

Tobias Lund Korsgaten  
Marius Mortensen

# Effektivisering av ressursutnyttelsen i helseforetak - Styringsinformasjonens rolle

En casestudie av et stort norsk helseforetak

Masteroppgave i Økonomistyring  
Veileder: Kari Nyland & Martine Kjenstad  
Mai 2023



Tobias Lund Korsgaten  
Marius Mortensen

# **Effektivisering av ressursutnyttelsen i helseforetak**

## **- Styringsinformasjonens rolle**

En casestudie av et stort norsk helseforetak

Masteroppgave i Økonomistyring  
Veileder: Kari Nyland & Martine Kjenstad  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for økonomi  
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden



## **Førord**

Denne oppgaven markerer avslutningen på mastergraden vår i økonomi & administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen i Trondheim. Forskningsprosjektet er gjennomført våren 2023 og er en videreføring av pilotstudien vår fra høsten 2022. Masteroppgaven utgjør 30 studiepoeng og er skrevet innenfor hovedprofilen økonomistyring.

Vår kvalitative casestudie har til hensikt å undersøke bruk av styringsinformasjon for å effektivisere ressursutnyttelsen i et norsk helseforetak. Forskningsprosessen har tidvis vært krevende, men også svært lærerik og gitt oss god innsikt i økonomistyring i spesialhelsetjenesten. I løpet av denne studien har informantene våre ved helseforetaket vært svært engasjerte og kommet med nyttige bidrag som har gjort det mulig å gjennomføre prosjektet. Vi ønsker derfor å takke informantene våre, som stilte opp og tok seg tid til å svare på spørsmålene våre i deres hektiske hverdag.

Gjennom hele studien har veilederne våre vært til stor hjelp ved å alltid være tilgjengelige og møte oss med godt humør, samt bidratt med gode tilbakemeldinger og konstruktive diskusjoner. Vi ønsker derfor å rette en stor takk til Kari Nyland og Martine Kjenstad.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens egen regning.

Trondheim, mai 2023.



---

Tobias Lund Korsgaten



---

Marius Mortensen

## Sammendrag

Denne masteroppgaven er en studie av hvordan aktører ved et norsk helseforetak bruker det vi definerer som data-basert styringsinformasjon til å endre medisinsk praksis mot en mer effektiv ressursutnyttelse. Jamfør Simon (1954) omfatter bruk av styringsinformasjon de tre bruksområdene oppmerksomhetsstyring, beslutningstaking og evaluering/kontroll. Med utgangspunkt i dette har vi formet følgende problemstilling:

*«Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon til å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse i et stort og komplekst helseforetak?»*

I studien er et kvalitativt forskningsdesign anvendt, og ni semistrukturerte intervju med aktører i helseforetaket er gjennomført for å samle inn data. Vi utforsker problemstillingen ved å studere bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med to ulike styringssystemer. Dette gjør vi ved å studere bruk av styringsinformasjon utarbeidet sentralt med Kostnad per pasient (KPP), samt lokalt med et egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket. I tillegg utforsker vi utfordringene ved å bruke styringsinformasjon for å endre medisinsk praksis.

Vi finner at data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP brukes til å styre oppmerksomhet og evaluere/kontrollere aktivitet gjennom benchmarking. I tillegg oppleves KPP å ha potensial til å brukes for beslutningstaking og å endre medisinsk praksis. Vi finner derimot at dette er utfordrende fordi det oppstår et forståelsesgap mellom aktørene. På den andre siden finner vi at aktørene ved det minste sykehuset bruker data-basert styringsinformasjon fra deres egenutviklede styringssystem til beslutningstaking. De har brukt styringsinformasjonen til å endre medisinsk praksis i fast-track-prosedyrer og derav effektivisert ressursutnyttelsen.

Våre funn viser at aktørene bruker data-basert styringsinformasjon både sentralt og lokalt i helseforetaket. Det sentrale og lokale styringssystemet har komplementære egenskaper, som sammen utgjør en viktig del av økonomistyringen i helseforetaket. En viktig implikasjon av studien er å vise at styringsinformasjon kan brukes for å effektivisere ressursutnyttelsen i helseforetak. På den andre siden synliggjør studien også viktigheten av interaktiv bruk, samt at kommunikasjon og å skape en felles forståelse kan være avgjørende for hvorvidt aktører i et helseforetak bruker styringsinformasjon.

## **Abstract**

This master's thesis is a study of how actors at a Norwegian Health Enterprise use what we define as data-based management accounting information to change medical practice towards a more efficient use of resources. Simon (1954) states that use of management accounting information (MAI) includes attention directing, decision-making and evaluation/control. Based on this, we have formulated the following research question:

**"How do actors use data-based management accounting information to change medical practice towards a more efficient utilization of resources in a large Health Enterprise?"**

In this study, a qualitative research design has been used, and nine semi-structured interviews with actors in the Health Enterprise have been carried out to collect data. We study use of data-based MAI produced with two different management accounting systems. This is conducted by examining use of MAI produced centrally with "Kostnad per pasient (KPP)", as well as locally with a self-developed management accounting system at the smallest hospital in the Health Enterprise. In addition, we explore the challenges of using MAI to change medical practice.

We find that data-based MAI produced with KPP is used to attention-directing and evaluating/controlling activity through benchmarking. In addition, KPP is felt to have the potential to be used for decision-making and to change medical practice. However, we find that this is challenging because there is an *understanding-gap* between the actors. On the other hand, we find that the actors at the smallest hospital use data-based MAI produced from their self-developed management accounting system for decision-making. They have used data-based MAI to change medical practice in fast-track procedures and thereby made resource utilization more efficient.

Our findings show that the actors use data-based MAI both centrally and locally in the Health Enterprise. The central and local management accounting systems have complementary characteristics, which together form an important part of the management accounting in the Health Enterprise. An important implication of the study is to show that MAI can be used to make the resource utilization more efficient in Health Enterprises. On the other hand, the study also highlights the importance of communication and how creating a common understanding can be decisive for whether actors in a Health Enterprise use MAI.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	AKTUALISERING	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	BEGREPSAVKLARING	4
1.4	OPPGAVENS VIDERE STRUKTUR	5
<b>2.0</b>	<b>KONTEKST OG TIDLIGERE LITTERATUR</b>	<b>6</b>
2.1	ØKONOMISTYRING I HELSESEKTOREN	6
2.2	KOSTNAD PER PASIENT (KPP)	8
<b>3.0</b>	<b>TEORI</b>	<b>12</b>
3.1	LEVERS OF CONTROL	12
3.1.1	Rammeverkets fire systemer	14
3.1.2	Balansen mellom systemene	16
3.1.3	Kritikk mot LOC-rammeverket	17
3.2	PRAGMATISK KONSTRUKTIVISME	18
3.2.1	Rammeverkets fire dimensjoner	19
3.2.2	Språk-spill	22
3.3	ET PRAGMATISK KONSTRUKTIVISTISK PERSPEKTIV PÅ LOC-RAMMEVERKET	23
<b>4.0</b>	<b>METODE</b>	<b>25</b>
4.1	VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV	25
4.2	FORSKNINGSDESIGN	26
4.3	DATAINNSAMLING	27
4.3.1	Dokumentstudier	27
4.3.2	Semistrukturerte dybdeintervju	27
4.4	DATAANALYSE	29
4.5	EVALUERING AV METODEKVALITET	30
4.5.1	Pålitelighet	30
4.5.2	Gyldighet	31
4.5.3	Overførbarhet	32
4.5.4	Forskningsetikk	32
<b>5.0</b>	<b>EMPIRI</b>	<b>34</b>
5.1	CASEKONTEKST	34
5.1.1	Helseforetaket	34
5.1.2	Tilgang på data i helseforetaket	35
5.2	DATA-BASERT STYRINGSINFORMASJON UTARBEIDET MED KPP-KALKYLEN	36
5.2.1	Innhenting av data og bruk av KPP	36
5.2.2	Bruk av KPP-kalkylen	37
5.2.3	Begrenset tilgjengelighet	39
5.2.4	Trenering og skepsis til styringsinformasjonen	40
5.3	DATA-BASERT STYRINGSINFORMASJON UTARBEIDET MED ET EGENUTVIKLET STYRINGSSYSTEM	41
5.3.1	Egenutviklet styringssystem	41
5.3.2	Endringer i den medisinske praksisen; flytdager og fast-track-prosedyrer	44
5.3.3	Effektivisering av fast-track-prosedyrer	45
5.3.4	Kommunikasjon og forståelse av den data-baserte styringsinformasjonen	48
5.4	UTFORDRINGER VED Å BRUKE DATA-BASERT STYRINGSINFORMASJON	51
5.4.1	Forståelse blant aktørene i helseforetaket	51
5.4.2	Manglende oversettelse og behov for kommunikasjon	53
5.4.3	Tiltak for å håndtere utfordringer	54



<b>6.0 ANALYSE .....</b>	<b>56</b>
<b>6.1 KPP-KALKYLEN BRUKES TIL BENCHMARKING, MEN DER STOPPER DET .....</b>	<b>56</b>
<b>6.2 EGENUTVIKLET STYRINGSSYSTEM BRUKES TIL Å FORBEDRE PRAKSIS .....</b>	<b>61</b>
<b>6.3 BRUK AV DATA-BASERT STYRINGSINFORMASJON I HELSEFORETAKET .....</b>	<b>65</b>
<b>7.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>67</b>
<b>7.1 KONKLUSJON.....</b>	<b>67</b>
<b>7.2 IMPLIKASJONER OG BIDRAG .....</b>	<b>69</b>
<b>7.3 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING .....</b>	<b>71</b>
<b>8.0 REFERANSELISTE .....</b>	<b>73</b>
<b>9.0 VEDLEGG .....</b>	<b>80</b>
<b>9.1 VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE 1, KPP.....</b>	<b>80</b>
<b>9.2 VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE 2, DET MINSTE SYKEHUSET .....</b>	<b>81</b>
<b>9.3 VEDLEGG 3: PRINSIPMODELLEN FOR KPP. SANDVIK, SOLSTAD &amp; WEIDER (2006). .....</b>	<b>83</b>

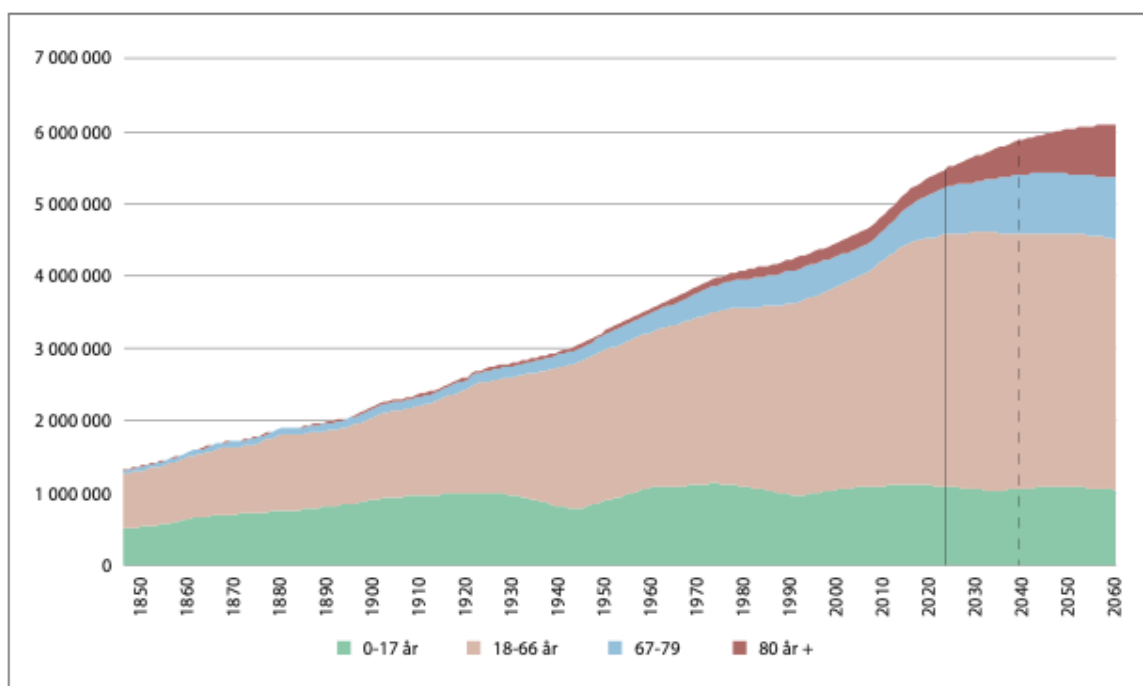
### **Figuroversikt:**

<b>Figur 1; Norges befolkning etter aldersgrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter ..</b>	<b>1</b>
<b>Figur 2; Prinsippmodellen for KPP.....</b>	<b>10</b>
<b>Figur 3; Levers of Control-rammeverket .....</b>	<b>13</b>
<b>Figur 4; Rammeverket for pragmatisk konstruktivisme .....</b>	<b>19</b>
<b>Figur 5; Sammensetning av informanter.....</b>	<b>29</b>
<b>Figur 6; Akkumulerte DRG-poeng for sykehuset.....</b>	<b>43</b>
<b>Figur 7; Gjennomsnittlig operasjonstid for primære hofteproteser ved sykehuset.....</b>	<b>47</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Aktualisering

I 2020 ble 11,4 prosent av norsk BNP benyttet til helse- og omsorgsformål (SSB, 2022). Relativt sett, sammenlignet med resten av Europa, er Norge et av landene som bruker mest ressurser på helse- og omsorgstjenester (NOU 2023: 4, 2023). Ressursbruken innenfor norsk helsesektor er allerede veldig stor, likevel er det faktorer som peker mot enda større etterspørsel av ressurser i sektoren fremover i tid. Torsdag 2. februar 2023 la Helsepersonellkommisjonen frem sin rapport om behovet for helsepersonell og kompetanse innenfor helsesektoren frem mot 2040. Tall fra deres utredning viser at helsesektoren har store demografiske utfordringer i møte, da Norges befolkningssammensetning vil endre seg drastisk. Som illustrert i figur 1 nedenfor, forventes aldersgruppen på «80 år +» omtrent å doble seg i løpet av de neste 20 årene. En slik utvikling innebærer økt etterspørsel etter helsetjenester, siden «aldersgruppen på 80 år + både har høy sykkelighet og omfattende omsorgsbehov» (NOU 2023: 4, 2023, s. 42).



**Figur 1;** Norges befolkning etter aldersgrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter

Kilde: (NOU 2023: 4, 2023, s. 42; basert på SSB statistikkbank, tabellene 10211 og 13599)

I tillegg til en markant økning i antall eldre, viser figur 1 også at innbyggere i aldersgruppen 18-66 år vil stagnere. Helsesektoren kommer inn i en tid hvor etterspørselen etter helsetjenester forventes å øke, samtidig som arbeidskraften sannsynligvis ikke kommer til å øke i like stor

grad. Av den grunn blir det viktigere enn noen gang å effektivisere ressursbruken i sektoren, slik at man får mest mulig helse ut av hver tilgjengelig krone.

Økonomistyring handler om nettopp det å styre ressursbruken i en organisasjon, mot maksimering av overordnede mål (Nyland & Olsen, 2017). Dermed er økonomistyring viktig i helsesektoren, hvor ressursene er knappe, og kommer til å bli desto knappere fremover. Gjennom å anvende styringssystemer, omfatter en sentral del av økonomistyring det å utarbeide styringsinformasjon. Det klassiske synet på bruk av styringsinformasjon kan deles opp og omfatte de tre bruksområdene oppmerksomhetsstyring, beslutningstaking og evaluering/kontroll (Simon, 1954). Med nøyaktig datagrunnlag og god styringsinformasjon har helseforetak mulighet til å endre medisinsk praksis mot en mer effektiv ressursutnyttelse, og derav stå bedre rustet mot de demografiske utfordringene som ligger fremfor dem. For som Helsepersonellkommissjonen så godt oppsummerer, «fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før» (NOU 2023: 4, 2023, s. 13).

## **1.2 Problemstilling**

Formålet med denne masteroppgaven er å studere hvordan et stort norsk helseforetak bruker det vi definerer som data-basert styringsinformasjon for å endre medisinsk praksis mot en mer effektiv ressursutnyttelse. Oppgaven har også som mål å kunne forklare utfordringene man møter i slike komplekse organisasjonskontekster som helseforetak er, hvor multiple aktører med ulike profesjoner skal samhandle og bruke styringsinformasjon. Dette gjør vi i form av en casestudie av et norsk helseforetak.

Man kan finne mye litteratur om økonomistyring i helsesektoren. Likevel finner vi at forskning rundt bruk av styringsinformasjon til å endre medisinsk praksis, og ikke minst om utfordringer man møter på veien, gjerne kunne hatt en større plass i litteraturen. Følgelig håper vi at denne oppgaven kan være et bidrag til en bedre forståelse rundt disse temaene. Vi ønsker også å gi økt innsikt i hvordan bruk av styringsinformasjon kan spille en viktig rolle for å legge til rette for effektivisering av norsk helsesektor, i den ressurskrevende tiden man har i møte. Med bakgrunn i dette har vi formet følgende problemstilling:

*«Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon til å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse i et helseforetak?»*

Vi tar fatt på problemstillingen ved å studere bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med to ulike styringssystem. For det første tar vi for oss bruk av styringsinformasjon utarbeidet sentralt i helseforetaket med styringssystemet Kostnad per pasient (KPP). KPP er en kalkyle som kobler aktivitets- og kostnadsdata på pasientnivå (Nyland & Pettersen, 2018, s. 103). Her finner tidligere forskning at KPP i liten grad har blitt brukt til intern styring ved norske helseforetak (Flokenes & Gladhaug, 2020; Ådlandsvik, 2020). Vi fikk derimot en annen oppfatning av hvorvidt KPP brukes i den interne styringen ved helseforetaket i vår studie etter en gjesteforelesning med økonomidirektøren i helseforetaket på starten av høstsemesteret 2022. Dette vekket en interesse hos oss, og førte til at vi gjennomførte en pilotstudie om bruk av KPP-kalkylen i helseforetaket, i emnet «BOKO5020 Ny offentlig styring». I denne masteroppgaven studerer vi dette videre.

For det andre ser vi på bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med et lokalt egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket. Der tar vi for oss hvordan aktører har brukt styringsinformasjon for å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrer ved sykehuset, og derav effektivisert disse prosedyrene. I tillegg til å studere bruk av data-basert styringsinformasjon, utforsker vi også utfordringene aktører møter når de prøver å bruke styringsinformasjon for å endre medisinsk praksis. Gjennom intervjuer med aktuelle informanter søker vi dermed å beskrive deres perspektiv på bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket, samt forklare hvilke utfordringer de opplever når styringsinformasjonen skal brukes. For å belyse problemstillingen vår, tar vi for oss tre forskningsspørsmål, som legger et grunnlag for oppgaven:

- 1. «Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen i helseforetaket?»*
- 2. «Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon fra et egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket?»*
- 3. «Hvilke utfordringer møter aktører ved bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket?»*

Grunnet oppgavens omfang har det vært nødvendig å foreta avgrensninger for å kunne besvare problemstillingen. Det er nettopp derfor vi har avgrenset oss til å se på data-basert styringsinformasjon utarbeidet med kun to ulike styringssystemer. Et sentralt styringssystem i form av KPP-kalkylen og et lokalt egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket. Formålet er ikke å sette disse opp mot hverandre, men å studere bruk av data-basert styringsinformasjon fra både et sentralt og lokalt styringssystem. Vårt teoretiske utgangspunkt er Levers of Control, som er et rammeverk for å beskrive hvordan styringssystemer og -informasjon brukes for strategisk fornyelse (Simons, 1995). Strategisk fornyelse kan sees i sammenheng med å endre medisinsk praksis mot mer effektiv ressursutnyttelse i et helseforetak. Som organisasjon består helseforetak av multiple aktører, med ulike profesjoner, som responderer ulikt på styringsinformasjon. Derfor har vi valgt å vektlegge et aktørperspektiv i oppgaven, og anvender det teoretiske rammeverket pragmatisk konstruktivisme for å forklare hvordan aktørene bruker data-basert styringsinformasjon, og eventuelt hvorfor de ikke klarer å bruke styringsinformasjon for å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse.

### **1.3 Begrepsavklaring**

Dette delkapittelet benyttes for å redegjøre kort for sentrale begreper som anvendes i problemstillingen og forskningsspørsmålene, samt videre i oppgaven. Dette er et preventivt tiltak for å unngå potensielle misforståelser, gjennom å sørge for at leseren får samme oppfatning av disse sentrale begrepene, som vi selv har.

Med begrepet *bruk* av styringsinformasjon tar vi for oss Simon (1954) sin klassiske inndeling, hvor bruk av styringsinformasjon omfatter de tre bruksområdene oppmerksomhetsstyring, beslutningstaking og evaluering/kontrollere aktivitet. Vi studerer hvordan informantene våre oppfatter både direkte bruk av styringsinformasjon til å foreta endringer og ta beslutninger, men også indirekte bruk, der styringsinformasjonen for eksempel synliggjør avvik og forskjeller, og man derav åpner døren for å styre oppmerksomhet og evaluere/kontrollere aktivitet.

Økonomistyring er et bredt fagområde, med multiple begreper som tilsynelatende er nokså like, overlappende og omhandler mye av det samme. I denne oppgaven forholder vi oss til begrepet *styringssystem* når vi tar for oss KPP-kalkylen og det egenutviklede styringssystemet. Vi

definerer begrepet styringssystem som systemer for å innhente og anvende informasjon som kan brukes til å koordinere beslutninger knyttet til planlegging, endring og kontroll i en organisasjon (Horngren et al., 2009). Videre benytter vi også begrepet *styringsinformasjon* i oppgaven. Med dette begrepet sikter vi til den informasjonen som utarbeides med nettopp styringssystemer, og som videre kan brukes, både direkte og indirekte, til å skape endring.

I både problemstillingen og forskningsspørsmålene våre benyttes begrepet *data-basert styringsinformasjon*. I oppgaven har vi avgrenset oss til å studere styringsinformasjon utarbeidet med kun to styringssystemer. Begge styringssystemene tar utgangspunkt i mye av det samme datagrunnlaget fra de samme databasene i helseregionens datavarehus. Dette er en fellesnevner for styringssystemene, og det er nettopp av den grunn at vi velger å definere styringsinformasjon utarbeidet med disse systemene som data-basert styringsinformasjon.

Et annet begrep vi anvender i oppgaven er *intern styring*. Her legger vi til grunn Malmi & Brown (2008, s. 290, vår oversettelse) sin definisjon av økonomistyring, som «bruk av styringssystemer for å føre aktørenes atferd og beslutninger i retning av organisasjonens strategi og mål». Hovedårsaken til at vi bruker begrepet intern styring, er at KPP-kalkylen også har som formål å være et rapporteringsverktøy i forholdet mellom stat og helseforetak, mens vi derimot konsentrerer oss om hvordan KPP brukes som et internt styringssystem i denne oppgaven.

#### **1.4 Oppgavens videre struktur**

I det innledende kapittelet har vi presentert oppgavens aktualisering, problemstilling og forskningsspørsmål, samt redegjort for sentrale begreper. Resten av oppgaven er organisert som følgende. I kapittel 2 presenteres det generelle kontekstuelle fundamentet i oppgaven. Her introduseres tidligere litteratur om økonomistyring i helsesektoren, før vi avslutter kapittelet med å utrede om KPP-kalkylen. I kapittel 3 fremlegges det teoretiske grunnlaget for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. Her presenterer Levers of Control og pragmatisk konstruktivisme, som er de to teoretiske rammeverkene vi anvender i oppgaven. I kapittel 4 presenterer vi vårt vitenskapsteoretiske ståsted, forskningsdesign og -metode, datainnsamlingen, samt refleksjoner rundt metodekvaliteten. Kapittel 5 omfatter fremleggelsen av empiriske funn, som vi i kapittel 6 analyser opp mot fremlagt teori og litteratur. I kapittel 7 avsluttes oppgaven med en oppsummerende konklusjon, bidrag og implikasjoner, samt forslag til videre forskning.

## 2.0 Kontekst og tidligere litteratur

I dette kapittelet redegjør vi for bakgrunnsinformasjon og tidligere litteratur som er relevant for å forstå oppgavens generelle kontekst. Vi starter med en gjennomgang av tidligere litteratur om økonomistyring i helsesektoren. Deretter føres fokuset over på Kostnad per pasient (KPP), med en redegjørelse av KPP-kalkylen og dens intenderte bruksområder.

### 2.1 Økonomistyring i helsesektoren<sup>1</sup>

Gjennom de siste tiårene årene har offentlig sektor gjennomgått store endringer, der styringen og struktureringen av sektoren har i stor grad blitt påvirket av den internasjonale reform-trenden New Public Management (NPM) (Fallan & Pettersen, 2010). Omfanget og utformingen av endringene basert på NPM har variert både over tid og mellom ulike land (Hood, 1995; Pollitt, 2001), men NPM som en «bred samling av overbevisninger, doktriner og kodifiserte erfaringer har fungert som en referanseramme i omformateringen av offentlig sektor» (Verbeeten & Speklé, 2015, 953-954, vår oversettelse). Gjennom de NPM-inspirerte reformenes inntog i offentlig sektor rettet man blikket mot forholdet mellom ressurser og nytte, og idealet ble at man skulle «gjøre mer med mindre» (Ferlie et al., 1996, s. 6, vår oversettelse). Med andre ord vokste det frem et fokus på effektiv ressursutnyttelse.

I 2002 ble helseforetaksreformen innført. Det medførte flere strukturelle endringer i sektoren. For eksempel påpeker Fallan & Pettersen (2010, s. 103) at «antall selvstendige sykehus ble i løpet av få år redusert fra om lag 80 til om lag 20 per 2009». Dette tyder på at NPM-agendaen har påvirket utviklingen av den norske helsesektoren, og at helsesektoren har gjennomgått store NPM-inspirerte endringer.

Helsesektoren er et organisatorisk felt hvor multiple verdier og krav er i spill, og hvor det er fokus på å øke kvalitet og redusere kostnader samtidig (Paauwe, Boselie & van den Broek, 2014). Den administrative og kliniske kulturen ved sykehus er svært forskjellige (March & Olsen, 1976). Her kan det oppstå paradoksale motsetninger mellom ledelsens styring og ambisjon om effektiv ressursutnyttelse på den ene siden, og helsepersonellens omsorgsideologi og etos på den andre siden (Danielsen & Hertel, 2018; Paauwe, Boselie & van den Broek, 2014; Coombs, 1987). Denne type utfordringer fremstår som potensielle barrierer for hvorvidt man

---

<sup>1</sup> Deler av kapittelet er hentet fra pilotstudien vår; *Kostnad per pasient (KPP) i Helse XXX* (Korsgaten & Mortensen, 2022)

klarer å implementere og bruke styringssystemer og -informasjon til å skape endring og allokering for en mer effektiv ressursutnyttelse.

Økonomistyring har tatt større plass i helsesektoren, noe som kan gjenspeiles i en rekke artikler og bøker (Lapsley & Miller, 2019; Nyland & Olsen, 2017; Berg, 2012; Llewellyn & Northcott, 2005; Kurunmäki, 2004 etc.). Kurunmäki, Lapsley & Melia (2003) hevder at økt omfang av økonomiske tiltak overtid har påvirket kjerneverdiene i den finske helsesektoren. Nyland, Morland & Burns (2017) finner at økonomiske aspekter i stor grad påvirker tankegangen på klinisk nivå i deres casestudie. På den andre siden mener Nyland & Pettersen (2004) at det kun er en løs kobling mellom økonomiske kontrollsystemer og den kliniske omsorgskjerne i deres studie av et norsk helseforetak.

Økende fokus på styring i helsesektoren har utfordret helsepersonell og kliniske ledere. Der hvor de tidligere kunne prioritere og fokusere på faglige aspekter, har de nå i større grad også ansvar for å ivareta administrative og økonomiske elementer (Danielsen & Hertel, 2018; Nyland & Olsen, 2017). Slike utfordringer har vært mye diskutert i litteraturen. Kurunmäki (1999) finner at aktører med medisinsk profesjon strever etter profesjonell autonomi, i hennes finske setting. Kurunmäki, Lapsley & Melia (2003) og Kurunmäki (2004) argumenterte for at helsepersonell i UK tenderte til å først og fremst vektlegge deres helseprofesjon, og derav kun utnytte styringsinformasjon ved ytterste behov. Her oppfattes det å ha vært skepsis blant klinikerne, og motstand til økt fokus på bruk av styringsinformasjon. Både Gebreiter (2015) og Broadbent, Jacobs & Laughlin (2001) finner nøyaktig samme tendenser i deres studier av helsesektoren i UK, mens Jacobs (1998) og Lowe & Doolin (1999) finner samme særpreg på motstand til styring i deres studier av sykehus i New Zealand. På den andre siden finner man aspekter om mer toleranse fra helsepersonell i forhold til økonomistyring, i andre artikler. Lapsley (2001) mener blant annet at klinikere ved britiske sykehus har minket deres motstand mot styringsreformene. Videre hevder Lehtonen (2007) at suksessfull implementering av styringssystemer som DRG-basert prising og «casemix accounting systems» i stor grad er avhengig av at man involverer klinikerne i prosessene.

Gjennom litteraturen presentert ovenfor kommer det tydelig frem at det er vanskelig å si noe generelt om forholdet mellom profesjonene økonomi og helse i helsesektoren. Artikkene fremlegger ulike funn om økonomistyring i helsesektoren. Den organisatoriske konteksten er ulik i de forskjellige artiklene, og dette er selvsagt viktig å ha i mente. Hvis man skal studere



bruken av styringssystemer og -informasjon i helseforetak kan det derfor, som Guven-Uslu (2017) påpeker, være hensiktsmessig å hensynta aktørene i den konteksten man studerer. Og som vi utreder i kapittel 3, ønsker vi å vektlegge et aktørperspektiv i denne oppgaven. Men først skal vi se på KPP-kalkylen.

## 2.2 Kostnad per pasient (KPP)<sup>2</sup>

Som tidligere nevnt ble 11,4 prosentpoeng av norsk BNP brukt på helse- og omsorgsformål i 2020 (SSB.no, 2022). Omfanget av ressurser brukt i helseøymed tyder på et behov for effektiv styring, slik at man kan organisere og effektivisere ressursutnyttelsen i sektoren og derav tilby et tilfredsstillende helsetilbud til det norske folk. For å sikre bedre økonomistyring og mer nøyaktig kostnadsrapportering utarbeidet Helsedirektoratet (2012) en nasjonal modell for å beregne kostnader per pasient. Kostnad per pasient (KPP) er en kalkyle som kobler aktivitets- og kostnadsdata på pasientnivå (Nyland & Pettersen, 2018, s. 103). Kalkylen er i utgangspunktet en fullkostkalkyle. Det tilsier at samtlige kostnader fordeles til kalkylen, foruten de kostnadene som ikke har noen relevans opp mot pasientbehandling (Sandvik, Solstad & Weider, 2006). Kalkylen har til hensikt å gi relevant informasjon til staten, som de kan basere sine beslutninger på. I tillegg skal KPP-kalkylen bidra med styringsinformasjon som skal kunne anvendes i den interne styringen ved de norske helseforetakene (Helsedirektoratet, 2012). Gjennom å gi bedre innsikt i hvilken type behandling en pasient har fått, samt hvilke kostnader behandlingen har medført, oppfattes Helsedirektoratet (2012) å forvente at man kan utarbeide styringsinformasjon fra KPP-kalkylen, som kan brukes til interne formål i helseforetakene. Dette vil i såfall åpne opp for å bruke data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP til å gjøre endringer i den medisinske praksisen, mot en mer effektiv ressursutnyttelse.

Ifølge Kaplan og Porter (2011) er det gjennomgående i de fleste land at kostnader knyttet til helsevirksomhet har en tiltakende trend. Det kan blant annet sees i sammenheng med stadig økende forventet levealder i befolkningen (NOU: 2023; 4, 2023; Bævre, 2021). Selv om effektiv styring i norsk helsesektor er viktig, er det en intrikat sektor å styre i. Kostnadskalkulasjon er ofte krevende med tanke på hvor «komplekse og sammensatte organisasjoner sykehus er» (Kaplan & Porter, 2011, s. 50, vår oversettelse). Denne

---

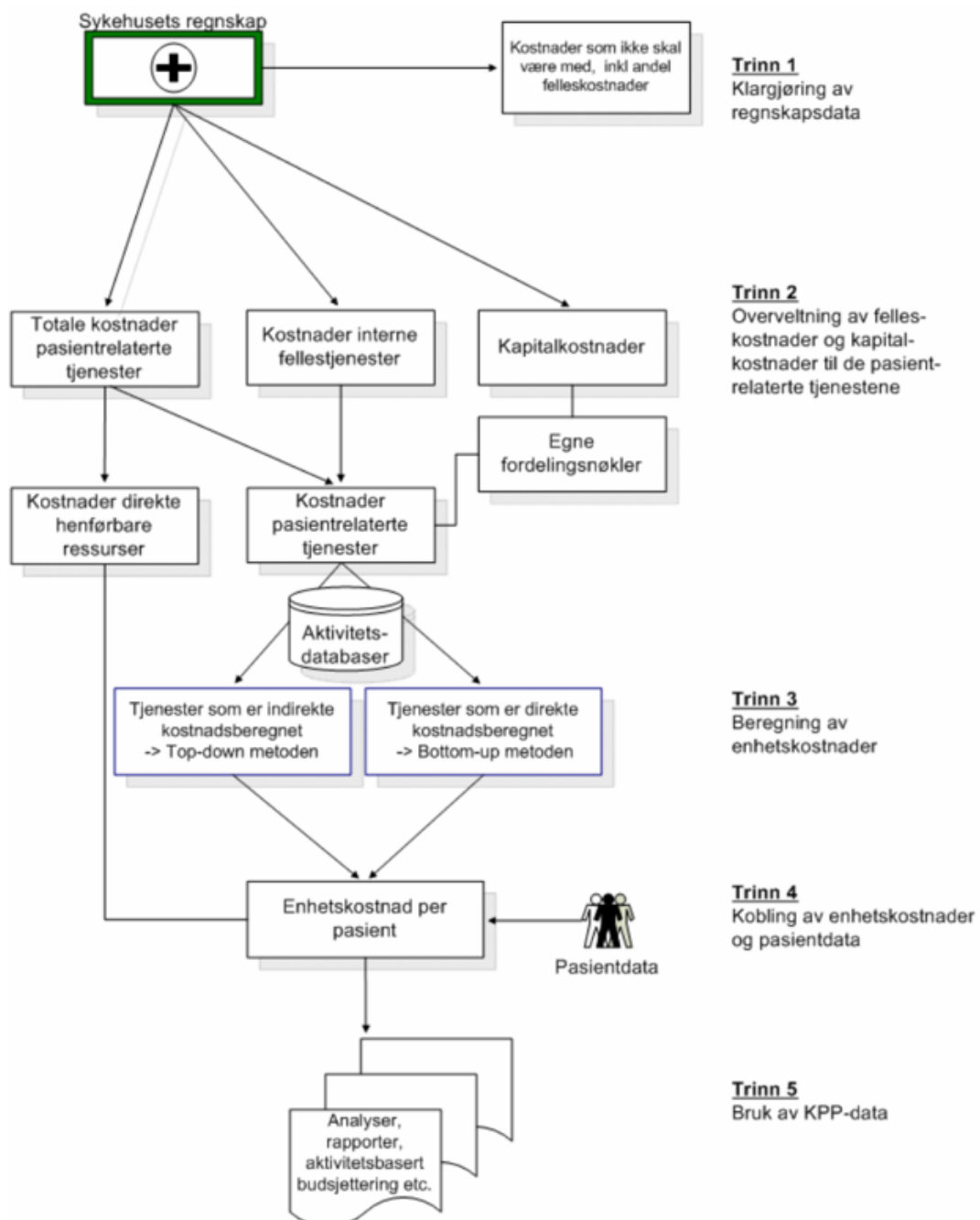
<sup>2</sup> Deler av kapittelet er hentet fra pilotstudien vår; *Kostnad per pasient (KPP) i Helse XXX* (Korsgaten & Mortensen, 2022)

kompleksiteten gjør det vanskelig å sette en konkret sum på hva én pasient koster. Den største andelen av ressurser en pasient legger beslag på er felleskostnader (Ahlgren, Nyland & Saur, 2021). Ahlgren, Nyland & Saur (2021) mener derfor at det kan være nyttig å benytte kalkyler som evner å fange opp disse felleskostnadene via kostnadsdriverne i et pasientopphold. Dersom en slik kalkyle skal evne å gi beslutningsrelevant informasjon, forutsetter det at de kostnadene som fordeles til pasientene er drevet av den faktiske behandlingen pasienten mottar (Ahlgren, Nyland & Saur, 2021). Jamfør Kaplan og Porter (2011) vil tidsdrevne ABC-kalkyler være nyttig for å fange opp hele spekteret av behandlingkostnader og gi en presis fordeling av kostnader gjennom hele pasientoppholdet.

I 1997 ble Innsatsstyrt Finansiering (ISF) etablert som den primære finansieringsordningen for norske helseforetak (Magnussen, 2019). ISF er en stykkprisbasert refusjonsordning der man deler inn i såkalte «diagnoserelaterte pasientgrupper» (DRG). DRG er et pasientklassifiseringssystem der «sykehusopphold eller polokliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene» (Helsedirektoratet, 2022). Tidligere ble prisene i ISF basert på gjennomsnittlige kostnader i hver DRG, som igjen kun var basert på tall fra et utvalg sykehus. Dette kunne medføre upresise estimater, og gjorde det samtidig vanskelig å sammenligne bruk av ressurser i samme DRG (Ahlgren, Nyland, & Saur, 2021). Som et svar på disse utfordringene har Helsedirektoratet endret til å basere ISF-prisene på innrapportert KPP-data. KPP-kalkylen danner dermed grunnlaget for stykkprisfinansiering i sykehusene, og bidrar til en mer presis fordeling av kostnader, samt mer pålitelige priser i IFS. Med dette tatt i betraktning har KPP-kalkylen til formål å være et statsadministrativt rapporteringsverktøy for kostnadsrapportering i det Fallan og Pettersen (2010) kaller for bestiller-utfører-forholdet mellom stat og helseforetak.

På den andre siden er kalkylen også intendert å anvendes i den interne styringen i helseforetakene. Ifølge Helsedirektoratet (2012, s.6) vil «en bedre dokumentasjon av sykehusenes aktivitet og det tilhørende kostnadsbildet gi helseforetakene et bedre grunnlag for å fatte beslutninger». I styringsøyemed oppfattes det at KPP-kalkylen åpner en rekke dører for helseforetakene. Det åpner blant annet døren for å gi ledelsen bedre og mer beslutningsrelevant informasjon. Via Helsedirektoratet (2018) kommer det frem at styringsinformasjonen utarbeidet med KPP-data har et potensial til å medføre omstrukturering av helsetjenester, som igjen kan effektivisere pasientforløp og ressursutnyttelsen i foretaket.

I spesialhelsetjenesten vil behandling av en pasient, som tidligere nevnt, legge beslag på en rekke ulike ressurser som ofte kan være vanskelige å identifisere. For å identifisere disse vanskelig observerbare kostnadene, samt forstå intuisjonen bak beregningene, kan det være nyttig å se på Sintef sin teoretiske prinsippmodell for KPP (Sandvik, Solstad & Weider, 2006). Den er illustrert i figur 2 og redegjort for i vedlegg 3. Ved hjelp av modellen blir det tydelig hvor og hvordan de pasientrelaterte kostnadene genereres, samt hvilke faktorer i pasientbehandling som bærer disse kostnadene.



Figur 2; Prinsippmodellen for KPP.

Kilde: Sandvik, Solstad & Weider (2006).

Når kostnadsgrunnlaget er fordelt i henhold til trinnene i figur 2, og kostnadene knyttet til både tjenester og forbruksmateriell er fordelt på pasient, sitter man igjen med KPP-data som kan anvendes i den interne styringen (Sandvik, Solstad & Weider, 2006). Registreringen av data koblet opp på pasientnivå gjør at kalkylen bidrar med data-basert styringsinformasjon. Dette er styringsinformasjon som blant annet muliggjør benchmarking både sentralt og lokalt i et helseforetak (Sandvik, Solstad & Weider, 2006). Det støttes av funnene til Bakken & Kristiansen (2019), som finner at KPP-kalkylen blant annet muliggjør intern benchmarking. Kalkylen åpner for å sammenligne kostnad per pasient i DRG-er, både historisk mot seg selv, men også med andre enheter, både på sentralt og lokalt nivå i helseforetakene. Kalkylen kan dermed benyttes som et styringssystem for analyse av medisinsk praksis, opp mot standarder eller sammenlignbare enheter. Slik hevder Sandvik, Solstad & Weider (2006) at KPP-kalkylen kan ha en sentral rolle i den interne styringen i et helseforetak.

## 3.0 Teori

I dette kapittelet fremlegges vårt teoretiske grunnlag for å studere problemstillingen og forskningsspørsmålene våre. De to teoretiske rammeverkene som benyttes for å analysere de empiriske funnene i oppgavens analysekapittel er henholdsvis Levers of Control (LOC) og pragmatisk konstruktivisme (PK). Levers of Control-rammeverket har til hensikt å beskrive hvordan styringssystemer og -informasjon brukes i helseforetaket. I utgangspunktet kan LOC betraktes som et rammeverk med et systemperspektiv. Som organisasjon består et helseforetak derimot av multiple aktører, med ulike profesjoner, som kan ha ulike behov. Dermed har vi valgt å også vektlegge et aktørperspektiv i oppgaven. Av den grunn tar vi for oss det teoretiske rammeverket pragmatisk konstruktivisme, for å forklare hvordan aktørene i helseforetaket bruker data-basert styringsinformasjon, eventuelt hvorfor de ikke klarer å bruke styringsinformasjonen. Kapittelet avsluttes med et pragmatisk konstruktivistisk perspektiv på LOC-rammeverket, for å binde sammen de to teoretiske rammeverkene.

### 3.1 Levers of Control<sup>3</sup>

Faktorer som «større konkurranse, endringer i markedene, nye organisasjonsstrukturer, samt økt fokus på kunnskap og humankapital internt i organisasjoner», medførte et behov for nye strategiske fokusområder (Simons, 1994b, s. 3, vår oversettelse). Robert Simons (1994a) hevdet derfor at det var nødvendig med en ny ledelsesfokuseret styringsteori der behovet for balanse mellom spenninger i organisasjonen ble anerkjent. På bakgrunn av dette introduserte han Levers of control-rammeverket. Dette er et rammeverk som tar for seg et fundamentalt problem ledere møter, nemlig «hvordan man skal utøve tilstrekkelig kontroll i organisasjoner hvor det kreves fleksibilitet, innovasjon og kreativitet» (Simons, 1995, s. 80, vår oversettelse). Dette er en høyst aktuell utfordring i helseforetak, hvor det kan oppstå paradoksale motsetninger mellom ledelsens styring og helsepersonellens omsorgsideologi (Danielsen & Hertel, 2018). Helsepersonell, med deres omsorgsideologi, skulle eksempelvis hatt fleksibilitet til å pleie pasienter slik det passet dem, mens ledelsen gjerne skulle kontrollert hvert eneste pasientforløp og ressursbruken det medfører.

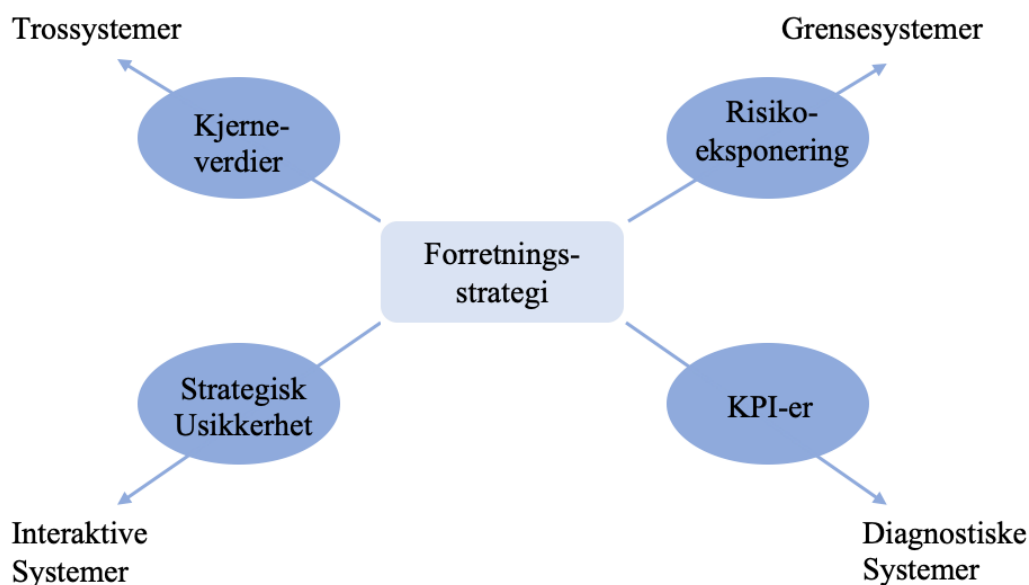
Et styringssystem har til formål å innhente og anvende informasjon som kan brukes til å koordinere beslutninger knyttet til planlegging, endring og kontroll i en organisasjon (Horngren

---

<sup>3</sup> Deler av kapittelet er hentet fra pilotstudien vår; *Kostnad per pasient (KPP) i Helse XXX* (Korsgaten & Mortensen, 2022)

et al., 2009). Otley (1980) påpeker videre at styringssystemer omfatter multiple systemer som fungerer i et dynamisk samspill. Disse systemene kan defineres som «formelle, informasjonsbaserte rutiner og prosedyrer, som organisasjonens ledelse bruker for å opprettholde eller endre mønster i organisatoriske aktiviteter» (Simons, 1994b, s. 5, vår oversettelse). Det er flere elementer ved denne definisjonen er vesentlig å bemerke. For det første fokuseres det på «formelle rutiner og prosedyrer», som kan omfatte budsjett, planer eller andre styringssystemer, som KPP-kalkylen. Selv om man tar utgangspunkt i rutiner og prosedyrer av formell art, så påpeker Simons (1994b) at man kan bruke LOC til å studere hvordan de formelle rutinene og prosedyrene stimulerer uformelle prosesser som påvirker organisatorisk atferd. For eksempel hvordan data-basert styringsinformasjon kan påvirke klinikerens atferd og aktivitet. For det andre er det verdt å bemerke at definisjonen vektlegger at systemer er informasjonsbaserte. Dette mener Simons (1994b) er viktig fordi ledelsen bruker informasjon til mange ulike formål, som å overvåke prestasjon, kommunisere planer, endringer og mål, samt informere om organisasjonens utvikling. Slike informasjonssystemer blir styringssystemer nettopp når de benyttes til å opprettholde eller endre mønster i organisatorisk aktivitet (Simons, 1994b).

Simons (1995) Levers of control-rammeverket beskriver fire systemer – trossystem, grensesystem, diagnostiske system og interaktive system – som sammen, gjennom riktig balanse, kan skape fordeler for organisasjonen. Bruk av data-basert styringsinformasjon for intern styring i helseforetaket kan følgelig kobles til disse systemene.



**Figur 3;** Levers of Control-rammeverket. Kilde: (Basert på Skrove & Utnes, 2019; Simons, 1994b)

### 3.1.1 Rammeverkets fire systemer

Trossystemet er «det eksplisitte settet med organisatoriske definisjoner som lederne kommuniserer formelt og forsterker systematisk for å skape grunnleggende verdier, formål og retninger» (Simons, 1994b, s. 34, vår oversettelse). Trossystemet forstås derfor som å kommunisere organisasjonens kjerneverdier for å motivere medarbeiderne i ønsket retning (Simons, 1995). Hvis et helseforetak har kvalitet som en kjerneverdi, kan det eksempelvis tenkes at ledere i helseforetaket kan motivere medarbeiderne sine mot denne kjerneverdien gjennom å fokusere på mer effektiv ressursutnyttelse. For eksempel, ved å formilde data-basert styringsinformasjon, kan man skape en forståelse for hvordan økt effektivitet potensielt kan henge tett sammen med økt kvalitet i den medisinske praksisen. Slik kan man styre aktørens oppmerksomhet i ønsket retning, og derigjennom endre fokus. På den måten kan data-basert styringsinformasjon brukes som trossystem.

Grensesystemet «avgrenser hva som er akseptabelt domene for organisatorisk aktivitet blant medarbeiderne» (Simons, 1994b, s. 39, vår oversettelse). Her kommuniseres de handlingene medarbeiderne skal unngå, slik at ledelsen reduserer risikoen for opportunistisk atferd blant de ansatte. På den andre siden skal grensesystem også gi rom for kreativitet, men da innenfor nettopp de grensene som settes. Gjennom å sette tydelige og forhåndsdefinerte grenser, kan ledere gi medarbeiderne frihet til å innovere og være kreativ for å nå organisasjonens mål (Widener, 2007). Det er nettopp dette som er hovedformålet med grensesystemet. Hvis man klarer å oversette data-basert styringsinformasjon, slik at klinikere forstår informasjonen og hvorfor det skal påvirke den medisinske praksisen, kan styringsinformasjonen benyttes til å sette grenser. For eksempel å sette grenser for hvor fleksibelt klinikere kan utføre arbeidsoppgavene sine. Dette kan blant annet foregå gjennom standardisering, som å sette standarder for liggetid ved sengeposter eller standarder for operasjonsprosessene på operasjonsstuen.

Widener (2007) påpeker videre at både trossystemet og grensesystemet har som formål å motivere de ansatte til å søke muligheter og oppnå mål. Grensesystemet gjør dette på en negativ måte ved å begrense atferd, mens trossystemet gjør det på en positiv måte gjennom å inspirere og motivere. Simons (1995) hevder at det diagnostiske og det interaktive systemet også gir henholdsvis negativ og positiv energi. Disse fire systemene kan deles inn i to bolker, og er som yin og yang, hvor den dynamiske spenningen som oppstår i bruken av systemene kan medføre

organisatorisk læring og utvikling. Videre skal vi se på det diagnostiske og det interaktive systemet.

Simons (1995) legger frem det diagnostiske systemet som kontroll av kritiske prestasjonsvariabler. Det omfatter at man utarbeider og overvåker sentrale variabler etter satte standarder, og derav skanner etter avvik i prestasjon. Dermed kan diagnostisk bruk av styringsinformasjon sees som den mest tradisjonelle anvendelsen av styringssystemer (Mundy, 2010). Det diagnostiske systemet har til hensikt å motivere medarbeiderne slik at deres prestasjon og atferd står i stil til organisasjonens mål (Widener, 2007). Widener (2007) påpeker videre at det diagnostiske system blant annet muliggjør benchmarking. Helseforetaket i denne studien har flere sykehus. Følgelig har de flere sammenlignbare enheter og et ypperlig grunnlag for å drive benchmarking mellom enhetene i helseforetaket. Benchmarking er et kraftfullt hjelpemiddel for å forbedre prestasjon, og kan sees på som en prosess hvor det etableres standarder for prestasjon, og hvor aktivitet sammenlignes opp mot disse standardene (Benson, 1994). I tillegg til å benchmarke mot andre enheter, forstås benchmarking derfor også som bruk av styringsinformasjon for å sammenligne mot seg selv og følge utviklingen i egen enhet.

Både bruk av KPP-kalkylen og det egenutviklede styringssystemet kan kobles til benchmarking, da de kan benyttes til å overvåke resultater og avvik fra standarder (Simons, 1995). På denne måten kan den data-baserte styringsinformasjonen utarbeidet med disse to styringssystemene brukes som diagnostisk system. For eksempel kan kostnaden per pasient for pasienter med lungebetennelse sammenlignes mellom sengepostene for lungebetennelse ved sykehusene i helseforetaket. Denne type benchmarking kan få frem hvorvidt man avviker fra enten en satt standard eller de andre sengepostene. Derav kan man bruke styringsinformasjonen til å ta beslutninger som medfører endring i den medisinske praksisen og følgelig effektiviserer ressursutnyttelsen. På denne måten kan KPP-kalkylen brukes aktivt som et diagnostisk styringssystem for å drive medarbeiderne mot helseforetakets mål.

Med over 6000 ansatte er helseforetaket en stor og kompleks organisasjon (Helse-xxx, 2022a). Dette medfører naturligvis at det oppstår mindre kontakt mellom ledelse og medarbeidere, enn hva det gjør i mindre organisasjoner. Herav hevder Simons (1995) at det diagnostiske system ikke strekker til alene. Dermed kommer det interaktive systemet inn i bildet. Det interaktive systemet karakteriseres som et informasjonssystem, hvor ledere og medarbeidere gjennom aktiv og frekvent dialog og to-veis-kommunikasjon kan skape utvikling og overkomme



strategiske barrierer i deres dynamiske setting (Mundy, 2010; Widener, 2007; Simons, 1994b). Dette oppfattes som en inkluderende form for styring, hvor det å skape forståelse og enighet, gjennom kommunikasjon, er viktig. En sentral faktor for å kunne lykkes, er at det eksisterer arenaer hvor man kan kommunisere og skape forståelse. Klarer man å formidle og diskutere data-basert styringsinformasjon på en interaktiv måte, gjennom kommunikasjon og dialog, hvor forståelse for styringsinformasjonen skapes, kan det følgelig medføre utvikling i organisasjonen.

Interaktive systemer har til hensikt å stimulere læring og innovasjon i organisasjonen (Simons, 1994b). Tidligere masteroppgaver som har studert KPP finner at styringsinformasjon utarbeidet fra kalkylen i liten grad har blitt brukt i intern styring ved ulike norske helseforetak (Floknes & Gladhaug, 2020; Ådlandsvik, 2020). I tillegg har vi, som tidligere nevnt, kommet over mye litteratur som finner at styringssystemer og -informasjon møtes av motstand fra helsepersonell (Danielsen & Hertel, 2018; Gebreiter, 2015; Kurunmäki, 2004; Kurunmäki, Lapsley & Melia, 2003; Broadbent, Jacobs & Laughlin, 2001; Lowe & Doolin, 1999; Jacobs, 1998). Dette kan tyde på at det å klare og skape en interaktiv dialog mellom ledere, økonomer og helsepersonell, samt å oversette styringsinformasjon til klinisk fagspråk for å skape forståelse, kan være strategiske barrierer i helseforetak. Det å minke motstanden, og heller skape forståelse blant helsepersonellet, kan være avgjørende for hvorvidt aktører i et helseforetak klarer å faktisk bruke styringsinformasjon til å skape endring og oppnå mer effektiv ressursutnyttelse. Interaktive systemer kan sees på som en «avgjørende katalysatorer for kontinuerlig dialog og diskusjon rundt underliggende data, antagelser og handlingsplaner» i organisasjonen (Simons, 1995, s. 87, vår oversettelse).

### **3.1.2 Balansen mellom systemene**

Ifølge Simons (1995) er det mengden strategisk usikkerhet, utfordringer og risiko som avgjør balansen mellom systemene. Dette sammenfaller med funnene til Widener (2007, s. 781, vår oversettelse), som finner at «det er de to strategiske elementer – strategisk usikkerhet og strategisk risiko – som driver den dynamiske spenningen mellom systemene». Denne spenningen sees på som dynamisk fordi både eksterne og interne faktorer kontinuerlig påvirker organisasjonen (Henri, 2006). Derfor vil det være viktig å dyrke riktig balanse i bruken av data-basert styringsinformasjon ut fra den dynamiske konteksten man befinner seg i. Det er dog vesentlig å understreke at begrepet balanse ikke betyr at de fire systemene til enhver tid skal vektlegges like mye, men at de skal vektlegges riktig ut fra konteksten man befinner seg i. For

eksempel kan perioder hvor store pandemier inntreffer, noe som medfører økt pasienttrykk, skape et behov for større grad av diagnostisk og grensesettende styring i et helseforetak, enn hva som er nødvendig i mer normale perioder. I normale perioder kan det derimot være større handlingsrom for å legge til rette for kreativitet, innovasjon og læring gjennom vektleggelse av trossystem og interaktive system.

Organisasjoner bør kontinuerlig overvåke og justere den balanserte bruken av systemene, da den situasjonsbestemte settingen vil kreve endring over tid (Simons, 1994b). Riktig balanse og spenning mellom systemene skal ifølge Simons (1995) medføre positiv utvikling i organisasjonen. Følgelig representerer systemene «spakene» ledelsen kan trekke i for å skape endring (Skrove & Utnes, 2019). Hvis ledere i et helseforetak klarer å bruke data-basert styringsinformasjon i riktig balanse, for eksempel både diagnostisk gjennom benchmarking, og interaktivt gjennom kommunikasjon med helsepersonell, kan den dynamiske spenningen mellom systemene legge et grunnlag for utvikling av medisinsk praksis og følgelig føre til mer effektiv ressursutnyttelse.

### **3.1.3 Kritikk mot LOC-rammeverket**

Selv om Robert Simons' Levers of Control-rammeverk er et av de mest kjente teoretiske rammeverkene innenfor økonomistyringslitteraturen, kommer det ikke foruten kritikk. For det første kritiseres rammeverket for sine vage og ambisiøse definisjoner (Tessier & Otley, 2012). Bisbe, Batista-Goguet & Chenhall (2007) hevder blant annet at interaktive systemer er et vagt begrep, som kan omfatte alt som har med kommunikasjon og samhandling å gjøre, og at begrepet er en parallell til flere andre teoretiske rammeverk innenfor kommunikasjonsteori, psykologi og organisasjonslære. Begrepet tilbyr en bred, samt praksis- og kontekstorientert forståelse heller enn en strengere og mer fast definisjon, og kan derav oppfattes som vagt.

Det LOC-rammeverket muligens blir kritisert mest for, som blant annet Ferreira & Otley (2009) påpeker, er at rammeverket er nokså toppledelsesfokusert. Det er en ledelsesbasert teori som kun fokuserer på ledelsens perspektiv og bruk av systemer. Dette sammenfaller med Gray (1990) sin kritikk rettet mot LOC, da hun mener at LOC-rammeverket i for stor grad vurderer medarbeiderne i organisasjonen som passive aktører. Følgelig kan Levers of Control sees på som et systemperspektiv, der «medarbeiderne anses som en systemkomponent» (Guven-Uslu, 2017, s. 310, vår oversettelse). Der LOC-rammeverket fokuserer på hvordan ledelsen

suksessfullt kan gjennomføre strategisk fornyelse, hevder Ferreira & Otley (2009) at en bredere tilnærming vil skape et bedre overblikk for å kunne beskrive de strategiske prosessene.

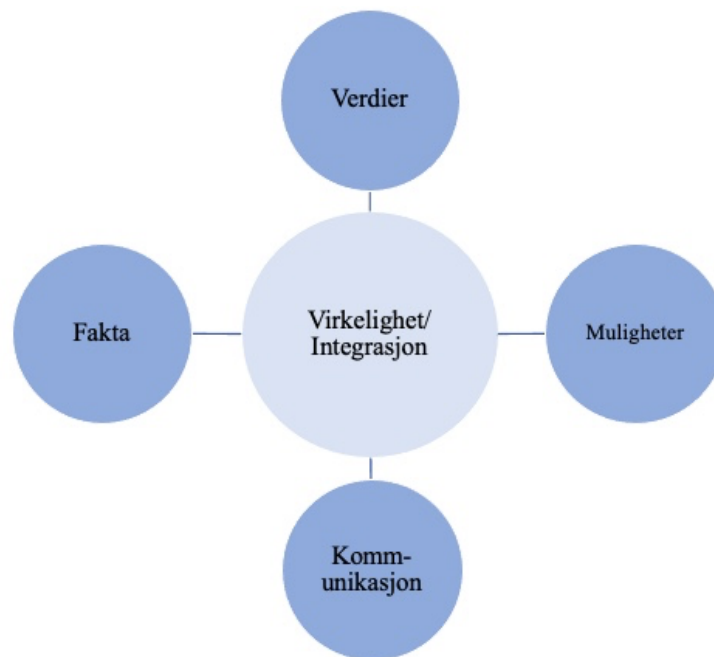
LOC-rammeverket kritiseres også for å utelate hensyn til både organisasjonsstruktur og desentralisering, mens andre, bredere teoretiske rammeverk i større grad hensyntar slike elementer (Ferreira & Otley, 2009; Malmi & Brown, 2008). Også Ahrens & Chapman (2004) har innvendinger mot LOC-rammeverket, og argumenterer for at rammeverket etterlater seg utfordringer knyttet til hvordan organisasjoner bør mikse bruken av systemene. Levers of Control kan oppfattes å bli kritisert for å ha en Contingency-basert tilnærming. Faktorer som nettopp organisasjonsstruktur, desentralisering og medarbeiderne blir sett på som en del av den organisatoriske konteksten, og balansen mellom bruk av systemene er avhengig av den situasjonsbestemte settingen man befinner seg i. For å forstå hvordan data-basert styringsinformasjon brukes i helseforetaket, mener vi derfor at det er hensiktsmessig å også anvende et teoretisk rammeverk som i større grad hensyntar aktørene og konteksten, og det er da pragmatisk konstruktivismen kommer inn i bildet.

### **3.2 Pragmatisk konstruktivismen**

Der hvor LOC-rammeverket har et systemperspektiv, ønsker vi i tillegg å benytte pragmatisk konstruktivismen (PK), for å kunne studere bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket med et aktørperspektiv. Pragmatisk konstruktivismen er et rammeverk man kan anvende for å studere, forstå og forklare organisatorisk praksis gjennom aktørenes forståelse av den situasjonsbestemte settingen (Nørreklit, Raffnsøe-Møller, & Mitchell, 2016).

Rammeverket kan anvendes til å for eksempel studere hvordan aktører med ulike profesjoner og verdier forstår den samme informasjonen og fakta. Derav kan man forklare hvordan aktørene påvirker organisatorisk praksis gjennom handlinger. Slik gir PK mulighet til å identifisere og forstå hvorfor aktørers handlinger resulterer i ulike nivå av suksess (Mitchell et al., 2021). Dermed kan rammeverket anvendes til å studere aktører i helseforetak, og følgelig hvorfor de lykkes, eller ikke lykkes, med å påvirke organisasjonens praksis, som for eksempel å endre medisinsk praksis mot en mer effektiv ressursutnyttelse. For at en handling skal oppfattes som suksessfull, må aktørens virkelighetskonsept integrere de fire dimensjonene fakta, muligheter,

verdier og kommunikasjon (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016). Dette illustreres i figur 4 nedenfor.



*Figur 4; Rammeverket for pragmatisk konstruktivisme*

Kilde: (Basert på Tiitola et al., 2022)

### 3.2.1 Rammeverkets fire dimensjoner

For å gjennomføre en handling må en aktør først og fremst ha forankret et grunnlag av fakta. Fakta er den første dimensjonen i rammeverket. Nørreklit (2017a, 2017b) understreker at uten et faktagrunnlag, har aktøren ingen grunn til å anta at handlingens utfall vil være suksessfullt. Følgelig er fakta en fundamental variabel for handling og praksis. I den situasjonsbestemte settingen i denne oppgaven, kan man blant annet tenke på data-basert styringsinformasjon, utarbeidet med det egenutviklede styringssystemet ved helseforetakets minste sykehus, eller med KPP-kalkylen, som fakta. Eksempelvis, hvis man bruker KPP-kalkylen til benchmarking, så utarbeider man sammenlignbare parametere og standarder mellom enheter. Dette danner et faktagrunnlag for handlinger, hvor man kan gå dypere ned i datagrunnlaget for å forstå hvorfor det er ulikheter mellom enhetene.

Den andre dimensjonen er aktørenes muligheter. Tiitola et al. (2022) påpeker at der fakta i stor grad er basert på fortiden, er fremtiden kilden til aktørenes muligheter. Det er mulighetene som motiverer aktørene til å handle (Güven-Uslu, 2017). Følgelig har aktørene ingen insentiver til å handle hvis det ikke foreligger muligheter. Å utarbeide fakta legger grunnlaget for å tilrettelegge for fremtidige muligheter. Det er med andre ord en avhengig kobling mellom

fakta grunnlaget aktørene har, og de fremtidige mulighetene aktørene ser. Dermed er mulighetene faktabaserte.

Guven-Uslu (2017, s. 313, vår oversettelse) hevder at det er «ledelsens ansvar å legge til rette for muligheter, og at dette krever aktivt engasjement med fakta på en logisk og kreativ måte, for å skape muligheter for fremtiden». I denne oppgavens setting kan det eksempelvis forstås ved at ledere i ulike enheter i helseforetaket bruker data-basert styringsinformasjon, altså fakta, for å legge til rette for muligheter der klinikere kan effektivisere ressursutnyttelsen. For å illustrere dette kan vi ta for oss et tentativt eksempel. Gjennom benchmarking av KPP-data finner en leder ut at det er store kostnader per pasient knyttet til én spesifikk sengepost ved det ene sykehuset i helseforetaket. Tilsvarende sengepost hos de andre sykehusene har markant lavere kostnad per pasient knyttet til seg. Ved å da grave dypere i datagrunnlaget, og gjennom kommunikasjon med aktuelle klinikerne, finner lederen ut at sengeposten ved det ene sykehuset har døgnåpent selv om det ofte er lite aktivitet om natten. På den andre siden så har denne type sengepost kun dagåpen ved de andre sykehusene i helseforetaket. Denne data-baserte styringsinformasjonen har dannet et faktagrunnlag for aktørene, og videre lagt til rette for muligheter for å oppnå mer effektiv ressursutnyttelse, hvis man endrer den medisinske praksisen ved sengeposten fra døgn- til dagåpen. Slik kan aktører bruke fakta til å legge til rette for muligheter.

Den tredje dimensjonen i rammeverket omfatter aktørens verdier. Verdier må være godt etablerte hos aktørene, da de er selve drivkraften til å handle (Guven-Uslu, 2017). For at aktøren skal handle er det også viktig at mulighetene harmonerer med aktørens verdier. Nørreklit, Raffnsøe-Møller, & Mitchell, (2016) poengterer at mulighetene og verdiene til aktøren må samstemme for at man skal kunne oppnå suksessfulle handlinger. Aktørene bør av den grunn ha en form for motivasjon, i form av sine verdier, til å strekke seg etter de faktabaserte mulighetene som er tilgjengelig. I store organisasjoner, hvor multiple aktører skal samhandle, er sannsynligheten stor for at ulike aktører har ulike verdier. Aktører med ulik profesjonell bakgrunn, som for eksempel helsepersonell og økonomer, eller ledere, i et og samme helseforetak, kan forventes å ha forskjellige verdier (Guven-Uslu & Seal, 2019). Dette kan medføre at aktører med ulike profesjoner konstruerer ulik forståelse av virkeligheten, da de har ulike verdigrunnlag, forskjellig oppfatning av fakta og vektlegger mulighetene ulikt.

Det kan for eksempel være plausibelt å anta at det å hjelpe pasienter, en omsorgsideologi, er en kjerneverdi for klinikere og ledere med helsefaglig bakgrunn. Med utgangspunkt i fakta og muligheter vil klinikers kjerneverdier påvirke hvordan de konstruerer deres forståelse av den organisatoriske settingen i helseforetaket. For enkelte kan det for eksempel virke logisk å prioritere pasientenes velvære, koste hva det koste vil. De skulle nok gjerne hatt ubegrenset med ressurser til å bruke på hver enkelt pasient. Følgelig kan det være logisk for dem å søke etter løsninger på utfordringer der de får brukt så mye ressurser og tid som mulig på pasientene. Det kan eksempelvis føre til at man kanskje lar en pasient ligge én dag lengre enn hva som er høyst nødvendig. På den andre siden kan det som virker logisk for helsepersonell, fremstå mindre fornuftig blant økonomer og ledere med økonomisk bakgrunn. De kan igjen konstruere sin forståelse av virkeligheten basert på en annen integrasjon av fakta, verdier og muligheter (Guven-Uslu & Seal, 2019). Økonomene kan også ha pasientens velvære og sikkerhet som en grunnleggende del av deres verdier, men likevel ha et annet verdigrunnlag og en annen motivasjon for handling. For eksempel at hver helsekrone skal utnyttes mest mulig effektivt.

Det er derimot viktig å påpeke at det ikke trenger å være et så svart-hvitt skille mellom verdiene til helsepersonell på den ene siden og økonomer på den andre siden. Eksempelet over er satt litt på spissen. Likevel hevder Guven-Uslu & Seal (2019) at man kan regne med at klinikere og økonomer generelt sett har ulike verdier og motivasjon for handling, selv når mulighetene de strekker seg etter, er like. For eksempel, hvis man bruker data-basert styringsinformasjon for å effektivisere operasjonstiden for hofteproteser, slik at man får opererte flere pasienter, kan en klinikers hovedmotivasjon være at flere pasienter blir friske, mens en økonoms hovedmotivasjon er at man bruker helsekronene mer effektivt. I slike organisatoriske settinger, hvor aktører med ulike profesjoner og verdier skal samhandle og skape en felles organisatorisk praksis, vil da kommunikasjon og interaksjonen mellom aktørene være særdeles viktig.

Den fjerde dimensjonen er kommunikasjon. Kommunikasjon er viktig da det tilrettelegger for handling, og det er særlig viktig i organisasjonssettinger, hvor multiple aktører, med ulike profesjoner og verdier, skal samhandle og skape virksomhet sammen (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016; Guven-Uslu, 2017). I organisatoriske settinger er kommunikasjon nøkkelen for å kunne oppnå en felles integrasjon mellom de tre andre dimensjonene, da kommunikasjon «formaterer organisasjonen som et felles rom for mening» (Guven-Uslu, 2017, s. 313, vår oversettelse). En organisasjon kan defineres som en «sosial og menneskeskapt konstruksjon», med et samspill mellom individuelle aktører, og grupper med aktører, i samme

sosiale og materielle miljø (Nielsen, Mitchell & Nørreklit, 2015, s.67, vår oversettelse). Dermed påvirkes organisatorisk praksis av multiple aktører med ulik forståelse av virkeligheten, som kontinuerlig overlapper hverandre.

For at aktørene i en organisasjon skal skape en suksessfull konstruksjon av en felles virkelighetsforståelse, må de kommunisere sammen (Tiitola et al., 2022). Man må forstå andre aktørers verdier, skape en lik forståelse av fakta og bli enige om de samme mulighetene. Alt dette gjøres ved å kommunisere sammen. For eksempel, hvis aktører i et helseforetak har utarbeidet data-basert styringsinformasjon ved bruk av KPP-kalkylen, vil det være viktig at dette kommuniseres, slik at alle aktuelle aktører oppnår en felles forståelse for hvorfor denne styringsinformasjon skal brukes til å endre den medisinske praksisen. Hvis aktørene forstår styringsinformasjonen og dens nytte, vil det være større sannsynlighet for at det aksepteres, og at handlingene som følger er suksessfulle.

Det er nemlig integrasjonen av de fire dimensjonene – at muligheter er faktabasert, at verdier er mulige å oppnå, og at dette kommuniseres for å skape forståelse – som forklarer handlingers funksjon, altså praksis (Nørreklit, Raffnsøe-Møller, & Mitchell, 2016). Hvis en eller flere av dimensjonene er dårlig integrert, «øker risikoen for feil, og handlinger vil tendere til å ikke oppnå aktørenes mål» (Baldvinsdottir, 2021, s. 3, vår oversettelse). I helseforetak er det viktig å skape forståelse mellom klinikere, økonomer og ledere, for å integrere et felles sett med fakta, verdier og muligheter, og derav legge grunnlaget for å kunne skape en felles virkelighetsforståelse i helseforetaket. Og nettopp dette gjøres gjennom kommunikasjon. For å skape en forståelse for effektivisering av ressursutnyttelse i et helseforetak vil det være sentralt med kommunikasjon av styringsinformasjon.

### **3.2.2 Språk-spill**

Pragmatisk konstruktivisme, og da særlig kommunikasjonsdimensjonen, er inspirert av et prinsipp som opprinnelig stammer fra Wittgenstein (1953). Prinsippet går ut på antagelsen om at menneskelig aktivitet er organisert rundt bruken av såkalte språk-spill. Språk-spill er et samlebegrep som omfatter både tanker, handlinger, forståelse og språk som skapes mellom aktører (Kure, Nørreklit & Røge, 2021). Språk-spill dannes gjennom kommunikasjon og interaksjon mellom aktører, og medfører en felles forståelse for den aktuelle settingen. Wittgenstein (2010) illustrer hvordan språk-spill fungerer gjennom et enkelt eksempel. En byggmester står og bygger på et hus, og roper ut «bjelke». Da forstår assistenten automatisk at

hen skal hente en bjelke. De to har skapt en felles forståelse, et språk-spill, der assistenten forstår hvordan hen skal handle når byggmesteren roper. Hadde en tilfeldig person skulle hjulpet byggmesteren, uten å forstå dette språk-spillet, ville personen ikke forstått hva hen skulle gjøre når byggmesteren roper, og handlingen til personen ville ikke vært suksessfull.

Kure, Nørreklit & Røge (2021) påpeker at språk-spill forekommer i alle organisatoriske og sosiale settinger. For eksempel når aktører i et helseforetak, med ulik profesjonell bakgrunn, som økonomer og klinikere, skal samarbeide og bruke data-basert styringsinformasjon. Da må de kommunisere sammen og utvikle et felles språk-spill. I det språk-spillet vil det da utvikles et begrepsapparat og språk som medfører at aktørene oppnår en felles forståelse av den data-basert styringsinformasjon og den organisatoriske settingen. Slik legger de et grunnlag for å gjennomføre suksessfulle handlinger og endring i den organisatoriske praksisen.

Pragmatisk konstruktivismen hevdes å være et nyttig rammeverk, eller linse for å studere komplekse organisasjoner som helseforetak, og hvordan ulike aktører med ulik profesjonell bakgrunn, må skape en felles forståelse for å samhandle, basert på de fire dimensjonene (Guven-Uslu, 2017).

### **3.3 Et pragmatisk konstruktivistisk perspektiv på LOC-rammeverket**

Levers of Control og Pragmatisk konstruktivismen er to rammeverk som på den ene siden har flere fellestrekk, men hvor det samtidig er åpenbare forskjeller. Derfor avslutter vi teorikapittelet med en kort redegjørelse om dette, for å binde sammen vårt teoretiske grunnlag.

Som tidligere nevnt har Levers of Control et systemperspektiv, der medarbeiderne er passive aktører og kun ansees som en komponent i systemet som studeres (Gray, 1990; Guven-Uslu, 2017). I LOC-rammeverket er fokuset på å beskrive hvordan organisasjonen, gjennom lederne, bruker styringssystemer. Norske helseforetak består av mange aktører med ulike profesjoner (Kleppe, 2016). Dermed er det ikke en forutsetning at aktørene hverken oppfatter styringsinformasjon på samme måte eller at de agerer likt på bakgrunn av den. Derfor mener vi at det er hensiktsmessig å legge til grunn et aktørperspektiv med pragmatisk konstruktivistisk når man studerer en slik kompleks kontekst. Med et aktørperspektiv sees helseforetaket heller på som en sosial konstruksjon skapt av aktørene og deres handlinger (Guven-Uslu, 2017).



Det er flere likheter mellom de to teoretiske rammeverkene. Begge rammeverkene hensyntar utarbeidelse av styringsinformasjon og kritiske prestasjonsindikatorer (KPI-er). Benchmarking av kritiske prestasjonsindikatorer kan knyttes til diagnostisk bruk av styringssystem i Levers of Control-rammeverket (Widener, 2007). Bruk av styringsinformasjon og KPI-er kan også sette grenser for organisatorisk aktivitet, skape dialog og diskusjon, samt inspirere ansatte til å jobbe mot organisasjonens mål. Følgelig kan bruk av styringsinformasjon og KPI-er også sees i sammenheng med både grensesystemet, det interaktive system og trossystemet (Simons, 1995). I PK-rammeverket ser man på styringsinformasjon og KPI-er som faktagrunnlaget aktørene handler ut fra. Verdier verdsettes i begge teoriene. Men der hvor LOC har et systemperspektiv og trossystemet vektlegger organisasjonens verdier, legges det derimot vekt på aktørens verdier i PK-rammeverket. Helsefaglige verdier, som kvalitet, kan tenkes å gå inn under både organisasjonen og aktørens verdigrunnlag. Dette tyder på at trossystemet og verdidimensjonen i PK kan sees i sammenheng, hvis aktørens verdier står i stil til organisasjonens verdier.

En annen likhet mellom rammeverkene er viktigheten av kommunikasjon. Selv om det kan knyttes til alle fire systemene i LOC-rammeverket, er kommunikasjon først og fremst en sentral del av det interaktive systemet. I pragmatisk konstruktivisme er kommunikasjon en av de fire dimensjonene som må integreres for at handlinger skal oppfattes som suksessfulle (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016). Kommunikasjon er viktig i begge rammeverkene, men betraktes imidlertid ulikt. I LOC er kommunikasjon et begrep som tar for seg dialog mellom leder og en gjeng med passive medarbeidere. Der tas det ikke høyde for at ulike medarbeidere kan ha ulikt behov for kommunikasjon, begreper og forståelse av styringsinformasjon. For eksempel, der hvor en aktør med økonomisk bakgrunn kan være mindre avhengig av kommunikasjon for å forstå styringsinformasjon, kan en annen aktør, med helsefaglig bakgrunn, i større grad ha behov for kommunikasjon for å forstå styringsinformasjonen. Og motsatt, en aktør med økonomisk bakgrunn kan ha større behov for kommunikasjon rundt helsefaglige begreper og praksis. Derfor mener vi det er hensiktsmessig å legge et pragmatisk konstruktivistisk perspektiv på Levers of Control, slik at vi kan studere bruk av data-basert styringsinformasjon gjennom et aktørperspektiv. Vi knytter bruk av styringsinformasjon opp mot spakene i LOC, men fokuserer på aktørens integrasjon av de fire dimensjonene i PK, og hvorvidt deres felles forståelse er en potensiell brekkstang for å bruke data-basert styringsinformasjon til å endre medisinsk praksis mot en mer effektiv ressursutnyttelse.

## 4.0 Metode

I dette kapittelet vil vi redegjøre for det metodiske rammeverket vi baserer oppgaven på. Dette forskningsprosjektet søker å belyse hvordan aktører bruker data-basert styringsinformasjon til å effektivisere ressursutnyttelsen i et stort norsk helseforetak. Dette gjør vi gjennom en casestudie som favner ulike deler av organisasjonen. For å studere hvordan aktørene opplever bruk av data-basert styringsinformasjon i den interne styringen, er datainnsamlingen gjennomført i form av semi-strukturerte dybdeintervju med ulike aktører i helseforetaket. Herav både med aktører som har medisinsk og økonomisk bakgrunn. I dette metodekapittelet presenterer vi først vårt vitenskapelige ståsted. Deretter beskriver vi forskningsdesignet i oppgaven, før vi så tar for oss datainnsamling og -analyse. Avslutningsvis vil vi redegjøre for oppgavens metodekvalitet.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Ved å etablere de vitenskapsteoretiske og metodiske tilnærmingene vi har pekt ut i forbindelse med forskningsprosjektet vårt, bedrer det leserens forståelse av hvorfor prosjektet er gjennomført som det er gjort. Ifølge Bell, Bryman & Harley (2022) befinner ikke økonomisk forskning og dets metoder seg i et vakuum, noe som ei heller gjelder denne studien. En vesentlig del av vitenskapsteori omfatter at man anvender forskning som et såkalt sosialt fenomen, der motivet er å innhente kunnskap (Bell, Bryman & Harley, 2022). Nyeng (2004) trekker på sin side frem viktigheten av riktig fremgangsmåte for å hente inn nettopp denne kunnskapen. Jamfør metodelitteraturen er det viktig å hensynta både læren om kunnskap (epistemologi) og læren om eksistensen til noe og dets former for eksistens (ontologi) (Bøhn, 2020; Holmen, 2021). Hermeneutikk, også kjent som fortolkningsvitenskap, kan sees på som tilhørende epistemologien, og er et motsvar til positivismen (Bell, Bryman & Harley, 2022). Der hvor positivisme tar utgangspunkt i at man kan studere en objektiv virkelighet, ser hermeneutikken på virkeligheten som konstruert av mennesker og deres oppfatninger (Jacobsen, 2015; Nyeng, 2017). I denne oppgaven, hvor vi studerer bruk av data-basert styringsinformasjon i et helseforetak ut fra et aktørperspektiv, mener vi at det krever en hermeneutisk tilnærming. Dette fordi studien ser på organisasjonen som konstruert av mennesker, fremfor å kun eksistere i en objektiv virkelighet. Av den grunn baserer forskningsprosjektet seg også på en subjektivistisk ontologi, i form av sosialkonstruktivisme.

## 4.2 Forskningsdesign

Dersom vi skal belyse bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket best mulig, fordrer det at vi velger et forskningsdesign som er hensiktsmessig for vårt formål. Med forskningsdesign mener man den overordnede planen man har for å belyse egen problemstilling. Dette kan defineres som «rammeverket eller strukturen for å samle inn og analysere datamaterialet» (Bell, Bryman & Harley, 2022, s. 593, vår oversettelse). Hvordan man gjennomfører en undersøkelse avhenger av hva man ønsker å studere. For eksempel, hvis man studerer en endringsprosess, kan det være hensiktsmessig å foreta en såkalt longitudinell undersøkelse (Johannesen, et al., 2011a). I dette forskningsprosjektet mener vi derimot at et deskriptivt casestudiedesign er det mest formålstjenlige for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. At oppgaven har en deskriptiv tilnærming tilsier at vi ønsker å redegjøre og utforske hvordan styringsinformasjonen brukes ved å forklare fenomenene gjennom informantenes opplevelser (Johannesen et al., 2011b).

Jamfør Yin (2003) finnes det hovedsakelig to typer design for casestudier, henholdsvis enkeltcasestudier og flercasestudier. Enkeltcasestudier tar for seg én case, mens i flercasestudier studeres flere caser samtidig. Dette forskningsprosjektet kan betegnes som en enkeltcasestudie. Rettere sagt en enkeltcasestudie med flere analyseenheter. Det å ha flere analyseenheter tilsier at man i hovedsak utforsker én organisasjon, ikke utelukkende kun organisasjonen som helhet, men også flere divisjoner, grupper og/eller individer i organisasjonen (Johannesen et al., 2011b). Årsaken til at dette casesdesignet er hensiktsmessig for oppgaven, er at enkeltcasestudien vår har to analyseenheter i form av helseforetaket som en sentral enhet og det minste sykehus som lokal enhet. Og som vi kommer tilbake til senere i metodekapittelet, medfører dette også at vi har gjennomført to intervjuprosesser.

Avslutningsvis kan vi se på hvilken fremgangsmåte vi har valgt i vårt empiriske grunnlag. I oppgaven vil en induktiv tilnærming for å undersøke bruk av data-basert styringsinformasjon være mest formålstjenlig da dette, som nevnt ovenfor, er en deskriptiv studie der vi tar utgangspunkt i informantenes oppfatninger. En induktiv tilnærming vil ifølge Johannesen et al. (2011b, s. 55) tilsi at man «trekker slutninger fra det konkrete til det mer generelle». Det vil si en «fra empiri til teori»-tilnærming (Tjora, 2018), hvor man ut fra empiriske funn har til hensikt å danne mer allmenne mønstre som videre kan skape teorier og begreper. Dermed, vil våre empiriske funn kunne bidra til å danne teori og hypoteser for videre forskning.

### **4.3 Datainnsamling**

Datamaterialet vårt består først og fremst av semi-strukturerte dybdeintervju med aktører i helseforetaket. Våre empiriske funn er i sin helhet samlet inn gjennom intervju vi gjennomførte gjennom våren 2023. I tillegg har vi supplert med dokumentstudier for å legge et kontekstuell grunnlag for oppgaven.

#### **4.3.1 Dokumentstudier**

Jamfør Tjora (2012) betraktes dokumentstudier som kvalitativ datainnsamling i form av å bruke allerede eksisterende dokumenter som først og fremst er utviklet for andre formål enn ens forskningsprosjekt. Barbour (2014) mener at dokumentstudier kan benyttes for å plassere handlinger i en bredere kontekst. Vi har benyttet dokumentstudier i form av sekundærdata nettopp for å redegjøre for oppgavens kontekst. Dette er ikke en tradisjonell form for dokumentstudie, hvor dokumentstudiene gir empirisk materiale, men heller for å gi et bedre kontekstuell grunnlag for å forstå de empiriske funnene i oppgaven (Barbour, 2014).

Dokumentene vi har brukt, består i hovedsak av offentlige rapporter og spesifikasjoner om KPP-kalkylen, samt virksomhetsrelaterte informasjonskilder om helseforetaket og dets minste sykehus. I kapittel 2 redegjorde vi for KPP-kalkylen, samtidig som vi så på tidligere litteratur om økonomistyring i helsesektoren. Her brukes dokumentstudier for å belyse oppgavens generelle kontekst. Empirikapittelet starter derimot med en mer casespesifikk kontekstbeskrivelse. Der har vi brukt virksomhetsrelaterte informasjonskilder, som blant annet helseforetakets nettside. Siden helseforetaket er anonymisert i oppgaven, er også disse kildene anonymisert. Dette nevnes i fotnoten i delkapittel 5.1. I tillegg har vi fått tilsendt skjermbilder av tabeller og grafer fra det egenutviklede styringssystemet. Dette er interne dokumenter, med utgangspunkt i offentlige tall. Samlet sett har dokumentene gitt oss et godt kontekstuell utgangspunkt for å studere de empiriske funnene fra egen datagenerering.

#### **4.3.2 Semistrukturerte dybdeintervju**

Det empiriske grunnlaget i studien består av det Bell, Bryman & Harley (2022) omtaler som semistrukturerte dybdeintervju, med ulike aktører i helseforetaket. Vi studerer bruk av data-basert styringsinformasjon fra to ulike styringssystem, og som nevnt resulterer det i at vi har to analyseenheter. Følgelig har vi gjennomført to ulike intervjuprosesser. Den ene omhandlet data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen. I denne intervjuprosessen deltok

informant 1, samt informant 4-9. Den andre intervjuprosessen tok for seg bruk av data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet. Der deltok informant 2 & 3, hvor informant 3 ble intervjuet i to omganger. Siden vi har gjennomført to intervjuprosesser, har vi benyttet to ulike intervjuguider. Disse ligger vedlagt som vedlegg 1 & 2.

Etter pilotstudien vår, om bruk av KPP-kalkylen i helseforetaket, hadde vi allerede kontakt med økonomidirektøren, og startet derfor med å intervjuer hen. Basert på tips og diskusjon med økonomidirektøren kom vi frem til hvem som kunne være aktuelle informanter, og tok kontakt med de vi mente passet best for vårt formål. Vi sendte ut et informasjonsskriv om formålet med oppgaven, opplysninger om oss, samt med informasjon i henhold til NSD (Norsk Senter for Forskningsdata) i forkant av intervjuene. Etter å ha funnet passende tidspunkter, avholdt vi intervju med hver informant over kommunikasjons- og samarbeidsplattformen Microsoft Teams. Alternativt kunne vi foretatt fysiske intervjuer, ved å reise til sykehusene i helseforetaket. Det slo vi derimot fra oss, både fordi det ville blitt for tids- og ressurskrevende, samt av miljømessige hensyn. Samtidig har flere av informantene hektiske hverdager, slik at fleksibiliteten et digitalt medium ga, var hensiktsmessig for alle parter. 8 av 9 informanter hadde kamera på under intervjuet, mens én informant hadde det avslått da hen gikk tur mens vi foretok intervjuet. Å ikke kunne se denne ene informanten under intervjuet var den eneste ulempen vi opplevde ved vårt valg av å gjennomføre digitale intervju, da digital kommunikasjon kan medføre begrenset mulighet til å tolke kroppsspråk og mimikk (Pettersen, 2019).

Jamfør Johannessen et al. (2011b) er et kvalitativt intervju en samtale med en klar struktur og formål. At vi gjennomførte semistrukturerte intervju innebefattet i første omgang å lage intervjuguider med veloverveide spørsmål som kunne bringe frem nyttige svar fra informantene. Ifølge Bell, Bryman & Harley (2022) står man relativt fritt til å moderere intervju og spørsmål forløpende i semi-strukturelle intervjuer. Dette var formålstjenlig for oss, da vi opplevde at det å stille oppfølgingsspørsmål i stor grad bidro til gode og verdifulle svar. Derfor oppfordret vi informantene å fortsette på eventuelle resonnement og digresjoner, slik at vi fikk mest mulig subjektiv informasjon fra hver informant.

Ifølge Johannessen et al., (2011b) omfatter kvalitativ forskning å tilegne seg innsikt fra målgruppa man utforsker. Som figur 5 viser, hadde vi totalt ni ulike informanter fordelt på ni intervju. Det var nyttig å intervjuer en forholdsvis heterogen gruppe med aktører, med både økonomisk og medisinsk bakgrunn, for å best mulig kartlegge ulike aktørers opplevelse av bruk

av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket. Vi benytter informantenes stillingstitler da det er verdifullt for oss å synliggjøre hvem som har sagt hva. På den andre siden har vi valgt å anonymisere helseforetaket, for å beskytte både informantene og helseforetaket som helhet.

Informanter	Stillingstittel	Varighet	Dato
1	Økonomidirektør	54:39	20.01.2023
2&3	Controller & overlege, ved det minste sykehuset	1:27:30	26.01.2023
4	Controller	31:55	26.01.2023
5	Avdelingssjef	40:58	01.02.2023
6	Klinikkjef	21:10	06.02.2023
7	Fagdirektør	28:03	07.02.2023
8	Assisterende klinikkjef	24:47	07.02.2023
9	Avdelingssjef	27:08	08.02.2023
3	Overlege, ved det minste sykehuset	1:39:03	13.02.2023

*Figur 5; Sammensetning av informanter.*

#### 4.4 Dataanalyse

Kvalitativ analyse kan være krevende, da man ofte sitter med store mengder primær- og/eller sekundærdata (Bell, Bryman & Harley, 2022). Denne rådataen må som regel behandles flere ganger før den egner seg som empirisk grunnlag i en analyse. Dette gjør seg også gjeldene i vår oppgave. Som tidligere nevnt består vårt empiriske grunnlag av kvalitativ data basert på intervju med aktører fra helseforetaket. Det finnes flere teknikker for å analysere og sortere den innsamlede rådataen. Det mest hensiktsmessige for vår del var å foreta en såkalt tematisk analyse. En tematisk analyse går ut på å bearbeide kvalitativ data ved å kode dataen man sitter på, for å redusere og strukturere datamaterialet slik at det blir lettere å arbeide med (Bell, Bryman & Harley, 2022). Teknikken kan sees i sammenheng med det Yin (2003) kaller «Pattern Matching». I casestudier vil man ifølge Yin (2003) være godt tjent med å se etter empiriske mønstre i dataen, for deretter å omstrukturere dataen i tråd med de mønstrene man finner. I koding-prosessen sorterte og reduserte vi det kvalitative utgangspunktet vårt inn i ulike mønstre.

Dataanalysen vår gikk ut på å fortløpende transkribere intervjuene vi foretok. I forkant av hvert intervju informerte vi informantene om at vi tok opp intervjuene med lydopptak, slik at vi enkelt

kunne spille av intervjuet på nytt og skrive ned hvert ord som ble sagt. De transkriberte intervjuene ble lange og måtte bearbeides før dataen kunne anvendes videre. Når alle intervjuene var ferdig transkribert, kodet vi data opp mot de tre forskningsspørsmålene våre, da vi mente dette var en hensiktsmessig måte å sortere grunndataen på. I praksis foregikk dette ved at vi markerte de relevante utsagnene i hvert transkriberte intervju, i fargekoder. Når relevante utsagn var kategorisert, ble dataen redusert ytterligere slik at vi satt igjen med konkrete sitater og tema som så kunne struktureres i et empirikapittel.

## **4.5 Evaluering av metodekvalitet**

Med alt ovenfor tatt i betraktning, kan man stille spørsmål ved kvaliteten i et slikt kvalitativt forskningsprosjekt. I kvalitativ metode bruker man ofte begreper som pålitelighet, gyldighet og overførbarhet som mål på kvalitet i kvalitative studier (Bell, Bryman & Harley, 2022; Johannessen et al., 2011b) For å vurdere oppgavens kvalitet vil vi derfor diskutere disse begrepene i forhold til dette forskningsprosjektets metode.

### **4.5.1 Pålitelighet**

Pålitelighet handler om hvorvidt datamaterialet er til å stole på. Informantene man benytter i en studie vil i stor grad påvirke påliteligheten til datamaterialet (Saunders, Lewis & Thornhill, 2019). Dette var noe vi var bevisste på da vi skulle velge aktuelle informanter. Vi ønsket å intervju aktører som vi antok at hadde en relasjon til, og opplevelse av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket. Informantene ble valgt etter tips fra og diskusjon med økonomidirektøren. Det medførte en viss risiko for at hen hadde anbefalt informanter som hadde tilnærmet likt syn som hen, noe som kunne svekke oppgavens pålitelighet. Derfor var et viktig kriterium for oss at vi fikk informanter med både medisinsk og økonomisk bakgrunn, for å få frem ulike perspektiv og opplevelser om bruk av styringsinformasjonen.

Et annet viktig moment for å styrke studiens pålitelighet, var å sende ferdig transkriberte intervju tilbake til samtlige informanter. Jøfjør Johannessen et al. (2011a) er kvalitativ data ofte verdiladet og kontekstavhengig. Når man koder data og sitter igjen med korte sitater, kan det medføre at sitatene bli tatt helt ut av sin sammenheng og være misvisende. Samtidig var enkelte intervju svært lange, og informantene hadde ofte mange digresjoner og meninger utover det vi utforsket. Ifølge Tjora (2012) kan forskere ofte påvirke dataen, noe som i verste fall kan

det medføre en spekulativ bruk av sitater. For å styrke studiens pålitelighet, samt å unngå at informantene følte seg ført bak lyset og feilsitert, sendte vi ferdig transkriberte intervju til de respektive informantene over e-post. Der markerte vi de sitatene vi anvendte i empirikapittelet vårt, og ga informantene mulighet til å komme med tilbakemeldinger hvis de hadde kommentarer. Flere av informanter responderte ved å godkjenne sitatene, mens et par informanter foreslo små finjusteringer og endringer på kommentarer, slik at kommentarene ble mer presis. Dette reduserte risikoen for misforståelser, og økte likeså kvaliteten på oppgaven.

#### **4.5.2 Gyldighet**

Bell, Bryman & Harley (2022) hevder at gyldighet først og fremst handler om hvorvidt funnene i studien har en viss grad av integritet. I kvalitative studier er det en rekke faktorer som påvirker gyldigheten (Johannessen et al., 2011b). Vi var bevisste på at informantene i stor grad ville påvirke oppgavens gyldighet. For at eventuelle funn skulle være av en viss verdi, forutsatte det at informantene hadde faglig tyngde. «Informantene kan være et pålitelig eller upålitelig vitne» (Postholm, 2012, s. 170). For studiens gyldighet var det derfor viktig at samtlige informanter hadde innsikt i bruk av styringsinformasjon og derav fremstod som et pålitelig vitne.

På tross av dette, kan det som i metodelitteraturen kalles for skjevhet i informant-observatør-relasjonen fremdeles oppstå. Skjevhet i informant-observatør-relasjonen innebærer at informasjonen som deles mellom informant og observatør ikke gjenspeiler virkeligheten (Johannessen et al., 2011b). For det første kan informanter eksempelvis unnlate å dele relevant informasjon, eller bevisst villedde observatør for å gagne egen sak. For det andre kan skjevheter også oppstå ved at observatør tolker informantene feil (Johannessen et al., 2011b). Som tidligere nevnt sendt vi de transkriberte intervjuene og markerte sitater til informantene for å gi dem mulighet til å dobbeltsjekke sitatene. Dette reduserer risikoen for skjevhet i informant-observatør-relasjonen.

En viktig faktor for å avgjøre hvorvidt et forskningsprosjekt har høy grad av gyldighet eller ikke, er at datainnsamlingen er i tråd med oppgavens formål (Tjora, 2012). Med andre ord hvorvidt datamaterialet er kompatibelt med studiens problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål. I vårt tilfelle, der motivet er å studere bruk av data-basert styringsinformasjon og utfordringer knyttet til det, mener vi at informantsammensetningen styrker oppgavens gyldighet, da datamaterialet er fra aktører som etter vår oppfatning er best skikket til å gi nyttig data.



### **4.5.3 Overførbarhet**

Et fellestrekk innenfor all forskning er at det har til formål å fatte slutninger utover de avgrensede rammene i prosjektet (Ringdal, 2020). Ringdal (2020) mener videre at man i større grad fokuserer på hvorvidt funnene er overførbare, heller enn generaliserbare i kvalitative studier. Da generalisering ikke er et mål, påpeker Jacobsen (2015) at man i kvalitative studier heller forholder seg til teoretisk generalisering, som omfatter å diskutere hvorvidt kunnskap kan overføres til andre kontekster.

Formålet med oppgaven har vært å studere bruk av data-basert styringsinformasjon i et stort norsk helseforetak med et aktørperspektiv. Det medfører at de empiriske funnene vil være avgrenset til å gjelde innenfor forskningsprosjektets utvalg og rammer, da det er baserte på informantenes opplevelser. I oppgaven finner vi ulikheter i aktørenes opplevelse av bruk av data-basert styringsinformasjon fra KPP-kalkylen og det egenutviklede styringssystemet. Dette viser hvor kontekstavhengig studien blir når man studerer en case med et aktørperspektiv. Det begrenser oppgavens overførbarhet. På den andre siden kan vårt teoretiske bidrag, i form av å presentere forståelsesgap som begrep i pragmatisk konstruktivisme, overføres til andre kontekster.

### **4.5.4 Forskningsetikk**

Avslutningsvis i dette metodekapittelet vier vi et par avsnitt til etiske vurderinger i forskningsprosessen, da Jacobsen (2015) poengterer viktigheten ved dette. De etiske vurderingene handler om å hensynte de involverte aktørenes rettigheter (Saunders, Lewis & Thornhill, 2019). I forkant av intervjuprosessen søkte vi om tillatelse til å gjennomføre forskningsprosjektet hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Her ble prosjektet vurdert til å samstemme med personvernlovgivningen.

Vi har hatt til hensikt å være åpen og transparente ovenfor informantene våre gjennom hele prosjektet. Derfor sendte vi blant annet ut både skriftlig informasjons- og samtykkeskjema. Der opplyste vi informantene om oppgavens formål, at deres deltakelse var frivillig, og at de kunne trekke seg underveis i prosjektet om de ønsket det.

I studien benytter vi informantenes stillingstitler. Selv om det ble informert om i informasjonsskrivet, dobbeltsjekket vi at det var i orden og sendte derfor ut en e-post om dette i slutten av februar. Herav fikk vi godkjent å bruke informantenes stillingstitler. Etter tilbakemelding fra enkelte informanter, ble vi enige om å utelate hvilke avdelinger informantene i intervjuprosessen om KPP-kalkylen holdt til ved. I tillegg ble vi enige om å anonymisere helseforetaket for å unngå risikoen for at oppgaven skulle bli brukt til å skape destruktive diskusjoner. I samme e-post la vi med de transkriberte intervjuene, med markerte sitater, slik at informantene kunne se over og komme med eventuelle tilbakemeldinger og korrigeringer. Som tidligere nevnt økte dette kvaliteten på oppgaven, men det var likeså en etisk vurdering. Avslutningsvis er det verdt å påpeke at lydopptak av intervjuene slettes ved prosjektets slutt, men at opplysninger kan bli brukt videre av veilederne våre, i deres egen forskning. Dette ble informantene opplyst om i informasjonsskrivet.

## 5.0 Empiri

Vi har gjennomført en casestudie av et stort norsk helseforetak med et mål om å studere problemstillingen: «*Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon til å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse i et helseforetak?*». Her har vi fokusert på tre forskningsspørsmål og studerer aktørenes opplevelser knyttet til disse. For det første studerer vi bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet sentralt med KPP-kalkylen i helseforetaket. For det andre ser vi på bruk av data-basert styringsinformasjon fra et lokalt egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket. Sist, men ikke minst studerer vi hvilke utfordringer aktørene opplever ved bruk av data-basert styringsinformasjon. I dette kapitlet presenterer vi våre empiriske funn, som kan besvare forskningsspørsmålene for å belyse problemstillingen.

Det empiriske kapitlet er firedelt, men omhandler overordnet sett den samme problemstillingen. I det første delkapitlet er fokuset på casekonteksten. Det andre delkapitlet omfatter bruk av data-basert styringsinformasjon fra KPP-kalkylen, som utarbeides sentralt i helseforetaket. Delkapittel tre har et lokalt fokus, hvor vi ser på bruk av data-basert styringsinformasjon fra et egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket. Det fjerde og siste delkapitlet tar for seg utfordringene aktørene opplever ved bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket, som den store og komplekse organisasjonen det er.

### 5.1 Casekontekst<sup>4</sup>

#### 5.1.1 Helseforetaket

Helseforetaket vi studerer er, som alle andre norske helseforetak, underlagt en større helseregion. Helseforetakets hovedoppgave er spesialhelsetjeneste i dets fylke, noe som omfatter alt fra behandling av pasienter, til utdanning av helsepersonell, samt forskning (Helse-xxx, 2022b). Helseforetaket har over 6000 ansatte fordelt på sine sykehus (Helse-xxx, 2022a). Til sammen utgjør sykehusene i helseforetaket over tosfret antall klinikker og over hundre seksjoner. En sentral del av denne oppgaven går ut på å studere hvordan man bruker data-basert styringsinformasjon fra et egenutviklet styringssystem til å effektivisere ressursutnyttelsen ved

---

<sup>4</sup> Vi har brukt dokumentstudier i form av helseforetakets nettsider mm., men dette er anonymisert da helseforetaket er anonymisert i oppgaven.

helseforetakets minste sykehus. Dette sykehuset, som er det minste av sykehusene i helseforetaket, har omlag 500 ansatte (Helse-xxx, 2022c).

### 5.1.2 Tilgang på data i helseforetaket

I tillegg til å forvalte helseforetakene, eier helseregionen også et IT-foretak. Dette IT-foretaket er et bindeledd og er ansvarlig for drift og forvaltning av felles IKT-systemer for samtlige sykehus i hele helseregionen (Helse-IT-xxx, 2023). Det samles kontinuerlig inn data om blant annet pasientforløp og operasjonsprosesser fra alle sykehusene i regionen. Informant 3 forteller at dette registreres i IT-foretakets operasjonsplanlegger, hvor anonymiserte data overføres til helseregionens datavarehus og sorteres i en såkalt SQL-database. Her registreres blant annet *«tid på operasjonsstue før operasjonsstart, kirurgtid, tid på operasjonsstue etter operasjonsslutt og tid fra forrige pasient fraktes ut til ny pasient kommer inn»* (Informant 3). Dette kan så kodes opp mot diagnoserelaterte grupper (DRG) og kan sorteres deretter. Gjennom datagrunnlaget fra disse sentrale databasene og pasientadministrative systemene, har man gode forutsetninger for å utarbeide styringsinformasjon og sammenligne internt mellom sykehusene og enhetene i helseregionens ulike helseforetak.

All den tilgjengelige dataen opplever flere av informantene at kan åpne døren for å utvikle data-baserte styringssystemer, og derav utarbeide styringsinformasjon om egen drift og ressursutnyttelse. Det er nettopp dette man har gjort ved helseforetakets minste sykehus, hvor informant 2 og 3 forteller at de har utviklet et egnt styringssystem, med bruk av data fra databasene i datavarehuset. Fra datavarehuset får de hentet data både om egen virksomhet, samt de andre sykehusene i helseforetaket. Slik kan de sammenligne data mot både seg selv og andre enheter.

Det er en distinkt forskjell mellom det egenutviklede styringssystemet ved helseforetakets minste sykehus og KPP-kalkylen som styringssystem. Datagrunnlaget omfatter mye av det samme og hentes fra SQL-baser i helseregionens datavarehus. Forskjellen mellom systemene er overordnet sett at dataene stables ulikt. I KPP-kalkylen sitter man i stor grad igjen med kostnadene i de ulike DRG-ene. Disse kan deretter fordeles på antall DRG-poeng, slik at man får utarbeidet indikatorer som kostnad per DRG-poeng. Det egenutviklede systemet går derimot i større grad inn bak tallene. Tallene brytes ned og man ser på registrerte tidsestimater. Derav kan man si at der hvor styringsinformasjon fra KPP-kalkylen primært viser kostnader, synliggjør det egenutviklede systemet på sin side kostnadsdriverne bak.

## **5.2 Data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen**

Gjennom de siste årene har det vært et stadig økende fokus på bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen i den interne styringen ved helseforetaket. Dette opplever flere av informantene våre, som er sentrale aktører i organisasjonen. I dette delkapittelet studerer vi bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen, basert på opplevelser fra ulike aktører i helseforetaket.

### **5.2.1 Innhenting av data og bruk av KPP**

Som nevnt i kapittel 2 er KPP-kalkylen i utgangspunktet et rapporteringsverktøy ment for å gi en presis kostnadsrapportering og finansiering i forholdet mellom helseforetak og stat. En nyttig bieffekt av dette, mener Helsedirektoratet (2012) er at det samtidig utarbeides styringsinformasjon som potensielt kan benyttes i helseforetakets interne styring. Hvordan man velger å benytte seg av denne data-baserte styringsinformasjonen er derimot opp til hvert enkelt helseforetak. Vi fikk tidlig et inntrykk av at data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen var noe aktørene ønsket å bruke i helseforetaket vi studerer. Økonomidirektøren i helseforetaket mente at det var et styringssystem alle administrative aktører i helseforetaket burde forstå.

*«Jeg mener at KPP er helt nødvendig og at det bør være obligatorisk for alle økonomer og ledere i et helseforetak å være interessert i KPP» (Informant 1).*

Utarbeidelsen av den data-baserte styringsinformasjonen i kalkylen, samt å oppdatere fordelingsnøkler, er arbeidsoppgaver som for det meste er forbeholdt kontrollere. Økonomidirektøren forteller at utarbeidelsen av styringsinformasjonen i helseforetaket foregår for det meste sentralt. På den andre siden skjer målingene som gir tallgrunnlaget i kalkylen ute på klinisk nivå i hele helseforetaket. Bruken av den data-baserte styringsinformasjon fra KPP-kalkylen oppleves i større grad å være utbredt i helseforetaket. Flere av informantene våre forteller at de får presentert styringsinformasjonen på driftsmøter eller ved å bestille rapporter fra økonomiavdelingen.

### 5.2.2 Bruk av KPP-kalkylen

Når det gjelder hvilke muligheter den data-baserte styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen gir, er benchmarking den største fordelen ifølge informantene våre. De hevder at de både studerer utvikling på egen enhet, samt sammenligner mot andre enheter i helseforetaket, hvor det oppleves at de har gode sammenligningsgrunnlag.

*«Med KPP så får vi sammenlignet, vi er jo heldig da vi har flere sykehus i helseforetaket ... Hvis en kostnad er mye høyere ved en sengepost, kontra på de andre, så kan man gå inn og se hvilke kostnader og hvilke områder det gjelder, f.eks liggetid, operasjonstid, eller bemanning. Og dette hadde man ingen anelse om før KPP, så KPP gir mye viktig informasjon» (Informant 1).*

Flere informanter påpekte at benchmarking er det viktigste KPP-kalkylen muliggjør. For eksempel poengterer en klinikkisjef i helseforetaket at *«i min praktiske hverdag er jeg opptatt av at vi skal kunne sammenligne oss med andre sykehus sin DRG» (Informant 6).*

Informant 4 påpeker at den data-baserte styringsinformasjonen som benchmarking av KPP-data gir, først og fremst synliggjør ulikheter innad i helseforetaket. Det åpner for å gå inn i den medisinske praksisen og finne ut hvorfor det er forskjeller, og om man kan gjøre endringer.

*«Det er mye praktiske ting man kan se på ved hjelp av KPP, man kan få ned antall liggedøgn, få ned vaktlistene, få inn ny pasient, få inn mer inntekter osv.» (Informant 4).*

Gjennom benchmarking hevdes det at KPP-data kan åpne døren for å effektivisere ressursutnyttelsen. Ifølge informantene kan man gå inn og forstå hvorfor det er eventuelle avvik og ulikheter, og potensielt bruke styringsinformasjonen til å endre den medisinske praksisen. På den andre siden mener flere av informantene at det fordrer at styringsinformasjonen brukes gjennom kommunikasjon og diskusjon med andre. Fagdirektøren i helseforetaket påpeker at det da er viktig å koble den økonomiske styringsinformasjonen opp mot det helsefaglige.

*«Altså, hvis man bare snakker om økonomi, så er det ingen måte å få med seg fagfolkene på, men hvis man kobler fag til økonomi så blir det bedre» (Informant 7).*

Ifølge økonomidirektøren er KPP-kalkylen nyttig både for helseforetaket som helhet, men også for enhetene, da det er mer anvendbart enn tradisjonelle styringssystemer som budsjettene. KPP gjør det mulig å styre etter indikatorer og KPI-er i helseforetaket.

*«Jeg er lei av det store fokuset på budsjettet og den gode gamle rutinen man har støttet seg på der ... Det som har motivert meg mest med KPP er det at det muliggjør det å styre etter indikatorer, altså at data kan føre til endringer i klinisk bruk» (Informant 1).*

Et eksempel på en indikator de har etablert med utgangspunkt fra KPP-kalkylen er kostnad per DRG-poeng. Det omfatter å se på forholdstallet mellom kostnader og antall DRG-poeng.

*«Samtidig føler jeg at det vi har gjort nå, å lage en indikator som kostnad per DRG-poeng, er svært nyttig, fordi da har du med alle støttetjenester i pasientforløpet, også administrasjonen kommer inn i dette her. Endringen vi ser i KPP, fører til endring i kostnad per DRG-poeng. og vi kan måle på dette her» (Informant 1).*

Ifølge økonomidirektøren er det et stort potensial for å styre etter slike indikatorer. Hen mener at det både gir insentiver til å fatte tiltak som reduserer kostnader, samtidig som det medfører mindre unødig bruk av ressurser på omfattende budsjettarbeid. Økonomidirektøren forklarer at de ønsker å heller fokusere på bruk av prestasjonsvariabler, standarder og mer praksisnær styringsinformasjon. Videre forteller hen at helseforetaket har gjennomført et prosjekt i en enhet ved et av sykehusene, som nå skal utvides til å omfatte to enheter. Prosjektet omfatter at de involverte aktørene prøver å gå ut fra komfortsonen og vekk fra å kun styre etter budsjetter, over til å i større grad styre etter indikatorer som blant annet utarbeides med KPP. Som for eksempel kostnad per DRG-poeng. Selv kaller hen dette for et Beyond Budgeting-prosjekt.

Informant 5 opplever at bruk av data-basert styringsinformasjon fra KPP-kalkylen medfører en økt bevissthet rundt ressursbruken i helseforetaket. Informanten beskriver dette gjennom et praktisk eksempel. En sengepost ønsket å ta over en pasientgruppe med en spesifikk type infeksjon, som tidligere var på intensivavdelingen. At pasientene lå på intensivavdelingen, var rett og slett bare en gammel rutine. Men så kom en sykepleier fra en annen sengepost og fortalte at de ønsket å overta disse pasientene i 2022.

*«Den endringen gjennomførte vi. Og det har medført at vi har gått ned et nivå (Lavere KPP), et intensivdøgn koster så mye, mens et sengepostdøgn koster mindre. Og slike ting, og å forstå at det utgjør en forskjell, da ressursbruken reduseres så mye, det er viktig og interessant» (Informant 5).*

Dette eksempelet mener informanten at viser hvordan fokus på KPP i helseforetaket har medført at hen fått en bedre forståelse av hvor viktig det er å hensynta ressursbruk, samt hvor stor effekt små endringer i den medisinske praksisen kan ha for å effektivisere ressursutnyttelsen.

Der hvor tidligere masteroppgaver finner at KPP i liten grad har blitt brukt i den interne styringen ved andre helseforetak (Flokenes & Gladhaug, 2020; Ådlandsvik, 2020), oppfattes det som at man faktisk bruker data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen i dette helseforetaket. Økonomidirektøren påpeker at fokuset på KPP som et internt styringssystem i helseforetaket har økt de siste årene. Likevel mener hen at KPP brukes i for liten grad i den interne styringen. Hen mener at det først og fremst skyldes at man har begrenset med tid og ressurser, fordi det går altfor mye tid til tradisjonelt budsjettarbeid.

*«Det er en utfordring at hvis man går inn i budsjettprosesser eller sparetiltak-gaten, som hele Helse-Norge nå kommer inn i, så er det svært lett for at man går bort fra å hensynta KPP, men heller tilbake til større fokus på det tradisjonelle budsjettet. Så vi jobber ganske hardt med å ikke glemme KPP ... men det er nesten slik at man må bruke fritiden sin på å utvikle KPP» (Informant 1).*

### **5.2.3 Begrenset tilgjengelighet**

Selv om KPP-kalkylen ikke brukes så mye som økonomidirektøren ønsker, mener informantene at data-basert styringsinformasjon fra KPP-kalkylen blir brukt i den interne styringen. Flere av informantene våre opplever derimot at tilgjengeligheten av både KPP-kalkylen og styringsinformasjonen utarbeidet med kalkylen er begrenset.

I helseforetaket ligger KPP-kalkylen i et system som heter «Clickview», hvor det benyttes datamateriale fra datavarehuset i helseregionen. Dette er et system kun enkelte ansatte i helseforetaket har tilgang til. Blant informantene våre hevder over halvparten at de ikke har tilgang til det nevnte Clickview-systemet. Ifølge informant 5 er det på mange måter en hemsko å ikke ha dette systemet tilgjengelig. I stedet for å ha tilgang, og kunne lære seg og forstå KPP



i større grad, må hen ta kontakt med personell som har tilgang og etterspørre rapporter med aktuell styringsinformasjon. På direkte spørsmål om hvorvidt hen har tilgang på Clickview-systemet svarer informanten at «*nei, da hadde jeg ikke trengt de rapportene fra N.N. (Lege som har tilgang)*» (Informant 5).

Det kan være flere årsaker til at kun enkelte i organisasjonen har tilgang til dette digitale KPP-systemet. Informant 4 har ansvar for å oppdatere fordelingsnøkler i Clickview. Ifølge hen er kalkylen så komplisert at personer uten økonomisk kompetanse ikke har grunnlag for å forstå tallene bak KPP. Derav kan det være hensiktsmessig at ikke hvem som helst har tilgang på Clickview-systemet. På den andre siden forteller informant 9 at det fordrer at økonomiavdelingen utarbeider den styringsinformasjonen ledere i helseforetaket trenger, og at dette samspillet, mellom aktører med både økonomisk og medisinsk bakgrunn, fungerer.

#### **5.2.4 Trenering og skepsis til styringsinformasjonen**

Informant 4 forteller at det ofte kan bli trenering og stillstand dersom personell uten kompetanse blir involvert i å bruke styringsinformasjon fra KPP-kalkylen. Både informant 1 og 4 opplever at det kan oppstå diskusjoner rundt hvorvidt tallgrunnet er feil. Essensen med en fullkostnadskalkyle er at samtlige kostnader fordeles basert på de kostnadsdrivere pasienter forbruker (Sandvik, Solstad & Weider, 2006). Eventuell trenering på dette, er ifølge controlleren tidkrevende.

*«Det (KPP) er jo ganske komplisert, så det som skjer når man går til klinikere og viser de tall på kostnader og differanse/avvik osv. så starter de å grave, og hevder at tall ikke stemmer og peker på diverse feil»* (Informant 4).

Økonomidirektøren har lignende erfaringer;

*«Ofte vil en møte påstander om at tallene er feil ... Det er usikkerhet på om man får 100% riktig tall, men man får aldri 100% riktig tall, og det er ikke nødvendigvis hovedpoenget, det som er viktig er at man får gode nok tall til å få indikasjoner, og det er mer enn godt nok»* (Informant 1).

Økonomidirektøren forteller at de har brukt data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen til å synliggjøre forskjeller mellom sengepostene for lungebetennelse ved sykehusene i helseforetaket. En av sengepostene hadde vesentlig høyere KPP enn de andre. Her har de brukt KPP-kalkylen til benchmarking og utarbeidet nyttig styringsinformasjon. Ved å gå

bak tallene, for å forstå hvorfor det var ulikheter, fant de ut at det i utstrakt grad ble brukt en annen type intravenøs antibiotika ved denne sengeposten. Det medførte at pasientene måtte legges inn en dag tidligere, noe som medførte kostnader tilsvarende 200 ekstra liggedøgn i året, forteller økonomidirektøren. Følgelig skulle man tro at det var enkelt å foreta endringer i denne medisinske praksisen, og bytte type intravenøs antibiotika ved denne sengeposten, men økonomidirektøren hevder derimot at styringsinformasjonen ble møtt med skepsis.

*«Vi hadde på en måte vist at for å få redusert i alt 200 liggedøgn som denne praksisen medførte, så måtte praksis endres og liggetiden reduseres. Dette viste seg å være svært vanskelig å endre selv om andre sykehus praktiserer det. Det er utfordrende å endre faglig praksis selv om man har mange eksempler på at noe annet er tilstrekkelig»*  
(Informant 1).

De prøvde å bruk den data-baserte styringsinformasjonen til å fatte beslutninger, men ble møtt med trenering og skepsis. Av den grunn fikk de ikke gjort nødvendige endringer i den medisinske praksisen for å få ned KPP-en og effektivisere ressursutnyttelsen i denne situasjonen.

### **5.3 Data-basert styringsinformasjon utarbeidet med et egenutviklet styringssystem**

Ved helseforetakets minste sykehus har det skjedd endringer i den medisinske praksisen i løpet av de siste ti årene. En viktig faktor som har påvirket disse endringene, har vært bruk av data-basert styringsinformasjon fra et egenutviklet styringssystem. I dette delkapittelet presenterer vi dette lokale, egenutviklede styringssystemet. Videre beskriver vi hvordan den medisinske praksisen har endret seg ved innføring av flytdager og fast-track-prosedyrer, og hvordan den data-baserte styringsinformasjonen utarbeidet med det egenutviklede styringssystemet ble brukt til å effektivisere ressursutnyttelsen.

#### **5.3.1 Egenutviklet styringssystem**

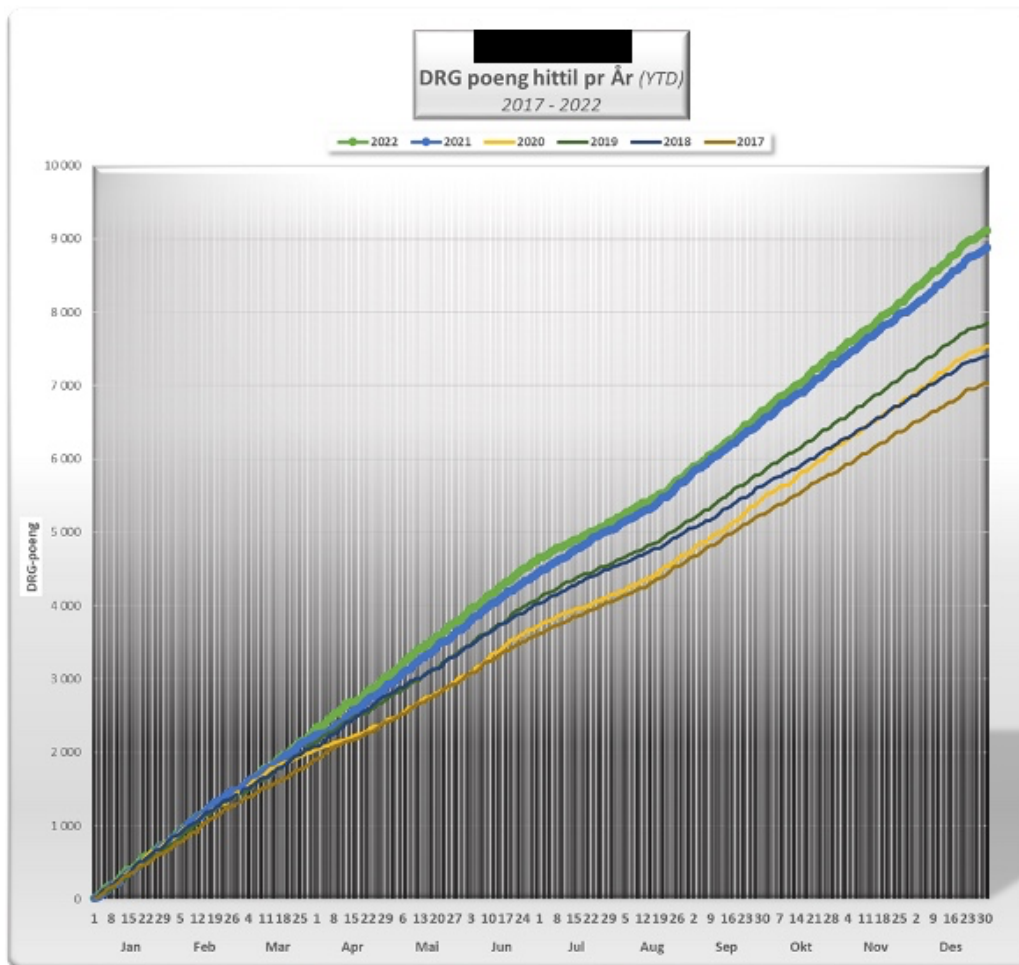
En av informantene våre, en overlege ved sykehuset, har gjennom hele hans profesjonelle yrkesliv vært interessert i data og brukt egen fritid på å studere bøker og nettsider for å lære seg excel og programmeringsspråk. Overlegen jobber tett sammen en controller og andre interesserte klinikere ved sykehuset. De får tilgang på store datagrunnlag gjennom

datavarehuset i helseregionen, og bruker det til å utvikle sitt eget styringssystem der de lager Excel-modeller og pivottabeller.

Ved å få tilgang til data i datavarehuset har de datagrunnlag fra hele helseforetaket. De har både data fra egen drift, men også fra de andre sykehusene i helseforetaket. Informant 2 opplyser om at dette er svært nyttig da de kan følge egen utviklingen, i tillegg til å sammenligne seg med klinikker i helseforetaket. Informant 3 poengterer at styringsinformasjonen de utarbeider er nyttig til å holde oversikt over aktiviteten deres.

*«Det er som et speedometer, altså at det er som å kjøre bil. Når du skal fra 80-sone til 70-sone så lurer du av og til på hvor du ligger, og må se på speedometeret for å følge med. Man må ha en mulighet til å følge med. Og det er jo det systemet gir, oversikt»*  
(Informant 3).

Figur 6 er et skjermbilde hentet fra det egenutviklede styringssystemet, og viser hvordan de overvåker egen utvikling ved bruk av akkumulerte DRG-poeng. Dette er et godt eksempel på hvordan de har hentet data fra datavarehuset i helseregionen, og brukt dataen til å utarbeide lokal styringsinformasjon, hvor de følger med på produktiviteten ved sykehuset. Figuren viser at de har blitt mer produktive, og som vi skal se senere, kan det henge sammen med endringene de har foretatt i den medisinske praksisen.



**Figur 6;** Akkumulerte DRG-poeng for sykehuset. Kilde: Informant 3, e-postutveksling.

Styringssystemet deres tar for seg omfattende data, og er detaljert nok til at de kan gå ned på pasientnivå og studere anonymiserte enkeltepisoder og -pasienter. De kan sammenligne DRG-koder, samt studere planlagt aktivitet og utvikling i enkeltavdelinger, som for eksempel ved kirurgisk og ortopedisk virksomhet. Informant 2 påpeker hvor detaljert den data-baserte styringsinformasjon er, og sier at *«det er slik at i de systemene vi har laget, så kan vi blant annet se på stuetid, knivtid og operatører, ikke sant, hvor lang tid er brukt på operasjonen, hvor mange operatører er brukt osv. Så vi kan gå i detaljer og følge med på de tingene der»* (Informant 2). På den måten bruker de styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet til å blant annet synliggjøre forbedringspotensial i den medisinske praksisen. Informantene forteller at de hyppig oppdaterer modellene sine, og dermed har mulighet til å følge utvikling, noe overlegen påpeker at de gjør.

*«På for eksempel hofteproteser så ser jeg på hver enkelt pasient, fordi liggetiden er av praksis betydning. Vi vil jo ha dem til å ligge kortere, så det ser jeg på om vi klarer, og om endringer vi gjør har effekt» (Informant 3).*

Informantene beskriver at oversikten som det egenutviklede styringssystemet gir, medfører at det blir enklere å planlegge. Hvis det plutselig oppstår en flaskehals, for eksempel at en kirurg blir sykemeldt, så kan de raskt tilpasse seg og omstrukturere, for å holde effektiviteten oppe. De bruker styringsinformasjonen til å planlegge fremtidig aktivitet, men også som argument for endringer. Controlleren hevder at den gode styringsinformasjonen gjør det enklere for dem å handle og gjøre endringer.

*«Har man en slik oversikt og informasjon, så har man et grunnlag og argumenter til hvorfor man har livets rett til å gjøre endringer» (Informant 2).*

### **5.3.2 Endringer i den medisinske praksisen; flytdager og fast-track-prosedyrer**

Som nevnt innledningsvis har det skjedd endringer i den medisinske praksisen ved sykehuset de siste årene. For omtrent ti år siden gikk en gruppe klinikere, med den nevnte overlegen i spissen, sammen og dannet en prosjektgruppe. Målet var å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse. De så et potensial for å operere flere pasienter og redusere ventelistene. Dette gjorde de ved å etablere fast-track-prosedyrer og opprette flytdager. Fast-track-prosedyrer defineres som «en koordinert perioperativ tilnærming rettet mot å redusere kirurgisk stress og lette postoperativ restitusjon» (Ansari et al., 2013, s. 29, vår oversettelse), mens flytdager er;

*«en dag der man setter av tid og ressurser til å operere mange pasienter med lik operasjonstype. Her frikjøpes nødvendig kapasitet med kirurger og sykepleiere, slik at man har en dedikert gruppe helsepersonell som er der hele dagen og kun fokuserer på denne pasientgruppen og operasjonstypen» (Informant 3).*

Informantene forklarer at man samler opp pasienter med noenlunde like forutsetninger på flytdagene, slik at man får operert flest mulig per flytdag. De startet med å sette opp fast-track-prosedyrer og flytdager for lyskebrokkoperasjoner. Etterhvert som de startet med flytdager for andre inngrep, merket de store effekter.

*«Hvis man for eksempel tenker på pasienter med hofteprotese, så var det slik at de ble operert, også trillet på sengepost, hvor det var et rom med TV og slikt, nesten som et hotellrom. Og de ligger der i sju døgn, også ble de videresendt til gjenopptrening i 14 dager. Men det som man gjør nå er mye mer kostnadseffektivt, vi prøver å finne pasienter med like forutsetninger, som er sånn tålelig friske, som man kan operere på samme flytdag, og da er planen at de pasientene ligger over her et døgn også blir de sendt hjem, og da ser man straks forskjeller» (Informant 2).*

Ved å samle opp pasienter som hadde noenlunde like forutsetninger, kunne de operere flere pasienter hver flytdag. Da slipper de å ta én her og én der. Selv om de startet med fast-track-prosedyrer for lyskebrokkoperasjoner, har de også tatt det i bruk for andre typer inngrep. Blant annet for galle-, fedme- og hofteproteseoperasjoner.

Der hvor de tidligere hadde fulle ventelister og pasienter som stod i kø, kom sykehuset over i en situasjon hvor ventelistene nesten var tomme. Det medførte at de til og med tok over pasienter fra andre sykehus.

*«Enden på visen var at vi fikk en liste med 30 pasienter i tre fagområder, fra andre sykehus. Den ene var 30 lyskebrokkoperasjoner, 30 galleoperasjon og 30 små-kirurgiske inngrep i endetarmsområdet» (Informant 3).*

### **5.3.3 Effektivisering av fast-track-prosedyrene**

Det er når det gjelder å effektivisere fast-track-prosedyrene at bruk av data-basert styringsinformasjon fra egenutviklede styringssystemet kommer inn i bildet. For som informant 3 påpekte, var det ikke slik at de var effektive nok fra første dag. Men ved å bruke data-basert styringsinformasjon så de forbedringspotensial og kunne utvikle fast-track-prosedyrene.

*«Her brukte vi altså styringssystemet til å korrigere kursen. Vi så på hva vi hadde oppnådd underveis, og hva som kunne endres. Vi var veldig konkret på at det var det praktiske, som f.eks hvor lang tid var det mellom operasjonene» (Informant 3).*

Ved å bruke Excel-modellene og Pivottabellene i styringssystemet kunne de studere prosessene i flytdagene, og synliggjøre effekten av endringene de foretok. Informantene forklarer at det egenutviklede styringssystemet blant annet gir oversikt over stuetid, knivtid, operasjonstid, tid

mellom operasjoner og antall operatører. De forteller at denne type data-baserte styringsinformasjon synliggjorde at det var mye dødtid før, under og mellom operasjonene. Derav undersøkte de hva som kunne gjøres annerledes og hvem som burde gjøre hva. De fikk raskt endret prosessene og omfordelte oppgaver.

*«Jeg som overlege på anesthesiavdelingen, hadde historisk sett ingenting som tilsa at jeg skulle være med og vaske eller slikt. Men vi startet med å gjøre rubbel og bit, og alle gjorde hva som helst. Ryddet, vasket, hentet pasienter og utstyr og bare jobbet sammen, mer effektivt, uten dødtid» (Informant 3).*

Etterhvert fant de ut hvem som var ledig på hvilke tidspunkt, og hvordan de skulle optimalisere fast-track-prosedylene for å oppnå en mer effektiv ressursutnyttelse. De gjorde endringer basert på forbedringspotensialet de fant ved bruk av styringsinformasjonen. Et godt eksempel på hvordan de reduserte dødtid var å hente alt av nødvendig utstyr til samtlige operasjoner på den gitte flytdagen, med en gang. Istedenfor å gå flere turer til lageret, hentet de alt utstyret på traller, og satt det tilgjengelig og klart utenfor operasjonsstuen. Da gikk det mye raskere mellom hver operasjon.

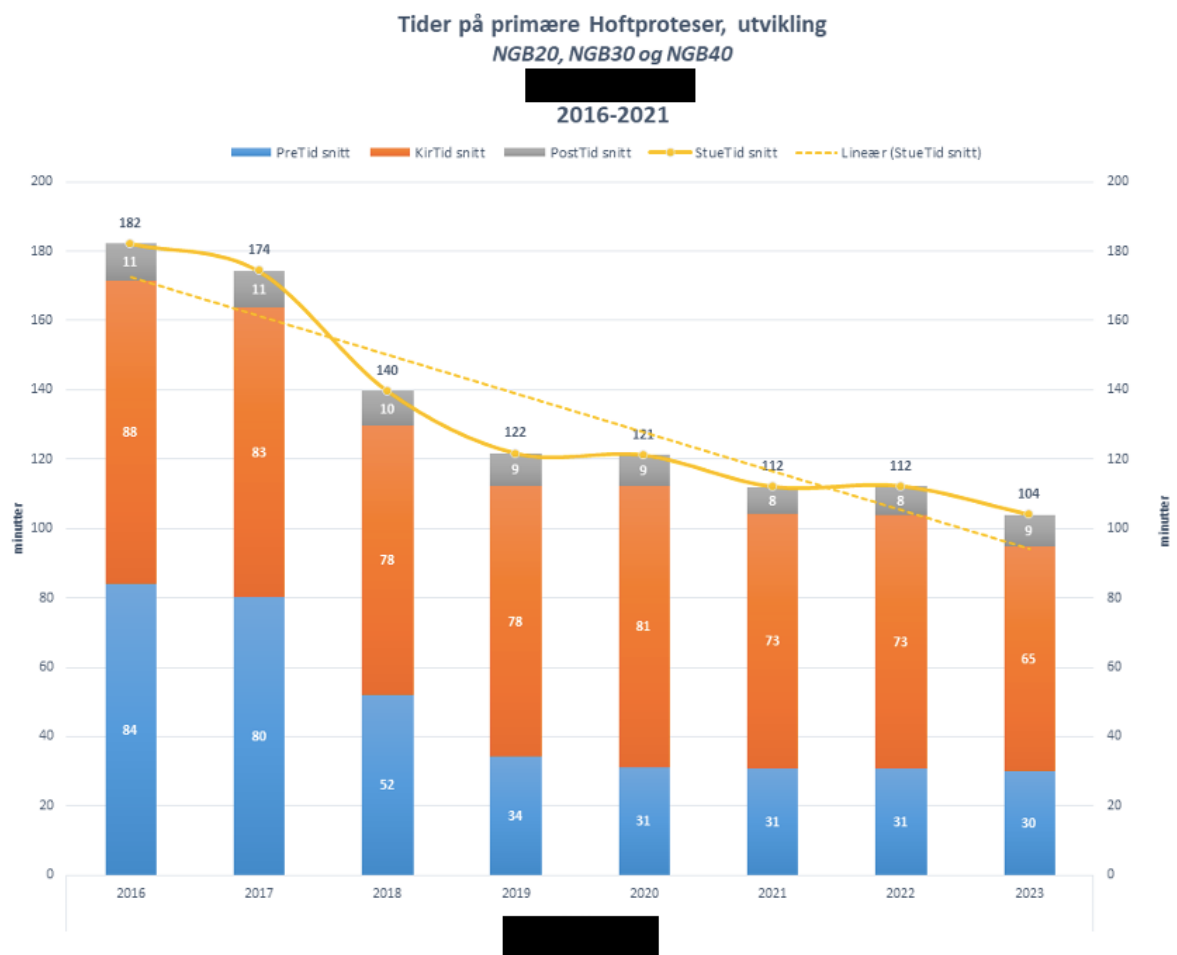
*«Få ut det gamle (utstyret), inn med det nye, bang ferdig! Det er helt idiotiske og enkle ting altså, men det er ofte dem som har den største effekten. Vi sparte vanvittig med tid på dette» (Informant 3).*

Den data-baserte styringsinformasjonen spilte en viktig rolle i effektiviseringen av fast-track-prosedylene, da styringsinformasjonen blant annet synliggjorde operasjonstider og dødtid. Det åpnet døren for å gjøre endringer i den medisinske praksisen, som for eksempel å omfordele oppgaver. Styringsinformasjonen ga aktørene et utgangspunkt for forbedring, samtidig som det ga mulighet til å holde oversikt over utviklingen endringene medførte.

*«Vi så jo tidlig at hvis vi summerte opp all den dødtiden som var mellom operasjonene så tilsa det like mye tid som å operere to pasienter ekstra per dag. Og etterhvert så vi jo plutselig i modellene at vi fikk redusert tiden mellom operasjonene og hadde tid til å ta flere pasienter hver flytdag» (Informant 3).*

For å holde oversikt og følge utviklingen av den medisinske praksisen under flytdagene, lagde aktørene blant annet diagrammer for gjennomsnittlig operasjonstid. Figur 7 illustrerer dette for

primære hofteproteseoperasjoner per år siden 2016. Informant 3 forteller at primære hofteproteser omfatter pasienter som er i noenlunde god form, og setter inn hofteprotese for første gang. Hen forklarer at den blå delen av søylene i figur 7, «pre-tid», er tiden fra pasienten kommer inn på operasjonsstuen, til operasjonen starter. Den oransje delen, «kir-tid», er gjennomsnittlig knivtid, altså tiden selve operasjonen tar. Til slutt viser den grå delen av søylene «post-tid». Det er tiden fra operasjonen er slutt og frem til pasienten er ute av operasjonsstuen. Disse tidene registreres på hver eneste hofteproteseoperasjon, og danner data som gjør det mulig å følge med på hvorvidt endringene man foretar har effekt. Informant 3 forteller at dette er viktig styringsinformasjon, både for planlegging av fremtidige flytdager, men ikke minst for å følge med på hvorvidt endringene de gjør har effekt.



**Figur 7;** Gjennomsnittlig operasjonstid for primære hofteproteser ved sykehuset.

Kilde: Informant 3, e-postutveksling.

Figur 7 illustrerer en tydelig reduksjon i tid per operasjon av primære hofteproteser ved sykehuset de siste syv årene. Dette mener informantene skyldes at de har klart å redusere dødtid



før, under og etter operasjonene. Figuren illustrerer data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet og viser et godt bilde av hvordan aktørene kan synliggjøre endringer og følge med på utvikling. Gjennom å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrene, har de klart å redusere operasjonstid per pasient.

Som tidligere nevnt har prosjektgruppen opprettet fast-track-prosedyrer for operasjoner av lyskebrokk, galle, fedme og hofteproteser ved sykehuset. På bakgrunn av styringsinformasjon som synliggjorde dødtid og potensial for forbedring, har de gjort endringer for å effektivisere fast-track-prosedyrene. Resultatene av endringene har vært betydelige. Informant 3 påpeker at de har økt fra omlag 2 til 7-8 inngrep per flytdag for lyskebrokkoperasjon. Når det gjelder galle-, fedme- og hofteproteseoperasjonene har de økt fra å gjennomføre 1-2 operasjoner per flytdag, til å være oppe i 4-5 operasjoner. Ved å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrene, har de klart å effektivisere ressursutnyttelsen. Og det er blant annet takket være bruk av data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet, hevder informant 2 og 3.

#### **5.3.4 Kommunikasjon og forståelse av den data-baserte styringsinformasjonen**

Som tidligere nevnt er dette sykehuset det minste i helseforetaket. Som et lokalt sykehus er det, naturligvis, en mindre organisasjon enn helseforetaket som helhet. Dette mener informant 3 medfører bedre forutsetninger for kommunikasjon.

*«Her er vi en mindre gjeng, så kommunikasjonslinjene er lettere ... jeg tror at det har vært viktig for at vi har fått gjort så mye» (Informant 3).*

Overlegen poengterer at de både har formelle arenaer hvor de får presentert data-basert styringsinformasjon, men at den uformelle kommunikasjonsarenaen er desto viktigere.

*«Vi bruker det (data-basert styringsinformasjon) i dialog med avdelingsleder og på klinikkrådsmøter. Der viser jeg til det og forteller litt om hvordan vi gjør det ... Det viktigste vi har er pauserommet, en arena for kommunikasjon. Vi har et felles pauserom for alle, der møtes alle, og der får du løst alle problemer som dukker opp» (Informant 3).*

Ved det lille sykehuset er avstanden mellom ledelsen og de nede på gulvet er kort. Det beskriver informant 2 og 3 som en styrke. På pauserommet foregår det uformelle dialoger, mellom

klirikere, økonomer og ledere. Her diskuteres dagsaktuelle temaer, og man har en arena hvor forståelse kan skapes.

Informant 3 poengterer at et ikke var enkelt å engasjere folk i startfasen av innføringen av fast-track-prosedyrene og flytdagene, og at «*det startet med en frykt hos alle*» (Informant 3). Etterhvert ble det en to-deling, hvor brorparten av ansatte ikke engasjerte seg. På den andre siden var det en liten gjeng med klinikere som tenkte likt, søkte sammen, og dannet den tidligere nevnte prosjektgruppen.

*«Det viktigste med å kalle det en prosjektgruppe var å ekskludere alle som ikke var interesserte, fordi de kom bare til å ødelegge hele prosjektet ... Jeg tror at slike endringer kun fungerer ved én forutsetning, og det er at man har engasjerte folk»* (Informant 3).

Derfor var de ikke opptatt av å få med alle fra starten, men heller opprette en liten dedikert prosjektgruppe. Informant 3 forteller derimot at etterhvert som de andre ansatte forsto at det prosjektgruppen drev med ikke bare var nyttig økonomisk sett, men også i et helseøyemed, ble flere engasjerte.

*«Etterhvert skjønnte flere at det handler ikke om å springe fortene og fortene, men å gjøre ting smartere»* (Informant 3).

En av de store endringene som fast-track-prosedyrene medførte, var standardisering. Tidligere var det stor individuell variasjon for hvordan kirurgene praktiserte ulike inngrep. Ulike kirurger ønsket å gjøre ting på ulik måte. Det kunne skape forvirring forteller overlegen, spesielt hvis de involverte sykepleierne ikke visste hvordan den gitte kirurgen likte å praktisere det gitte inngrepet. Da kunne det blant annet oppstå tidsforsinkelser. Derfor kom standardisering av arbeidsoppgaver på operasjonsstuen under flytdagene inn i bildet.

*«Det viste seg at det var en suksessfaktor. Standardisering av hvem som gjorde hva, og hvordan man gjorde det. Det ble rett og slett mer forutsigbart»* (Informant 3).

Klinikerne forsto at det var hensiktsmessig med standardisering, og at det førte til mer effektivitet. Overlegen poengterer at de ikke opplevde noe annet enn forståelse fra klinikernes side når det gjaldt å standardisere operasjonsprosessene og arbeidsoppgavene deres.

Controlleren understreker at «vi har jo operatører som vil være best og som liker å følge med på om tallene er grønne eller røde» (Informant 2). Klinikerne var interessert i å forbedre den medisinske praksisen, og var motiverte for å bli best i klassen. Etterhvert forsto de at flytdagene, standardisering og effektivisering gjorde arbeidet deres lettere. Controlleren hevder at engasjementet og forståelsen blant klinikerne har blitt mye større.

*«Der føler jeg at det har skjedd en endring de siste årene. De har blitt mye mer interessert, spesielt her ved vårt sykehus da» (Informant 2).*

Informantene våre mener at klinikerne gradvis har fått opp øynene, og at det kan skyldes at de faktisk har fått til en god del endringer og forbedringer etter at de innførte fast-track-prosedyrer og har brukt data-baserte styringsinformasjonen til å endre den medisinske praksisen.

*«Gradvis så tror jeg at informasjonen og resultatene har sunket litt inn. Så interessen er større og forståelsen for diskusjonene er mye bedre, men det er fremdeles langt igjen til å kunne si at en kliniker tenker som en økonom» (Informant 3).*

Da det fremsto at det å bli best motiverte operatørene, spurte vi avslutningsvis controlleren og overlegen om hva som motiverer dem for å bruke tid på å utvikle egen data-basert styringsinformasjon. Controlleren svarer at; «det er jo alltid er kjekt å være best ... det er jo slikt som gjør at vi utvikler oss og kommer oss fremover. Vi får utnyttet hver helsekrone bedre. For hver krone staten investerer på sykehuset, til flere klarer vi å behandle og få gjennom systemet ... Også er det jo veldig gøy å se at man er best på ting» (Informant 2).

Overlegens motivasjon tar utgangspunkt i at;

*«du brenner for å få til noe, på en hensiktsmessig måte, med så lite innsats som mulig. Hvis du driver og stabler ved, så gjør du det på den enklest mulige måten, men hvor du får et godt resultat raskt. Og ved å gjøre den pasientbehandlingen bedre og mer effektiv, kutte dødtid, bedre koding, og rett og slett ta tak i de elementene vi kan, så har vi gjort bra ting» (Informant 3).*

## 5.4 utfordringer ved å bruke data-basert styringsinformasjon

I dette delkapitlet fremlegges våre empiriske funn rundt utfordringer knyttet til bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket. Dette omfatter både utfordringer knyttet til bruk av styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet ved det minste sykehuset, men først og fremst bruk av styringsinformasjon fra KPP-kalkylen i helseforetaket. I tillegg ser vi på noen av tiltakene som gjøres for å prøve og overkomme utfordringene.

Vi avsluttet forrige delkapittel med å se antydninger til at operatørene, overlegen og controlleren hadde ulik motivasjon for å bruke styringsinformasjon til å effektivisere fast-track-prosedurene ved det minste sykehuset i helseforetaket. Dette finner vi også igjen hos andre informanter. Informant 4 påpekte at hen har fokus på økonomi, og mener at *«her i helsesektoren blir økonomi ofte litt underlagt»* (Informant 4). På den andre siden poengterer fagdirektøren poengterer at *«vi må koblet det opp til fag, og ikke man bare snakker om økonomi»* (Informant 7). Mens en av avdelingssjefene understreker at *«det viktigste er at det gir økt kvalitet og pasientsikkerhet, også deretter at det blir mer hensiktsmessig bruk av ressurser»* (Informant 5).

Informant 9 mener at aktørene i helseforetaket ikke nødvendigvis har ulikt verdigrunnlag i bunn, og at både klinikere og økonomer mest sannsynlig har pasientenes velvære som grunnmotivasjon. Hen understreker derimot at skoen først og fremst trykker en annen plass.

*«Jeg tror nødvendigvis ikke man har ulike verdier, jeg tror verdiene er de samme, men jeg tror vi har ulikt språk og forståelse»* (Informant 9).

### 5.4.1 Forståelse blant aktørene i helseforetaket

Å danne en felles forståelse av data-baserte styringsinformasjon og styringssystemer mener informant 9 er en utfordring. Flere av informantene våre oppfattes å ha ulik forståelse av de data-baserte styringssystemene. Informant 3 hevder på den ene siden at det egenutviklede styringssystem ikke tar utgangspunkt i KPP-data.

*«KPP brukes ikke aktivt, vi har andre ting som vi baserer oss på, men den etablerte modellen og begrepet KPP, det må man ikke blande inn med det vi bruker til å styre»* (Informant 3).

Informant 4 hadde derimot en annen oppfatning da hen forteller at «*Jeg har pratet med en controller som sa at de (ved det minste sykehuset) bruker styring til å se om de kan få til f.eks åtte operasjoner hver dag (ref. flytdager), og de gjør ting litt annerledes. Det er veldig artig at KPP-tall blir brukt på den måten*» (Informant 4).

Flere av informantene opplever også å ha ulik forståelse av selve KPP-kalkylen og dens formål. Både informant 7 og 8 mener at KPP gir mulighet til å studere pasientforløp ned til minste detalj. På den andre siden hevder informant 3 at KPP er tungvint da det tar for seg hele pasientforløp og at man ikke kan gå i detalj. Videre ser en av avdelingssjefene på data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen som en oversikt over pasientforløp, mens den andre avdelingssjefen ser på KPP som «*et styringssystem for å redusere kostnader*» (Informant 9). Her ser det ut til at ulike aktører har ulik forståelse av samme begrep.

Styringsinformasjon fra KPP-kalkylen utarbeides først og fremst av aktører med økonomisk bakgrunn. Det mener informant 9 kan være en mulig årsak til at ulike aktører har ulik forståelse av styringsinformasjonen, da det ikke er tilpasset godt nok for aktører med helsefaglig bakgrunn.

*«Du forstår liksom ikke hva som ligger i de matematiske beregningene i kalkylen ... Det er viktig at dette blir oversatt slik at vi (klinikere) forstår det. Det kan liksom ikke bare være streker og koder og grafer og farger, for slik som det er nå da, så synes jeg at det er litt for gresk for meg»* (Informant 9).

Informanten poengterer videre at når det blir utarbeidet rapporter, styringsinformasjon og styringssystemer for dem, så er det på en måte «*ikke utarbeidet for oss likevel, fordi det er på et språk som vi ikke forstår*» (Informant 9).

Det oppleves som nødvendig å oversette data til et språk som er logisk og forståelig for aktører med helsefaglig bakgrunn. Dette erkjenner også økonomidirektøren, som sier at «*jeg tror ofte at spørsmålsstillingen ut til klinikerne kan bli feil, for hvis man spør om KPP så er det ikke sikkert at de vet hva det er for noe*» (Informant 1). Det samme hevder informant 4. Som controller opplever hen manglende økonomisk forståelse blant både seksjonsledere og klinikere.

Ulike aktører har ulik forståelse av de data-baserte styringssystemene, og som vi har sett ovenfor, er det nok flere årsaker til det. At aktørene ikke har en felles forståelse er problematisk, og informant 9 forklarer at manglende forståelse er en stor utfordring for hvorvidt man kan bruke den data-baserte styringsinformasjonen.

*«Når du har KPP, og ikke forstår det, selv når alle snakker om det, eller ikke alle, men når økonomer og kontrollere snakker om KPP, også blir det til slutt bare et begrep som folk bruker, og som man ikke forstår, eller som man har ulik forståelse av ... til slutt er det ingen som forstår hverandre eller informasjonen på lik måte» (Informant 9).*

#### **5.4.2 Manglende oversettelse og behov for kommunikasjon**

Flere av informantene hevder at det er viktig at den data-baserte styringsinformasjon oversettes slik at klinikere skjønner hvorfor det er nyttig og relevant. Både slik at klinikere forstår det, men ikke minst at lederne, som skal bruke og videreformidle styringsinformasjonen nedover i organisasjonen, forstår det. Som tidligere nevnt opplevde den ene controlleren at det var manglende forståelse for økonomi blant både seksjonsledere og klinikere. Hen påpeker derimot at *«da er det viktig at vi også går et steg ned, og oversetter til deres språk, og kommer med eksempler som de forstår. Det viktigste er kommunikasjon» (Informant 4).*

Informant 8 påstår at KPP-kalkylen, som styringssystem, åpner for muligheter til å opptre mer pedagogisk, i større grad enn hva mer tradisjonelle styringssystemer som budsjetter gjør. Dette er noe fagdirektøren også poengterer, før hen hevder at det skyldes at KPP-data er mer praksisnært enn hva budsjettene er, og at det derfor er lettere å koble styringsinformasjonen opp mot fag og fagfolkets språk.

*«Alle endringer er det nok viktig at er knyttet opp til fag, i helsevesenet, og jeg tror jo at det er styrken med KPP da, at det er mulig å koble det opp mot fag, og oversette språket, slik at en kliniker skjønner økonomisk tankegang, og en økonom skjønner klinisk tankegang. Det er jo egentlig det som er det fine med KPP, at det kan bringe to begrepsverdener og to skoler sammen» (Informant 7).*

At KPP-kalkylen og det egenutviklede styringssystemet oppleves som praksisnære, mener flere informanter at åpner opp for muligheten til å skape forståelse blant klinikere, i større grad enn hva tradisjonelle budsjetter gjør. At disse styringssystemene er mer praksisnære kan på den

andre siden medføre utfordringer for økonomene. For som informant 3 sier, så er det «*stort sett økonomer som sitter og analyserer styringsinformasjon, og da kan man spørre seg, hvor mange av dem har jeg sett i en operasjonsstue, på intensivsen eller på akuttmottaket? Ingen*» (Informant 3).

Flere av informantene våre erkjenner at tallene i KPP-kalkylen kan være upresise. I utgangspunktet har en økonom hverken forutsetningene eller innsikten til å forstå de praksisnære forholdene ved pasientforløp. Spesielt siden pasientforløp kan være nokså intrikate, samt at det å skille mellom DRG-grupper kan være relativt diffust. Informant 7 hevder at dette kan føre til feiltolkninger, og medføre at styringsinformasjon fra KPP blir mindre troverdig og ikke gir et presist bilde.

*«... det er slik at det ofte er controllerne som kjører dette her (kalkylen), så det er risiko for at det er feil input, og også feil tolkning»* (Informant 7).

Slike utfordringer bekreftes av informant 4, som selv er controller. Hen forteller at hen ikke har god nok oversikt over den medisinske praksisen, men at hen har opparbeidet seg bedre kunnskap gjennom dialog med nettopp fagdirektøren.

*«Hen (fagdirektøren) hadde peiling fordi hen kom fra det kliniske miljøet. Hen hjalp meg mye og forklarte ulike ting om medisinsk praksis slik at jeg forsto det bedre»* (Informant 4).

### **5.4.3 Tiltak for å håndtere utfordringer**

Som vist ovenfor er det viktig å legge til rette for kommunikasjon, for å skape en felles forståelse. I helseforetaket er det økende bevissthet rundt dette, og de har derfor satt i gang tiltak for å prøve å overkomme denne type utfordringer.

Fagdirektøren og økonomidirektøren har hatt et fokus på å binde sammen det helsefaglige og økonomiske. Gjennom det siste året har de i økende grad koblet den data-baserte styringsinformasjonen utarbeidet med KPP-kalkylen opp mot fag. Dette omfatter blant annet at de navsetter begrepene som ligger i KPP-kalkylen, men ikke minst at de sammen drar rundt til alle klinikkene og presenterer data-basert styringsinformasjon. Fagdirektøren opplever dette som et positivt tiltak, der de jobber mot å skape en felles forståelse.

*«Det er på en måte som å lage et felles språk som alle forstår» (Informant 7).*

På den andre siden er dette en nylig oppstartet, pågående og treg prosess, som ikke har slått i full blomst. Fagdirektøren erkjenner at slike møter ikke finner sted hyppig nok enda, og at det ideelt sett burde vært et kontinuerlig arbeid for å skape en felles forståelse. Selv om fokuset på å skape forståelse har blitt større, samt at fagdirektøren og økonomidirektøren prøver å opptre som et bindeledd mellom økonomi og helsefag, opplever de at det er begrenset med tid og ressurser. Økonomidirektøren mener blant annet at det skyldes at det går for mye tid til tradisjonelt budsjettarbeid.

Som tidligere nevnt opplever flere av informantene at de data-baserte styringssystemene er knyttet tettere til den medisinske praksisen, enn hva tradisjonelle budsjetter er. Videre beskrev vi hvordan dette har medført utfordringer for økonomene, som skal utarbeide styringsinformasjon med disse praksisnære styringssystemene. Fagdirektøren påpeker at man etterhvert har involvert klinikere i utarbeidingen av data-basert styringsinformasjon fra KPP-kalkylen, for å redusere risikoen for at styringsinformasjonen blir feil.

*«Vi har jo fått inn klinikere på enkelte fagområder, for at de skal kunne gi et datagrunnlag, et klinisk datagrunnlag og at man plukker de riktige pasientene å se på. Det er jo veldig viktig» (Informant 7).*

Klinikerne som involveres i bruk av KPP-kalkylen opparbeider seg kunnskap og forståelse av KPP. Derav har de et bedre grunnlag for å kommunisere og skape forståelse for styringsinformasjonen ute i klinikkene, noe en av avdelingssjefene har erfart.

*«Også diskuterte vi to sammen. Og dette gjorde at jeg skjønnte litt mer ... Den (kommunikasjonen med klinikerne) var viktig for meg, jeg har vært helt avhengig av det for å kunne forstå såpass mye som jeg gjør nå» (Informant 5).*

Dette viser at gjennom kommunikasjon og samhandling mellom klinikere, økonomer og ledere er det potensial for å skape felles forståelse. En felles forståelse som kan legge til rette for å bruke den data-baserte styringsinformasjonen til å effektivisere ressursutnyttelsen i helseforetaket.



## 6.0 Analyse

I dette kapitlet skal vi analysere hvordan aktører i helseforetaket bruker data-basert styringsinformasjon for å endre medisinsk praksis mot en mer effektiv ressursutnyttelse. Vi anvender et teoretisk utgangspunkt i Levers of Control og dets systemperspektiv for å beskrive bruk av data-basert styringsinformasjon. Men, som tidligere nevnt, har vi også et aktørperspektiv i oppgaven. Derfor støtter vi oss til et pragmatisk konstruktivistisk perspektiv for å forstå aktørenes bruk av styringsinformasjonen.

### 6.1 KPP-kalkylen brukes til benchmarking, men der stopper det

I denne casestudien av et stort norsk helseforetak har vi studert hvordan aktører bruker data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen. Som et statsadministrativt rapporteringsverktøy har KPP-kalkylen først og fremst til hensikt å bidra til kostnadsrapportering. På den andre siden er kalkylen også intendert å anvendes i den interne styringen i helseforetakene. Ifølge Helsedirektoratet (2012, s.6) vil «en bedre dokumentasjon av sykehusenes aktivitet og det tilhørende kostnadsbildet gi helseforetakene et bedre grunnlag for å fatte beslutninger».

Informantene våre forteller at KPP brukes i den interne styringen ved helseforetaket. I empirien fremkommer det at den data-baserte styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen utarbeides sentralt i helseforetaket, og brukes til benchmarking, slik at aktørene kan følge med på utvikling ved egen enhet og sammenligne med andre enheter. Dette tyder på at helseforetaket bruker KPP-kalkylen diagnostisk. Simons (1995) legger frem diagnostiske system som kontroll av kritiske prestasjonsvariabler. Det omfatter at man utarbeider og overvåker sentrale variabler etter satte standarder, og derav skanner etter avvik. Widener (2007) hevder at diagnostiske styringssystem muliggjør benchmarking, og KPP-kalkylen er intet unntak. Informantene våre poengterer at intern benchmarking er noe av det viktigste KPP-kalkylen legger til rette for, og økonomidirektøren understreker at helseforetaket har gode sammenligningsgrunnlag i form av å ha flere sykehus og enheter i helseforetaket. Følgelig indikerer våre funn at aktørene i helseforetaket bruker data-basert styringsinformasjon diagnostisk, gjennom benchmarking av KPP-data.

Flere av informantene antyder at KPP-kalkylen muliggjør å koble økonomiske og helsefaglige aspekter. Det kan tyde på at bruk av KPP-kalkylen står nærmere helseforetakets helsefaglige verdier. I tillegg oppfattes flere av informantene å mene at KPP ligger nærmere verdiene til klinikerne i helseforetaket, enn hva bruk av tradisjonelle budsjetter gjør. Verdier må være godt etablerte hos aktørene, da de er selve drivkraften til å handle (Guven-Uslu, 2017). Dermed kan det forstås som en fordel hvis styringsinformasjon står nære aktørenes verdier, da det vil motivere dem til å bruke styringsinformasjonen. Informant 7 poengterer blant annet at «... styrken med KPP da, er at det er mulig å koble det opp mot fag, og oversette språket, slik at en kliniker skjønner økonomisk tankegang ...». Vi kan dermed forstå at KPP som styringssystem kan kobles opp til helsefaglige verdier. Dette indikerer at bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen ligger nærmere trossystemet, og motiverer aktører i helseforetaket til å bruke styringsinformasjonen. Med dette tatt i betraktning, kan man forstå at styringsinformasjon fra KPP-kalkylen har et potensial til å brukes for å endre den medisinske praksisen.

I empirikapittelet viser lungebetennelse-eksempelet hvordan diagnostisk benchmarking av KPP-data synliggjorde en vesentlig differanse i KPP-en ved sengeposten for lungebetennelse ved et av sykehusene i helseforetaket. Følgelig skulle man tro at aktørene kunne bruke styringsinformasjonen til å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse. Vi finner derimot ingen tegn til at aktørene har klart å gjøre endringer i den medisinske praksisen, noe informant 1 opplever skyldes at aktører er skeptiske til å gjøre endringer på bakgrunn av styringsinformasjonen. Skepsis til bruk av styringsinformasjon blant klinikere finner man igjen i tidligere litteratur (Gebreiter, 2015; Kurunmäki, 2004; Kurunmäki, Lapsley & Melia, 2003; Jacobs & Laughlin, 2001; Lowe & Doolin, 1999; Jacobs, 1998). I tillegg forteller både informant 4 og 9 at de opplever at aktører har ulik forståelse av styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen i helseforetaket. Det kan tyde på at ulik forståelse hindrer interaktiv bruk av data-basert styringsinformasjon fra KPP. Interaktiv bruk av styringsinformasjon kan sees på som prosesser hvor ledere og medarbeidere gjennom aktiv og frekvent dialog og to-veis-kommunikasjon kan skape utvikling og overkomme strategiske barrierer i deres dynamiske setting (Mundy, 2010; Widener, 2007; Simons, 1994b). Som Simons (1994a; 1994b) påpeker er kommunikasjon av styringsinformasjon viktig, da etablering av en god dialog, gjerne tverrfaglig, kan stimulere til læring og innovasjon i organisasjonen. Våre funn tyder derimot på at dette er en utfordring i helseforetaket. Det er derimot ikke overraskende at denne type utfordring oppstår i helseforetaket, da helsesektoren er et

organisatorisk felt hvor multiple verdier og krav er i spill, og hvor det er fokus på å øke kvalitet og redusere kostnader samtidig (Paauwe, Boselie & van den Broek, 2014). I tillegg finner tidligere litteratur at den administrative og kliniske kulturen ved sykehus er svært forskjellige (March & Olsen, 1976). Her kan det oppstå paradoksale motsetninger mellom ledelsens styring og ambisjon om effektiv ressursutnyttelse på den ene siden, og helsepersonellens omsorgsideologi og etos på den andre siden (Danielsen & Hertel, 2018; Paauwe, Boselie & van den Broek, 2014; Coombs, 1987).

Tidligere i kapitlet belyste vi at diagnostisk styringsinformasjon fra KPP-kalkylen blir utarbeidet sentralt i helseforetaket. I empirien kommer det frem at styringsinformasjonen deretter formidles til ledere gjennom rapporter og driftsmøter. Her er det ulike aktører som skal dra nytte av styringsinformasjonen. En av avdelingslederne, Informant 9, sier at hen ikke forstår de matematiske beregningene bak KPP-kalkylen, og at mye av styringsinformasjonen som blir presentert for hen, fremstår som gresk og uforståelig. Det indikerer at informant 9 som aktør, kan ha større behov for kommunikasjon og oversettelse av styringsinformasjonen, enn hva for eksempel en controller trenger. Det tyder på at ulike aktører i helseforetaket har behov for ulik kommunikasjon. For eksempel kan aktører med medisinsk bakgrunn har større behov for kommunikasjon rundt styringsinformasjon, enn hva økonomiske aktører har behov for. Det medfører at kommunikasjon og interaktiv bruk av styringsinformasjon blir desto viktigere, for dersom man ønsker å etablere en felles virkelighetsforståelse blant aktørene, fordrer det kommunikasjon og lik forståelse av fakta, altså av styringsinformasjonen (Tiitola et al., 2022; Nørreklit, 2017a; Nørreklit, 2017b).

Som system finner vi at KPP-kalkylen brukes diagnostisk gjennom benchmarking. Lungebetennelse-eksempelet viser hvordan aktørene bruker den data-baserte styringsinformasjonen til å overvåke KPI-er og skanne etter avvik. På den måten anvendes styringsinformasjonen til å evaluere/kontrollere aktivitet. I tillegg finner vi tegn til at bruk av KPP medfører økt bevissthet rundt ressursbruk i helseforetaket. I empirikapitlet fremkommer det blant annet at informant 5 opplever dette. Av den grunn ser det ut til at den data-baserte styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen også anvendes til å styre oppmerksomhet og ligge nærme trossystemet, hvor ledere motiverer medarbeiderne i ønsket retning (Simons, 1995).

Som tidligere nevnt mener informantene at KPP også har potensial til å brukes til beslutningstaking for å endre medisinsk praksis, da det er praksisnært, og ligger nærme

trossystemet. På den andre siden indikerer funnene våre at aktørene ikke klarer å bruke styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen til beslutningstaking fordi de ikke anvender styringsinformasjonen interaktivt i tilstrekkelig grad. Dette belyses med lungebetennelse-eksempelet i empirikapittelet. For å forstå utfordringene knyttet til interaktiv bruk av styringsinformasjon fra KPP-kalkylen anvender vi et aktørperspektiv gjennom pragmatisk konstruktivisme.

Våre funn indikerer at aktørene integrerer dimensjonene fakta, muligheter og verdier, men at den fjerde dimensjonen i PK-rammeverket, kommunikasjon, ikke strekker til. Empirien viser at benchmarking av KPP-data danner et faktagrunnlag for handling. Nørreklit (2017a, 2017b) understreker at uten fakta, har aktøren ingen grunn til å anta at handlingens utfall vil være suksessfullt. Faktagrunnlaget som benchmarking av KPP-data skaper, legger til rette for faktabaserte muligheter, som Tiitola et al. (2022) påpeker at skaper aktørenes motivasjon for å handle. Lungebetennelse-eksempelet illustrer hvordan KPP skaper fakta og legger til rette for muligheter. Benchmarking av KPP-data mellom sengepostene for lungebetennelse viste at det var store forskjeller, og dannet et faktagrunnlag. Dette faktagrunnlaget la til rette for muligheten om å redusere 200 liggedøgn. Slik kan styringsinformasjon fra KPP-kalkylen danne både fakta og faktabaserte muligheter. Verdier må være godt etablerte hos aktørene, da de er selve drivkraften til å handle (Guven-Uslu, 2017). For at aktørene skal handle er det også viktig at mulighetene harmonerer med aktørens verdier (Nørreklit, Raffnsøe-Møller, & Mitchell, 2016). Våre funn antyder at KPP harmonerer med verdier hos aktører i et helseforetak, da bruk av KPP, som tidligere nevnt, oppleves som mer praksisnær enn tradisjonelle budsjetter. Dermed kan det virke som at aktørene i helseforetaket får integrert dimensjonene fakta, muligheter og verdier ved bruk av styringsinformasjon fra KPP-kalkylen.

I empirien fremkommer det imidlertid at flere av informantene opplever at aktører i helseforetaket har ulik forståelse av KPP-kalkylen og dens nytte. Informant 9 erfarer at ulike aktører har ulik forståelse av den samme organisatoriske settingen. «... jeg tror vi har ulikt språk og forståelse» (Informant 9). Det kan tyde på at den interaktive bruken av den data-baserte styringsinformasjonen ikke er god nok, og at man har mislyktes med å skape en felles forståelse. Det indikerer at kommunikasjonsdimensjonen ikke har vært tilstrekkelig integrert. For at handlinger skal oppfattes som suksessfulle, må aktørenes virkelighetsforståelse integrere alle fire dimensjonene fakta, muligheter, verdier og kommunikasjon (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016). Med andre ord vil manglende integrasjon av kommunikasjon og

forståelse hemme bruk av KPP-kalkylen til beslutningstaking, siden kommunikasjon er nøkkelen for å kunne oppnå en felles integrasjon mellom de tre andre dimensjonene i organisatoriske settinger (Guven-Uslu, 2017). Denne utfordringen kan forstås som en barriere for at bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP skal lede til faktisk endring av medisinsk praksis. For hvis en eller flere av dimensjonene er dårlig integrert, «øker risikoen for feil, og handlinger vil tendere til å ikke oppnå aktørenes mål» (Baldvinsdottir, 2021, s. 3, vår oversettelse).

Jamfør funnene våre kan det se ut til å være et gap mellom aktørenes forståelse både når det gjelder å forstå selve KPP-kalkylen, men også styringsinformasjon som utarbeides med styringssystemet. Språk-spill er et samlebegrep som omfatter både tanker, handlinger, forståelse og språk som skapes mellom aktører (Kure, Nørreklit & Røge, 2021). Språk-spill dannes gjennom kommunikasjon og interaksjon mellom aktører, og medfører en felles forståelse for den aktuelle settingen. Funnene våre indikerer at aktørene er bevisste på denne type utfordringer i helseforetaket, da fagdirektøren og økonomidirektøren forsøker å navnsette begreper i KPP-kalkylen og koble det opp mot helsefag. Det indikerer at de prøver å skape et felles språk-spill. Likevel finner vi tegn til at de ikke har lyktes med det i tilstrekkelig grad. Funnene i empirien antyder at aktørene ikke har lyktes med å skape et godt nok språk-spill, og at det dermed oppstår et gap, et forståelsesgap mellom aktørenes forståelse av den data-baserte styringsinformasjonen utarbeidet med KPP-kalkylen. Et forståelsesgap kan sees på som et mislykket språk-spill. Informant 9 beskriver hvordan hen opplever forståelsen av KPP i helseforetaket. «... *Også blir det (KPP) til slutt bare et begrep som folk bruker, og som man ikke forstår, eller som man har ulik forståelse av ... til slutt er det ingen som forstår hverandre eller informasjonen på lik måte*» (Informant 9). Dette tyder på at det har oppstått et forståelsesgap mellom aktørene i helseforetaket når det gjelder KPP.

Selv om data-basert styringsinformasjon fra KPP-kalkylen ser ut til å stå i stil til aktørenes verdier, samt danne fakta og faktabaserte muligheter, så tyder våre funn på at aktørene ikke lykkes med å skape en felles forståelse, og at kommunikasjonsdimensjonen dermed ikke er integrert i tilstrekkelig grad. Det antyder at integrasjonen av de fire dimensjonene ikke har lyktes, og kan være årsaken til at aktørene ikke oppnår suksessfull bruk av styringsinformasjon fra KPP-kalkylen til å endre medisinsk praksis i lungebetennelse-eksempelet. Med andre ord at de ikke lykkes å bruke data-basert styringsinformasjon fra KPP-kalkylen til beslutningstaking.

For hvis en handling skal oppfattes som suksessfull, må aktørene integrere samtlige fire dimensjoner (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016).

Vi finner flere faktorer i denne casestudien som kan være mulige årsaker for at ulike aktørene har ulik forståelse av det samme styringssystemet og -informasjonen. For det første opplevde flere informanter liten eller manglende tilgjengelighet. For å øke sin forståelse, påpeker flere at de gjerne skulle hatt tilgang til KPP-data og Clickview, slik at de kunne øke sin forståelse av hvordan det fungerer. For det andre var det stort sett økonomer som utarbeidet den data-baserte styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen, mens det er ledere, hvor flere har helsefaglig bakgrunn, som skal bruke styringsinformasjonen. Informant 9, som er avdelingsleder med helsefaglig bakgrunn, poengterte at hen oppfattet mye av styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen som uforståelig, blant annet fordi hen ikke forstår de matematiske beregningene bak styringsinformasjonen. For det tredje, siden KPP-data oppleves som praksisnær, oppfatter informanter at økonomer, uten god nok forståelse for den medisinske praksisen, har utarbeidet upresis styringsinformasjon. For det fjerde opplever informanter at de har begrenset med tid og ressurser til å utvikle forståelse og bruk av KPP i helseforetaket. Økonomidirektøren peker blant annet på at omfattende budsjettarbeid er altfor tidskrevende. Disse utfordringene henger tett sammen, og kan forklare hvorfor ulike aktører har ulik forståelse av den samme styringsinformasjonen. Med andre ord hvorfor det oppstår et forståelsesgap mellom aktørene.

## **6.2 Egenutviklet styringssystem brukes til å forbedre praksis**

Informantene ved det minste sykehuset påpeker at de bruker data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet til benchmarking, slik at de kan følge med på egen utvikling og sammenligne seg med de andre sykehusene i helseforetaket. I likhet med KPP-kalkylen, indikerer dette diagnostisk bruk av styringssystemet, da diagnostiske styringssystem muliggjør benchmarking (Widener, 2007). Jamfør figur 6 fremgår det tydelig hvordan styringsinformasjon brukes diagnostisk, da aktørene overvåker den totale aktiviteten ved sykehuset gjennom akkumulerte DRG-poeng per år. I henhold til figuren illustreres det hvordan aktørene kontrollerer kritiske prestasjonsvariabler, som Simons (1995) poengterer at er essensen i diagnostisk styring. Dermed kan data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet brukes til å evaluere/kontrollere aktivitet.

Vårt mest interessante funn angående bruk av det egenutviklede styringssystemet er derimot at aktørene bruker styringsinformasjonen til å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrene ved sykehuset. Vi finner at de anvender styringsinformasjon til beslutningstaking. Her har aktørene anvendt den data-baserte styringsinformasjonen for å effektivisere ressursutnyttelsen. Informantene forteller at de brukte data-basert styringsinformasjon til å synliggjøre ineffektivitet og følge utviklingen i fast-track-prosedyrene. Styringsinformasjonen synliggjorde dødtid før, under og mellom operasjonene, og viste dermed at det var mulig å effektivisere ved å gjøre endringer. Figur 7 viser oversikt over gjennomsnittlig tid per operasjon, og illustrer at operasjonstiden har gått markant ned de siste årene. I tillegg forteller informant 3 at de har økt antall operasjoner per flytdag, basert på endringene de har gjort. Denne styringsinformasjonen synliggjør at endringene aktørene har foretatt i den medisinske praksisen har hatt effekt. Informant 3 forteller at standardisering av arbeidsoppgaver var en viktig endring i den medisinske praksisen ved fast-track-prosedyrene. «*Det viste seg at det var en suksessfaktor. Standardisering av hvem som gjorde hva, og hvordan man gjorde det*». Dette kan knyttes til grensesystemet, som omfatter å «*avgrense hva som er akseptabelt domene for organisatorisk aktivitet blant medarbeiderne*» (Simons, 1994b, s. 39, vår oversettelse).

I prosjektgruppen som startet med fast-track-prosedyrene ved sykehuset jobbet de involverte aktørene tett sammen. Informant 3 hevder at det har vært lett å kommunisere da de var få aktører, og alle var engasjerte i å bruke styringsinformasjon til å forbedre fast-track-prosedyrene. Hen forteller at den uformelle kommunikasjonen på pauserommet har spilt en viktig rolle for at de involverte aktørene skulle forstå nytten ved å bruke styringsinformasjonen til å endre den medisinske praksisen. Og som tidligere nevnt, har de klart å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse. Det tyder på at aktørene har lyktes med å bruke styringsinformasjon interaktivt, da det interaktive systemet karakteriseres gjennom aktiv og frekvent dialog og to-veis-kommunikasjon som kan skape utvikling (Mundy, 2010; Widener, 2007; Simons, 1994b).

Vi finner at det egenutviklede styringssystemet brukes diagnostisk gjennom benchmarking, samt at den data-baserte styringsinformasjonen blant annet ble bruket grensesettende, da aktørene standardiserte arbeidsoppgavene under operasjonsprosessene. Dette tyder på at styringssystemet kan benyttes til å evaluere/kontrollere aktivitet. Som et trossystem brukes det for å inspirere aktørene mot de samme målene (Simons, 1995). I tillegg finner vi tegn på at aktørene bruker systemet interaktivt, og dermed får anvendt det til beslutningstaking og å endre

den medisinske praksisen. For å forstå aktørenes bruk av det egenutviklede styringssystemet, benytter vi pragmatisk konstruktivisme.

Funnene våre indikerer at aktørene integrerte alle fire dimensjonene fakta, muligheter, verdier og kommunikasjon, da de suksessfullt brukte styringsinformasjon for å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrer. Informant 3 påpeker at flytdagene ikke var effektive nok fra første dag. Men, ved å utarbeide styringsinformasjon synliggjorde de at det var potensial for å effektivisere. I empirien fremkommer det at den data-baserte styringsinformasjonen synliggjorde dødtid før, under og mellom operasjonene. Denne styringsinformasjonen dannet et utgangspunkt for forbedring, og ble dermed et faktagrunnlag for handling. Nørreklit (2017a, 2017b) argumenterer for at uten et faktagrunnlag, har aktørene ingen grunn til å anta at handlingens utfall vil være suksessfullt. Dermed kan det tyde på at den data-baserte styringsinformasjonen, som et faktagrunnlag, har vært avgjørende for å effektivisere fast-track-prosedyrer.

Informantene forteller at styringsinformasjonen synliggjorde at man hadde mulighet til å kutte dødtid og derav operere opptil to pasienter ekstra hver flytdag. Det indikerer at styringsinformasjonen la til rette for nye faktabaserte muligheter, da aktørene innså at de kunne redusere ventelistene enda mer enn de opprinnelig trodde. Mulighetene styringsinformasjonen medførte, har vært viktig for hvorvidt aktørene har brukt styringsinformasjonen til endring. For som Tiitola et al. (2022) påpeker, er det mulighetene som motiverer aktørene til å handle. Styringsinformasjonen ser ut til å ha inspirert aktørene. Det kan dermed fremstå at trossystemet har hatt en dominerende posisjon, da trossystem gir positiv energi ved å inspirere og motivere aktørene (Simons, 1995).

Den data-baserte styringsinformasjonen dannet et faktagrunnlag og la til rette for nye faktabaserte muligheter. Våre funn indikerer at de faktabaserte mulighetene aktørene strakk seg etter, var å operere flere pasienter og redusere ventelistene. I empirikapittelet fremkommer det at ulike aktører kan ha ulik motivasjon for å nå disse mulighetene. Både i form av å forbedre pasientbehandlingen, å være best, eller å være mer effektiv per helsekrone. Likevel sammenfaller samtlige av disse motivasjonene med de faktabaserte mulighetene, å operere flere pasienter og redusere ventelistene. Når multiple aktører skal samhandle og oppnå suksessfulle handlinger, er det viktig at de involverte aktørenes verdier harmonerer med de faktabaserte mulighetene (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016). Dermed fremstår det som



betydningsfullt at de involverte aktørene har hatt verdier som har stått i stil til de faktabaserte mulighetene.

Informantene våre beskriver at de involverte aktørene forsto at det var hensiktsmessig å bruke styringsinformasjonen til å foreta endringer i den medisinske praksisen, samt at endringene kunne resultere i økt antall operasjoner og reduserte ventelister. Den uformelle kommunikasjonen mellom aktørene på pauserommet oppleves som en avgjørende faktor. Ved bruk av data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet indikerer våre funn at aktørene har skapt en felles forståelse for styringsinformasjonen og dens nytte. Det står i strid til tidligere litteratur om økonomistyring i helsesektoren, der flere finner at styringssystemer og -informasjon kan møtes av motstand og skepsis fra klinikere (Danielsen & Hertel, 2018; Gebreiter, 2015; Kurunmäki, 2004; Kurunmäki, Lapsley & Melia, 2003; Broadbent, Jacobs & Laughlin, 2001; Lowe & Doolin, 1999; Jacobs, 1998; Coombs, 1987). Det står også i strid til våre funn rundt bruk av KPP i helseforetaket.

Vi finner ingen tegn til at det har oppstått et forståelsesgap mellom aktørene som bruker data-basert styringsinformasjon til å utvikle fast-track-prosedyrene. Våre funn indikerer derimot at aktørene har kommunisert godt sammen og skapt et språk-spill for å samhandle. Informant 3 forteller at de bruker den data-baserte styringsinformasjonen i klinikkrådsmøter, men at dialogen på pauserommet er den viktigste formen for kommunikasjon mellom aktørene. På pauserommet oppleves kommunikasjonslinjene som korte, færre aktører er involvert og kommunikasjonen er av uformell art. Det viser hvordan aktørene har brukt styringsinformasjonen interaktivt. Her kan språk hatt en vesentlig betydning. Styringsinformasjonen fra det egenutviklede styringssystemet er basert på data i form av kostnadsdrivere som viser tid per operasjon og antall operasjoner. Det kan være relativt enkelt å forstå og sette i relasjon til helsefaglig praksis. I forhold til styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen, som i større grad baseres på kostnader heller enn kostnadsdrivere, ser det egenutviklede styringssystemet ut til å være mer praksisnært for klinikere. Dermed kan det være lettere å skape en felles forståelse.

Som nevnt i forrige delkapittel, mente informant 9 at ulike aktører hadde ulikt språk og forståelse av KPP, og at det hemmet bruk av kalkylen. Informant 3 beskriver derimot at aktørene ved det minste sykehuset bruker styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet, og peker på kommunikasjonen mellom de involverte aktørene som

avgjørende; «... jeg tror at det (kommunikasjonen) har vært viktig for at vi har fått gjort så mye». For at en handling skal oppfattes som suksessfull, må aktørens virkelighetsforståelse integrere de fire dimensjonene fakta, muligheter, verdier og kommunikasjon (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016). Hvis en eller flere av dimensjonene er dårlig integrert, «øker risikoen for feil, og handlinger vil tendere til å ikke oppnå aktørenes mål» (Baldvinsdottir, 2021, s. 3, vår oversettelse). Våre funn viser at aktørene ved det minste sykehuset i helseforetaket har brukt data-baserte styringsinformasjon til å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrene. Og som empirien viser, medførte det en mer effektiv ressursutnyttelse. Dermed kan det hevdes at aktørene har klart å integrere de fire dimensjonene verdier, fakta, muligheter og kommunikasjon, og av den grunn oppnådd suksessfull bruk av den data-baserte styringsinformasjonen til beslutningstaking.

### **6.3 Bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket**

I denne casestudien har vi studerte to ulike typer styringssystem, og hvordan aktører i helseforetaket bruker den data-baserte styringsinformasjonen utarbeidet med disse styringssystemene. Våre funn indikerer at aktører bruker styringsinformasjon både sentralt og lokalt i helseforetaket. Empirien vår viser at KPP-kalkylen, som et sentralt styringssystem dekker noen bruksområder. Samtidig finner vi at denne styringsinformasjonen er utfordrende å bruke til å endre medisinsk praksis. KPP-kalkylen synliggjør ressursbruken tilknyttet pasientene i hele helseforetaket. I empirien beskriver blant annet informant 5 hvordan bruk av KPP har økt hens forståelse og bevissthet rundt ressursbruk. Dette tyder på at aktørene bruker styringsinformasjon til å styre oppmerksomhet. Gjennom benchmarking overvåker aktørene aktiviteten i helseforetaket. Det indikerer at styringsinformasjon fra KPP-kalkylen brukes til evaluering/kontroll. Lungebetennelse-eksempelet viser at styringsinformasjon fra KPP-kalkylen også har potensial til å medføre endringer i medisinske praksis. Her indikerer derimot funnene våre at forståelsesgapet mellom aktørene er en barriere for hvorvidt de klarer å bruke KPP til beslutningstaking. Dermed finner vi at KPP-kalkylen brukes til to av de tre bruksområdene oppmerksomhetsstyring, beslutningstaking og evaluering/kontroll, som sammen utgjør det klassiske synet på bruk av styringsinformasjon (Simon, 1954).

Der hvor bruk av KPP-kalkylen møter barrierer, viser funnene våre at data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet i større grad fyller disse

utfordringene. Vi finner at det egenutviklede styringssystemet brukes til lokal beslutningstaking. Aktørene ved det minste sykehuset har anvendt styringsinformasjonen for å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrene, og følgelig effektivisert ressursutnyttelsen. Med andre ord finner vi tegn til at det sentrale og det lokale styringssystemet vi har studert, har komplementære egenskaper.

Styringsinformasjon fra KPP utarbeides sentralt, og videreformidles utover i helseforetaket, til ulike aktører. Her er kommunikasjonen i stor grad formell, da aktørene får styringsinformasjonen presentert i rapporter og driftsmøter. Lokalt ved det minste sykehuset i helseforetaket brukes styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet. Der er det færre aktører involvert, og kommunikasjonen er i større grad uformell. Disse ulikhetene medfører at de to styringssystemene brukes i ulike kontekster og møter ulike strategiske utfordringer. Dermed er brukes styringsinformasjonen fra styringssystemene ulik, da det er mengden strategiske utfordringer og usikkerhet som avgjør den balanserte bruken av styringsinformasjon (Widener, 2007; Simon, 1995).

## 7.0 Avslutning

I dette kapittelet avslutter vi oppgaven med å presentere implikasjoner og bidrag, samt forslag til videre forskning. Vi starter derimot med å konkludere på bakgrunn av hovedfunnene vi har gjort i studien, og derav besvare problemstillingen: «*Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon til å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse i et helseforetak?*» For å belyse problemstillingen vår har vi tatt for oss tre forskningsspørsmål. Disse har lagt grunnlaget for oppgaven:

1. «*Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen i helseforetaket?*»
2. «*Hvordan bruker aktører data-basert styringsinformasjon fra et egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket?*»
3. «*Hvilke utfordringer møter aktører ved bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket?*»

### 7.1 Konklusjon

Som internt styringssystem finner vi at KPP-kalkylen brukes diagnostisk gjennom benchmarking. Derav brukes data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP både til å styre oppmerksomhet og evaluere/kontrollere aktivitet. Vi finner også at KPP-kalkylen oppleves som praksisnær og muliggjør å koble økonomi opp mot helsefag. Dermed har styringsinformasjon utarbeidet med KPP potensial til å brukes for beslutningstaking og å endre medisinsk praksis. På den andre siden indikerer funnene våre at aktørene ikke klarer dette fordi styringsinformasjonen ikke anvendes interaktivt i tilstrekkelig grad. Dette finner vi at er en utfordring i helseforetaket.

For å forstå utfordringen knyttet til interaktiv bruk av styringsinformasjon fra KPP-kalkylen har vi anvendt et aktørperspektiv gjennom pragmatisk konstruktivisme (PK). Våre funn indikerer at aktørene integrerer dimensjonene fakta, muligheter og verdier, men at kommunikasjonsdimensjonen ikke integreres godt nok. Vi finner at det oppstår et forståelsesgap mellom aktørene da de ikke klarer å danne et felles språk-spill, men har ulik forståelse av KPP og styringsinformasjonen utarbeidet med kalkylen. Manglende integrasjon av kommunikasjonsdimensjonen medfører skepsis og trenering rundt styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen. Det hemmer hvorvidt de klarer å bruke styringsinformasjonen

til beslutningstaking og å endre medisinsk praksis, for hvis en eller flere av dimensjonene er dårlig integrert, «øker risikoen for feil, og handlinger vil tendere til å ikke oppnå aktørenes mål» (Baldvinsdottir, 2021, s. 3, vår oversettelse).

Vi finner derimot at data-basert styringsinformasjon fra det egenutviklede styringssystemet ved det minste sykehuset i helseforetaket brukes å endre medisinsk praksis i fast-track-prosedyrer. Våre funn indikerer at de involverte aktørene har skapt en felles forståelse for styringsinformasjonen og dens nytte, og dermed klart å anvende styringsinformasjonen til beslutningstaking og å endre medisinsk praksis. De har effektivisert ressursutnyttelsen, da tid per operasjon har gått ned og antall operasjoner per flytdag har økt. Her finner vi at den data-baserte styringsinformasjonen har vært avgjørende da det har dannet et faktagrunnlag for handling og lagt til rette for nye faktabaserte muligheter. Gjennom kommunikasjon og interaktiv bruk, hvor aktørene har skapt en felles forståelse og språk-spill, har de erkjent den data-baserte styringsinformasjonens verdi, for «*det handler ikke om å springe fortene og fortene, men å gjøre ting smartere*» (Informant 3). De involverte aktørene ved det minste sykehuset har klart å integrere de fire dimensjonene fakta, verdier, muligheter og kommunikasjon, og derav oppnådd suksessfulle handlinger når de har brukt styringsinformasjon til å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrene mot en mer effektiv ressursutnyttelse (Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016).

Studien vår viser at det sentrale og det lokale styringssystemet dekker ulike behov. De virker å ha komplementære egenskaper som sammen utgjør en viktig del av økonomistyringen i helseforetaket. Det ene styringssystemet er ikke nødvendigvis bedre enn det andre, men i helseforetakets komplekse kontekst, er det, og bør det være plass til både lokale og sentrale styringssystemer. På den andre siden synliggjør funnene våre viktigheten av kommunikasjon og interaktiv bruk for å skape felles forståelse av styringsinformasjon, da et forståelsesgap mellom aktører ser ut til å være en utfordring som hemmer bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket.

## 7.2 Implikasjoner og bidrag

Vi finner at bruk av data-basert styringsinformasjon fordrer tverrfaglig samarbeid og felles forståelse blant aktørene i helseforetaket. Vi finner derimot at det er en utfordring i helseforetaket. Selv om det er økonomer som utarbeider den data-baserte styringsinformasjonen fra KPP-kalkylen, er det ledere, ofte med helsefaglig bakgrunn, som skal ta i bruk styringsinformasjonen for å endre den medisinske praksisen mot en mer effektiv ressursutnyttelse. En implikasjon oppgaven medfører er derfor å synliggjøre viktigheten av kommunikasjon og interaktivt bruk av styringsinformasjon og å skape felles forståelse blant aktørene som skal samhandle.

Å inkludere informanter med helsefaglig bakgrunn har blitt foreslått som forslag til videre forskning i tidligere masteroppgaver (Skrove & Utnes, 2019). Vi intervjuet både aktører med økonomisk og helsefaglig bakgrunn i vår studie. En implikasjon av dette er at vi i større grad fikk bredere innsikt og flere perspektiver på bruk av data-basert styringsinformasjon i helseforetaket, og samtidig skilt oss ut fra tidligere masteroppgaver som har studert tilnærmende case.

Ved å utvikle fast-track-prosedyrer og bruke styringsinformasjon til å effektivisere disse prosedyrene, finner vi at det minste sykehuset fikk redusert ventelistene sine og etterhvert tok over pasienter fra de andre sykehusene i helseforetaket. Totalt sett er dette positivt for helseforetaket, da flere pasienter blir operert raskere. Som en konsekvens sitter derimot de andre sykehusene i helseforetaket igjen med dårligere stilte pasienter, som gjerne har større kostnader knyttet til seg. Dette fordi flytdager fordrer at man opererer pasienter med like forutsetninger, noe som medfører at det minste sykehuset overtar relativt enkle pasienter fra de andre sykehusene. Det medfører høy aktivitet hos det minste sykehuset, som gjør en god jobb. Samtidig innebærer det at det er lite hensiktsmessig å sammenligne aktiviteten mot de andre sykehusene. En implikasjon som dette fremhever, er at konteksten i studien er nokså casespesifikk. Det er lite sannsynlig at alle sykehus har kapasitet og mulighet til å utvikle fast-track-prosedyrer og flytdager, samt anvende egne lokale styringssystem. Angående det sentrale og lokale styringssystemet vi har studert, impliserer dette ikke at det ene styringssystemet er bedre enn det andre, men heller at de har komplementære funksjoner i helseforetakets kontekst.

Ved å studere bruk av det lokale, egenutviklede styringssystemet ved det minste sykehuset i helseforetaket, synliggjør vi hvordan bruk av data-basert styringsinformasjon blir brukt til beslutningstaking og kan endre den medisinske praksisen mot mer effektiv ressursutnyttelse.

Dette håper vi at kan bidra til å vise at bruk av styringsinformasjon kan spille en viktig rolle for å legge til rette for effektivisering av norsk helsesektor, i den ressurskrevende tiden man har i møte.

I tillegg til praktiske bidrag, kommer vi også med et teoretisk bidrag. For å videreutvikle begrepsapparatet i det nokså unge teoretiske rammeverket pragmatisk konstruktivisme, introduserer vi et nytt begrep. Selv om tidligere litteratur implisitt skriver om det (se for eksempel Liboriussen, 2021; Guven-Uslu, 2017; Nørreklit, Raffnsøe-Møller & Mitchell, 2016), ønsker vi å eksplisitt begrepsfeste situasjonene hvor ulike aktører har ulike forståelse av den samme virkeligheten. Hvis aktører som skal samhandle og skape endring i en organisatorisk setting, ikke klarer å skape et felles språk-spill, oppstår det vi velger å definere som et «*forståelsesgap*». Dette er et gap hvor aktørene ikke klarer å skape en felles forståelse, men heller har ulik oppfatning av samme organisatoriske settingen. Forståelsesgap er en utfordring vi mener at man må overkomme for å oppnå suksessfull samhandling i en organisasjon. Jo større forståelsesgapet er, jo større er risikoen for at handlinger og organisatorisk praksis mislykkes. Og det er nettopp denne utfordringen vi finner antydninger til i det store og komplekse helseforetaket i vår casestudie, hvor empirien viser at ulike aktører har ulik forståelse av KPP-kalkylen og dets nytte. Som videre fremstår å hemme bruken av data-basert styringsinformasjon til å endre medisinsk praksis mot en mer effektiv ressursutnyttelse.

### 7.3 Forslag til videre forskning

På grunn av oppgavens omfang vil et åpenbart forslag til videre forskning være å gjennomføre grundigere undersøkelser av helseforetaket vi har studert. Der hvor vi har studert bruk av data-basert styringsinformasjon på ett tidspunkt, kan det for eksempel være av interesse å foreta en longitudinell studie, og følge aktørene over tid. Tidligere masteroppgaver finner at KPP i liten grad har blitt brukt til intern styring ved norske helseforetak (Flokenes & Gladhaug, 2020; Ådlandsvik, 2020). Vi finner derimot vi at helseforetaket i vår studie i større grad bruker kalkylen i deres interne styring. Følgelig ville det også vært av interesse å studere andre helseforetak, eller flere helseforetak samtidig, for å utforske hvorvidt KPP brukes til interne formål og hvorfor det eventuelt er forskjeller mellom helseforetakenes vektleggelse av KPP-kalkylens nytte i deres interne styring.

Økonomidirektøren i helseforetaket påpekte at de har gjennomført et prosjekt ved en enhet, som nå skal utvides til å omfatte to enheter. Prosjektet omfatter at de involverte aktørene prøver å gå ut fra konfortsonen og vekk fra å styre kun etter budsjetter, over til å i større grad styre etter KPI-er som blant annet utarbeides med KPP-kalkylen. Derav er et forslag til videre forskning å studere hvordan styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen brukes i denne type prosjektenheter. Det vil være interessant å studere hvordan KPP brukes når det er færre involverte aktører som skal forstå og anvende styringsinformasjon fra kalkylen.

Angående disse prosjektenhetene er et annet forslag til videre forskning å studere hvorvidt de involverte aktørene faktisk går vekk fra å kun styre etter budsjetter, og over til å i større grad styre etter KPI-er. Økonomidirektøren kalte dette for et Beyond Budgeting-prosjekt, og det lyder til å ha flere likhetstrekk med det som i litteraturen kalles for nettopp Beyond Budgeting (se for eksempel Bourmistrov & Kaarbøe, 2013). Følgelig hadde det vært nokså interessant å studere hvorvidt slike tilnærminger kan lykkes i helseforetak, hvor vi opplever at tradisjonelle budsjetter tar stor plass i den interne styringen.

I tillegg til å studere bruk av data-basert styringsinformasjon utarbeidet med KPP-kalkylen, har vi sett på bruk av styringsinformasjon fra et egenutviklet styringssystem ved det minste sykehuset i helseforetaket. Også her ville det vært av interesse å gjennomføre grundigere studier, hvor man i større grad utforsker prosessene der aktørene samler inn og bruker styringsinformasjonen til å endre den medisinske praksisen. Vi intervjuet kun to involverte aktører, i form av en controller, og en overlegen, som begge er involvert i å utvikle og bruke



det egenutviklede styringssystemet. På den andre siden ville det vært interessant om videre forskning studerte hvordan de involverte operatørene og sykepleierne opplevde at styringsinformasjon ble brukt til å endre den medisinske praksisen i fast-track-prosedyrene.

Vi oppfatter helseforetak som komplekse organisasjoner, hvor multiple aktører med ulike verdier og forståelse av den organisatoriske settingen, skal samhandle. Et forslag til videre forskning vil følgelig være å gjennomføre mer omfattende studier av samhandlingen mellom aktørene i helseforetak, og da utforske forskjellene mellom aktører med økonomisk profesjon og helseprofesjon. Det finnes tidligere litteratur som har studert denne type case. Likevel er det et komplekst og kontekstavhengig tema, og vi mener det er stort handlingsrom til å forske videre på dette. Det vil være interessant å studere samhandlingen mellom aktører med økonomisk og helsefaglig bakgrunn både på sentralt nivå, men også på levere nivå eller i prosjektgrupper, hvor aktørene jobber tettere sammen. Her kan man benytte andre teoretiske utgangspunkt enn det vi har gjort, og for eksempel anvende institusjonelle logikker. Men det vil også være aktuelt og iøynefallende om flere studier benytter det nokså nylig utviklede rammeverket pragmatisk konstruktivisme, som vi har opplevd som et nyttig rammeverk å benytte som aktørperspektiv.

## 8.0 Referanseliste

- Ahlgren, P. C., Nyland, K. & Saur, S. (2021). Kostnad per pasient (KPP) – en vidunderkur for styring i sykehussektoren? *Praktisk økonomi & finans* 37(1) 83-99. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2021-01-08>
- Ahrens, T. & Chapman, C. S. (2004). Accounting for Flexibility and Efficiency: A Field Study of Management Control Systems in a Restaurant Chain. *Contemporary Accounting Research* 21(2) 271-301 <https://doi.org/10.1506/VJR6-RP75-7GUX-XH0X>
- Ansari, D., Gianotti, L., Schröder, J. & Andersson, R. (2013). Fast-track surgery: procedure-specific aspects and future direction. *Langenbecks Arch Surg* 398, 29-37 <https://doi.org/10.1007/s00423-012-1006-9>
- Bakken, M. & Kristiansen, M. B. (2019). *Kostnadskalkulasjon i helsesektoren – en studie av KPP-modellen hos St. Olavs Hospital* (Masteroppgave). NTNU Handelshøyskolen, Trondheim.
- Baldvinsdottir, G. (2021). The validity of management accounting language games – A pragmatic constructive perspective. *The British Accounting Review* 53(6) 1-11 <https://doi.org/10.1016/j.bar.2021.101039>
- Barbour, R. S. (2014). *Introducing Qualitative Research – A Student's Guide*. (2. utgave) SAGE Publications
- Bell, E., Bryman, A. & Harlet, B. (2022). *Business research methods* (6. utgave) Oxford: Oxford University Press.
- Berg, E. (2012). *På helse løs – økonomifokuset i norske sykehus*. (1. utgave) Emilia forlag.
- Benson, H. R. (1994). An introduction to benchmarking in healthcare. *Radiology management* 16(4) 35-39. <https://europepmc.org/article/med/10139084>
- Bisbe, J., Batista-Goguet, J-M. & Chenhall, R. (2007). Defining management accounting constructs: A methodological note on the risks of conceptual misspecification. *Accounting, Organizations and Society* 32(7-8) 789-820 <https://doi.org/10.1016/j.aos.2006.09.010>
- Bourmistrov, A. & Kaarbøe, K (2013) From comfort to stretch zones: A field study of two multinational companies applying “beyond budgeting” ideas. *Management Accounting Research* 24(3) 196-211 <https://doi.org/10.1016/j.mar.2013.04.001>
- Broadbent, J., Jacobs, K. & Laughlin, R. (2001). Organisational resistance strategies to unwanted accounting and finance changes: The case of general medical practices within

- the UK. *Accounting, Auditing and Accountability Journal* 14(5) 565-586.  
<https://doi.org/10.1108/EUM0000000006263>
- Bævre, K. (2021). *Forventet levealder i Norge*. FHI.no. Hentet 17.10.2022.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/#forventet-levealder-for-kvinner-og-menn>
- Bøhn, E. D. (2020). *Ontologi*. Store Norske Leksikon (SNL) Hentet 03.02.2023  
<https://snl.no/ontologi>
- Coombs, R. W. (1987). Accounting for the control of doctors: Management information systems in hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 12(4) 389-404.  
[https://doi.org/10.1016/0361-3682\(87\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0361-3682(87)90026-2)
- Danielsen, R. & Hertel, J. K. (2018). Økonomistyring utfordrer sykepleierledere i reformerte norske sykehus. *Nordisk sygeplejeforskning* 8(1) 51-62.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-01-05>
- Fallan, L. & Pettersen, I. J. (2010). Mål og mening? Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi & finans* 26(1) 99-111. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2871-2010-01-10>
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferreira, A. & Otley, D. (2009). The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis. *Management Accounting Research* 20(4) 263-282  
<https://doi.org/10.1016/j.mar.2009.07.003>
- Flokenes, D. & Gladhaug, M. H. (2020). *Kostnad per pasient – for hva og hvem? – implementering av et nytt styringssystem i helsesektoren* (Masteroppgave). Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Gebreiter, F. (2015). Hospital accounting and the history of health-care rationing. *Accounting History Review* 25(3) 183-199. <https://doi.org/10.1080/21552851.2015.1086559>
- Guyen-Uslu, P. (2017). Waiting time targets and informal professional networks in English NHS. *Qualitative Research in Accounting & Management* 14(3) 307-327  
<https://doi.org/10.1108/QRAM-10-2015-0092>
- Guyen-Uslu, P. & Seal, W. (2019) Transfer prices and innovation in public healthcare: Costing and clinical choices in the NHS. *Financial Accountability & Management* 35(3) 258-274 <https://doi.org/10.1111/faam.12197>

- Gray, B. (1990). The enactment of management control systems: A critique of Simons. *Accounting, Organizations and Society* 15(1-2) 145-148 [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(90\)90019-Q](https://doi.org/10.1016/0361-3682(90)90019-Q)
- Helse-IT (2023). *Om oss – xxx*. Helse-IT-xxx.no.  
Hentet 28.01.2023
- Helse-xxx (2022a). *Om helseforetaket*. Helse-xxx.no.  
Hentet. 23.01.2023
- Helse-xxx (2022b). *Om oss*. Helse-xxx.no.  
Hentet 23.01.2023
- Helse-xxx (2022c). *Om xxx Sykehus*. Helse-xxx.no.  
Hentet 25.01.2023
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal spesifikasjon for KPP-modellering 2012 – Begreper og metoder*. (Rapport: IS-2033) Helsedirektoratet.no. Hentet 21.01.2023  
<https://tinyurl.com/2pmw2ffd>
- Helsedirektoratet (2018). *Revidert versjon Nasjonal spesifikasjon KPP-modellering – psykisk helsevern og TSB. Begreper og metoder*. (Rapport: IS-2756) Helsedirektoratet.no  
Hentet 21.01.2023 <https://tinyurl.com/3pcj9ssa>
- Helsedirektoratet (2022). *DRG-systemet*. Helsedirektoratet.no. Hentet 15.04.2023  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet#referere>
- Henri, J-F. (2006). Management control systems and strategy: A resource-based perspective. *Accounting, Organizations and Society* 31(6) 529-558.  
<https://doi.org/10.1016/j.aos.2005.07.001>
- Holmen, H. A. (2021). *Epistemologi*. Store Norske Leksikon (SNL). <https://snl.no/epistemologi>
- Hood, C. (1995). The «New Public Management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society* 20(2-3) 93-109. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W)
- Horngren, C. T., Datar, S. M., Foster, G., Rajan, M. V., & Ittner, C. (2009). *Cost accounting: a managerial emphasis*. Pearson Education India.
- Jacobs, K. (1998). Costing health care: a study of the introduction of cost and budget reports into a GP association. *Management Accounting Research* 9(1) 55-70.  
<https://doi.org/10.1006/mare.1997.0066>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utgave) Cappelen Damm Akademisk.

- Johannesen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011a) *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode*. (4. utg. 2. opplag). Abstrakt Forlag.
- Johannesen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011b) *Forskningsmetode for Økonomisk-Administrative Fag*. (3. Utgave). Abstrakt Forlag.
- Kaplan, R. S. & Porter, M. (2011). The big idea; How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review* 89(9) 46-52.
- Kleppe, L. C. (2016). Helhetssyn – hva så? – Et honnørord med uklar betydning for profesjonell praksis i helse- og velferdssektoren. *Tidsskrift for omsorgsforskning – Idunn* 2(3) 252-259 <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-11>
- Korsgaten, T. L. & Mortensen, M. (2022). *Kostnad per pasient (KPP) i Helse XXX*. Pilotstudie i emnet «BOKO5020 Ny offentlig styring» ved Handelshøyskolen NTNU.
- Kure, N., Nørreklit, H. & Røge, K. M. (2021). Objective and results-based management of universities: Constructing reality or illusions? *Financial Accountability & Management* 37(2) 204-230 <https://doi.org/10.1111/faam.12251>
- Kurunmäki, L. (1999). Professional vs financial capital in the field of health care – Struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society* 24(2) 95-124 [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(98\)00030-0](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(98)00030-0)
- Kurunmäki, L., Lapsley, I & Melia, K (2003). Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care. *Management Accounting Research* 14(2) 112-139. [https://doi.org/10.1016/S1044-5005\(03\)00019-2](https://doi.org/10.1016/S1044-5005(03)00019-2)
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society* 29(3-4) 327-347. [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(02\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(02)00069-7)
- Lapsley, I (2001). The Accounting – Clinical Interface – Implementing Budgets for Hospital Doctors. *Abacus* 37(1) 79-109. <https://doi.org/10.1111/1467-6281.00075>
- Lapsley, I & Miller, P (2019). Transforming the public sector: 1988-2018. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 32(8) 2211-2252. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-06-2018-3511>
- Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting – Exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research* 18(3) 367-395. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2006.12.002>
- Liboriussen, J. K. (2021). *Exploring epistemic methods of management accountants in creative and innovative practices* (Doktoravhandling) Aarhus Universitet.

- Llewellyn, S. & Northcott, D. (2005). The average hospital. *Accounting, Organizations and Society* 30(6) 555-583. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2004.05.005>
- Lowe, A. & Doolin, B. (1999). Casemix accounting systems: new spaces for action. *Management Accounting Research* 10(3) 181-201. <https://doi.org/10.1006/mare.1999.0107>
- Magnussen, J. (2019, 16. september) *Innsatsstyrt finansiering*. Store Norske Leksikon (SNL). [https://sml.snl.no/innsatsstyrt\\_finansiering](https://sml.snl.no/innsatsstyrt_finansiering)
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package – Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research* 19(4) 287-300 <https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003>
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1976). *Ambiguity and Choice in Organisations*. Universitetsforlaget.
- Mitchell, F., Nørreklit, H., Nørreklit, L., Cinquini, L., Koeppe, F., Magnacca, F., Mauro, S. G., Jakobsen, M., Korhonen, T., Laine, T. & Liboriussen, J. M. (2021). Evaluating performance management of COVID-19 reality in three European countries: a pragmatic constructivist study. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 34(6) 1345-1361. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-08-2020-4778>
- Mundy, J. (2010). Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems. *Accounting, Organizations and Society* 35(5) 499-523 <https://doi.org/10.1016/j.aos.2009.10.005>
- Nielsen, L. B., Mitchell, F. & Nørreklit, H. (2015). Management accounting and decision making: Two case studies of outsourcing. *Accounting Forum* 39(1) 64-82. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2014.10.005>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for behandling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for Økonomer*. (1. utgave). Abstrakt Forlag.
- Nyeng, F. (2017) *Hva annet er også sant? – en innføring i vitenskapsfilosofi*. (1. utgave). Fagbokforlaget.
- Nyland, K., Morland, C. & Burns, J. (2017). The interplay of managerial and non-managerial controls, institutional work, and the coordination of laterally dependent hospital activities. *Qualitative Research in Accounting & Management* 14(4) 467-495. <https://doi.org/10.1108/QRAM-08-2017-0076>

- Nyland, K. & Olsen, T. E. (2017). Tettere styring i helseforetakene? En studie av mellomlederes holdning til økonomistyring 2008-2014. *Praktisk økonomi & finans* 33(1) 36-52. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2017-01-04>
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2004). The Control Gap: The Role of budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management* 20(1) 77-102. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.2004.00187.x>
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse: fra enkel til kompleks styring i helsesektoren* (1. utgave). Fagbokforlaget.
- Nørreklit, H. (2017a). *A philosophy of management accounting: A pragmatic constructivist approach*. Taylor & Francis.
- Nørreklit, L. (2017b). *Actor-reality construction*. I H. Nørreklit, A philosophy of management accounting (s. 23-71). Routledge.
- Nørreklit, H., Raffnsøe-Møller, M. & Mitchell, F. (2016). A pragmatic constructivist approach to accounting practice and research. *Qualitative Research in Accounting & Management* 13(3) 266-277. <https://doi.org/10.1108/QRAM-05-2016-0039>
- Otley, D. T. (1980) The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis. *Accounting, Organizations and Society*. 413-428 [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(80\)90040-9](https://doi.org/10.1016/0361-3682(80)90040-9)
- Paauwe, J., Boselie, P. & van den Broek, J. (2014). Multiple Institutional Logics in Health Care: “Productive Ward: Releasing Time to Care”. *Public Management Review*, 16(1) 1-20 DOI: <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.770059>
- Pettersen, L. (2019). Internkommunikasjon med sosiale medier. I Brønn, P. S. & Arnulf, J. K. (Red.), *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner* (2. utgave) 361-381. Fagbokforlaget.
- Pollitt, C. (2001). CLARIFYING CONVERGENCE. Striking similarities and durable differences in public management reform. *Public Management Review*, 3(4) 471-492. <https://doi.org/10.1080/14616670110071847>
- Postholm, M. B. (2012). *Læreres Læring*. (1. Utgave). Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2020). *Enhet og mangfold – samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utgave) Fagbokforlaget.
- Sandvik, A. L., Solstad, K. & Weider, I. (2006). *KPP ved Norske sykehus. Prinsipper og retningslinjer*. Sintef. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1267980/>
- Saunders, M. N. K., Lewis, P. & Thornhill, A (2019). *Research methods for business students* (8. Utgave) Pearson

- Simon, H. A. (1954). *Centralization vs. decentralization in organizing the controller's department: A research study and report* (4). New York: Controllershship Foundation.
- Simons, R. (1994a). How new top managers use control systems as levers of strategic renewal. *Strategic Management Journal* 15(3) 169-189. <https://doi.org/10.1002/smj.4250150301>
- Simons, R. (1994b). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business Press.
- Simons, R. (1995). Control in an age of empowerment. *Harvard Business Review Press* 73(2) 80-88. Boston. <https://hbr.org/1995/03/control-in-an-age-of-empowerment>
- Skrove, M. S & Utnes, I. K. (2019). *KPP som internt styringssystem – en casestudie av St. Olavs Hospital* (Masteroppgave). NTNU Handelshøyskolen, Trondheim.
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2022, 21. juni). *Helseregnskap*. SSB.no Hentet 08.03.2023. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>
- Tessier, S. & Otley, D. (2012). A conceptual development of Simons' Levers of Control framework. *Management Accounting Research* 23(2) 171-185 <https://doi.org/10.1016/j.mar.2012.04.003>
- Tiitola, V., Marek, M., Korhonen, T. & Laine, T. (2022). Enabling value-in-use with digital healthcare technologies: combining service logic and pragmatic constructivism. *Journal of Management and Governance* <https://doi.org/10.1007/s10997-022-09631-y>
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative Forskningsmetoder i Praksis*. (2. Utgave). Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2018) *Viten skapt – kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm akademisk.
- Verbeeten, F. H. M. & Speklé, R. F. (2015). Management Control, Results-Oriented Culture and Public Sector Performance: Empirical Evidence on New Public Management. *Organization Studies*, 36(7) 953-978. <https://doi.org/10.1177/0170840615580014>
- Widener, S. K. (2007). An empirical analysis of the levers of control framework. *Accounting, Organizations and Society* 32(7-8) 757-788. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2007.01.001>
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations* (2. Utgave) Oxford: Blackwell.
- Wittgenstein, L. (2010). *Philosophical investigations*. John Wiley & Sons.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. (3. Utgave). SAGE Publications.
- Ådlandsvik, L. (2020). *Innføring av KPP i et helseforetak – en casestudie av Sykehuset Innlandet HF* (Masteroppgave, sammendrag). NTNU Handelshøyskolen, Trondheim.



## **9.0 Vedlegg**

### **9.1 Vedlegg 1: Intervjuguide 1, KPP**

**Spørsmål 1:**

Hva er din stillingstittel og hva er dine hovedarbeidsoppgaver i helseforetaket?

**Spørsmål 2:**

Hva er ditt forhold til begrepet økonomistyring?

**Spørsmål 3:**

Hva er Kostnad per pasient og hva er ditt forhold til KPP?

**Spørsmål 4:**

Hvordan opplever du at KPP brukes i den interne styringen ved helseforetaket?

**Spørsmål 5:**

Man utarbeider styringsinformasjon med KPP, hvilke muligheter mener du at dette gir i helseforetaket?

**Spørsmål 6:**

Hva motiverer deg til å bruke styringsinformasjon (som f.eks KPP kan gi) til nå disse mulighetene og å kunne skape endring? Altså, hvorfor mener du at det er verdt å bruke?

**Spørsmål 7:**

Hvordan opplever du at bruken av KPP blir møtt «nedover i organisasjonen» og hvilke utfordringer mener du at dere møter ved intern bruk av KPP?

**Spørsmål 8:**

I hvor stor grad involveres klinikerne i prosessene hvor KPP-data anvendes? (Hvordan er dialogene/kommunikasjonen mellom økonomene og helsepersonell?)

**Spørsmål 9:**

Hvordan skaper dere forståelse blant helsepersonell for bruk av KPP-data? (Oversettes KPP-data til helsepersonellets fagspråk?)

**Spørsmål 10:**

Har du noen konkrete eksempler der KPP-data har blitt bruk til å påvirke/endre medisinsk praksis?

**9.2 Vedlegg 2: Intervjuguide 2, det minste sykehuset****Spørsmål 1:**

Hva er din stillingstittel og hva er dine hovedarbeidsoppgaver ved sykehuset?

**Spørsmål 2:**

Hva er ditt forhold til begrepet økonomistyring?

**Spørsmål 3:**

Fortell om det egenutviklede styringssystemet deres.

**Spørsmål 4:**

Hvordan opplever du den interne styringen ved sykehuset?

**Spørsmål 5:**

Dere utarbeider styringsinformasjon med styringssystemet, hvilke muligheter mener du at dette gir ved sykehuset?

**Spørsmål 6:**

Hva motiverer deg til å bruke styringsinformasjon til nå disse mulighetene og å kunne skape endring? Altså, hvorfor mener du at det er verdt å bruke?

**Spørsmål 7:**

Hvordan opplever du at bruken av slik data-basert styringsinformasjon blir møtt «nedover i organisasjonen» og hvilke utfordringer mener du at dere møter?

**Spørsmål 8:**

I hvor stor grad involveres klinikerne i prosessene hvor data-basert styringsinformasjon anvendes? (Hvordan er dialogene/kommunikasjonen mellom økonomene og helsepersonell?)

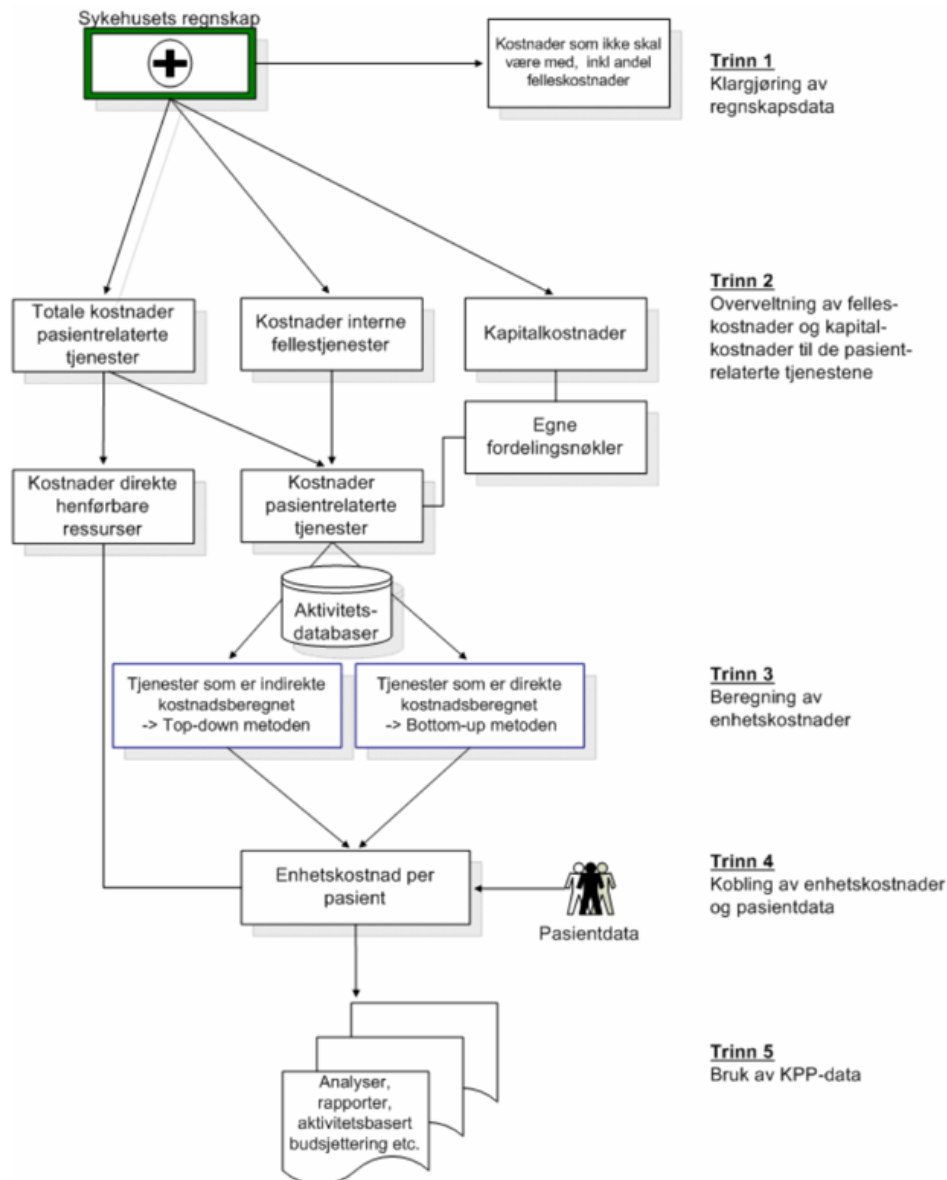
**Spørsmål 9:**

Hvordan skaper dere forståelse blant helsepersonell for bruk av styringsinformasjonen? (Oversettes det til helsepersonellets fagspråk?)

**Spørsmål 10:**

Har du noen konkrete eksempler der styringsinformasjonen har blitt bruk til å påvirke/endre medisinsk praksis?

### 9.3 Vedlegg 3: Prinsippmodellen for KPP. Sandvik, Solstad & Weider (2006).



Jamfør figur 3, ser vi at trinn én omhandler klargjøring av regnskapsdata. Som nevnt tidligere i dette kapitlet er det sykehusenes regnskapsrapport som er kostnadsgrunlaget for KPP-kalkylen. Kalkylen er i utgangspunktet en fullkostkalkyle. Det tilsier at samtlige kostnader fordeles til kalkylen, foruten de kostnadene som ikke har noen relevans opp mot pasientbehandling (Sandvik, Solstad & Weider, 2006). Det kan for eksempel være kostnader knyttet til parkeringsplass, barnehage osv., i tillegg til en andel av de totale felleskostnadene (Sandvik, Solstad & Weider, 2006).

Neste trinn i den intenderte bruken av KPP er å fordele de direkte kostnadene, samt felles- og kapitalkostnader til pasientrelaterte tjenester. I og med at KPP er en form for tidsdrevne ABC-

kalkyle der så og si alle kostnader skal fordeles (Helsedirektoratet, 2012), vil en stor andel av de totale kostnader være felleskostnader som vanskelig lar seg fordele utfra hvilken tjeneste de belaster (Sandvik, Solstad & Weider, 2006). Deretter beregner man enhetskostnader og fordeler kostnadene til pasienten. I KPP fordeles de direkte kostnadene, som for eksempel medisiner, blodoverføringer eller andre remedier, rett til pasienten. På den andre siden fordeles de indirekte kostnadene derimot til pasienten via de kostnadsdriverne pasienten forbruker underveis i sitt pasientforløp (Nyland og Pettersen, 2018). Med kostnadsdrivere mener man de indikatorer som best viser hva en aktivitet faktisk koster, slik at de relevante kostnader fordeles til pasient via fordelingsnøkler som best viser et forbruk av ressurser. Man deler hovedsakelig i tre ulike typer kostnadsdrivere knyttet til KPP-kalkylen (Nyland & Pettersen, 2018; Sandvik, Solstad & Weider, 2006). For det første har man pasientrelaterte tjenester som anestesi og operasjon og lignende. Deretter er det interne fellestjenester, som administrasjon og kjøkken, og til slutt har man kapitalkostnader, som for eksempel avskrivninger på utstyr og renter. Denne tredelingen har til hensikt å gjøre det lettere fordele de ulike andelene av felleskostnadene som belastes de ulike tjenestene.

Til slutt, når kostnadsgrunnlaget er fordelt i henhold til trinnene ovenfor og alle kostnader knyttet til både tjenester og forbruksmateriell er blitt fordelt til pasient, sitter man igjen med KPP-data som kan anvendes i den interne styringen. Registreringen av data koblet opp på pasientnivå gjør at kalkylen bidrar med data-basert styringsinformasjon. Dette er styringsinformasjon som for eksempel muliggjør benchmarking både sentralt og lokalt i et helseforetak (Sandvik, Solstad & Weider, 2006).

