dersom ildsjelene oppdages av det strategiske nivået, vil disse individene også kunne bidra til en endring utover organisasjonsnivået. Ettersom disse blir fremhevet i rapportene, vil andre sykehus og offentlige aktører som leser disse kunne påvirkes av rapportene ildsjelene blir nevnt i.

DiMaggio og Powell (1983) forteller at rekruttering og filtrering av personell utgjør en stor del av den normative isomorfismen. Informanten fra økonomiavdelingen fortalte at St. Olavs hospital hadde lyst ut stillinger der bærekraftig engasjement var en ønskelig kvalifikasjon. Samtlige av informantene på det strategiske nivået mente at de ansatte som var yngre og nyutdannede hadde et større miljøfokus, enn de ansatte med lengre ansiennitet. Dette sa informantene fra det operative nivået seg uenige i. De mente at grad av miljøengasjement var individuelt, og helt uavhengig av ansiennitet og hvorvidt de ansatte er nyutdannede. Som et tiltak til organisatorisk endring gjennom normativ isomorfisme fortalte informanten fra Legenes klimaaksjon at de hadde arbeidet med å inkorporere mer bærekrafts-undervisning i legeutdanningen. Hensikten med tiltaket var å generere mer miljøbevissthet blant leger i fremtiden (Informant fra Legenes klimaaksjon, personlig kommunikasjon, 22. februar 2022). På lang sikt kan tiltaket til Legenes klimaaksjon bidra til å endre normene og verdigrunnlaget i legeprofesjonen i en mer bærekraftig retning.

Hadde vi fokusert på ildsjeler i Hopwood (1974) sitt perspektiv kunne analysen gitt rom for andre refleksjoner. Viktigheten av ildsjeler kan diskuteres ved Hopwoods (1974) sosiale styring og selvstyring. Fokuset ville da ha vært mer fra innsiden og ut, enn fra utsiden og inn som i institusjonell teori. De felles normer og verdier på avdelingsnivå ville fungert som en styringsmekanisme ved at de ansatte som ikke ville fulgt de felles normative rammene ville blitt utstøtt (Hopwood, 1974). Likevel er ikke det slik vi har oppfattet opplevelsen av situasjonen til informantene i studien. Tvert imot har det vært rom for ulike meninger, ideer og holdninger. Dette fremhever poenget med ildsjeler. Hopwood (1974) viser til selvstyring som egne iboende normer og verdier. Empirien viste at nettopp de enkeltindividene som selv følte på at bærekraft var viktig bidro til å løfte hele organisasjonen. På denne måten var det ønskelig,

særlig fra det strategiske nivået, at ildsjelene fantes. Informantene fra det operative nivået var enige om at bærekraftsinitiativ var bra, så langt det ikke gikk utover pasientens beste. Dersom bærekraft hadde hatt en mye større rolle enn pasientens beste på avdelingsnivå, ville det kanskje være mer interessant å belyse caset med Hopwood (1974) sitt perspektiv. Da kunne vi undersøkt hvorvidt den felles normen om pasientens beste på avdelingsnivå hadde kunnet utstøtt de enkeltindivider som prioriterte bærekraft før pasientens beste. Likevel så vi fra vår studie at selv ildsjelene prioriterte pasientens beste, og så det derfor bedre egnet med institusjonell teori i vår case.

## 6. Konklusjon

Formålet med denne masteroppgaven har vært å beskrive hvordan styringsmekanismer brukes i Helse- Midt Norge for å møte kravene om bærekraft. Problemstillingen har vi formulert som følger:

*Hvordan brukes styringssystemer i arbeidet for en bærekraftig utvikling i helsesektoren?*

Denne problemstillingen er kompleks og skal besvares av to ulike tilnærminger. Vi har i denne oppgaven ønsket å kartlegge de styringsmekanismene ledelsen benytter for å drive den strategiske endringen med utgangspunkt i Simons (1995) teoretiske perspektiv *Levers of Control*. For å forstå utviklingen har vi brukt institusjonell teori for å analysere de utfordringene vi har sett kan oppstå. Vi mener disse to tilnærmingene vil gi et godt grunnlag for å trekke sammenhenger som belyser de sentrale funnene og tematikken i oppgaven. Formålet med oppgaven har ikke vært å generalisere, men å gå i dybden av temaet for å anskaffe innholdsrik informasjon om et begrenset område. Vi har dermed valgt å fokusere på caset 'reduisering av Desfluran på anesthesiavdelingen' for å kunne belyse hvordan styringssystemene tilpasses og brukes på St. Olavs hospital. I følgende kapittel presenterer vi funn og konkluderende momenter fra hver dimensjon, for å deretter å presentere det i en sammenhengende konklusjon. Til slutt diskuterer vi oppgavens implikasjoner, begrensninger og kommer med forslag til videre forskning.

Studien viser at det er benyttet ulike mekanismer til å drive den strategiske fornyelsen som følger av de nye bærekraftsmålene som er vedtatt for Helse Midt -Norge. Trossystemer er styringsmekanismen ledelsen benytter for å styrke bærekraft som en kjerneverdi i organisasjonen. Det blir blant annet benyttet plakater for å kommunisere til det operative nivå at bærekraft skal være gjennomtrengende i alle avgjørelser som blir tatt på helseforetaket. Dette gir de ansatte mye frihet til å oppsøke de muligheter de har for å iverksette tiltak i tråd med bærekraftsmålene, og vi ser en fremgang som følge av tiltakene anestesivdelingen har iverksatt selv. Likevel ser vi at ikke alle systemer til Simons (1995a) Levers of Control er på plass. I dette caset ser vi en mangel på grensesystemer som har som hensikt å sikre at ansattes atferd er i samsvar med organisasjonens mål. Ledelsen ønsker ikke å iverksette nye grenser som følge av bærekraftsmålene, og viser til legers og sykepleieres autonomi som en argumentasjon for dette. De er redde det vil oppstå motstand dersom profesjonens autonomi går forapt. Mangelen på bruk av grensesystemer på St. Olavs hospital bidrar til redusert spenning mellom styringsmekanismene, ettersom det ikke blir satt grenser for muligheten søkende atferd. Dette mener Mundy (2010) er med på å redusere muligheten for å oppnå god prestasjon i organisasjonen.

Diagnostiske styringssystemet har hatt en særlig viktig rolle for å igangsette strategisk fornyelse og introdusere de nye klima og miljømålene som er satt for Helse Midt-Norge. Dette er et top-down styringssystem som ledelsen bruker for å oppnå oppmerksomhet rundt miljø- og bærekraftsmålene. Det er blant annet utarbeidet en bærekraftsindikatorer som måles og rapporteres årlig. Hver indikator har tilhørende kritiske prestasjonsvariabler tilknyttet hver indikator, som benyttes for å sikre prestasjon i tråd med de organisatoriske målene. Styringssystemet har særlig vært viktig for å rapportere fremgang og identifisere områder med forbedringspotensialer. Dette er en top-down styringsprosess. Gond et al., (2012) trekker frem diagnostiske prosesser som særlig avgjørende for oppnåelse av bærekraftsmål, ettersom det gjør bærekraftsarbeidet målbart. Bærekraftsarbeid som ikke er ledsaget av målbare resultater kan risikeres å bli ignorert til fordel for ordinære tiltak. Likevel ser vi at systemet ikke har denne tiltenkte effekten på det operative nivå. Studien viser at det er lite kjennskap til indikatorene og rapporteringen blant leger og sykepleiere, og at bærekraft fortsatt blir nedprioritert til fordel for pasientens beste og økonomisk vekst. I følge Mundy (2010) spiller interaktive systemer en viktig rolle for å identifisere utfordringer som oppstår til den forutsatte strategien. I tillegg stimulere det fremveksten av nye ideer til strategisk endring, og essensiell for å oppnå balanse mellom de ulike spakene. Studien viser at denne styringsmekanismen ser

ut til å være nedprioritert og utgjør den største utfordringen med St. Olavs hospitals bruk av styringssystemer. Selv om det blir avholdt møter og dialoger blant stabsfunksjonene og eksterne aktører, viser analysen at det operative nivå er lite involvert i planleggingen av de nye målene. Dette tyder på at ledelsen støtter seg på at de diagnostiske systemene kommuniserer bærekraftsmålene på en tilstrekkelig måte, og utelater dermed interaktive styringssystem. Dette kan være med på å hemme god informasjonsflyt mellom avdelingene i organisasjonen, som er et poeng vi kommer tilbake til senere i konklusjonen.

Et gap mellom det strategiske- og operative nivået har ført til at styringssystemene ikke oppleves å gjennomsyre de ulike nivåene i organisasjonen. Til tross for avstanden ga empirien uttrykk for at bærekraftsengasjementet oppleves like sterkt i begge nivå, men at interessene for å gjennomføre bærekraftsarbeid er ulikt. Toppledelsen har en tettere relasjon til omgivelsene som har ført til en økt ansvarsfølelse for disse å representere organisasjonen (Informant fra Grønt sykehus, personlig kommunikasjon, 2. mars 2022). I den institusjonelle analysen har vi diskutert hvorvidt dette kan ha vist til toppledelsens interesse av å oppnå legitimitet blant omgivelsene. Det operative nivået har derimot vist seg i studien å prioritere pasientens beste og faglig utførelse i deres arbeidspraksis, uansett. Med bakgrunn i analysen har vi tildelt nivåene to ulike logikker, ledelsens konsekvenslogikk og avdelingens egnethetslogikk. Et argument i analysen har vært at ulike profesjonsbakgrunner mellom nivåene i organisasjonen har bidratt til å skape avstand mellom nivåene (Llewellyn, 2001). Oppgaven har vist til et organisatorisk speil som påpeker mellomledelsens viktighet av å oversette ulike interesser på tvers av disse logikkene. På grunnlag av at samtlige informanter fra toppledelsen og det operative nivået ikke opplever at styringssystemene gjennomsyrer organisasjonen, er det mulig å argumentere hvorvidt mellomledelse ikke har oversatt disse tilstrekkelig. Llewellyn (2001) forteller at et slikt organisatorisk speil ofte oppstår i sykehus der mellomledelsen ikke innehar begge profesjonsbakgrunnene fra både det operative nivået og det administrative nivået. Mellomledelsen vil da enten bevisst, eller ubevisst, dekoble styringssystemene og skape et skille i organisasjonen (Llewellyn, 2001).

For å si noe om hvordan det oppleves et like stort engasjement fra begge ytterkanter har analysen fokusert på viktigheten av ildsjeler i caseorganisasjonen. Ettersom det trolig har oppstått en dekobling, har vi i den institusjonelle analysen søkt etter andre forklaringer på organisatorisk endring, enn styringssignaler fra det strategiske nivået. Stiavhengighet preger organisasjonen da empirien har vist til at kultur og tradisjoner er sentrale faktorer i

beslutningsprosessen (Anestesisykepleier, personlig kommunikasjon, 6. april 2022). Dette kan også være en forklaring på hvorfor organisasjoner kan vise en treghet til endring. Sydow et al. (2009) forklarer at dersom de ansattes atferd skal stioopløses kreves det at de ansatte blir presentert for et alternativ som fremstår overlegent og selvforsterkende (Arthur, 1994; Sydow et al., 2009).

Ettersom det har oppstått en reduksjon i Desfluran på St. Olavs hospital på 27% fra 2019-2021 tilsier dette at arbeidspraksis har endret seg til å velge mer bærekraftige alternativ (Grønt sykehus, 2022). Likevel har empirien vist at det ikke er innført noen nye alternativer til Desfluran enn hva de allerede hadde på anesthesiavdelingen fra før av. Som et svar på hvordan anesthesiavdelingen har endret tradisjonell praksis ved å velge mer bærekraftige alternativer må disse alternativene ifølge Sydow et al (2009) virke overlegne. Caset har vist at individers normer og personlige overbevisninger har hatt en sterk rolle i arbeidet mot en bærekraftig utvikling. Dette er enkeltindivider i organisasjonen som selv synes at bærekraftig utvikling er viktig, og særlig hensyntar denne faktoren i deres egen arbeidspraksis. Det oppgaven omtaler som ildsjeler har i caset referert til de ansatte som påvirker arbeidspraksisen ved å skape oppmerksomhet rundt bærekraft ved å opptre miljøbevisst. Disse ildsjelene kan bidra til organisatorisk stioopløsning gjennom normativ isomorfisme da et bærekraftig valg i arbeidspraksis vil virke selvforsterkende, og overlegen for de som personlig prioriterer bærekraft (Arthur, 1994; Sydow et al., 2009). Dette her peker på at individuelle normer og personlig overbevisninger har en sterk rolle i hvordan man jobber i organisasjonen (Hopwood, 1974).

Da selv det strategiske nivået ikke opplever styringssystemene som gjennomsyret, har oppgaven vist at toppledelsen lar individene utfolde seg. Den normative isomorfismen som skjer i profesjonene har i praksis vist seg å være det som driver frem mye av endringen som skjer. Ved å fremheve ildsjeler i rapportene deres, i tillegg til å søke bærekraftengasjement i nyansettelser, så bidrar det strategiske nivået med den normative isomorfismen som skjer på avdelingsnivå. På denne måten vil det operative nivået over tid kunne gjennomføre en bærekraftig utvikling på bakgrunn av avdelingens eget initiativ (DiMaggio og Powell, 1983). Ildsjelene bidrar til organisatorisk endring ikke bare på avdelingsnivå, men også i organisasjonen som en helhet. Ettersom disse blir trukket frem i de nasjonale rapportene blir ildsjelenes initiativ synlig for både andre sykehus og regjeringen. På denne måten ser vi at så fremt det strategiske nivået trekker frem disse ildsjelene, kan disse individene bidra til å påvirke

endring i andre helseforetak og presset fra de mottar fra den tvungne isomorfismen. Gitt at arbeidet til ildsjelene fremstår som suksessfullt vil andre helseforetak imitere dette. I tillegg vil de offentlige omgivelsene få et bedre innblikk i hva som fungerer og ikke på det operative nivået. Dette gjør at regjeringen, og Helse- og Omsorgsdepartementet, kan justere og tilpasse sitt reglement og føringer da de får se kompleksiteten av bærekraftig utvikling i sykehus.

Vi ser at bærekraftig utvikling i sykehus er komplekst, og at det kan være utfordrende å få styringssystemene til å gjennomføre en stor organisasjon. Særlig har det vist seg vanskelig å få til en organisatorisk endring med et forsterket top-down styringssystem. Likevel ser vi at små inkrementelle endringer og enkeltindivider fra anestesivdelingen har bidratt til å redusere forbruket av Desfluran. Oppgaven har vist at både toppledelsen og det operative nivået har et bærekraftsengasjement, men at disse nivåene dekobles. Videre ser vi at ulike profesjonsbakgrunner i organisasjonsnivåene har ført til en dekobling, trolig allokeret i mellomledelsen (Llewellyn, 2001). Ledelsen har spesielt vektlagt bruken av diagnostiske styringssystemer og trossystemer for å øke bevisstheten om bærekraft, men empirien viser at det operative nivået ikke er velinformert. Da styringssystemene ikke har opplevdes å gjennomføre organisasjonen kan ildsjelenes engasjement være det som har bidratt til en organisatorisk endring. Dette gjenspeiler viktigheten av personlige normer og verdier i Helse Midt-Norge sitt arbeid mot en bærekraftig utvikling. Analysen viser at bærekraftsengasjement på avdelingsnivå bidrar til å påvirke arbeidspraksisen, og endrer tradisjonell, potensiell miljøfiendtlig praksis. Vi ser at anestesivdelingen på St. Olavs hospital har klart å redusere forbruket av Desfluran, med et begrenset bruk av interaktive- og grensesettende systemer. Da særlig interaktivt styringssystem har uteblitt blir det vanskelig å koble det strategiske- og operative nivået. Simons (1995a) fremhever behovet for spenninger mellom top-down styring og bottom-up kreativitet. Oppgaven har vist at caseorganisasjonen benytter diagnostiske systemer, som er et top-down styringssystem, uten å muliggjøre for bottom-up styringsalternativ. Dette kan være en av grunnene til hvorfor det operative nivået ikke har hørt om målene og strategiene som er satt av det strategiske nivået. Det er mulig å spekulere om reduseringen av Desfluran på St. Olavs hospital behøver mer enn ildsjeler for å oppnå effektiviteten de ønsker, og kunne dratt nytte av en større grad av interaktive styringssystemer for å motvirke dekobling.



## 6.1 Implikasjoner

I dette delkapittelet skal vi redegjøre for hva vi og andre kan ta med seg videre fra masteroppgaven vår. Formålet med oppgaven har vært å undersøke den overordnede retorikken om 'bærekraftig utvikling' opp mot et konkret eksempel i helsesektoren, og satt dette i en teoretisk sammenheng. Vi ser nødvendigheten av studier som undersøker hvordan overordnede mål klarer å oversettes ned på organisasjonsnivå og gjennomføres i praksis. I denne oppgaven har vi sett at det er praksisen som fører til en direkte endring, ikke retorikk. Forskere og akademikere vil dra nytte av oppgaven vår da casestudier vil påpeke avstanden fra teori og praksis. Dette kan eventuelt bidra med å tilspisse og forbedre teoriens anvendelighet til senere forskning.

I tillegg til akademikere og forskere tror vi også at sykehusledere og politikere vil dra nytte av casestudiet vårt. utfordringer kan oppstå i forsøket på å endre atferden i en stor og kompleks organisasjon. Særlig har analysen vist at dekobling har vært en sentral utfordring i caset vårt. På bakgrunn av Llewellyn (2001) sitt syn på at ulike utdanningsbakgrunner i organisasjonen kan skape løse koblinger, har vi sett at dette også kan ha vært tilfelle i vår case. Oppgaven har vist til et manglende interaktivt styringssystem som vi har diskutert kan bidra til dekoblingen som har oppstått. Derfor er denne studien viktig for sykehusledere da studien kan bidra til deres forståelse av den styringsutfordringen de står ovenfor og kan peke på viktige momenter som kan motvirke dekobling. Vi håper også at politikere ser vanskeligheten av å endre arbeidspraksis i et stort, veletablert, sykehus. Oppgaven kan bidra til økt forståelse for hvordan politikk og lovgivning kan anvendes og utformes. Selv om vi ikke har data fra mellomledelsen, tyder mye av empirien på at styringssignalene ikke når tilstrekkelig fram til det operative nivået. Dette fremhever mellomledernes evne til å kommunisere på tvers av fagfelt som en viktig faktor ved implementeringen av nye styringssystemer i sykehus. De ansatte vil også kunne dra nytte av oppgaven da oppgaven har vist at det enkelte initiativet faktisk utgjør en stor betydning, selv i en stor organisasjon. Dersom den ansatte ønsker å utføre ulike initiativ er det gode sjanser for å bli hørt i caseorganisasjonen.

## 6.2 Begrensninger

I arbeidet med vår masteroppgave møtte vi på utfordringer som i større eller mindre grad satte begrensninger i studien. I etterkant identifiserte vi også svakheter med oppgaven som vi ønsker å gjøre rede for i det følgende delkapittelet. Ettersom masteroppgaven i Økonomi og administrasjon ved NTNU Handelshøyskole kun går over et semester og tilsvarer 30 studiepoeng, ble tid en naturlig begrensning vi måtte forholde oss til. Dette satte blant annet grenser på antall informanter vi intervjuet. Likevel mener vi at utvalget var stort nok til å kunne belyse problemstillingen på en forsvarlig måte. Vi tilegnet oss mye nyttig informasjon gjennom syv intervjuer, og nådde til slutt et punkt der informasjonen vi var ute etter ble gjentatt av ulike informanter. Med et begrenset antall, utelukket vi også muligheten for et tilfeldig utvalg, ettersom vi anså det som viktigere å skaffe relevante informanter. Målet med oppgaven har ikke vært å generalisere funnene våre, men å komme tett inn på praksis og få frem tydelige empiriske eksempler på hvordan arbeidet med bærekraft fungerer på St. Olavs hospital. Dermed valgte vi informanter med ulike, men betydelige tilknytninger til caset.

En annen begrensning som fant seg uheldig med tidspunktet vi gjennomførte studien, var at Helse Midt-Norge gjennomførte innføringen av 'Helseplattformen'. Dette førte til at enkelte mellomledere vi ønsket å intervjuer var svært opptatte både i kursing og innlæring av den nye plattformen. Som følger av mangel på representanter fra mellomledelsen på St. Olavs hospital kunne oppgaven spisses og fokusere på det strategiske nivå og deres valg av styringsmekanismer, samt hvordan disse ble oppfattet og mottatt på det operative nivået. Som følger av pandemien var det i starten av forskningsprosessen fremdeles smitterestriksjoner ved sykehusene. Dette gjorde at vi ikke fikk muligheten til å besøke sykehuset for å holde intervjuene med informantene, og ble dermed nødt til å gjennomføre disse digitalt. På denne måten gikk vi muligens glipp av viktig observasjoner, nonverbal kommunikasjon, og andre egenskaper som kunne gitt oss en dypere innsikt i caset. Likevel var det hensiktsmessig å gjennomføre digitale intervjuer, ettersom dette var tidsbesparende både for oss og for våre informanter.

## 6.3 Forslag til videre forskning

Vi bemerker oss et par interessante moment for en videre forskning av dette casestudie. Denne masteroppgaven har gjennomført en casestudie over en kort tidsperiode. Et naturlig forslag til

videre forskning vil være å gjennomføre en longitudinell studie av samme case for å studere utvikling av bærekraftsmål og tiltak. I tillegg har vi i denne studien valgt å fokusere på St. Olavs hospital som har vist minst framgang av alle helseforetakene når det kommer til arbeidet med bærekraft. En annen implikasjon ville vært å fokusere på eksempelvis Sykehuset i Vestfold, som har skilt seg positivt ut fra andre helseforetak med bemerkningsverdige resultater. Med denne innfallsvinkelen ville studien fokusert på hva man har gjort, kontra spekulasjoner om hva man ikke har gjort. Med andre ord trenger vi flere empiriske studier av andre, lignende eller forskjellige case, hvor man tar tak i konkrete initiativ for å forstå flere aspekter av komplekse prosesser. I tillegg har denne studien vist at ildsjeler har hatt stor påvirkning i arbeidet med bærekraft, og vi mener det kan være et sentrumstema for videre forskning. Det er interessant å undersøke hva som motiverer og begrenser ildsjeler fra ulike organisasjoner når det kommer til arbeidet med miljø og bærekraft.

Ettersom vi ønsket å gå i dybden av temaet for å anskaffe innholdsrik informasjon, så vi hensikten av å ta en 'stikkprøve' av det overordnede bærekraftsarbeidet. Vi mener sånne snevre casestudier er en viktig implikasjon, indikator og en påpeker av at fasade og praksis ikke alltid samsvarer. Likevel vet vi at arbeidet med bærekraft innebærer mye mer enn redusering av Desfluran og det er interessant å studere andre mål og tiltak som er satt i organisasjonen. Dermed tror vi oppgaven vår kan være til inspirasjon for andre casestudier som fokuserer på både det snevre og det brede i arbeidet med bærekraft.

Videre vi det ville vært interessant å undersøke hvor avgjørende og etisk riktig det er å presse ned bruken av anestesigasser på sykehus. Dersom man eksempelvis sammenligner CO<sub>2</sub> - utslippet fra Desfluran mot bilkjøring, får man et forhold til alvorligheten av omfanget til klimautslippet til anestesigassen. Deretter kunne leseren, eller forskningsutøveren, fått en bedre forståelse over hvor etisk riktig det er å prioritere bærekraft i en avdeling hvor det potensielt står om liv og død. På denne måten kan studien vår også være til inspirasjon for andre fagfelt, ikke bare det økonomisk-administrative.

## Referanseliste

- Abernethy, B. (1996). Training the Visual-Perceptual Skills of Athletes: Insights from the Study of Motor Expertise. *The American Journal of Sports Medicine*, 24(6\_suppl), S89–S92. <https://doi.org/10.1177/036354659602406S24>
- Abernethy, M. A., & Brownell, P. (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), 189–204. [https://doi.org/10.1016/s0361-3682\(98\)00059-2](https://doi.org/10.1016/s0361-3682(98)00059-2)
- Alsos, A., Kjartan, A., Solli, C., & Larsen, H. (2018). *Framtiden i våre hender Rapport N Den rosa klimabløffen Forbruksbasert klimaregnskap for Norge*. Retrieved from <https://www.framtiden.no/aktuelle-rapporter/886-forbruksbasert-klimaregnskap-for-norge/file.html>
- Alvesson, M. og Kärreman, D. (2004) Interfaces of control. Technocratic and socioideological control in a global management consultancy firm, *Accounting, Organizations and Society*, 29(3), s. 423-444. doi: 10.1016/S0361-3682(03)00034-5.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier – Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anthony, R. N. (1965) *Planning and control systems : a framework for analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Arjaliès, D.-L., & Mundy, J. (2013). The use of management control systems to manage CSR strategy: A levers of control perspective. *Management Accounting Research*, 24(4), 284–300. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2013.06.003>

- Arthur, W., B. (1989), 'Competing Technologies, Increasing Returns, and Lock-In by Historical Events', 97 *Economic Journal*, 642-665.
- Arthur, W. B. (1994). *Increasing Returns and Path Dependence in the Economy*. University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.10029>
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2/>
- Bell, E., Bryman, A. & Harley, B. (2019). *Business research methods* (5. utg.). Oxford University Press.
- Bhimani, A., & Langfield-Smith, K. (2007). Structure, formality and the importance of financial and non-financial information in strategy development and implementation. *Management Accounting Research*, 18(1), 3–31. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2006.06.005>
- Brink, H. I. L. (1993). Validity and Reliability in Qualitative Research. *Curationis*, 16, 35-38. <https://doi.org/10.4102/curationis.v16i2.1396>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. (5. utg.). Oxford: Oxford University Press
- Brundtland, G. H. (1987). Our common future—Call for action. *Environmental Conservation*, 14(4), 291-294.
- Burns, J. og Scapens, R. W. (2000) Conceptualizing management accounting change: an institutional framework, *Management Accounting Research*, 11(1), s. 3-25.
- Bærekraftssenteret (2022). Trondheim kommune. Hentet fra <https://www.trondheim.kommune.no/aktuelt/om-kommunen/bk/barekraft/barekraftssenteret/om-barekraftssenteret/>

Carlsson-Wall, M., Kraus, K., & Lind, J. (2011). The interdependencies of intra- and inter-organisational controls and work practices-The case of domestic care of the elderly. *Management Accounting Research*, 22(4), 313-329.

<https://doi.org/10.1016/j.mar.2010.11.002>

Chenhall, Robert. (2003). Management control systems design within its organizational context: Findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*. 28. 127-168. 10.1016/S0361-3682(01)00027-7.

Dalen, M. (2004). Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming. Oslo: Universitetsforlaget.

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press

Fallan, L. & Pettersen, I. J. (2016). *Bedriftsøkonomiske atferdsteorier : endrede perspektiver på atferd, koordinering og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget

FN (2019a, 15, 01). Bærekraftig utvikling. Hentet fra <https://www.fn.no/tema/fattigdom/baerekraftig-utvikling>

FN (2019b, 24.09). Klimaendringer. Hentet fra <https://www.fn.no/tema/klima-og-miljoe/klimaendringer>

FN-sambandet (2020a) *Parisavtalen*. Hentet fra: <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/miljoe-og-klima/parisavtalen>

FN (2021, 08.01). FNs bærekraftsmål. Hentet fra

<https://www.fn.no/om-fn/fnsbaerekraftsmaal>

Gadamer, H.W. (1989) *Truth and Method*. New York: Crossroad

Gond, J.-P., Grubnic, S., Herzig, C., & Moon, J. (2012). Configuring management control systems: Theorizing the integration of strategy and sustainability. *Management Accounting Research*, 23(3), 205–223. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2012.06.003>

Grønt sykehus (2019). *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2018*. hentet fra <https://helse-midt.no/Documents/Gr%C3%B8nt%20sykehus/Spesialisthelsetjenestens%20rapport%20for%20samfunnsansvar%202018.pdf>

Grønt sykehus (2020). *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2019*. hentet fra <https://helse-midt.no/Documents/2020/Spesialisthelsetjenestens%20rapport%20for%20samfunnsansvar%202019.pdf>

Grønt sykehus. (2021a) *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten*. hentet fra <https://www.sunnaas.no/Documents/Styredokumenter/2021/2021-06-04/Sak%204121%202021-06-04%20Vedlegg%201%20-%20Rammeverk%20for%20milj%C3%B8%20og%20b%C3%A6rekraft%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

Grønt sykehus (2021b). *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020*. hentet fra <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Milj%C3%B8/Spesialisthelsetjenestens%20rapport%20for%20samfunnsansvar%202020.pdf>

Grønt sykehus (2022). *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021*. hentet fra <https://helse-midt.no/Documents/2022/Spesialisthelsetjenestens%20rapport%20for%20samfunnsansvar%202021.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (11.01.2022). Oppdragsdokument. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Helse Midt-Norge. (2022a). *Grønt sykehus*, Hentet fra <https://helse-midt.no/om-oss/gront-sykehus>

Helse Midt-Norge. (2022b). *Om oss: Styret*. Hentet fra <https://helse-midt.no/om-oss/styret>

Helse Midt-Norge [HelseMidtNorge]. (2021, 27. september) *Hvordan reduserer vi klimagassutslippene fra anestesi?* [Videoklipp]. Hentet fra [https://www.youtube.com/watch?v=I9H\\_o5PD4Jw&t=269s](https://www.youtube.com/watch?v=I9H_o5PD4Jw&t=269s)

Helse- og omsorgsdepartementet (2021). Statsregnskapet. Hentet fra <https://statsregnskapet.dfo.no/departementer/07-helse-og-omsorgsdepartementet>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. (Meld. St. 7 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse Vest. (2022) *Internrevisjoner, på området klima og miljø*. Hentet fra <https://helse-midt.no/Documents/2022/Internrevisjoner.pdf>

Hopwood, A. G. (1974) *Accounting and Human Behaviour*. London: Haymarket Publishing.

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2020) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt.

Justesen, L. og Mik-Meyer, N. (2010) *Kvalitative metoder i organisations-og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels Forlag.



Klimaloven - Lovdata. (2017). Hentet 23. mai, 2022, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-60>

Klima- og miljødepartementet. (2021) *Klimaforhandlinger i Glasgow (COP26)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/klima-og-miljo/klima/innsiktsartikler-klima/de-internasjonale-klimaforhandlingene/cop26-klimaforhandlinger/id2880783/>

Kotter, J.P. 1990. A Force of Change. New York: The Free Press  
strategic change: an exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), 189–204. [https://doi.org/10.1016/s0361-3682\(98\)00059-2](https://doi.org/10.1016/s0361-3682(98)00059-2)

Kvale, S., Brinkmann, S. & Rygge (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ladegård, G. og Vabo, I. S. (2011) *Ledelse, styring og verdier*, Magma.no. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/ledelse-styring-og-verdier> (Hentet: 24 januar 2018).

Langfield-Smith, K. (1997) Management control systems and strategy: A critical review, *Accounting, Organizations and Society*, 22(2), s. 207-232. doi: 10.1016/S0361-3682(95)00040-2.

Lee, S.M. (1971), Decision Analysis through Goal Programming. *Decision Sciences*, 2: 172-180. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1971.tb01452.x>

Legenes klimaaksjon. (2021). Hvem er vi? Hentet 23. mai 2022 fra <https://www.legenesklimaaksjon.no/legenes-klimaaksjon/hvem-er-vi/>

Llewellyn, S. (1997), “Purchasing power and polarized professionalism in British medicine”, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol.10 No. 1, pp.31-59.

Llewellyn, S. (2001), “Two-way windows: clinicians as medical managers”, *Organization Studies*, Vol. 22 No. 4, pp. 593-623.

- Liebowitz, Stan & Margolis, Stephen. (1995). Path Dependence, Lock-In, and History. *The Journal of Law, Economics, and Organization*. 11. 205-226.  
10.1093/oxfordjournals.jleo.a036867.
- Malmi, T. og Brown, D. A. (2008) Management control systems as a package - Opportunities, challenges and research directions, *Management Accounting Research*, 19(4), s. 287- 300. doi: 10.1016/j.mar.2008.09.003.
- March, J.G. and Olsen, J. P. (1976), *Ambiguity and Choice in Organisations*  
Universitetsforlaget: Bergen.
- Merchant, Kenneth & Stede, W.A. (2011). *Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives*.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/pdf/2778293.pdf>
- Mundy, J. (2010). Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems. *Accounting, Organization and Society*. 35. 499-523.  
doi:10.1016./j.aos.2009.10.005
- Nyeng, F. (2004) *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag
- Nyeng, F., & Wennes, G. (2006). *Tall Tolkning og Tvil bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget
- Nyeng, F. (2017). *Hva annet er også sant? En innføring i vitenskapsfilosofi*. Fagbokforlaget

- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2004). The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings. *Financial Accountability & Management*, 20(1), 77-102.
- Nyland, K. & Pettersen, I. (2018). *Penger og helse: Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforl.
- Nærings- og fiskeridepartementet. (2019, November 22). Meld. St. 8 (2019–2020). Retrieved May 19, 2022, from Regjeringen.no website:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-8-20192020/id2678758/?ch=1>
- Oppen, M., Mørk, B. E., & Haus, E. (2020). *Kvantitative og kvalitative metoder i merkantile fag: En introduksjon*. Cappelen Damm Akademisk.
- Otley, D. T. (1980). The contingency theory of management accounting: Achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4), 413-428.
- Ouchi, W. G. (1979) A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms, *Readings in accounting for management control*, 25(9), s. 833-848.
- Pettersen, I. J. (2009) Økonomistyring - teoretisk praksis eller praktisk teori?, *Magma.no*.  
Tilgjengelig fra:  
<https://www.magma.no/oekonomistyring-teoretisk-praksis-ellerpraktisk-teori>.
- Regjeringen. (10.12.2021). Statsbudsjettet 2022: Statens inntekter og utgifter. Hentet fra  
<https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2022/statsbudsjettet-2022-statens-inntekter-og-utgifter/id2873448/>
- Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roberts, J., & Scapens, R. (1985). Accounting systems and systems of accountability — understanding accounting practices in their organisational contexts. *Accounting, Organizations and Society*, 10(4), 443-456.

- Røvik, K. A. (1992). Den "syke" stat: myter og moter i omstillingsarbeidet. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K.A. (1998): Moderne Organisasjoner: Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet. Oslo/Bergen: Fagbokforlaget.
- Saffold, G. S. (1988). Culture traits, strength and organizational performance: Moving beyond "strong" culture. *Academy of Management Review*, 13, 546-558. doi: 10.2307/258374
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (8.utgave). Harlow: Pearson Education.
- Scapens, R. W. (1990). Researching management accounting practice: The role of case study methods. *The British Accounting Review*, 22(3), 259-281. [https://doi.org/10.1016/0890-8389\(90\)90008-6](https://doi.org/10.1016/0890-8389(90)90008-6)
- Scapens, Robert. (2006). Understanding Management Accounting Practices: A Personal Journey. *The British Accounting Review*. 38. 1-30. 10.1016/j.bar.2005.10.002.
- Simons R. (1990) The role of management control systems in creating competitive advantage: New perspectives. *Accounting, organizations and society*, 15, 127-143. doi: 10.1016/0361-3682(90)90018-P
- Simons, R. (1994). How New Top Managers Use Control Systems As Levers Of Strategic Renewal. *Strategic Management Journal*, 15 (3), 169-189.
- Simons, R. A. (1995a). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Simons, R. (1995b) Control in an age of empowerment, *Harvard Business Review*, 73(2), s. 80-88.

Simons, R. (2000) Performance measurement & control systems for implementing strategy : text & cases. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall

Statistisk sentralbyrå (2022). Sysselsetting, registerbasert. Hentet 15.05. fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/sysselsetting-regi-sterbasert>

St. Olavs hospital (2022a) *Anestesiavdelingen*. Hentet 20. mai 2022 fra <https://stolav.no/avdelinger/klinikk-for-anestesi-og-intensivmedisin/anestesi>

St. Olavs hospital (2022b) *Om oss*. Hentet 20. mai 2022 fra <https://stolav.no/om-oss>

St. Olavs hospital. (2018) *Tilbakemelding vedr. Utviklingsplan 2018 – 2035 i et HMS-perspektiv*. Hentet fra [https://stolav.no/Documents/Utviklingsplan/171217\\_H%C3%B8ring\\_innspill\\_HMS.pdf](https://stolav.no/Documents/Utviklingsplan/171217_H%C3%B8ring_innspill_HMS.pdf)

Sydow, J., Schreyögg, G., & Koch, J. (2009). Organizational Path Dependence: Opening the Black Box. *Academy of Management Review*, vol 43(4), 689-709.

Sørensen, J.B. (2002). The strength of corporate culture and the reliability of firm performance. *Administrative Science Quarterly*, 47: 70–91.

Sørlandet sykehus. (2020) *Miljøsertifiseringen - Grønt sykehus*. Hentet fra <https://sshf.no/om-oss/miljosertifisering-gront-sykehus>

Tessier, S. & Otley, D. (2012) A Conceptual development of Simons' Levers of Control framework. *Management Accounting Research*, 23, 171-185.  
doi:10.1016/j.mar.2012.04.003

Thagaard, T (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utg  
Bergen: Fagbokforlaget

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 4. utg.  
Bergen: Fagbokforlaget.

- Tjora, A. (2012). Kvalitative forskningsmetoder i praksis (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2017). Kvalitative forskningsmetoder i praksis (3. utg.). Gyldendal akademisk
- Yin, R. K. (2014). Case Study Research: Design and methods (5. utg.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications

Vedlegg

Vedlegg 1, samtykkeskjema:

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***” Bærekraft som en del av styringssystem ved Helse Midt-Norge”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet studere hvordan bærekraft er en del av styringssystemene ved Helse Midt-Norge.

#### **Formål**

Formålet med masteroppgaven er å finne ut hvilke tiltak Helse Midt-Norge gjør for å møte kravene om en bærekraftig utvikling og hvilke utfordringer de står overfor ved implementeringen av bærekraftsarbeidet. Det vil også være interessant å studere balanseringen av bærekraft, økonomi og pasientens beste ved planleggingen og styringen av bærekraft.

Bærekraftig utvikling har fått mye oppmerksomhet opp gjennom tiårene, og er et begrep som fortsetter å vokse betydelig. Likevel er det lite forskning på område i offentlig sektor, og vi finner det derfor interessant å studere en offentlig virksomhet sitt engasjement på fagfeltet. I faget Ny offentlig styring gjennomførte vi en pilotstudie av antikorrupsjonsprogrammet til Helse Midt-Norge hvor vi studerte grunnlaget for implementeringen av programmet. I dialog med Helse Midt-Norge RHF ble vi inspirert til å fortsette i sporet av samfunnsansvar og ønsker i denne oppgaven å gjennomføre en casestudie av klimagass redusjon i anestesivdelingen ved St. Olavs hospital.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Tina Marie Mathisen og Argjenta Zogaj er ansvarlig for prosjektet. NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi har valgt å intervju intervjuobjekter med ulike tilknytting til caset for å oppnå en bred forståelse for hvordan bærekraft vektlegges og styres i Helse Midt-Norge. Det er grunnen til at du har fått spørsmål om å delta i undersøkelsen.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Vi vil intervju deg om hvilken påvirkning DIN avdelingen har på Helse Midt-Norge når det gjelder styringssystemer vedrørende klima og miljø. Vi vil ta taleopptak av intervjuene, slik at vi senere kan transkribere og bruke intervjuene i masteroppgaven vår. Bortsett fra tilhørighet i organisasjonen, vil du være anonymisert i selve masteroppgaven.

#### **Det er frivillig å delta**

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

Du kan trekke samtykket ved å kontakte Tina Marie Mathisen eller Argjenta Zogaj på e-post eller telefon.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare Tina Marie Mathisen og Argjenta Zogaj som vil ha tilgang til notater og taleopptak fra intervjuet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 24. mai 2022. Lydopptaket vil først lagres i en sky, og slettes umiddelbart etter intervjuet er transkribert og anonymisert.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Handelshøyskolen har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

- Tina Marie Mathisen, telefonnummer, mailadresse
- Argjenta Zogaj, telefonnummer, mailadresse
- Thomas Helgesen, Personvernombud NTNU, thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

Personverntjenester på mail: personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Per Christian Ahlgren*

(veileder)

*Tina Marie Mathisen og Argjenta Zogaj*

---

## **Samtykkeerklæring**



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

- å delta i intervjuet
- lydopptaker brukes under intervjuet, lagret i en sky og slettes umiddelbart etter transkribering

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2, intervjuguide:

### **Eksempel på intervjuguide.**

#### **Introduksjon**

Vil du presentere deg selv, og dine ansvarsoppgaver forbundet med stillingen din?

Hvordan posisjonerer din avdeling seg med resten av helseforetaket?

Samarbeider avdelingen/gruppen din med noen andre?

Hvordan bidrar dere for å møte de bærekraftsmålene som er satt?

- Hvordan er denne prosessen?

#### **Økonomistyring, PUKK-Hjulet**

##### *Planlegging*

Hvor får dere inspirasjon fra i planlegging av bærekraftige tiltak?

Hvordan planlegger dere en bærekraftig utvikling i anesthesiavdelingen?

Hvordan ser prosessen fra vedtak av tiltak fra det strategiske nivået til det kommer frem på avdelingsnivå?

Konkurransen som Sykehusinnkjøp definerer i webinarer "Hvordan reduserer vi klimagassutslippene fra anestesi?" er balanseringen av faktorene miljø, økonomi, fag, og praktisk håndtering. Hvordan tenker du at denne balansen skal se ut?

Hva tenker du er fordeler og ulemper med reduisering av Desfluran?

##### *Tiltak (Utføring)*

Hvilke tiltak gjør dere for å redusere klimagassutslipp i anesthesiavdelingen?

Hvordan føler du tiltakene deres blir tatt imot på det operative nivået i anesthesiavdelingen?

Er det andre tiltak enn reduisering av Desfluran som kan bidra å redusere klimagassutslippet fra anestesi?

- Hva er utfordringene med disse tiltakene, og blir disse iverksatt?

I arbeidet med å redusere klimagassutslipp fra anesthesiavdelingen, hvilke tiltak er iverksatt?

Hva gjør din avdeling for å redusere klimagassutslippene?

### *Kontrollering*

Hvem kontrollerer, og følger opp, de tiltakene som iverksettes?

Hvordan måler dere måloppnåelse i avdelingene?

Får dere noen tilbakemeldinger på tiltakene dere iverksetter?

- Hva har disse vært?

Har dere fått noen tilbakemeldinger på reduseringen av Desfluran?

Hvem, og hvordan, rapporterer til dere om tiltakenes virkning?

### *Evaluering (Korrigerings)*

Opplever dere en interessekonflikt mellom det operative- og strategiske nivået?

Hvordan reviderer dere miljøledelsen i helseforetakene?

Fra *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar* sammenlignes St. Olavs Hospital mot lignende sykehus i deres forbruk av Desfluran. Hvorfor tror du St. Olavs har høyest forbruk av dette?

- Er det noe som gjør at Helse Midt-Norge har andre utfordringer i forhold til klimagassutslipp, enn andre helseregioner?

Opplever dere at leger og sykepleiere er samarbeidsvillige når det kommer til bærekraftsarbeid?

Opplever dere egne initiativ fra leger, eller sykepleiere, når det kommer til bærekraftige tiltak?

I diskusjonen av redusering av klimagassutslipp fra anesthesiavdelingen, er det noe dere har sett som har fungert godt eller dårlig?

Ser dere noen forbedringer i helsesektoren når det kommer til styring av miljø, bærekraft og samfunnsansvar?

Opplever dere at atferden til avdelingene er i samsvar med deres miljøledelse? Eller har dere gjort tiltak for å begrense/endre atferd?

### **Utfordringer/balansering**

Hva er de generelle utfordringene når helsesektoren skal prioritere miljø?

Hvilke utfordringer møter dere i reduseringen av klimagassutslipp i anesthesiavdelingen?

Møter dere på noe motstand fra enten strategiske- eller operative nivået?

Hvordan tror dere det hadde blitt tatt imot på det operative nivået om dere hadde lagt strenge føringer og forbud mot bruk av legemidler/metoder regionalt?

Hvilket nivå i helsesektoren er den største pådriveren av bærekraftsarbeid?

Opplever dere at helsesektoren har et stort ansvar til bærekraft som en del av offentlig sektor?

Føler dere mye press fra statlige institusjoner? Og hvordan er dialogen deres med disse?

Møter dere ofte motstand der dere foreslår miljøtiltak som går utover den praksis som helsepersonellet er vant med å utøve, eller selv mener er best?

Føler dere noen gang at Bærekraftsmålene, eller miljøarbeid, går på bekostning av enten Økonomi, Effektivisering, eller Pasientens beste?

- Har du noen eksempler?
- Hvilken del av helsesektoren ønsker å fremme Økonomi?
- Hvilken del av helsesektoren ønsker å fremme Miljø?
- Hvilken del av helsesektoren ønsker å fremme Pasientens beste?

Tror du en bærekraftig utvikling noen gang prioriteres ovenfor Pasientens beste?

Hvordan planlegger dere å ivareta Pasientens beste i tillegg til å redusere klimagassutslippene ved anestesi?

I hvor stor grad er dere åpne for å prøve ut nye løsninger/legemidler/leverandører?

Føler dere at benchmarking, der helseforetak blir sammenlignet med andre helseforetak, er en effektiv måte å presse helseforetak til stadig å være mer miljøvennlige?

- Blir Benchmarking benyttet mye i helsesektoren, både regionalt, nasjonalt og internasjonalt?

### **Kommunikasjon og struktur**

Hva er det øverste organet når det kommer til miljøledelse i helsesektoren?

Hvordan er dialogen mellom Sykehusinnkjøp, Grønt sykehus, RHF og HF?

Hvordan er dialogen mellom dere og St. Olavs hospital/Helse Midt-Norge?

- Hvem kontakter dere i første omgang?
- Hvordan når informasjonen ned/opp i organisasjonsnivå?

I rammeverket for bærekraft og miljø, opplyser dere om at deres Miljøledelse skal følge ISO14001. På avdelingsnivå, hvem er det som bedriver miljøledelse i avdelingene?

Dere informerer også om i rammeverket at dere benytter forbedringshjulet, eller 'PUKK'-hjulet. Hvor sentralt står dette, og hvordan benyttes dette i praksis?

Hvordan er samarbeidet mellom dere og avdelingene/strategiske nivået?

Organiserer dere noen aktiviteter, eller konferanser, eller møter med relevante aktører årlig for å øke bevisstheten/ dialogen/ kontrollen om bærekraftige tiltak?

(Hvordan delegerer dere oppgavene nedover i helseforetakene?)

Er det noe du ønsker å legge til, eller føler vi burde ha spurt om?

