Martine Midtsand Hovland

Økonomistyringens påvirkning på grunnlaget for internt samarbeid

Et studie av anestesivirksomheten ved St. Olavs Hospital

Trondheim, mai 2012
FORORD

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

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

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

I tillegg vil jeg rette en stor takk til mine respondenter ved St. Olavs Hospital for deres deltagelse.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens egen regning.

Trondheim, 24. mai 2012

Martine Midtsand Hovland
SAMMENDRAG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **INNLEDNING** ........................................................................................................................................1  
   1.2 Oppgavens motivasjon .......................................................................................................................2  
   1.4 Problemstilling og avgrensning .........................................................................................................2  
   1.5 Struktur ...........................................................................................................................................3  

2. **TEORETISK UTGANGSPUNKT** ........................................................................................................4  
   2.1 Økonomistyring i et prinsipal-agent teoretisk perspektiv .................................................................4  
      2.1.1 Prinsipal-agent teorien ................................................................................................................4  
      2.1.2 Økonomistyring ........................................................................................................................5  
      2.1.3 Ouchis styringsmekanismer .......................................................................................................9  
   2.2 Beskrivende teori ................................................................................................................................12  
      2.2.1 Stewardship theory .....................................................................................................................12  
      2.2.2 Tillit ...........................................................................................................................................14  
      2.2.3 Tillit i økonomistyring ..............................................................................................................14  
   2.4 Økonomistyring i offentlig sektor ......................................................................................................15  
      2.4.1 Modernisering av offentlig sektor .............................................................................................15  
      2.4.2 Styringsutfordringer i offentlig sektor .......................................................................................16  
   2.6 Oppsummering ..................................................................................................................................17  

3. **METODE** .........................................................................................................................................18  
   3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....................................................................................................18  
   3.2 Forskningsmetoder ............................................................................................................................19  
   3.4 Forskningsdesign ................................................................................................................................20  
      3.4.1 Intensivt eller deskriptivt design .................................................................................................20  
      3.4.2 Casestudie ..................................................................................................................................21  
   3.5 Datainnsamling ..................................................................................................................................21  
      3.5.1 Dybdeintervju .............................................................................................................................21  
   3.6 Analyse av data ..................................................................................................................................24  
   3.7 Metodekvalitet ..................................................................................................................................25  

4. **CASEBESKRIVELSE** .........................................................................................................................26  
   4.1 Sykehusreformen og innsatsstyrt finansiering ...................................................................................26  
   4.2 St. Olavs Hospital ...............................................................................................................................28  
   4.3 Klinikk for Anestesi og Akuttmedisin ...............................................................................................29  
      4.3.1 Anestesiavdelingen ...................................................................................................................30  
   4.4 Klinikk for Ortopedi, Reumatologi og Hudsykdommer ...................................................................30  
      4.4.1 Ortopedisk avdeling ...................................................................................................................30  

5. **EMPIRI** ...........................................................................................................................................31  
   5.1 Innledning .........................................................................................................................................31  
   5.2 Funn ..................................................................................................................................................32  
      5.2.1 Driftsmessige og finansielle premisser .......................................................................................32  
      5.2.2 Budsjetting- og planleggingsprosessen ....................................................................................34
5.2.3 Handling

5.2.4 Evaluering

5.2.5 Grunnleggende forutsetninger for styring

6. ANALYSE AV HOVEDFUNN

6.1 TO VERDENER

6.2 VERTIKAL STYRING

6.3 UFORMELL HORIZONTAL STYRING

6.4 BEHOV FOR HORIZONTAL TRANSPARENS

7. AVSLUTNING

7.1 KONKLUSJON

7.2 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

LITTERATURLISTE

VEDLEGG

INTERVJUGUIDE:
FIGURLISTE

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

TABELL LISTE

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

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


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

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

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

1.4 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING

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

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

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

Studie belyser og beskriver utsagn fra respondenter ved Serviceklinikken for Anestesi og Akuttmedisin og Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer ved St. Olavs Hospital.
Årsaken til at studiet belyser opplevelser ved disse klinikkene er at dette er eksempler på to ulike klinikker som er inne i samme produksjonslinje. Studiet ser på hvordan økonomistyringen påvirker grunnlaget for samarbeid mellom en serviceklinikk og en opererende klinikk, representert av Klinikken for Ortopedi. Klinikkenes felles ytelse avhenger av evne og mulighet for samarbeid.

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

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

1.5 STRUKTUR

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

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

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

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

Kapittel 6 analyserer hovedfunn på bakgrunn av oppgavens teoretiske fundament.

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

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


2.1 ØKONOMISTYRING I ET PRINSIPAL-AGENT TEORETISK PERSPEKTIV

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

2.1.1 PRINSIPAL-AGENT TEORIEN

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

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

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

2.1.2 ØKONOMISTYRING

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


Busch, Johnsen og Vanebo (1999) definerer økonomistyring som lederatferd, atferd rettet mot realisering og utvikling av økonomiske forpliktelser gjennom regulering av ressurstilførsel. Økonomistyring omhandler prioriteringsevne, oversikt, kontroll, påvirkningsgrad og evne til å holde seg innenfor gitte rammer. Når en organisasjon skal tilfredsstille flere mål, er
økonomistyringens oppgave å identifisere og prioritere, samt å styre aktiviteter og ressurser mot målene. Dette samsvarer med den klassiske definisjonen på økonomistyring presentert av Anthony (1965):

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

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


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


I praksis har det vist seg at den ideelle styringsprosessen er vanskelig å gjennomføre. Prosessen er basert på en forutsetning om at koblingen mellom elementene i sirkelen er formålsrasjonelle. For at styring skal være formålsrasjonell forutsettes det en uproblematisk koblingen mellom planlagt og faktisk aktivitet (Pettersen et al., 2008). Den ideelle styringsprosessen er kritisert for å ikke ta hensyn til usikkerheten i omgivelsene. En virksomhet må være tilpasningsdyktig for å møte endringer i omgivelsene, og den planlagte aktiviteten vil derfor kunne avvike fra faktisk aktivitet. I løpet av de senere årene har det fremkommet en mengde studier viser at organisasjoner ikke bør sees som oversiktige, styrbare objekter, men i stedet må beskrives som objekter bestående av ”løstkoblede” enheter.
Koblingen mellom budsjeettarbeid og aktivitetsplanlegging har vist seg å være løs, eller ikke eksisterende (Weick, 1976)

2.1.2 BUDSJETT SOM STYRINGSVERKTOY


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

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

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

Svakheter ved budsjettet

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

I offentlig sektor er kritikken mot budsjettet som styringsverktøy knyttet mot hvordan bruk av budsjett kan lede til en bevilgningstenkning, i følge Pettersen et al. (2008). Bevilgningstenkning går ut på en tanke om at midler til overs signalisere at man har for store budsjettrammer. Frykt for å få mindre budsjettrammer i neste periode kan individer gi insentiver til overdreven ressursbruk i et forsøk på å ”bruke opp” tildelte midler før året er omme (Nyland & Pettersen, 2004).

**Løsninger for å forbedre budsjettets relevans som styringsverktøy**

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


2.1.3 OUCHIS STYRINGSMEKANISMER


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kausalkunnskap</th>
<th>Gode</th>
<th>Dårlige</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Resultatmål</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klar</td>
<td>Atferds-/resultatstyring</td>
<td>Resultatstyring</td>
</tr>
<tr>
<td>Uklar</td>
<td>Atferdsstyring</td>
<td>Rituell-/profesjonsstyring</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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


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

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

2.2.1 STEWARDSHIP THEORY


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

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

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


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


2.2.3 TILLIT I ØKONOMISTYRING


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


### 2.4 ØKONOMISTYRING I OFFENTLIG SEKTOR

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

#### 2.4.1 MODERNISERING AV OFFENTLIG SEKTOR

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


2.4.2 STYRINGSUTFORDRINGER I OFFENTLIG SEKTOR

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

Uklare mål- middelrelasjoner

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

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

2.6 OPPSUMMERING


3. METODE

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

3.1 VITENSKAPSTEORETISK UTGANGSPUNKT


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

**Positivisme og hermeneutikk**

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

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

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


3.2 FORSKNINGSMETODER


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

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


3.4 FORSKNINGSDESIGN

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

3.4.1 INTENSIVT ELLER DESKRIPTIVT DESIGN

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

3.4.2 CASESTUDIE


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


3.5 DATAINNSAMLING

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


3.5.1 DYBDEINTERVJU


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

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

**TABELL 1: OVERSIKT OVER RESPONDENTER FOR INTERVJU**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Dato/klokkeslett</th>
<th>Varighet</th>
<th>Intervjuobjekt</th>
<th>Sted</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>02. januar 2012 Kl: 10.00</td>
<td>2 timer</td>
<td>Administrasjonskoordinator, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>21. mars 2012 Kl: 10.00</td>
<td>1 time</td>
<td>Konstituert Avdelingssjef for Anesthesileger, Anesthesiavdelingen, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>22. mars 2012 Kl: 15.30</td>
<td>1 time</td>
<td>Administrerende Direktør, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>26. mars 2012 Kl: 11.15</td>
<td>1 time</td>
<td>Økonomirådgiver ved klinikken for Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>26. mars 2012 Kl: 12.15</td>
<td>1 time</td>
<td>Avdelingssjef for leger ved Anesthesiavdelingen, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>27. mars 2012 Kl: 14.30</td>
<td>1 time</td>
<td>Økonomidirektør, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>30. mars 2012 Kl: 12.00</td>
<td>1 time</td>
<td>Klinikksjef, Klinikken for Ortopedi, Revmatologi og Hudsykdommer, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>30. mars 2012 Kl: 13.00</td>
<td>1 time</td>
<td>Fagoverlege for Anestesi ved Ortopedisk seksjon, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>11. april 2012 Kl: 09.00</td>
<td>1 time</td>
<td>Økonomirådgiver, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>11. april 2012 Kl: 12.00</td>
<td>2 timer</td>
<td>Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin, St. Olavs Hospital</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>17. april 2012</td>
<td>1 time</td>
<td>Avdelingssjef sykepleiere ved Anesthesiavdelingen,</td>
<td>Trondheim</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Intervju av respondent nr. 1, Administrasjonskoordinator ved Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin var et kartleggingsintervju. Respondent nr. 2 – 11 ble valgt ut på bakgrunn av kartleggingsintervjuet, i samarbeid med respondent 1. Respondentene er valgt på bakgrunn av stilling og ut i fra hvilken klinikk eller avdeling de jobber ved. Jeg intervjuet lederne for de to klinikkene jeg studerte, samt to representanter fra sykehusets sentrale stab. I tillegg inkluderte jeg ledere for avdelingene jeg konsenterte meg om. Intervju med respondent nr. 12 ble foretatt på bakgrunn av intervju med respondent nr. 4 og 7. Data fra disse intervjuene gjorde det nødvendig å intervjuje respondent nr. 12, selv om jeg i det videre arbeidet med oppgaven valgte å konsentrere ikke valgte å inkludere dimensjonen med akuttstuer i mitt studie.

### 3.6 ANALYSE AV DATA


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

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


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

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

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

### 4. CASEBESKRIVELSE

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

#### 4.1 SYKEHUSREFORMEN OG INNSATSSTYRT FINANSIERING


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

Sykehusene har i dag en bedriftslogikk som ligner den vi finner i store offentlige og private virksomheter. Dette kommer blant annet til uttrykk i innføring av begrepet *resultatansvar.*

Tidligere var resultatevaluering og prestasjonsmåling ukjente begreper i den offentlige debatten (Pettersen et al. 2008). Sykehusene hadde før en legitimitet i samfunnet i forhold til sin velferdsfunksjon, men reformene gjør nå at sykehusene i større grad oppnås legitimitet gjennom å fremstå som økonomiske rasjonelle aktører.

4.2 ST. OLAVS HOSPITAL

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

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

4.3 KLINIKKEN FOR ANESTESI OG AKUTTMEDISIN

Klinikkene for anestesi og akuttmedisin (anestesiklinikken) består av tolv avdelinger. Klinikkene er en serviceklinikk som tilbyr tjenester til opererende klinikker ved St. Olavs Hospital. Anestesifaget har utviklet seg fra å være kirurgens hjelpere under operasjon til å bli et selvstendig medisinsk fag bestående av fire felt: Anestesi – bedøvelse under operasjon, akuttmedisin, intensivmedisin – overvåkning og smertebehandling – lindre kronisk
smertetilstand (stolav.no, 15.02.2012). Dette studiet avgrenser seg til å omhandle fokusere på feltet for anestesi med fokus på anestesiavdelingen.

- Anestesiklinikken er en 100 % rammefinansiert klinikk.

4.3.1 ANESTESIAVDELINGEN


4.4 KLINIKKEN FOR ORTOPEDI, REVMATOLOGI OG HUDSYKDOMMER

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

- Ortopedisk klinikk er delvis stykkprisfinansiert gjennom IFS-systemet.

4.4.1 ORTOPEDISK AVDELING

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

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

5.1 INNLEDNING


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


5.2.1 DRIFTESTMESSIGE OG FINANSIELLE PREMISER

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

**Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin**

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

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

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

1. **Planlagt etterspørsel.** Etterspørsel etter service til den daglige, elektiv aktiviteten. Elektiv aktivitet er operasjoner som skal foregå innenfor kjerenearbeidstiden. Kjernetiden ved operasjonsstuen er i tidsrommet kl 08.00 – 15.30.
2. **Etterspørsel etter leveranser på overtid.** Dette er etterspørsel som omhandler leveranser til elektive operasjoner som ikke fullføres innenfor kjernetiden og dermed krever overtidsjobbing.

3. **Akuttstuen.** Den formen for tredje etterspørselen er tilknyttet etterspørselen etter anestesi i vakttiden. Innenfor vakttiden skal anestesi serve ulike akuttstuer på hele sykehuset.

4. **Fjerde form for etterspørsel er knyttet til behov for beredskap.** Anestesi er pålagt å stille med beredskap ved ulike senter på sykehuset.

5. **Etterspørsel til aktivitetsøkning.** Den femte formen for etterspørsel er knyttet til de opererende klinikkenes ønske om å øke aktivitet ut over årlig planlagt aktivitet. Et eksempel kan være at de åpner en ny operasjonsstue eller opererer ut over kjernetiden i en periode, for å ta unna helsekøer og møte tidsfrister.

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

Anestesiklinikken var tidligere del av internhandelssystemet ved St. Olavs Hospital. Alle respondentene uttrykker imidlertid at dette var et system som ikke fungerte for finsiering av anestesitjenester. Hovedårsaken er at operasjonen ble tatt av annen tjeneste som ble priset på. Systemet ble feilaktig og først og fremst var langt fra virkelighetsnære, i følge respondentene. Internhandelssystemet ble erstattet med en 100 % rammefinansiering. Respondentene fra klinikken og sentral stab er enig i at en rammefinansiering var fornuftig, men de er uenige i rammens størrelse.

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

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

Administrerendedirektør vedkjenner at en 100% rammefinansiering, uten mulighet til å tilegne seg inntekter gjør at anestesiklinikken mister noe av fleksibiliteten i sin leveranse.
Som serviceklinikk utgjør ikke anestesiklinikkenes tjeneste den største delen av en behandling, og kliniken kan derfor aldri tilegne seg DRG-inntekter. Direktøren beskriver anestesiklinikken som fanget. Kliniken skal levere en viss mengde service innenfor definerte rammer, og har ingen mulighet til å øke sine inntekter ved økt anesthesibehov, i følge direktøren.

**Klinikken for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer**

Kliniken for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer er en av anestesiavdelingens "bestillere". Som opererende klinik etterspør de anestesitjenester for å utføre operasjoner. Kliniken for ortopedi "eier" et visst antall operasjonsstuer som de fyller med ulike inngrep. Anestesi er et av flere element som må være tilstede for å drifte stuen.


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

---

### 5.2.2 BUDSJETTERING- OG PLANLEGGINGSPROSESSSEN

Planleggingsprosessen angir prioriteringer vedrørende behandlinger og aktivitetsnivå, mens budsjettprosessen omhandler ressursfordeling. Respondentene presenterer budsjettforhandlingene ved St. Olavs Hospital som harde kamper mellom klinikkene. Respondenter fra anestesiklinikken mener at svakheter ved prosessene resulterer i at
anestesiklinikkens budsjettområde ikke samsvarer med aktivitetsnivået ved klinikkene de skal leverer service til.

**Tidmessig avstand mellom strategisk planlegging og budjettforhandling**

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

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

**Separate budsjettforhandlinger**

Klinikkene utarbeider sine budsjetter i separate budsjettforhandlinger og budsjettene leveres inn på samme tidspunkt. Respondentene ved klinikkene mener separate budsjettfastsettelser resulterte i at klinikkene graver seg ned i sin egen driftshverdag, og dermed ikke tar hensyn til hvilke konsekvenser deres budsjettmessige valg har for resten av sykehuset. Administrerendedirektør påpeker at en god samhandling mellom sykehusets klinikker er viktig i forkant av budsjettutformingen. Sykehusets klinikker benytter mange av de samme ressursene. Anestesitjenesten er et eksempel på en ressurs flere kliniske klinikker benytter. En god samhandling presenteres som nødvendig for å oppnå samsvar mellom de ulike klinikkene behov for service. Administrerende direktør påpeker at dialogen mellom klinikkene må bli tettere og at sykehuset har behov for et system som fører til at aktivitetene i større grad blir planlagt i sammenheng.

**Anestesitjenestene inkluderes ikke i planleggingen**

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

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

(Administrerendedirektør)

Respondentene ved anestesiklinikkken og sentral stab vektlegger at anestesitjenestene bør dimensjoneres ut i fra aktivitetsnivået ved de opererende klinikkene, og ikke kun på bakgrunn
av fjerårets aktivitet. Klinikksjefen og økonomiansvarlig ved anestesiklinikken, mener konsekvensen av å ikke inkludere anestesi i planleggingen på klinikknivå, blir en diskrepans mellom anestesiklinikkens ressursmessige forutsetninger og opererende klinikkers behov.

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

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

**Synkron planlegging**

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

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

Økonomirådgiveren og klinikksjefen ved anestesiklinikken uttrykker at de mener sykehuset først må planlegge et aktivitetsnivå og deretter kostnadsberegne den, for deretter å vurdere om sykehuset har økonomisk bæreevne til den planlagte aktiviteten. Hvis det viser seg at man
ikke har bæreevne, må justeringen foretas hos de opererende klinikkene som anestesi skal betjene.

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

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

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

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

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

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

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

5.2.3 HANDLING

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

Etterspørsel 2 – Overtid

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

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

Selv om klinikkenes ulike finansielle premisser ser ut til å gjøre samarbeidet krevende, har klinikkene klart å komme frem til en intern løsning i form av intern utviklet
“internhandelssystem.” I slike situasjoner betaler ortopedisk klinikk anestesiklinikken overtidstimer.

**Ettersporsel 5 – Aktivitetsøkning**

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

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

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

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

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

---

**5.2.4 EVALUERING**

Jeg vil nå belyse anestesiklinikkkens evne til å kommunisere reliabel informasjon vedrørende drift. Årsaken til dette er at anestesiklinikkkens respondenter uttrykker utfordringer knyttet til å dokumentere klinikkens ressursbruk på en god måte. Flere respondenter fra anestesiklinikken peker på vanskeligheter tilknyttet måling av ressursinnsats og dokumentasjon av økt ressursbehov. Ingen av respondentene ved kliniken gir klare svar på hvorvidt det er mulig å dokumentere og rapportere klinikkens ressursbruk på en hensiktsmessig måte.
Rapportering
Det ser ut som man fortsatt har en vei å gå når det gjelder en fornuftig rapportering og evaluering av økonomisk informasjon fra anestesiklinikken. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom utfordringer knyttet til måling og rapportering av ressursutnyttelsen ved klinikken.

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


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

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

Klinikken for ortopedi har utviklet et eget system som illustrerer utnyttelsen av de ulike operasjonssituene, systemet kalles operasjonssplanleggeren. Operasjonssplanleggeren er et system som i sin tid ble utviklet av kirurgen som et planleggingsverktøy for kirurgisk
aktivitet, i følge klinikksjefen for anestesiklinikken. Systemet har i dag en tilleggsmodul for registrering av anestesi. Respondentene fra anestesiklinikken har en oppfattelse av at denne modulen ikke er optimal for registrering av anestesi og bekrefter at de ikke er flinke til å benytte verktøyet.

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

**Dokumentering**

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

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

Det ser ut som det er dette faktumet som gjør det vanskelig for ortopedisk klinikk å få oversikt hvor anestesi benytter ressursene sine. Klinikken kan ikke til en hver tid dokumentere og vise hvor og hvordan ressursene benyttes. På den måten blir det vanskelig for klinikken å bevise at de har en optimal ressursutnyttelse, samtidig som det blir vanskelig for resten av sykehuset å bevise at klinikken er ineffektiv.
"Klinikken har en innebygd fleksibilitet i systemet som ikke er målbar, vi utfører mange oppgaver også ut over bemanning av stuene. Slike størrelser er det mange av innen anestesi. Det går ikke an å dokumentere alt, og vi får dermed ikke bevisat at vi faktisk bruker ressursene til det fulle." (Fagoverlege for Anestesi ved ortopedisk seksjon)

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

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

5.2.5 GRUNNLEGGENDE FORUTSETTINGER FOR STYRING

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

Transparens

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

Respondenter fra ortopedisk klinikk etterspør informasjon om hvor anestesiressursene benyttes til en hver tid, og det ser ut til at informasjonen anestesiklinikken samler inn kun blir
rapportert vertikalt til sentral stab. Det ser ut til at diskusjonen vedrørende evne til å dokumentere ressursutnyttelse tilspisser seg når klinikken for ortopedi etterspør økt anestesi (etterspørsel 2 og 5). Respondentene fra ortopedisk klinikk etterspør større transparens og håndfaste bevis ressursknapphet hvis anesthesiklinikken ikke har mulighet til å etterkomme etterspørselen.

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


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

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

Kunnskapsløshet

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

Dekapittel 5.2.1 illustrerer at ortoped icl som opererende klinikk, og anestesi som serviceklinikk, har ulike premisser for drift og finansiering. At man ikke har et klart nok bilde av hverandres betingelser ser ut til å resultere i mye prosjonsstrid mellom de to klinikkene. De opererende klinikker har press på seg om å operere mer, mens anestesi har press på seg til å holde budsjetttrammen.
Striden kommer til uttrykk når det er snakk om etterspørsel 2 og 5. Når det gjelder å utfordringer i forhold til å imøtekomme etterspørsel 2, behov for overtid, påpeker anestesi klinikkens respondenter at årsaken er klinikkens faste budsjetttramme. De uttrykker at den faste rammene ikke gir rom for overtidsbetaling og at de føler at det ikke er akseptert av kostnadsmessige grunner, for klinikkene å ha overtidstimer. Respondentene ved anestesi klinikkens sier at de føler opererende kliniker ikke tar inn over seg, det faktum, at anestesi klinikkens er ramme finansierte. Anestesi klinikkens blir sett på som en ”stoppknapp”, mens resten av sykehuset står klar.

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

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

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

Respondentene ved ortopedisk klinikk uttrykker at de føler sentral stab har holdt kortene for tett til brystet, noe som har ledet til en lite gjennomsiktig virksomhet på tvers av klinikkene. Det kan se ut som ufullstendig kunnskap om anestesi klinikkens premiss for drift på bakgrunn av en lite transparent driftshverdag har resultert i at anestesi ofte blir ansett som syndebukken. Det er en felles oppfatning blant all respondentene at anestesi får mye av skylden hvis man ikke klarer å gjennomføre operasjoner. Klinikksjefen for ortopedisk klinikk
sier at så lenge han har vært kirurg så har det vært slik at hvis noe går galt, ja da skylder man på anestesi.

**Mangel på tillit**

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

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

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

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

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

"Det dro seg litt til på tampen av fjoråret. Gjennom året var vi gjenstand for noe jeg oppfattet som udobmerkte påstander om driften av klinikken, etter hvert på grensen av beskyldninger. Dette utløste et avklarende møte med påfølgende dialog om kjørereglerne. Skal klinikken være en viktig og ansvarlig del av sykehuset - hvilket vi
er, må det være ærlighet og åpenhet om hva som er klinikkens utfordringer.”
(Klinikksjef, Klinikken for Anestesi og Akuttmedisin).

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

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

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

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

6. ANALYSE AV HOVEDFUNN


6.1 TO VERDENER

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

Service- versus opererende klinikk

Anestesiklinikken er en serviceklinikk, klinikkene tilbyr service til store deler av sykehuset. Hovedtyngden av anestesiavdelingens arbeid er tilknyttet leveranse av anestesileger og anestesisykepleiere. I tillegg til å yte service under operasjon, utfører anestesipersonellet en
rekke andre oppgaver. Klinikkens funksjon resulterer i en stor geografisk spredning av klinikkens personalressurser.

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

**Finansieringsmodell**

Anestesiklinikken var tidligere underlagt internhandelssystemet ved St. Olavs Hospital, et system som gjorde at klinikken opparbeidet seg egne inntekter. I dag er klinikken 100 % rammefinansiert og klinikken har ikke lengre mulighet til å tilegne seg egne inntekter. Ortopedisk klinikk er på sin side stykkprisfinansiert gjennom IFS systemet. En slik modell gjør det mulig for klinikken å opparbeide seg DRG-inntekter for behandlingene de utfører. At anestesiklinikken ikke lengre ligger under internhandelssystemet påvirker klinikkens evne til fleksibilitet i leveransen. Klinikken kan ikke lengre finansiere en økning av leveranse med en inntektsøkning. Klinikksjefen fra ortopedisk klinikk var ikke klar over, før inntil nylig, at anestesiklinikken nå er rammefinansiert.

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

**Premisser for drift**

Klinikkenes finansieringsmodeller gir klinikkene ulike premisser for drift. Dette kommer blant annet til uttrykk når det er snakk om valg av metode for å imøtekomme innsparingstiltak. Som stykkprisfinansiert kan ortopedisk klinikk imøtekomme et
innsparingstiltak med en aktivitetsøkning fremfor kostnadskutt, da en aktivitetsøkning resulterer i en innteksøkning for klinikken. For anestesiklinikknens betyr aktivitetsøkning kun kostnader, og den eneste metoden de kan benytte for å imøtekomme innsparingskrav er å kutte i kostnadene. Ulike premisser ser ut til å lede til interessekonflikt mellom klinikkene.

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

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

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

### 6.2 VERTIKAL STYRING

To agenter - én prinsipal

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


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

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

Styringsprosessen


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

At det eksisterer brudd på prosessen kan forklares ut i fra kritikken mot den ideelle økonomiske styringsprosessen presentert av Anthony og Young (2003). Prosessen, slik Anthony og Young (2003) forklarer den, forutsetter at elementene i prosessen er
formålsrasjonelle. For at styring skal være formålsrasjonell forutsettes det en uproblematisk koblingen mellom planlagt og faktisk aktivitet (Pettersen et al. 2008). Men usikkerhet i omgivelsen gjør at et sykehuset ikke kan planlegge for all aktivitet, avvik fra planlagt aktivitet vil forekomme som en konsekvens av kompleksiteten i tjenestene som tilbys. St. Olavs Hospital kan ikke sees som et oversiktlig og styrbart objekt, sykehuset består av flere ulike enheter. Dette samvarer med Weick (1976) sin beskrivelse av organisasjoner som ”løstkoblede” enheter.

- **Strategisk planlegging og budsjettering**


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

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


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

Boye et al. (1999) sier budsjettet må kunne justeres hvis det viser seg at det bygger på urealistiske forutsetninger. Dette er nødvendig hvis budsjettet skal fungere som en målestokk på hva som skal oppnås, til hvilken kostnad. Mine data tyder imidlertid på at det ikke er noen gjennomgang og justering av budsjetter i løpet av året. Hvis det skjer store endringer i aktivitetsnivå i løpet av året vil ikke budsjettet kunne benyttes som realistisk målestokk. Hvis det ikke justeres på bakgrunn av endrede forutsetninger vil det vil ikke lengre gi et rimelig sammenligningsgrunnlag. Et rimelig sammenligningsgrunnlag er en forutsetning for budsjetts
evne til å funger som målestokk, i følge Boye et al. (1999). Budsjettet omtales av anestesiklinikkens respondenter som et urimelig sammenligningsgrunnlag. Dette illustrerer at klinikken mangler tillit til at budsjettet, som styringsverktøy kan legge er realistisk grunnlag for evaluering av drift.


Et annet element som ser ut til å kunne bedre budsjettets posisjon som styringsverktøy ved St. Olavs Hospital er økt fleksibilitet. En evne til å justere budsjettet i takt med endrede forutsetninger vil kunne bedre systemets relevans som målestokk på klinikkenes drift. Dette gjelder spesielt for anestesikliniken som er 100 % rammefinansiert. Uten mulighet til å
tilegne seg inntekter som kan dekke økt produksjon av anestesitjenester, er klinikken avhengig av endrede budsjettrammer for å møte etterspørsel som det ikke er tatt hensyn til i driftsrammen.


- Handling


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

Evne og vilje til å øke leveransen ut over planlagt nivå påvirkes av insentivene til økning, hvis man benytter et prinsipal- agentteoretisk syn på økonomistyring. Det ser ut til at klinikken ikke har noe godt formelt styringssystem horisontalt som legger til rette for god planlegging i henhold til å møte etterspørsel 2 og 5, overtid og aktivitet ut over planlagt aktivitetsnivå.

Dette kommer til uttrykk gjennom klinikkenes frustrasjon ovenfor hverandre. Ortopedisk
klinikk ser ikke ut til å ta inn over seg hvilke finansielle og driftsmessige forutsetninger som anestesiklinikkens respondenter mener hemmer klinikkens fleksibilitet i leveransen.

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

- **Evaluering**


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

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

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

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


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


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


Oppsummerende kommentar

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

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

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

6.3 UFORMELL HORIZONTAL STYRING

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

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


**Forvaltere, ikke agenter**

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

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

Klinikkene består av profesjonelle fagfolk, dette er profesjonere med sterk yrkesstolthet og yrkesmoral. Jeg vil ikke definere klinikkenes representerer som primært individuelt, nyttemaksimerende i en jobbsituasjon. Profesjonene ved klinikkene ser ut til å se på sitt arbeid som et samfunnsansvar, og er både personlig og faglig opptatt av å nå sykehusets overordnede
mål om å tilby god pasientbehandling til flest mulig pasienter. Dette illustrerer kompleksiteten i profesjonenes atferd og forklarer hvorfor klinikkene jobber for å nå organisasjonens, og fellesskapet mål, selv om de ikke blir kontrollert eller er økonomisk motivert for det. Dette er kan forklares ut i fra at en forvalter har en indre motivasjon til å handle i tråd med kollektive interesser (Davis et al., 1997).

**Fremvekst av uformelle horisontale løsninger**

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

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

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

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

Fremveksten av uformelle horisontale løsningar for samarbeid kan forklaras ved å se på klinikkene som forvaltere fremfor agenter. Forvalterar, beståande av profesjonar med høy moral og yrkesstolheit. Klinikkene er ikkje kun opptatt av resultatmål, ortopedisk klinikk viser villighet til å betale for anestesitjenester for å utføre operasjonar, og anestesiklinikkken er villig til å gå over budsjett for å møte etterspørselen etter leveranser. Dette er atferd som bryter med forutsetningar i et prinsipal-agentteori, men som kan forklaras ut i fra et prinsipal-forvalterperspektiv.

6.4 BEHOV FOR HORIZONTAL TRANSPARENS

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


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

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

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

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

Mine data tyder på at det er behov for et formelt horisontalt styringssystem i tillegg til de uformelle løsningene som har utviklet seg. Et økonomistyringssystem kan sees som et verktøy for å frembringe og kommunisere økonomisk informasjon (Bazeman et al., 2002). Formelle horisontale systemer vil tillate formidling av økonomisk informasjon på tvers av klinikkene.
Behov for formelle systemer og transparens viser hvordan transaksjonskostnadene øker i situasjoner hvor partene mangler tillit til hverandre. Respondentene ved klinikkene sier de benytter mye destruktiv tid på å diskutere uten å ha håndfaste bevis å legge frem. Diskusjonene karakteriseres som ”ord mot ord”, med verbal argumentasjon. Økonomisk informasjon ansees ofte som mer troverdig en annen type informasjon, på bakgrunn av tillit til informasjonens objektivitet, i følge Bazeman et al. (2002).


**Oppsummerende kommentar**

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

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

7.1 KONKLUSJON

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

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

• **To verdener:** Økonomistyringen plasserer klinikkene i to ulike verdener. Klinikkene er basert på ulike finansiering- og driftsmessige premisser, som videre resulterer i ulike insentiver i forhold til aktivitetsøkning. Dette vanskeliggjør samarbeidet mellom klinikkene i form av at ortopedi har insentiver til aktivitetsøkning, mens anestesi har insentiver til å levere til planlagt aktivitetsnivå. Selv om klinikkene er del av to ulike driftsmessige verdener styres de likt. Sentral stab forsøker å presse samme hatt på ulike hoder, uten å tilpasse hatten.

• **Vertikal styring:** Dette studiet viset at økonomistyringen ved St. Olavs Hospital har et vertikalt preg. Leddene i systemsprosessen med planlegging, budsjettering, handling og evaluering, er utformet for å i første omgang tillater vertikal kommunikasjon av informasjon. Vertikal styring gjør horisontal interaksjon vanskelig. Klinikkene styres som separate siloer med tykke vegger og det tilrettelegges ikke for en felles arena hvor informasjon kan deles på tvers av klinikkene. ”Veggene” resulterer i at klinikkene blir lite transparent ovenfor hverandre, noe som påvirker evnen til innsikt i hverandres premisser for drift. Mangel på innsikt ser ut til å resultere mangel på tillit mellom klinikkene.
• **Uformelle løsninger:** I fravær av formelle horisontale systemer har det vokst frem uformelle løsninger som tilrettelegger for bedre samarbeid mellom klinikkene. Uformelle løsninger muliggjør en effektiv drift, selv om vertikalt preg på økonomistyring ved St. Olavs Hospital resulterer i at klinikkene styres fra hverandre. Fremveksten av uformelle horisontale løsninger for samarbeid kan forklares ved å se på klinikkene som forvaltere fremfor agenter, har en indre motivasjon til å jobbe for fellesskapets interesser. Forvaltere, bestående av profesjoner med høy moral og yrkesstolthet.

• **Behov for horisontal transparens:** Data tyder på at formelle vertikale og uformelle horisontale systemer ikke er tilstrekkelig for tilrettelegging av et effektivt internt samarbeid mellom klinikkene. Dette studiet viser et behov for horisontalt transparens mellom klinikkene som samarbeider, for å oppnå økt tillit mellom profesjonene. Jeg ser derfor et behov for formelle horisontale systemer, som kan tilrettelegge for informasjonsdeling på tvers av klinikkene.

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

7.2 **FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING**

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

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

Bøker og artikler:


Huemer, L. (1998) *Trust in business relations, economic logic or social interaction?*. Umeå: Boréa Bokförlag


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

**E-mail**


**Dokumenter**

Oslo: Sosial- og helsedepartementet


**Internettsider**

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


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

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


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

Innledende spørsmål:

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

Økonomistyring:

1. Hva er din forståelse av begrepet økonomistyring?

Tillit:

2. Hva legger du i begrepet tillit?

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

Nøkkelspørsmål:

Spørsmål som stilles til alle respondenter.

Jeg vil presentere Den ideelle styringsprosessen av Anthony og Young

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

4. Hva mener du er formålet med et styringssystem?

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

5b. Hvilken påvirkning har dette på din arbeidshverdag?
6a. Hva er din oppfattelse av budsjettet som styringsverktøy? Hvem har behov for informasjonen i budsjettet, og hvem benytter seg av den?

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

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

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

**Varierende spørsmål:**

Spørsmål som varierer mellom ulike respondenter.

**Sentral stab:**

Økonomidirektør/Stabsdirektør og Administrerende direktør

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

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

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

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

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

10a. Hvis ønsket ressursbehov blir innfridd, og der viser seg ut over året at behovet ikke er så stort som først antatt, hva skjer da med ressursene?
10b. Foretar man evalueringer på bakgrunn av målinger underveis i budsjettåret for å se om den økte ressursen blir benyttet?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15b. Hvordan rapporteres faktisk aktivitetsmengde?

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

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

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

18b. Opplever du at serviceklinikken har et driftsproblem og at det er derfor de har økt ressursbehov?
19. Er det slik at aktiviteten ved opererende klinikker går i bølgedaler, slik at etterspørselen etter anestesi og intensivtjenester varierer veldig gjennom året? I tilfelle kan det da være fare for overkapasitet i enkelte perioder?

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

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

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

1c. Hvordan vil du beskrive utfordringen/problemet?

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

2b. Hvilken informasjon rapporteres?

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

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

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

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

3c. Hvordan/hva gjøres for å identifisere/kartlegge/bemerke/illustre ressursbehovet ved serviceklinikken?

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

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

3f. Hvem forsøker å formidle ressursbehovet til ledelsen? Er det andre ved klinikken som ledelsen ville hatt større tillit til/tiltro til?
4a. Hvilken samhandling har dere med de opererende klinikkene som etterspør deres tjenester? Hvilken samhandling har dere med klinikken for Ortopedi?

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

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


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

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

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

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

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

7. På hvilken måte opplever du at Sentral Stab har tillit til det serviceklinikken ytrer vedrørende ressursbehov? Opplever du at sentral stab mer tillit til hva de opererende klinikkene formidler?
8a. Hvilken økonomisk informasjon/styringsinformasjon har Sentral Stab bruk for ihht ressursplanlegging?

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

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

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

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

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

Klinikken for Ortopedi og avdelingen for Ortopedi:
Klinikksjef, Økonomiansvarlig og eventuelt avdelingsleder dagkirurgi

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

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

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

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

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

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

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

2b. Hva legger dere til grunn når dere velger å øke antall operasjoner?
2c. Inkluderer dere kostnaden for økt behov av service fra klinikken for Anestesi og Akuttmedisin når dere beregner ressursbehov for kommende periode?

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

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

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

3. Hvor ”sikker” er økte etterspørselen fra ortopedisk avdeling ihht intensiv- og anesthesitjenester?

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

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

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

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

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