

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

BE311E

Navn på kandidat:

Margaret Aarag Antonsen

Når Vi og Dem blir Oss

Om styringsmekanismer i samarbeidet mellom sykehusapotek og sykehus

Dato: 20.6.2018

Totalt antall sider: 59

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på to flotte og lærerike år som student. Det har vært to år fylt med gode forelesninger som har gitt ny lærdom, bidratt til å oppdage kunnskap jeg selv ikke visste jeg hadde og ikke minst, noen fine diskusjoner og opplevelser sammen med fantastisk medstudenter og forelesere. Så la meg starte med å takke dere alle, men spesiell takk til Inger Johanne Pettersen og Kari Nyland. Det har vært et privilegium å få lære å kjenne dere to sterke og flotte kvinner! Særlig takk til Kari, for god veiledning, rettleiding og inspirasjon i prosessen med å skrive masteroppgava.

Å være masterstudent og ha familie, venner og en jobb betyr at jeg ikke har vært alene om å gjennomføre masterstudent. Tusen takk til mine kollegaer som har holdt ut med meg og dradd min del av lasset når jeg selv ikke kunne, særlig takk til Renate, Helge og Stian for dette. Kjersti, ikke bare har du dradd lasset, men du har også vært en fin diskusjonspartner gjennom hele studiet, tusen takk for det – nå blir vi endelig to på kontoret igjen... Sist, men absolutt ikke minst, tusen takk til deg, Espen, som inspirerte meg til å søke studiet, og har støttet meg gjennom hele prosessen – Jeg håper at du, og resten av gjengen, får nytte av min nye visdom.

Jeg vil også takke mine informanter for at dere stilte villig opp, og til kollegaer som har bidratt med diskusjoner og informasjon.

Så, til mine venner og familie, takk for tålmodighet, støtte, takhøyde og ikke minst at dere alltid er der, selv om jeg ikke har vært helt til stede de siste to årene.

Kjære, kjære guttene mine! Dere er min glede og min kjærlighet. Tusen takk for at dere har holdt ut, og fortsatte å heie på meg til tross for, til tider høylytt, frustrasjon og når jeg har vært stresset og helt håpløst lite nærværende, og tusen takk for at dere har delt glede når innleveringer er gjort.

Min kjæreste Stein, tusen takk! Du har gitt meg rom og støtten jeg trengte til å gjennomføre. Takk for tålmodighet, diskusjoner og at du har tatt vare på våre to håpefulle. Uten deg hadde jeg ikke fullført –vi har vært to om dette!

Tromsø 20. juni 2018 // Margaret Aarag Antonsen

Sammendrag

Legemidler er en av de viktigste innsatsfaktorene i helsetjenesten, og sikre og rasjonelle legemiddelinnkjøp er viktige styringsmål for sykehusene.

Effektivt og godt samarbeid mellom sykehusene og sykehusapotekene er en forutsetning for at styringsmålene skal oppnås. Kunnskap om hvilke styringsmekanismer som brukes og hvordan de bidrar til å løse styringsutfordringer vil være nyttig i planlegging og gjennomføring av samstyring mellom sykehus og sykehusapotek. Med dette som utgangspunkt er denne studien gjennomført for å beskrive *hvilke styringsmekanismer som brukes i samstyring av legemiddelleveranser mellom sykehusapotek og sykehus og hvordan styringsmekanismene bidrar til å løse styringsutfordringene koordinering, samordning og ansvarliggjøring.*

Denne studien er designet som en case-studier av legemiddelleveranse mellom et sykehusapotek og en sykehusavdeling. Styringsmekanismene er klassifisert, og den formelle styringssirkelen er benyttet som ramme for analyse av hvordan styringsmekanismene bidrar for å løse styringsutfordringene.

Denne studien avdekker at i den studerte konteksten benyttes både formelle og uformelle styringsmekanismer i samstyring av legemiddelleveranser. Den relative bruken av dem er avhengig av styringsnivå og handlingsrommet til aktørene.

Styringsutfordringen *samordning* er ikke dominerende i samhandlingen. Formelle styringsmekanismer dominerer ved samordning på foretaksnivå, mens uformelle styringsmekanismer spiller en viktig rolle i samordning på operativt nivå.

Koordinering skjer på grunnlag av kompetanse og avtaler. Standardisering, elektroniske bestillingssystem og pris er i tillegg viktige formelle styringsmekanismer. Tillit, langvarige relasjoner og legitimitet er viktige uformelle mekanismer ved koordinering.

Lovverk og faglig kompetanse, sammenfallende ansvarsområder i den horisontale og vertikale linjen, avtaler, pris og regnskap er formelle styringsmekanismer som bidrar til *ansvarliggjøring* både med hensyn til allokering av ressurser og aktiviteter. Disse understøttes av uformelle styringsmekanismer som faglige normer og verdier og tillit.

Tillit er en viktig styringsmekanisme i samhandlingen som her er studert. Dette kan ha implikasjoner for organisasjonenes styring av samhandling på operativt nivå, spesielt for sykehusapotekforetaket som samarbeider med flere sykehusforetak.

Abstract

When We and Them become Us – Managerial control mechanisms in the interaction between hospital pharmacies and hospitals

Safe and economic drug supply are important managerial goals in hospitals. Effective and good cooperation with the hospital pharmacies are important in achieving this. Knowledge about what the managerial control mechanisms are, how they are used and how they contribute to solve the managerial control problems cooperation, coordination and appropriation between the organisations, will be helpful in planning and operation of governance between hospital pharmacies and hospitals.

This study is conducted as a case-study of drug delivery between a hospital pharmacy and one hospital ward. The study questions that are used are *what managerial control mechanisms are used in governance of drug delivery between hospital pharmacies and hospitals, and how are they used to solve the managerial control problems of coordination, cooperation and appropriation.*

Managerial control mechanisms are classified and The management control process is used to analyse how the control mechanisms contribute in solving the managerial problems.

The study shows that both formal and informal managerial control mechanisms are used to manage the drug delivery process and the relative use of them differ between the managerial levels in the organisations and experienced “managerial space”. The managerial control problem of cooperation is not dominating in the studied interaction. On the strategic levels of the organisations, formal managerial control mechanisms dominate on cooperation. In addition, informal control mechanisms play an important role on cooperation on the operative levels.

Coordination is done on the grounds of competence and formal agreements. Standardisation, electronic ordering systems and price are important formal managerial control mechanisms. Trust, relations and legitimacy are important informal managerial control mechanisms on the operative level.

Legislation and professional competence, joint appropriation vertical and horizontally, agreements and price are formal managerial control mechanism in appropriation when it comes to allocation of resources and activities. These are complimented by informal managerial mechanisms such as professional norms and values and trust.

Trust is found to be an important informal managerial mechanism. This may have implications to how the organisations manage interaction on the operative level, especially to the hospital pharmacy trust, because it interacts on the operative level in several hospital trusts.

Forkortelser

| Forkortelse | Betydning |
|--------------------|---|
| SH | Sykehus |
| SA | Sykehusapotek |
| RHF | Regionalt Helseforetak |
| HF | Helseforetak |
| HOD | Helse- og omsorgsdepartementet |
| LIS | Legemiddelinnkjøpssamarbeidet |
| LIS-avtaler | Innkjøpsavtaler inngått med legemiddelprodusenter |
| ASL | Apotekstyrt legemiddellager |

Liste over figurer og tabeller

| Nummer | Figur tittel | Side |
|---------------|--|-------------|
| Figur 1 | Den formelle styringssirkel | 4 |
| Figur 2 | Den ideelle styringssirkel og samstyring | 6 |
| Figur 3 | Forenklet skisse som viser organisatorisk plassering av studert kontekst | 22 |
| | Tabell tittel | |
| Tabell 1 | Ulike former for effektivitet | 11 |
| Tabell 2 | Oversikt over informantene, intervjuene og tidsbruk | 17 |

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----|
| Forord | i |
| Sammendrag | ii |
| Abstract | iii |
| Forkortelser | v |
| Liste over figurer og tabeller | v |
| Innholdsfortegnelse | vi |
| | |
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Begrepsavklaring..... | 2 |
| 1.2 Oppgavens oppbygning..... | 3 |
| | |
| 2.0 Teoretisk ramme for analysen – Styring og samarbeid..... | 4 |
| 2.1 Den formelle styringssirkel | 4 |
| 2.2 Samarbeid mellom organisasjoner og samstyring..... | 5 |
| 2.3 Styringsmekanismer | 6 |
| 2.3.1 Styringsmekanismer i markedsstyrte organisasjoner | 7 |
| 2.3.2 Styringsmekanismer i byråkratiske organisasjoner..... | 8 |
| 2.3.3 Styringsmekanismer innenfor klan – uformelle styringsmekanismer..... | 11 |
| 2.3.4 Avsluttende kommentar | 14 |
| | |
| 3.0 Metode..... | 15 |
| 3.1 Egen rolle i studien..... | 15 |
| 3.2 Forskningsmetodisk tilnærming:..... | 15 |
| 3.3 Valg av studiekontekst og studiedesign | 15 |
| 3.4 Utarbeidelse av intervjuguide..... | 16 |
| 3.5 Valg av informanter og gjennomføring av intervjuene | 17 |
| 3.6 Utvalg av dokumenter | 17 |
| 3.7 Dataanalyse | 17 |
| 3.8 Etikk | 18 |
| 3.10 Metodekritikk | 18 |
| | |
| 4.0 Empiri..... | 19 |
| 4.1 Presentasjon av forskningskontekst – samarbeid mellom sykehusapotek og sykehus ved legemiddelleveranser..... | 19 |
| 4.1.1 Legemiddelleveranser til sykehusene..... | 20 |
| 4.1.2 Presentasjon av intervjuobjektene kontekst..... | 21 |
| 4.2 Presentasjon av empiri fra intervjuene | 22 |
| 4.2.1 Målformulering | 23 |
| 4.2.2 Planlegging og gjennomføring | 24 |
| 4.2.3 Evaluering | 28 |
| 4.3 Oppsummering av empiriske funn | 30 |
| | |
| 5.0 Analyse og diskusjon | 31 |
| 5.1 Formelle mekanismer dominerer i styring av samarbeidet fra RHF-nivå..... | 31 |
| 5.2 Målkonflikt på strategisk nivå..... | 31 |
| 5.3 Formelle mekanismer sin rolle i samstyring på operativt nivå | 33 |
| 5.4 Uformelle mekanismer sin rolle i samstyring på operativt nivå | 35 |
| 5.5 Evaluering av samarbeidet og ulik bruk av styringsdata mellom organisasjonsnivåene..... | 36 |
| 5.6 Avsluttende kommentar | 37 |

| | |
|--|----|
| 6.0 Konklusjon | 38 |
| 7.0 Implikasjoner og forslag til videre forskning | 39 |
| Referanseliste | 41 |
| Vedlegg 1: Typer av resultater og prosesskriterier i evaluering | 43 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide..... | 44 |
| Vedlegg 3: Kilder og dokumenter benyttet i utarbeidelse av kontekstbeskrivelse | 45 |
| Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD | 46 |
| Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeskjema | 49 |
| Vedlegg 6 Prosesskart Apotekstyrt Legemiddellager | 51 |

1.0 Innledning

Ved framveksten av velferdssamfunnet i etterkrigstiden økte forventningene og kravene til at det offentlige skal løse komplekse og sammensatte utfordringer og oppgaver. Etter hvert som de offentlige oppgavene og utgiftene økte så en et behov for å i større grad å utøve styring og kontroll over offentlig sektor. Ut over 80- og 90-tallet så en i store deler av den vestlige verden en overgang fra offentlig administrasjon til New Public Management (NPM) som styringsregime. NPM bygger på tanken om at organisering, styring og ledelse er allmenne prosesser og derfor kan brukes på tvers mellom privat og offentlig virksomhet. I realiteten medførte dette at offentlig sektor fikk preg av privat sektor med konserndannelse og fristilling av offentlige instanser og betydelig preg av resultatstyring og desentralisert beslutningsmyndighet (Røisland og Vabo (2016:19-21)).

Dette paradigmeskiftet skjedde for fullt innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge ved gjennomføring av helseforetaksreformen i 2001 (Ot.prp. nr. 66, 2000-2001). Med dette inntok Staten en regulerende rolle og politikerne satte de overordnede mål, mens de offentlige instansene fikk det utøvende ansvar for å nå disse målene (Røisland og Vabo (2016:18-21)).

Økt fragmentering og spesialisering av offentlig virksomhet, har medført et behov for økt koordinering og samarbeid for å sikre en mer integrert offentlig sektor. Per Lægreid et al. (2015) beskriver denne utviklingen slik: «*Coordination has become an important issue in the wake of major public sector reforms over the last 30 years. Governments have developed various approaches to address the structural fragmentation and increasing specialization brought about by New Public Management (NPM) reforms, with the aim of creating a more integrated public sector.*» (Per Lægreid et al. (2015:928))

Som del av helseforetaksreformen ble sykehusapotekene i de 5 (senere 4) helseregioner organisert som egne helseforetak og underlagt de regionale helseforetakene (RHF)¹. Dette bidro til å samle den farmasøytiske kompetansen i spesialisthelsetjenesten, men også strukturell fragmentering mellom sykehusene og sykehusapotekene. Legemidler er en av de viktigste innsatsfaktorene i helsetjenestene, og sikre leveranser av legemidler med god kvalitet, til rett tid og med rett pris, og bedre pasientsikkerhet på legemiddelområdet, er helsepolitiske

¹ To sykehusapotek eies og drives av ideelle stiftelser og er ikke organisert i sykehusapotekforetak.

styringsmål gitt til RHF-ene. Sykehusapotekenes samarbeid med sykehusene er et viktig strategisk verktøy for RHF-ene for å nå disse målene.

Når samarbeid skjer mellom to (eller flere) organisasjoner kompliseres styringsprosessen. De samarbeidende partene kan operere ut fra ulike logikker og evalueres hver for seg ut fra sine resultater. Som ansatt i foretaksadministrasjonen i et sykehusapotekforetak møter jeg daglig på utfordringer i spenningsfeltet mellom intern styring og styring av samarbeid med sykehusene. På strategisk nivå er utfordringene ofte knyttet til tilgang til og allokering av ressurser og legitimitet for samarbeidet. Jeg har også erfart at det er stor variasjon i hvordan samarbeidet oppleves av ansatte på det operative nivået. på enkelte områder, eller ved enkelte lokasjoner, opplever det operative nivået at samarbeidet fungerer godt, andre steder ikke. Dette kan være knyttet til at partene opplever at de har ulike målsetninger, at aktivitetene er dårlig koordinert, at ansvaret for oppgavene er dårlig forankret og at det er vanskelig å få allokert nødvendige ressurser.

Disse erfaringene og viktigheten av legemiddelleveranser, motiverte meg til å stille følgende forskningsspørsmål:

Hvilke styringsmekanismer brukes i samstyring av legemiddelleveranser mellom sykehusapotek og sykehus?

På bakgrunn av litteratur på området konkretiserte jeg dette seinere med tilleggsspørsmålet (se kapittel 2.2)

Hvordan bidrar styringsmekanismene til å løse styringsutfordringene koordinering, samordning og ansvarliggjøring?

For å svare på problemstillingen har jeg valgt å studere hvordan mål for legemiddelleveransene utvikles og legemiddelleveransene planlegges, gjennomføres og evalueres.

1.1 Begrepsavklaring

Røiseland og Vabo (2016:21) foreslår *samstyring* som betegnelse den ikke-hierarkiske prosessen hvor offentlige og/eller private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening. Videre framhever de at samstyring finner sted gjennom strukturer hvor ulike, men (mer eller mindre) likeverdige aktører samarbeider i forbindelse med en oppgave (Røiseland og Vabo (2016:22)). Dette samsvarer med konteksten for min studie, og jeg har derfor valgt å bruke denne betegnelsen for styring av samarbeid mellom organisasjoner. I teksten bruker jeg disse to begrepene synonymt.

Organisasjoner oppstår for å oppfylle et eller flere formål og består av individer som har felles oppgaver og mål som knytter dem sammen (Jacobsen og Thorsvik 2016:17). For å løse oppgavene deles disse gjerne opp i flere mindre arbeidsoperasjoner. For å sikre at de ansatte i sin utførelse av arbeidsoperasjonene bidrar til å nå de mål og delmål som er satt for organisasjonens virksomhet, oppstår det et behov for styring. *Styringsmekanismer* betegner de virkemidler og verktøy som benyttes i organisasjoner for å oppnå styring (Jacobsen og Thorsvik (2016:70-124) Ouchi (1979)).

Legemiddelleveranser er benyttet som betegnelse på prosessen mellom sykehusapotek og sykehus som har til hensikt å sørge for at sykehuset får de legemidler som det har behov for. I denne studien har jeg begrenset dette til ikke å gjelde legemidler som leveres fra sykehusapotekenes produksjonsavdelinger.

1.2 Oppgavens oppbygning

Jeg vil i kapittel 2 presentere en teoretisk ramme for analysen. Dette innledes med en presentasjon av styring og «Den ideelle styringssirkelen» som modell for styringsprosesser. Jeg har deretter presentert ulike styringsmekanismer ut fra Ouchi (1979) sin typologi og, med utgangspunkt i publiserte studier og faglitteratur, presentert hvordan de kommer til uttrykk i samstyring. I kapittel 3 gir jeg en presentasjon av metodiske valg og valg av empiri. I kapittel 4 presenterer jeg min empiri. Jeg gir først en presentasjon av kontekst for så å presentere empiri fra de kvalitative intervjuene. I kapittel 5 presenteres analysen og diskusjon av empirien innenfor den teoretiske rammen presentert i kapittel 2. Ut fra dette trekker jeg konklusjoner som presenteres i kapittel 6. I kapittel 7 utleder jeg implikasjoner fra empiri og analyse og peker på muligheter for videre forskning.

2.0 Teoretisk ramme for analysen – Styring og samarbeid

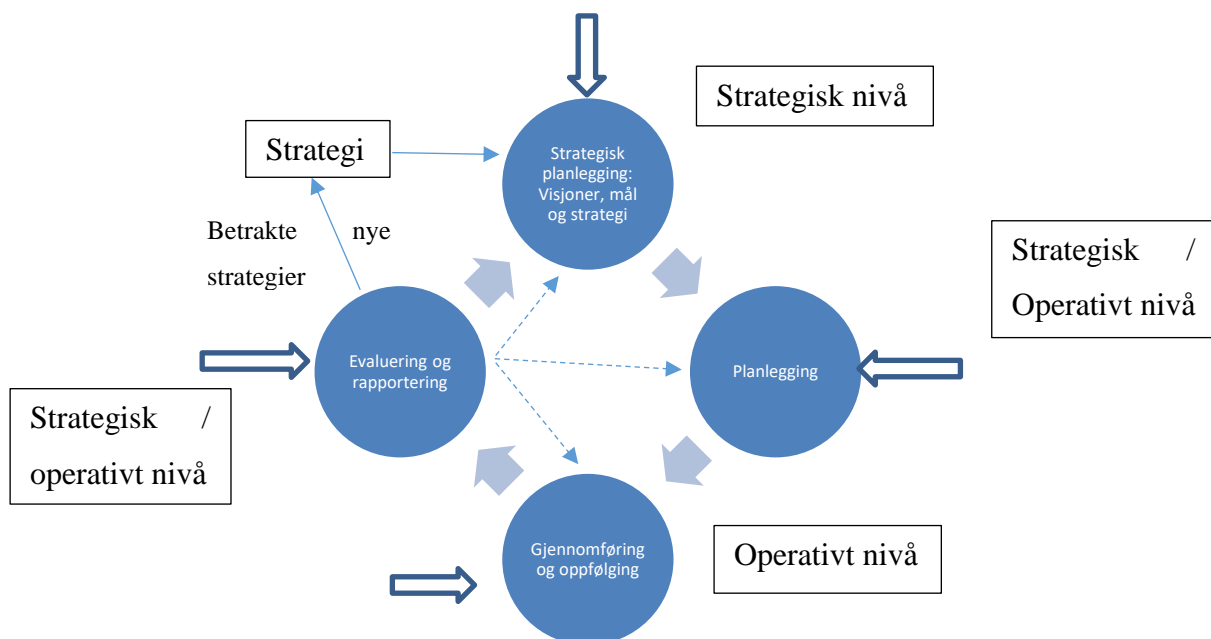
2.1 Den formelle styringssirkel

Anthony og Young (2003:18-21) utleder fire ulike faser for styring i hierarkiske organisasjoner. Disse skjer i sekvensiell rekkefølge innenfor konteksten av organisasjonens mål og overordnede strategier som er valgt for å nå disse. Videre påpeker de at uformelle mekanismer, som møter, samtaler og notater også spiller en rolle i styringsprosessen, men at styringsprosessen i de fleste organisasjoner foregår etter en formell prosess, presentert som «Den formelle styringssirkel».

Modellen bygger på antagelsen om at koblingen mellom målsetninger og virkemidler er uproblematisk og at styring er formålsrasjonell (Pettersen et al. (2016:141)). Modellen betegnes derfor ofte som «Den ideelle styringssirkel». Jeg vil i det videre bruke betegnelsen «styringssirkel».

Figur 1 viser en grafisk fremstilling av styringssirkelen. Pilene inn til hvert trinn i prosessen indikerer at disse også er gjenstand for ekstern informasjon og påvirkning. Evaluering gjennomføres for å kontrollere og eventuelt korrigere mål, planlegging og gjennomføring. Dette er markert med stiplede piler. I tekstboksene er det angitt på hvilket organisatorisk nivå de ulike fasene gjennomføres. Administrasjonens oppgave er å knytte disse aktivitetene på de ulike nivåene sammen (Pettersen et al. (2016:139-141)). For en nærmere presentasjon av hvert av trinnene, se kapittel 2.3.2.

Figur 1: Den formelle styringssirkel



(Kilde: forfatter, utarbeidet på grunnlag av Anthony og Young (2003:18-21) og Pettersen Pettersen et al. (2016:139-141)).

2.2 Samarbeid mellom organisasjoner og samstyring

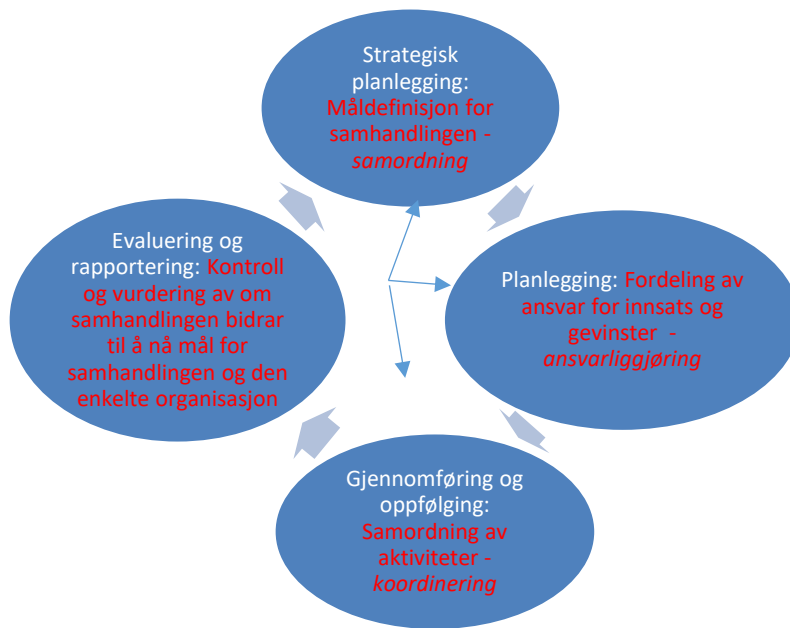
Samarbeid mellom organisasjoner kan være frivillig (initiert «bottom-up») eller pålagt gjennom politiske føringer, forskrift eller lovs form (Røiseland og Vabo (2016:151). Utgangspunktet vil uavhengig av dette være en erkjennelsen av at omgivelsene til en organisasjon består av andre organisasjoner som har ressurser som organisasjonen er avhengig av for å løse sine oppgaver. Samarbeidet bygger med andre ord på en gjensidig avhengighet for å oppnå mål som kan være konkrete (for eksempel et gitt produkt) eller omfattende, ikke-konkretiserte og politisk formulerte målsetninger (for eksempel målsetninger gitt i stortingsmeldinger). Litteraturen om samarbeid mellom organisasjoner forutsetter som oftest at organisasjonenes virksomhet er komplementær, men ulik, i den betydning at det er behov for ulik kompetanse for å lede dem (Klijn (1997:21), Røiseland og Vabo (2016:22), Cäker (2008), Strand (2012:297-315)).

Som jeg innledet med utføres politisk styring av spesialisthelsetjenesten i dag ut fra styringsprinsippene formulert i NPM. Dette innebærer desentralisering og delegert styring. Innenfor en slik kontekst er det foreslått to former for styring av samstyring; *resultatstyring* og *strategisk styring*. Resultatstyring handler om å styre gjennom utvikling av mål og måling av produksjon og sluttresultater, som benyttes i evaluering og forbedring (jamfør den formelle styringssirkelen). Strategisk styring handler om å samordne aktørene rundt prinsipielle mål. Det foreslås tre typer strategisk tilnærming til dette: Styring av samstyring gjennom a) budsjett og personell b) ved bruk av myk regulering c) gjennom tillit og verdier (Røiseland og Vabo (2012:56-59)).

Når samarbeid skjer mellom to (eller flere) organisasjoner kompliseres styringsprosessen. De samarbeidende partene kan operere ut fra ulike logikker og evalueres hver for seg ut fra sine resultater. Samstyring av samarbeid har som hensikt å sikre at målene for samarbeidet bidrar til at de enkelte organisasjonenes mål oppnås, unngå målforskyvning, og å redusere risikoen for at partene i samarbeidet utnytter ressursene til den (de) andre partene, unngå opportuniste. Caglio og Ditillo (2008) foreslår at en tilnærming til å studere samstyring, vil være å studere hvordan ulike styringsmekanismer bidrar til å løse styringsutfordringene knyttet til å *sørge for* og *kontrollere* at partene i samarbeidet a) Samordner seg om felles mål (*cooperation*) b) At deres aktiviteter er koordinert (*coordination*). c) At ansvar for innsats inn i og gevinster ut av samarbeidet fordeles (*appropriation*) (Caglio og Ditillo (2008:891)). Jeg bruker i det videre *ansvarliggjøring* og *ansvarlighet* som begrep for appropriation.

Disse styringsutfordringene kan relateres til trinnene i den ideelle styringssirkelen som vist i figur 2.

Figur 2: Den ideelle styringssirkel og samstyring



(Figur utarbeidet av forfatter)

På bakgrunn av dette har jeg valgt å konkretisere forskningsspørsmålet mitt² med å legge til følgende underspørsmålet:

Hvordan bidrar styringsmekanismene til å løse styringsutfordringene koordinering, samordning og ansvarliggjøring?

2.3 Styringsmekanismer

Den enkleste form for styringsmekanisme er når personer automatisk tilpasser sin adferd etter adferden til dem som en er avhengig av for å løse oppgavene sine. Dette omtales som «gjensidig tilpasning». Ved økt spesialisering, skjer en fragmentering av arbeids- og ansvarsområdene, en *horisontal* differensiering, som kan bidra til at den enkelte ansatte eller grupper innenfor organisasjonen mister det helhetlige perspektiv. Dermed oppstår det et behov for å innføre formelle strukturer og mekanismer i organisasjonene som sikrer koordineringen som er nødvendig for å nå de satte mål (Jacobsen og Thorsvik (2016:80)). Disse strukturene kan både

² Hvilke styringsmekanismer brukes i samstyring av legemiddelleveranser mellom sykehusapotek og sykehus?

være innrettet mot *horisontal* og *vertikal* styring. William G. Ouchi uttrykker organisasjoners styringsutfordring slik:

«The problem of organization is the problem of obtaining cooperation among a collection of individuals or units who share only partially congruent objectives» (Ouchi (1979:833)).

Ouchi (1979) utleder i sin studie tre arketypiske styringsmekanismer; marked, byråkrati og klan. Hver av disse arketyper danner gir, ifølge Ouchi, et rammeverk for karakterisering av hvilke mekanismer som brukes for styring og kontroll i ulike organisasjoner. Jeg vil i de påfølgende kapitlene presentere hvordan de ulike styringsmekanismene kommer til uttrykk, og hvordan de kan bidra til å styre samarbeid som skjer horisontalt mellom organisasjoner.

2.3.1 Styringsmekanismer i markedsstyrte organisasjoner

Et ideelt marked beskrives som et marked hvor prisen for varen uttrykker den eksakte verdien av en vare eller tjeneste og hvor kunden autonomt velger sin(e) leverandør(er). *Pris* vil i et slikt marked inneholde all informasjon nødvendig når en står i et valg mellom ulike varer eller tjenester og vil være den dominerende styringsmekanismen. Dette forutsetter at varen eller tjenesten og resultatene er standardisert.

Samtyring innenfor ideelle markeder vil reguleres gjennom belønning (i form av økonomisk belønning/markedsandel) eller straff (mangel på økonomisk belønning/markedsandel). Dette forutsetter en avhengighet mellom aktørene, hvor den ene har ressurser som den andre er avhengig av. Maktfordelingen (grad av avhengighet) mellom partene bidrar til å avgjøre hvem som skal få sette premisser («agenda) for samarbeidet, for eksempel hvilke kriterier samarbeidet skal evalueres ut fra og rutiner for samarbeidet mellom partene (koordinering). Makt blir slik en viktig styringsmekanisme og bidrar til koordinering og ansvarlighet. (Cäker (2008), Ouchi (1979), Jacobsen og Thorsvik (2016:166-174), Caglio og Ditillo (2008)).

Dersom prisen ikke settes i et ideelt marked vil prissetting gjøres etter en helhetlig evaluering av produktets kvalitet, funksjonalitet og så videre. Dette kan medføre byråkrati (se kapittel 2.3.2) og transaksjonskostnader³ (Ouchi (1979)). I samarbeid hvor det ytes tjenester som etterspørres, kan markedspriser benyttes. Dersom markedspris ikke eksisterer, kan kostnadsbaserte internpriser benyttes. Pris vil i samarbeid kunne bidra til samordning, være et utgangspunkt for evaluering, virke motiverende og enhetene beholder sin autonomi. I tillegg kan pris regulere omfanget av leveranser og gevinstdeling (Nyland og Kristiansen (2013:150)).

³ Kostnader knyttet til utarbeidelse av pris, forhandlinger om pris mv.

Pris kan bidra til å regulere omfanget og koordinering av leveranser mellom organisasjonene. Gevinstdeling, for eksempel at partene får inntekter eller får den varen eller tjenesten med den kvaliteten og effektene de ønsker, kan bidra til å opprettholde og ansvarliggjøre partene i samarbeidet (Nyland og Andreassen (2013:149-150), Cäker (2008), Ditillo og Aglio (2008)).

Studier har vist at pris kan oppfattes som en trussel for samarbeid, og føre til mekanismer hvor en prøver å omgå å synliggjøre prisen, for eksempel gjennom å overføre kostnadene til andre budsjettposter (Cäker (2008)). Flere har foreslått at i tillegg til pris vil tillit være en mekanisme for ansvarliggjøring, koordinering og samordning av samarbeid i et marked (Cäker (2008), Ouchi (1979), Caglio og Ditillo (2008)). Tillit som styringsmekanisme diskuteres nærmere i kapittel 2.3.3

2.3.2 Styringsmekanismer i byråkratiske organisasjoner

Ouchi (1979) sin framstilling av byråkratiske organisasjoner bygger på Max Weber (1864-1920) sin idealtypologi av byråkratiers funksjonsmåte, kjennetegnet ved horisontal differensiering, hierarkisk organisasjonsstruktur, regler og standarder. Standarder og regler kan ifølge Ouchi utarbeides på grunnlag av ønskede resultater (resultatstyring) eller ønske om spesifisert adferd (adferdsstyring). Dette forutsetter at resultatene er målbare og at avhengigheten mellom adferd og resultat er kjent og at ansvarsfordelingen er avklart gjennom en hierarkisk organisasjonsstruktur. Organisasjonen vil slik inndeles i utøvende og kontrollerende ledd. Det utøvende ledd kan igjen horisontalt differensieres ut fra for eksempel funksjonsområder, slik tilfellet er i sykehusapotek (Ouchi (1979), Jacobsen og Thorsvik (2016:72-79) Nyland og Kristiansen (2013:150-151)).

Jeg har tidligere presentert styringssirkelen, som modell for styring av hierarkiske organisasjoner. Jeg vil bruke den som utgangspunkt når jeg her presenterer byråkratiske styringsmekanismer og hvordan de benyttes for å løse utfordringer med samordning, koordinering og ansvarliggjøring.

Strategisk planlegging: På grunnlag av organisasjonens formål, omgivelsenes forventninger, og forhandlinger utarbeides overordnede og skriftlige strategier og mål for den strategiske planleggingshorisonten. Ressurser fordeles deretter mellom aktivitetene som velges for å nå de strategiske målene (Anthony og Young (2003:18-21)). Organisasjonsstruktur og organisasjonens kompetanse vil være viktige styringsmekanismer i denne fasen.

Dersom det i strategiarbeidet avdekkes et behov for ressurser utenfra, kan dette gi grunnlag for initiering av samarbeid med andre organisasjoner, eller organisasjonens omgivelser kan pålegge eller stille forventninger om samarbeid (Røiseland og Vabo (2016:22)).

I samarbeid forutsettes det ved formulering av mål (samordning) at det er en form for delt oppfatning om at samarbeidets hensikt er et nødvendig grunnlag for handling. Organisasjonenes kompetanse eller funksjon må være (til en viss grad) komplementære. Målene har betydning for både hva innholdet i samarbeidet skal omfatte, relasjonen mellom deltagerne og måten det samarbeides på. Jo mer ulike organisasjonenes mål er, jo vanskeligere vil det være å komme fram til felles mål. En forutsetning for felles målformuleringen er enighet om hvem av de samarbeidende partene sine mål resultatene skal vurderes opp mot (Røiseland og Vabo (2016:79)). Hvorvidt samarbeidet er frivillig eller tvunget, og maktforholdet mellom partene, spiller en rolle i formulering av resultat- og effektmål for samarbeidet (Røiseland og Vabo (2016:79, 138-161)).

Planlegging: I denne fasen planlegges aktivitetene for en gitt periode, gjerne ett år, og er preget av forhandlinger mellom lederne på det operative nivået. På grunnlag av de strategiske mål formuleres delmål og hvem som er ansvarlig for å nå målene. Dette resulterer i en handlingsplan som inneholder forventede resultat og hvilke ressurser som skal benyttes for å nå disse. Planen(e) godkjennes av det strategiske nivå i organisasjonen, for eksempel ved behandling og godkjenning av budsjettet. (Anthony og Young (2003:18-21)). Horisontal differensiering og organisasjonsstruktur vil være byråkratiske mekanismer for ansvarliggjøring og koordinering. Det kan også være i denne fasen at behovet for samarbeid kommer fram på operativt nivå i organisasjonen (bottom-up).

Innenfor samarbeid handler planlegging både om å ansvarliggjøre de ulike partene med hensyn til aktiviteter og fordeling av gevinster ved samarbeidet (måloppnåelse). Dette konkretiseres i utarbeidelse av formelle avtaler og standarder. Regler og prosedyrer sikrer at aktørene jobber i henhold til og innenfor rammene av det som er avtalt (Caglio og Ditillo (2008:868)).

Gjennomføring og oppfølging: I denne fasen gjennomføres planene og lederne følger opp hvorvidt gjennomføringen samsvarer med planene lagt i forrige fase. Dette kan både være hvorvidt aktivitetene gjennomføres innenfor budsjett og/eller i henhold til de prosedyrer eller retningslinjer som er lagt for aktiviteten. Informasjon samlet brukes i framtidig planlegging eller som grunnlag for evaluering (Anthony og Young (2003:18-21)).

Koordinering av aktiviteter mellom samarbeidende organisasjoner gjøres på grunnlag av de standardene og avtalene som ble inngått i planleggingsfasen og oppfølging av disse. Dette forutsetter at resultatmålene og ansvaret for oppfølging og aktivitetene er definert i avtalene, prosedyrer og retningslinjer gitt for samarbeidet.

Rapportering av resultatene kan skje gjennom standardiserte rapporteringssystemer, for eksempel målekort eller journalsystemer. Flere forfattere har påpekt at ved horisontalt samarbeid fordeles og vurderes ansvarlighet utenom de etablerte strukturene i hierarkiet. I litteraturen omtales dette gjerne som «ansvarlighet i skyggen av hierarkiet». I dette ligger det at kontrollmekanismene og ansvarliggjøringen som er innebygd i hierarkiske organisasjonsstruktur, i horisontal samarbeid suppleres med mekaniser i den horisontale linjen. Felles rapportering, felles fora og «joint cooperation»⁴ nevnes i litteraturen som mekanismer for dette ((Schillemans (2008), Røiseland og Vabo (2016:22)) (Cäker (2008:247)). Samtidig påpeker blant annet Schillmans (2008) at disse ikke kan erstatte de hierarkiske mekanismene for ansvarliggjøring.

Rapportering og evaluering: Regnskapstall, aktivitetsmål (for eksempel antall leverte legemiddelpakninger) og kvalitetsmål (for eksempel antall pakninger levert innenfor avtalt tid) innhentes eller rapporteres og analyseres, disse rapporteres videre til overordnede ledere og ansatte og gjør lederne i stand til å vurdere grad av måloppnåelse. Videre kan rapportene bidra med informasjon om behov for endring eller tiltak knyttet til gjennomføring av aktivitetene i organisasjonen, og bidra til å evaluere hvorvidt aktivitetene er hensiktsmessig planlagt med hensyn til å nå de overordnede mål for organisasjonen (Anthony og Young (2003:18-21)).

Åpen og kontinuerlig informasjonsutveksling (transparens) mellom partene er en forutsetning for oppfølging gjennom rapportering og kontroll av samarbeidet. Informasjonsutvekslingen kan skje formelt, for eksempel gjennom standardisert rapportering og rapporteringssystemer, men også uformelt (se kapittel 2.3.3) og må både gi informasjon om økonomiske og tekniske (for eksempel kvalitative) aspekter ved samarbeidet (Caglio og Ditillo (2008:868)).

Ofte vil det å evaluere og kontrollere effektiviteten av det horisontale samarbeidet ved hjelp av enkle indikatorer ikke avdekke den samlede måloppnåelsen for horisontalt samarbeid. Samtidig er det viktig å ha i mente at å evaluere og kontrollere hele prosessen med hensyn til alle involverte parter vil være komplekst (Cäker (2008:235), Nyland og Andreassen (2013:151)).

⁴ Når aktørene i samhandlingen overlapper ansvarsområdene til aktører de interagerer med i den horisontale samhandlingen

Uavhengig av metode for evaluering og kontroll er det en forutsetning at det er definert hvilken form for effektivitet en skal evaluere ut ifra og hvilke mål som er satt for disse.

Hvilke mål som vektlegges av partene vil være avhengig av målene og evalueringskriteriene som er definert under samordning av samarbeidet, og hvilken form samarbeidet har. Formell evaluering i form av kostnadseffektivitet og effektivitet bidrar til å legitimere samarbeidet overfor finansierer og andre eksterne interessenter for samarbeidet (Røiseland og Vabo (2016:141-143)). Det skilles normalt mellom tre former for effektivitet, beskrevet i tabell 1. I vedlegg 1 er det angitt ulike typer resultater og prosesskriterier

Tabell 1: Ulike former for effektivitet

| | |
|--------------------------------|--|
| Kostnadseffektivitet | Kalles også produktivitet og handler om å unngå sløsing. |
| Resultateffektivitet | Henviser til forholdet mellom ressursinnsats og resultatoppnåelse i vid forstand. Høy resultateffekt handler om at overordnede mål nås med lavest mulig ressursbruk. |
| Allokeringseffektivitet | Handler om grad av samsvar mellom individuelle preferanser og kollektive holdninger |

(Utarbeidet av forfatter på bakgrunn av Røiseland og Vabo (2016:141))

Byråkratiske (hierarkiske) og markedsmekanismer benevnes gjerne som formelle mekanismer, se for eksempel Cäker (2008), Nyland og Kristiansen (2012). Jeg vil i det videre bruke «formelle styringsmekanismer» som benevnelse for disse.

2.3.3 Styringsmekanismer innenfor klan – uformelle styringsmekanismer

På grunnlag av observasjoner av at ikke-formelle sosiale strukturer spiller en rolle for kontroll innenfor organisasjoner utledet Ouchi (1979) «klan» som en tredje typologi av styringsmekanismer. Han beskrev klan-mekanismene som mekanismer som kom til uttrykk ved at de ansatte har en sterk indre forpliktelse overfor organisasjonens målsetninger. Ouchi sa videre at, dersom den indre forpliktelsen deles av alle ansatte, ville dette redusere behovet for direkte kontroll med at de ansatte arbeidet for å oppnå de definerte målsetningene etter de standarder som var etablert. Klan-mekanismer er senere blitt erstattet med de bredere begrepene «uformelle mekanismer» og «sosial kontroll», se for eksempel Cäker (2008). Jeg vil i det videre bruke betegnelsen «uformelle mekanismer».

Uformelle styringsmekanismer skiller seg med andre ord fra formelle styringsmekanismer ved at de ikke utøver direkte kontroll ved de ansattes adferd. Jacobsen og Thorsvik (2016:84) benevner dette som standardisering av normer. I stedet for regelstyring, utvikles og standardiseres verdier og normer i organisasjonen.

Både sykehus og sykehusapotek er organisasjoner som preges av høg grad av spesialisering, hvor den operative kjernen i stor grad består av profesjonelle. Profesjoner karakteriseres blant annet av å ha egne normer og verdier, og disse er viktige styringsmekanismer for hvordan en handler og avgjørelser som tas, særlig når kausaliteten er usikker. Dette bidrar til desentralisering av beslutningsmyndigheten.

Standardiserte prosedyrer, retningslinjer og kontrollsystemer vil underbygge et faglig godt arbeid i den daglige driften av samarbeidet. Men innenfor organisasjoner med desentralisert beslutningsmyndighet, vil formelle styringsmekanismer kunne virke hemmende på koordinering og tilpasning av aktivitetene til den spesifikke situasjonen, dersom de med koordineringsansvar ikke har nødvendig handlingsrom for fleksibilitet i forhold til de formelle styringsmekanismene. Dersom dette handlingsrommet ikke er tilstede vil styringsmekanismer kunne komme til hinder for effektiviteten i samarbeidet (Jacobsen og Thorsvik (2016:98), Strand (2012:269)), Cäker (2008)). Lederes tillit til aktørens indre motivasjon og ansvarlighet med hensyn til måloppnåelse kan bidra til at de gis handlingsrommet som er nødvendig for fleksibilitet i koordineringen. Dermed reduseres behovet for formelle kontrollmekanismer og effektiviteten i samarbeidet kan øke (Cäker (2008)).

En styringsmekanisme som kan bidra til økt tillit er organisasjonskultur. Jacobsen og Thorsvik (2016) tar utgangspunkt i Edgar Schein (1928 -) sin definisjon når de omtaler *organisasjonskultur* som et sett av grunnleggende antagelse som deles av en gruppe innenfor rammene av en organisasjon og som opprettholdes så lenge den oppfattes som riktig. Kultur utvikles etter hvert som man lærer å mestre problemer med ekstern tilpasning til omgivelsene og intern integrasjon, for eksempel hvordan man skal kommunisere og samarbeide i organisasjonen slik at alle bidrar til å realisere organisasjonens mål. (Jacobsen og Thorsvik (2016:130-131)).

Organisasjonskultur oppstår ved langvarige og tette relasjoner og påvirker (styrer) de ansattes adferd gjennom uformelle mekaniser, i motsetning direkte adferdsstyring som for eksempel i prosedyrer. Gjennom sosialisering inn i en sterk organisasjonskultur med tydelig definerte mål og verdier kan disse internaliseres og skape motivasjon for å yte, ved at den enkelte opplever å

jobbe for et større hele. Slik etableres det også en ramme for hvordan de ansatte i organisasjonen forholder seg når de handler eller tar valg på organisasjonens vegne (Jacobsen og Thorsvik (2016:127-129)).

Tillit hos lederne om at organisasjonens mål er forstått og ivaretas gjennom indre motivasjon og sosiale mekanismer hos de ansatte, kan slik fungere som substitutt for formell styring og kontroll internt i organisasjonene, men også ved samarbeid mellom orgnisasjoner. Tillit gir grunnlag for å delegerer handlefrihet og øker organisasjoners fleksibilitet, blant annet dersom det gis rom for å utvikle nye sosiale relasjoner omkring arbeidsoppgaver (Jacobsen og Thorsvik (2016:127-129)).

Fellesskapsfølelse, internerte felles målsetninger og tillit bidrar til å styrke og forenkle samarbeidet mellom mennesker, grupper og hierarkiske nivå. Felles kultur kan slik også være en effektiv mekanisme for koordinering av aktiviteter i samarbeid, fordi det skjer gjennom at de ansatte *ønsker* å samarbeide (Jacobsen og Thorsvik (2016:127-129)).

Som internt i organisasjoner, framkommer tillit mellom organisasjoner gjennom langvarige relasjoner og positive opplevelser av samarbeid. Samarbeidet vurderes av deltagerne på grunnlag av tillit de har til at deres forventninger til samarbeidet imøtekommes (samarbeidets legitimitet) og om de andre deltagerne adferd imøtekommer forventningene (Røiseland og Vabo (2016:80)). Særlig dersom samarbeidet er preget av høg grad av profesjonsstyring og resultatene vanskelig lar seg evaluere ved hjelp av formelle mekanismer, spiller tillit en stor rolle ved evaluering (Caglio og Ditillo (2008:873)). Tillit er her knyttet til erkjennelse av, og respekt for, hverandres kompetanse og faglige vurderinger. En forutsetning for at tillit kan være en mekanisme for evaluering er at partene opplever høg grad av transparens i form av kontinuerlig informasjonsutveksling, både formelt og uformelt. Uformell informasjonsutveksling understøttes gjerne av langvarige relasjoner, tillit om felles mål og hyppig dialog.

Uformelle styringsmekanismer som tillit, dialog og uformell informasjonsdeling (for eksempel notater og møter), langvarige relasjoner, felles normer og verdier, bidrar til å redusere samstyringsutfordringene samordning, koordinering og ansvarliggjøring. Særlig tillit bidrar til målformulering (samordning) og ansvarliggjøring i samarbeidet. Tillit til faglig kompetanse, ansvarlighet med hensyn til oppgavene og uformell informasjonsdeling bidrar til å løse koordineringsproblemer (Caglio og Ditillo (2008), Røiseland og Vabo (2016: 58, 80), Cäker (2008)).

Kultur og tillit som styringsmekanisme i samarbeid har også en bakside. Ved langvarig samarbeid kan det utvikles subkulturer som medvirker til målforskyvning⁵ eller fremmer aktørene i samarbeidet sine egne interesser framfor organisasjonenes interesser. Tillit er skjør, den tar lang tid å bygge opp, men kan raskt brytes ned. Å styre gjennom disse mekanismene krever kontinuerlig og langvarig arbeid fra ledere (Jacobsen og Thorsvik (2016:128,151).

2.3.4 Avsluttende kommentar

Jeg har i kapitel 2.3 med utgangspunkt i Ouchi (1979) sin typologi presentert formelle og uformelle styringsmekanismer og hvordan de kommer til uttrykk i organisasjoner og ved samarbeid mellom organisasjoner. Presentasjonen antyder at styring av organisasjoner vil bære preg av flere arketyper, Ouchi (1979) påpekte også dette selv. Forfattere har påpekt at samstyring av horisontalt samarbeid, i tillegg til å styres gjennom organisasjonens hierarkiske, byråkratiske styringsmekanismer, kan bære preg av styringsmekanismer innenfor marked og klan (Cäker (2008), Nyland og Andreassen (2013), Caglio og Ditillo (2008), Ouchi (1979)).

⁵ At grupper eller individer jobber for å realisere mål som ikke bidrar til, eller er i konflikt med, organisasjonens mål

3.0 Metode

3.1 Egen rolle i studien

Jeg har arbeidet 17 år i Sykehusapotek Nord, derav 10 år som fagsjef. Jeg sitter i administrerende direktørs lederteam og er del av foretakets strategiske ledelse og representerer foretaket i flere regionale fora. I min jobb har jeg delegert ansvar for utvikling av tjenester, fag og kvalitet i foretaket. Dette innebærer at jeg kjenner legemiddelleveranseområdet godt, både på strategisk og administrativt nivå. I tillegg har jeg daglig kontakt med personer som jobber med legemiddelleveranser på operativt nivå. Som forsker kan jeg ikke se bort ifra at min egen kunnskap og erfaring har påvirket datainnsamling og tolkningen av dataen.

3.2 Forskningsmetodisk tilnærming:

Mitt ontologiske perspektiv (Johannessen et al. (2017:50)) er at samstyring mellom sykehus og sykehusapotek skjer både gjennom formelt besluttede strukturer og gjennom interaksjoner mellom individer. I tillegg påvirkes samarbeidet av individenes forventninger og oppfatninger av hva hensikten med samarbeidet er. Mitt epistemologiske perspektiv (Johannessen et al. (2017:51)) er at styringsmekanismene må studeres gjennom emperi⁶. Jeg har innhentet empiriske data på individnivå og fra skriftlige kilder. Empiri fra intervjuene analyseres på individnivå og innenfor individenes kontekst. De konklusjonene som jeg slutter vil derfor være gyldige for intervjuobjektene i det konkrete samarbeidet jeg studerer, og på det tidspunktet studien gjennomføres (mars 2018).

3.3 Valg av studiekontekst og studiedesign

For å svare på forskningsspørsmålene har jeg valgt å studere samarbeid mellom sykehusapotek og sykehus ved legemiddelleveranser. Valget er gjort med bakgrunn i at dette er en prosess som daglig involverer både sykehusapotek- og sykehusansatte. Legemiddelleveranser er en av sykehusapotekets kjerneoppgaver og sikre og rasjonelle legemiddelleveranser er viktig for behandling av pasienter og viktige styringsmål for sykehusene.

Valg av kontekstens lokasjon ble gjort av to hensyn: 1) Fordi jeg selv er ansatt i foretaket konteksten er hentet fra valgte jeg en lokasjon jeg ikke daglig er på for slik for å kunne ha en mest mulig åpen tilnærming til datainnsamlingen. 2) Informantene er hentet fra en kontekst

⁶ Empiri er utsagn om virkeligheten som har grunnlag i erfaring, ikke syning. Data er registrering av observasjoner. Min studie baserer seg på utvalgte utsagn, erfaringer og skriftlige kilder, og vil slik ikke være en fullstendig beskrivelse av virkeligheten (Johannes et al. (2017:32))

hvor samarbeidet av organisasjonene vurderes som velfungerende. Valget ble gjort for å unngå at informantene hadde negative holdninger og forutinntatthet som kunne påvirke datainnsamling og analyse.

Som utgangspunkt for analysen har jeg valgt en åpen og spørrende tilnærming til problemstillingen. Flere forskere har tidligere pekt på at samstyring både innebærer bruk av formelle og uformelle styringsmekanismer og case-studier er foreslått av flere forfattere som en forskningsmetodisk tilnærming for å få den nødvendige bredden (se for eksempel Nyland og Andreassen (2013), Cäker (2008)). Case-studien er gjort ved å gjennomføre semistrukturerte, kvalitative intervjuer (Johannessen et al. (2017:148)). På grunn av begrenset tid og geografi har jeg ikke gjennomført observasjoner av samarbeidet for å verifisere eller å utdype informasjonen fra informantene. Egen erfaring og informasjon fra skriftlige kilder er benyttet for å supplere og å tilføre andre perspektiver på opplysningene som er kommet fram.

Casen er studiens studieobjekt, analyseenhetene i studien er informantenes og egne erfaringer samt informasjon fra skriftlige kilder (Johannessen et. al (2017:128, 205-214)).

Påliteligheten av dataen som er innhentet, dataens reliabilitet (Johannessen et al. (2017:36)) er forsøkt ivaretatt ved at informantene som er valgt har daglig befatning med legemiddelleveranser. Jeg har også bedt informantene om å lese igjennom og godkjenne sitater jeg har brukt. Reliabiliteten av egne erfaringer har jeg tidligere redegjort for.

Emperiens validitet er ivaretatt ved at intervjuguiden er utarbeidet på grunnlag av «Den formelle styringssirkelen» (se kapittel 2.1). Dette er en etablert modell for å beskrive styringsprosesser (Pettersen et al. (2016:141), Anthony og Young (2003)). Valget ble gjort for å sikre systematikk i datainnsamlingen. Analysen og problemstillingen er knyttet til styringsutfordringene samordning, ansvarliggjøring og koordinering. Caglio og Ditillo (2008) foreslår dette som en tilnærming for å analysere hvordan ulike styringsmekanismer bidrar i styring. Ouchi (1979) sin typologi er benyttet for å klassifisere styringsmekanismene. Denne typologien er mye brukt i tidligere studier gjort for å analysere og systematisere styringsmekanismer (se blant annet Caglio og Ditillo (2008), Cäker (2008), Strand mv, Nyland og Andreassen (2013)).

3.4 Utarbeidelse av intervjuguide.

For utarbeidelse av intervjuguiden foretok jeg et pilotintervju som fokuserte på å få fram informantens erfaringer knyttet til samarbeid med sykehuset ved legemiddelleveranser. Etter at

pilotintervjuet var gjennomført ble det tydelig at spørsmålene var for lukkede og spesifikke til å få fram den ønskede dybden og bredden i datamaterialet. Jeg valgte derfor å revidere spørsmålene i intervjuguiden og strukturerte intervjuguiden etter den ideelle styringssirkelen. Endelig intervjuguide er gjengitt i vedlegg 2.

3.5 Valg av informanter og gjennomføring av intervjuene

For å sikre informasjon om alle de fire trinnene i styringssirkelen valgte jeg i hovedintervjuene å intervjuer to ledere og to ansatte som har oppgaver knyttet til legemiddelleveranser som del av sin arbeidshverdag, disse er presentert i tabell 2.

Jeg har gjennomført fire intervju, samt et pilotintervju. Alle intervjuene ble gjennomført på Skype® og tatt opp på lydbånd. Fordi informanten i pilotintervjuet bidro med relevant informasjon ble er også dette inkludert i empirien.

Tabell 2: Oversikt over informantene, intervjuene og tidsbruk

| Informant | Alias | Tidsbruk | Intervjuguide |
|--|-------|-----------|--------------------|
| Farmasøyt Økonomi og daglig driftsansvar | SA1 | 55:52 min | Pilotintervjuguide |
| Farmasøyt Økonomi og daglig driftsansvar | SA2 | 24:13 min | Intervjuguide |
| Apotektekniker Deltar i drift av legemiddelleveranser | SA3 | 42:05 min | Intervjuguide |
| Sykepleier Ansvar for økonomi og daglig drift | SH1 | 18:19 min | Intervjuguide |
| Sykepleier Deltar i drift av legemiddelleveranser | SH2 | 26:23 min | Intervjuguide |

3.6 Utvalg av dokumenter

Jeg har studert dokumenter som regulerer, eller direkte omhandler, legemiddelleveranse som tjeneste generelt og/eller samarbeidet jeg har studert. Dokumentene er hentet fra Lovdata.no, organisasjonenes elektroniske journal- eller kvalitetssystem, eller offentlige nettsider. Se vedlegg 3 for oversikt over dokumentene.

3.7 Dataanalyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og deretter transkribert av meg over i Exel 2013®. For å systematisere informasjonen fargekodet jeg intervjuene etter de fire leddene i styringssirkelen.

3.8 Etikk

Studien er registrert og godkjent hos NSD⁷ (vedlegg 4). Alle informantene ble kontaktet på telefon med forespørsel om deltagelse og i ettertid oversendt informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 5). Samtykkeskjemaene ble returnert per post, eller som skannede dokumenter på e-post. Intervjuene er anonymisert og lydopptak og transkripsjon vil bli makulert etter at oppgaven er godkjent. I forkant av studien ble datainnhenting godkjent av begge institusjoner.

3.10 Metodekritikk

Intervjuobjektens kontekst (se kapittel 4.1.2) kan ha påvirket mine funn, særlig med tanke på betydningen av uformelle styringsmekanismer. Dette er forsøkt oppveid ved å bruke egne erfaringer og informasjon fra pilotintervjuet, men mine konklusjoner kan allikevel i liten grad generaliseres til å gjelde samarbeid mellom sykehusapotek og sykehus generelt.

Valg av et samarbeid som vurderes som vellykket kan ha gitt begrenset informasjon om styringsmekanismenes relative betydning for å løse samstyringsutfordringer. På den andre siden var hensikten med studien å avdekke hvilke styringsmekanismer som benyttes og hvordan de bidrar til å løse utfordringer ved samstyring, ikke å vurdere kvaliteten av samarbeidet.

Min egen rolle kan ha påvirket mine tolkninger av informasjonen informantene har kommet med. Dette er forsøkt oppveid med at jeg har diskutert funnene og deres betydning med veileder og kollegaer. Det er også tenkelig at min rolle kan ha påvirket informantene og deres informasjon. Dette er forsøkt oppveid ved å gi dem god informasjon om bakgrunn og hensikt med studien og å være tydelig på at målet med intervjuene var å få fram deres erfaringer, ikke å vurdere informantenes rolleutøvelse.

Jeg har ikke gjennomført observasjoner av samarbeidet i praksis, men informantenes roller i samarbeidet, og de supplerende opplysningene jeg har hentet fra pilotintervjuet og dokumentanalysen, bidrar til at informantenes informasjon kan vurderes til å inneha relabilitet og har bidratt med utdypende informasjon.

⁷ Norsk senter for forskningsdata

4.0 Empiri

4.1 Presentasjon av forskningskontekst – samarbeid mellom sykehusapotek og sykehus ved legemiddelleveranser

Her vil jeg presentere foretakenes organisering og styring, med hovedvekt på sykehusapotekene. Dokumentene som er benyttet og som det henvises til er gitt i vedlegg 3. Videre vil jeg gi en presentasjon av samarbeidet som skjer mellom sykehusapotek og sykehus i forbindelse med legemiddelleveranser. Som avslutning vil jeg gi en nærmere presentasjon av samarbeidet jeg har studert.

Det er fire sykehusapotekforetak og tyve sykehusforetak i Norge⁸, eid av de fire regionale helseforetakene (RHF). Helseforetakene er hierarkiske organisasjoner, med egne styrer, administrerende direktører og foretaksadministrasjoner. Sykehusapotekene er samlokalisert med sykehusene i regionene og ledes av apotekere og deres avdelingsledere. På strategisk nivå samarbeider sykehusapotekforetakene med RHF og sykehusforetakene på flere arenaer, blant annet i direktørmøter, oppfølgingsmøter med RHF-et, fagsjefmøter og i andre regionale fora.

Sykehusapotekforetakene har organisert driften i fire tjenesteområder. I de fleste sykehusapotek er tjenesteområdene organisert som egne avdelinger, med egne avdelingsledere: 1) Produksjon av legemidler 2) Leveranser til sykehus («Sykehusekspedisjon») 3) Salg av legemidler til pasienter og pårørende («Publikumsavdeling») 4) Farmasifaglig rådgivning og kliniske tjenester. Enkelte sykehusapotek har underliggende enheter som betjener sykehus, men har ikke publikumsavdeling, de betegnes ikke som sykehusapotek.

Både sykehusforetakene og sykehusapotekforetakene bærer preg av at den operative kjernen består av profesjoner. I sykehusapotekene har særlig farmasøytene gjennom lov og forskrift blitt tildelt stor grad av beslutningsmyndighet i den daglige driften, men også leger og sykepleieres rolle og beslutningsmyndighet i legemiddelleveranser er omtalt i lov og forskrift (Apotekloven, Forskrift om legemidler fra apotek, Forskrift om legemiddelhåndtering). Samtidig er driften både i sykehus og sykehusapotek regulert gjennom et omfattende prosedyreverk.

Både sykehus- og sykehusapotekforetakene mottar årlige oppdragsdokument fra de regionale helseforetakene, og omfattes av regionale styringsdokumenter. Disse utarbeides på grunnlag av oppdragsdokument til RHF-et fra Helse og Omsorgsdepartementet (HOD), og relevante

⁸ Tall hentet fra Regjeringen.no juni 2018.

nasjonale strategier og styringsdokumenter, for eksempel Legemiddelmeldingen (Meld. St. 34 (2015–2016)) og Prioriteringsmeldingen (Meld. St. 34 (2015–2016)). Gjennom oppdragsdokumentet får sykehusapotekforetakene i oppdrag å samarbeide med sykehusforetakene i regionene på legemiddelområdet. Til tross for dette er det i regionen jeg har hentet casen fra, overlatt til sykehusforetakene selv å avgjøre om de ønsker å kjøpe legemidler og tjenester fra sykehusapoteket. Viktige mål for sykehusene er rasjonelle legemiddelinnkjøp, blant annet etterlevelse av innkjøpsavtaler på legemidler (LIS-avtaler⁹), og pasientsikkerhet på legemiddelområdet.

Sykehusapotekforetakene skiller seg fra sykehusforetakene på flere områder, men ulik finansieringsmodell har særlig betydning i denne sammenhengen. I motsetning til sykehusene mottar ikke sykehusapotekforetakene rammefinansiering. Drift finansieres gjennom inntekter fra salg av legemidler og tjenester og inntekter fra salg av legemidler og tjenester er et viktig styringsmål for sykehusapotekene.

4.1.1 Legemiddelleveranser til sykehusene

Avtale om legemiddelleveranser mellom sykehus og sykehusapotek formaliseres i samarbeidsavtaler på HF-nivå, men hvordan leveransene fra sykehusapotek til den enkelte avdeling foregår kan variere.

De siste 10-15 årene har det skjedd flere endringer. Initiert av sykehusapotekene er det tatt i bruk elektroniske bestillingsverktøy og basislister (liste som viser avdelingens standardsortiment på legemiddellageret og som danner grunnlag for bestilling). Sykehusapotekene har også utviklet en tjeneste, «Apotekstyrt legemiddellager» (ASL) eller «Aktiv forsyning». På avdelinger som har avtale om ASL går apotekpersonalet opp på avdeling og gjør oppgaver som sykepleierne normalt har i forbindelse med bestilling, leveranser og rutiner knyttet til lagerhold på medisinnrommene. Den enkelte sykehusavdeling inngår, dersom den ønsker det, skriftlig avtale med det lokale sykehus om ASL, og betaler selv (over avdelingsbudsjettet) for denne tjenesten. ASL er utviklet for å bidra til å rasjonalisere legemiddelinnkjøpene, redusere bruk av sykepleietid og å øke kvalitet i lagerhold og håndtering

⁹ Årlig gjennomfører Sykehusinnkjøp HF - divisjon legemidler (LIS) anbudsprosesser på en stor mengde virkestoff på vegne av sykehusforetakene. God etterlevelse av LIS-avtalene medfører store besparelser for sykehusene (1,2 mrd. NOK i 2017, kilde: Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk, SLS).

av legemidlene. Dette er blant annet undersøkt og bekreftet av Trapenes et al. (2005) og Sjøberg et al. (2012). Alle sykehusapotekforetakene har utarbeidet prosedyrer for tjenesten ut fra beste praksis på området og disse inngår i sykehusapotekenes kvalitetssystem. Se vedlegg 6 for en nærmere beskrivelse av ASL-tjenesten. Sykehusene har også eget prosedyreverk som beskriver oppgavene sykepleiere og leger skal ivareta ved legemiddelleveranser.

I sykehusapotekene skjer rapportering på legemiddelsalg og ASL gjennom regnskap og målekort. I målekortene rapporteres blant annet leverte varelinjer til sykehusene. I tillegg evalueres leveringssikkerhet (andel varelinjer som levers innen avtalt tid), som også er et indirekte kvalitetsmål knyttet til om sykehusapoteket har god lagerføring og om grossisten har god leveringssikkerhet. Sykehusenes evaluering av legemiddelleveranser skjer i hovedsak ved hjelp av regnskap og legemiddelstatistikk.

4.1.2 Presentasjon av intervjuobjektens kontekst

Som beskrevet i kapittel 3 har jeg valgt å studere samarbeid ved legemiddelleveranser mellom ett sykehusapotek og en sykehusavdeling. Sykehuset som jeg har valgt ut er et lite lokalsykehus og sykehusapoteket var tidligere en egen avdeling i sykehuset – farmasøytisk avdeling, med egen avdelingsleder som var farmasøyt. I 2006 overtok sykehusapotekforetaket i regionen legemiddelleveransene til sykehuset, og de ansatte i farmasøytisk avdeling ble virksomhetsoverført til sykehusapotekforetaket. Før overdragelsen hadde den farmasøytiske avdelingen sørget for legemiddelleveranser til sykehuset, produksjon av legemidler og rådgivningstjenester. Samtidig med overdragelsen ble det besluttet å opprette en publikumsavdeling, slik at sykehuset fikk et fullverdig sykehusapotek. Dette ble realisert i 2009. Fremdeles bruker mange av de ansatte på sykehuset og i sykehusapoteket, «Farmasøyten» som benevnelse på sykehusapoteket når de omtaler det til daglig. Flere av dem som jobber på sykehusapoteket i dag har vært en del av den farmasøytiske virksomheten ved sykehuset over mange år, og er derfor godt kjent med sykehuset og de sykehusansatte.

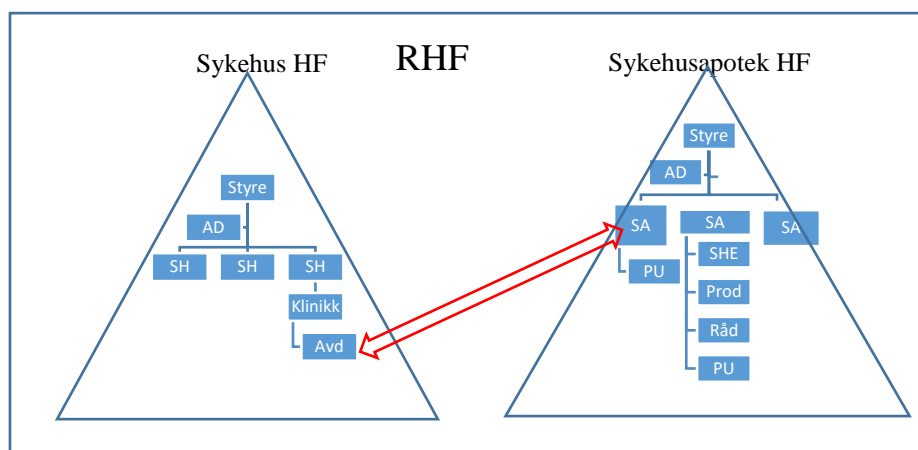
Det er få ansatte på sykehusapoteket, og de fire tjenesteområdene (se kapittel 4.1) er ikke organisert i egne avdelinger slik de ved større sykehusapotek.

Sykehusavdelingen er en somatisk avdeling. De har inngått avtale om ASL, men har også egen medisinromsansvarlig. Sykepleierne gjennomfører daglige legemiddelbestillinger i bestillingssystemet, men apotekpersonalet leverer legemidlene og setter dem på plass. En gang i måneden har apotekpersonalet helhetlig gjennomgang av legemiddellageret.

Avdelingssykepleier har det økonomiske oppfølgingsansvaret, og bidrar i faglig planlegging og oppfølging av legemiddellageret. Medisinromsansvarlige har oppgaver knyttet til oppfølging og vedlikehold av interne prosedyrer og er en viktig kontaktperson for sykehusapoteket. Organiseringen av sykehusapoteket og organisatorisk plassering av konteksten er beskrevet i figur 3.

I målekort rapporteres det månedlig fra sykehusapoteket regnskapstall og salgstall. Disse ligger fritt tilgjengelige for sykehusene og inngår i rapportering internt i sykehusapoteket og til RHF-et. Utgiftene til ASL og årlige lisenskostnader til det elektroniske bestillingssystemet rapporteres via sykehusenes regnskap og budsjett. Etterlevelse av LIS-avtaler informeres det om i ulike fora på grunnlag av tall innhentet fra nasjonal database (Sykehusenes legemiddelstatistikk – SLS).

Figur 3: Forenklet skisse som viser organisatorisk plassering av studert kontekst, illustrert med pil



(AD = Administrerende direktør, SH = sykehus, SA = Sykehusapotek, Avd = sykehusavdeling, SHE = sykehusekspedisjon, Prod = produksjonsavdeling, Råd = rådgivningsavdeling, PU= publikumsavdeling. Figur utarbeidet av forfatter)

4.2 Presentasjon av empiri fra intervjuene

Jeg vil her presentere empiri fra intervjuene og har valgt å gjøre det etter elementene i styringssirkelen; målformulering – planlegging – gjennomføring - evaluering. Fordi koordineringsmekanismene knyttet til «planlegging» og «gjennomføring» i mitt materiale framstår som sammenfallende har jeg valgt å presentere dem samlet.

I sitatene bruker jeg // som tegn på pause gjort av informanten, (...) markerer at jeg har fjernet deler av sitatet, [] er brukt for å markere at jeg har tatt ut person- eller organisasjonsnavn, [red.anm] er benyttet dersom jeg har satt inn en presisering.

4.2.1 Målformulering

Som presentert i kapittel 4.1.1, er det i sykehusapotekforetakene og sykehusforetakene formulert flere mål for legemiddelleveransen: Rasjonell legemiddelbruk i sykehusene, sikker pasientbehandling og inntjening til sykehusapotekene.

I intervjuene bad jeg informantene beskrive målene for legemiddelleveransen. Både informantene fra sykehus og sykehusapotek vektla rasjonell legemiddelbruk, besparelse av sykepleietid, økt faglig kvalitet og pasientsikkerhet som mål for tjenesten. SH2¹⁰ formulerte dette slik:

«Ja, det er jo at vi har de medikamentene som vi bruker og det vi trenger, og ikke så veldig mye mer enn det. (...) At det er ryddig og oversiktlig, og at en unngår feil»

Finansieringsmodellen til sykehusapotekene bidrar til at det oppstår en målkonflikt i sykehusapotekene med hensyn til de økonomiske målene for legemiddelleveransen. For at sykehusapotekene skal kunne gå i økonomisk balanse må de sørge for tilstrekkelig inntjening på legemiddelsalg og tjenester, samtidig framkommer det i oppdragsdokumentet til sykehusapotekforetakene og i avtalene med sykehusene at sykehusapotekene skal bidra til rasjonelle legemiddelinnkjøp til sykehus-ene. Denne målkonflikten kommer tydelig fram når SH1 beskriver rollen som LIS-kontakt¹¹:

«Når jeg skal levere tjenester så tenker jeg helt klart fra sykehusapoteksiden, jeg er jo ansatt i sykehusapoteket. Men jeg blir jo litt [navn på sykehusforetaket, red.] også da [i arbeid med LIS-avtaler]»

Paradokset som SH1 beskrev framkommer å være en av motivasjonsfaktorene for sykehusapoteket til å etablere tjenester knyttet til legemiddelleveransene. På denne måten øker sykehusapoteket sin inntjening, samtidig som det bidrar til økt faglig kvalitet og sykehusenes legemiddelinnkjøp rasjonaliseres.

¹⁰ Se tabell 2 for oversikt over alias til informantene

¹¹ LIS-kontaktene har rollen som lokalt kontaktpunkt mellom LIS og sykehusforetaket den representerer. En viktig oppgave for LIS-kontakten er å koordinere valg og inngåelse av LIS-avtaler.

SA2 uttrykte dette slik på spørsmål om hva målene med etablering av ASL var:

«Ja, det er jo økonomisk. Vi ønsker jo noe å tjene penger på, vi ønsker jo en drift. Så derfor så ønsker vi å tilby tjenester. Men vi ser jo også at det faglig er et behov for det, så det er begge deler, hvis vi ser på det fra et overordnet nivå i sykehusapoteket. Og avdelingene ser jo også at de sparer penger på det, men de ser jo også at de sparer tid på det å ha aktiv forsyning [ASL, red.anm].»

Faglighet og god kvalitet i tjenestene til sykehusavdelingene og økt pasientsikkerhet framstår som en viktig faglig verdi hos informantene både fra sykehusapoteket og sykehuset. For de sykehusapotekansatte framstår det nærmest som en indre motivasjon for arbeidet,

Det synes som om det i samarbeidet i stor grad er sammenfall mellom målene informantene fra sykehusapoteket og sykehuset oppgir for legemiddelleveransene. Disse er også sammenfallende med de formelle målene gitt i foretakenes styringslinje.

I sykehusapoteket oppstår det en målkonflikt mellom økonomisk inntjening for sykehusapoteket og økonomisk innsparing for sykehuset. Denne målkonflikten håndteres av informantene gjennom innsalg av faglig begrunnede tjenester, som ASL. De økonomiske målene framstår fra informantene som styringsmål gitt i styringslinja, mens målene knyttet til kvalitet og fag i stor grad er indre motivert, og bunner i faglig integritet og verdier.

4.2.2 Planlegging og gjennomføring

Når informantene ble bedt om å beskrive hvordan legemiddelleveranser ble planlagt og gjennomført knyttet de dette til hvordan ASL-tjenesten er bygget opp og gjennomføres. De pekte på avtalene som er gjort mellom sykehusapoteket, sykehusforetaket og den enkelte avdeling, og på prosedyrene som er utarbeidet for tjenesten.

På spørsmål om hvorvidt informantene opplevde at det var en klar ansvarsfordeling mellom sykehuset og sykehusapoteket i legemiddelleveranseprosessen, svarte alle informantene at de opplevde den som tydeliggjort i avtalene og prosedyrene som var utarbeidet, og på bakgrunn av faglige kvalifikasjoner.

Til tross for at gjennomføring av tjenesten er standardisert framkommer det at det gjøres tilpasninger til den enkelte sykehusavdeling. En av informantene fra sykehuset uttrykte det slik, på spørsmål om hvordan rutinene for legemiddelleveranser til avdelingen var blitt utarbeidet:

«Nei, det er vel slikt som har gått seg til etter hvert, tenker jeg. Vårt behov, og deres [sykehusapotekets, red.anm.] regler.»

På spørsmål om hvordan sykehusavdelingen gikk fram hvis de ønsket endringer i legemiddelleveransene svarte SH1:

«Da er det som så at vi tar kontakt med [X] som er leder der nede [sykehusapoteket, red.anm.] og sier at vi har behov for en endring og et møte, hvor vi da sammen finner ut om dette er mulig eller ikke mulig, eller om vi kan gjøre det på en annen måte (...).»

På spørsmål til informantene fra sykehusapoteket om hvordan dette framkom, svarte SA2:

«Ja, og så er det jo møter hvor vi setter oss ned og spør dem [sykehusavdelingene red.anm], hva er det dere vil endre? Er det noe vi kan gjøre annerledes? Hva tenker dere? Jeg tror nok kanskje at, i og med at vi er et lite sykehus og få både hos oss og ute på avdelingene, så det er lettere å få en fortløpende dialog. (...). Vi er jo et lite apotek også. Så endringer kan skje egentlig ganske fort, de trenger ikke å skje diskutert og planlagt. De kan skje etter at vi har diskutert det på et morgenmøte, så har vi endret det.»

Informanten i pilotintervjuet arbeider ved et sykehusapotek som leverer legemidler til et større sykehus. Hun la også vekt på at direkte og uformell dialog mellom sykehusapoteket og sykehusavdelingene var viktig i planlegging og gjennomføring av tjenesten, men at det kunne være vanskeligere å komme i kontakt med rett person på sykehuset:

«Dersom vi ønsker å endre en tjeneste, som går ut over det vi gjør på avdelingen, så må man jo ofte ta kontakt med en og en avdeling da, ofte med enhetsleder først. Men det er ofte det som er en utfordring og, at vi bruker mye tid på å finne ut (...). Så man bruker mye tid på å finne ut hvilken vei kommunikasjonen skal gå for å nå rett person.»

Både fra sykehusapoteket og sykehusets side ble apotekteknikerne som er oppe på avdelingene sin rolle i kommunikasjonen mellom sykehusapoteket og sykehusavdelingene framhevet. På spørsmål om hvordan de håndterte det dersom det var ønsker om endring eller ved utfordringer knyttet til legemiddelleveransene svarte SA1 slik:

«(...) Men så er det noen teknikere da, slik som [X], som er veldig var på slikt og som følger det opp med en gang hun hører om det, hvis det er noe folk er misfornøyd med så tar hun tak i det med en gang. Er det ikke noe hun kan ta tak i med dem på medisinerrommet, så tar hun tak i det med de medisinerromsansvarlige eller leder, og går rett i kjernen (...).»

Ut fra hva informantene forteller virker det som det i denne konteksten er lav terskel for å ta kontakt. Direkte dialog og møter mellom sykehusapoteket og sykehusavdelingene framstår som en viktig mekanisme i planlegging av legemiddelleveransene og ASL. Dersom det er behov for

endringer som angår flere avdelinger, eller hvis det er behov for endringer i de formelle avtalene, diskuteres dette i formelle møter med gitt agenda. Det er allikevel den uformelle praten og korte kommunikasjonsveiene som framheves av informantene.

Det kan også virke som om at personlige egenskaper, som oppmerksomhet og initiativ, er viktige egenskaper hos apotekteknikerne som er oppe på avdelingene. Apotekteknikerne som er på avdelingene blir sykehusapotekets ansikt utad, og det skapes relasjoner mellom dem og personalet på sykehusavdelingene. På direkte spørsmål om hvilken rolle apotekteknikernes kunnskap og kjennskap til de enkelte sykehusavdelingene spilte svarte SA1:

«Det tror jeg er kjempeviktig i den settingen. Jeg tror at det meste av dialogen går på kjennskap, (...)»

Før etablering av ASL-tjenesten var apotekteknikere (og farmasøyter) i liten grad oppe på sykehusavdelingene. Det meste av kommunikasjonen foregikk formelt via skriftlige bestillinger og formelle kontaktmøter, og det var sykehusets portører som leverte legemidlene fra sykehusapoteket til sykehusavdelingen. ASL bidrar med andre ord til dialog og bedre kommunikasjonen fordi de apotekansatte er tilstede på avdelingene og både blir kjent med de ansatte og med avdelingens behov. En av informantene fra sykehusapoteket beskriver hvordan dette oppleves nå, etter innføring av ASL, kontra hvordan det var før:

«Ja, det er jo som natt og dag. Og det fokuset på sikkerhet, det er jo blitt veldig, veldig mye bedre enn det det var før. Ja, og det er jo noe som jeg virkelig føler på at er blitt bedre. Og det her med dialogen med avdelingene, det kan nesten ikke sammenlignes med slik som det var før.»

Det kan også synes som om sykehusapoteket, og de ansatte der, har høg legitimitet blant de sykehusansatte, og at den kontinuerlige dialogen bidrar til tillit mellom partene. Dette kom blant annet fram da en av informantene fra sykehuset beskrev hvordan de jobbet med avdelingens egne rutiner for legemiddelleveranse:

«Jo da, vi har nedskrevne rutiner. Vi har noen nå som vi holder på å jobbe med for å // blant annet dette her med ansvarliggjøring, og hvordan vi skal gjøre det i praksis for å // og vi har hatt farmasøytene til å gå igjennom at det er greit, for å få noe som kan gjennomføres.»

På spørsmål om hva informanten fra sykehusapoteket trodde var grunnen til at sykehusavdelingen virker å i stor grad ha overlatt ansvaret for legemiddelleveransene til sykehusapoteket og bruker sykehusapoteket som rådgivere, svarte SA2 slik:

«(..) at de stoler på oss, (..), de stoler veldig på oss. Det tror jeg at de gjør. Og de ser jo at vi er der oppe og vi har jo en god dialog med de aller fleste. Og jeg tror at de føler at det er vi som styrer det med lageret. (..)»

Informantene fokuserte særlig på utarbeidelse og vedlikehold av basislista når de blir bedt om å beskrive hvordan legemiddelleveransene planlegges og gjennomføres. SA3 beskrev prosessen for utarbeidelse av basislistene slik:

«(..). Så har vi jo da laget basislister, ut i fra forbruk, kjørt ut rapporter over legemidler som brukes (..). Og selvfølgelig - dette her er jo et samarbeid med avdelingen, at vi har laget lister, ikke sant, så vi har fått dem til å gå igjennom listene og sett om de er enige med det som de skal ha på lager til enhver tid. (..)»

Basislistene er viktige styringsdokument for både sykehus og sykehusapotek. Hva sykehusavdelingene har på sine basislister er grunnlag for hva det enkelte sykehusapoteket har på sitt sentrale lager, og bidrar til å rasjonalisere og kvalitetssikre innholdet i lagrene på sykehuset, blant annet ved å bidra til å redusere lagerverdiene. På grunnlag av innkjøpsstatistikk justeres mengden av de ulike preparatene som skal være på lageret (bestillingspunkt og bestillingsmengde) og sykehusapoteket oppdaterer årlig basislistene med hensyn til hva som er gjeldende LIS-avtaler. Basislistene er i tillegg viktig beslutningsstøtte for sykehusansatte; De kan bidra til å sikre enhetlige behandlingsregimer ved avdelingen / sykehuset.

Tønsys® benyttes som elektronisk bestillingssystem for legemidler. Basislistene er lagt inn elektronisk og de sykehusansatte kan også legge inn bestillinger på legemidler som ikke er på basislista. Tønsys® gir beslutningsstøtte og brukes i formell kommunikasjon mellom sykehusapoteket og sykehusavdelingene. Sykehusapoteket tok initiativ til å implementere bestillingssystemet for å standardisere og effektivisere bestillingsrutinene, redusere overføringsfeil og sikre lovpålagt dokumentasjon. Fra sykehusapoteket framheves det også at innføringen har frigjort tid som sykehusapoteket tidligere brukte til å manuelt overføre bestillinger fra papirlister til sykehusapotekets lager- og bestillingssystem, og at det gir mulighet for bedre oppfølging og kontroll. De sykehusansatte påpeker at systemet har redusert usikkerhet, forenklet intern koordinering og kommunikasjon med sykehusapoteket. SH2 beskrev det slik på spørsmål om hva som oppleves som gevinster ved å implementere Tønsys®:

«For det første så er det lett og oversiktlig, du kan gå inn og se hva som er bestilt. (...). Det er jo lett å se, den som var på medisinnrommet før meg, har den bestilt dette her til i morgen, eller

skal jeg gjøre det. Ja, det er oversiktlig, og det er lett å se hva som er på basislista og hva som ikke er det og sende beskjed til apoteket hvis det er noe du lurer på. (..)».

Intervjuene viser at det er flere mekanismer som benyttes ved planlegging og gjennomføring av legemiddelleveranser. De formelle mekanismene som fremheves av informantene er lovkrav, skriftlige prosedyrer, bestillingslister, bestillingssystemet, møter og skriftlige avtaler. Pris og avdelingens behandlingsregimer oppgis å være en viktig mekanisme i utforming av basislister. Informantene legger allikevel mest vekt på hyppig uformell kommunikasjon, personlige relasjon og oppfølging og tillit mellom partene som viktige mekanismer i planlegging og gjennomføring av legemiddelleveransene. Basislister, bestillingssystem, regnskapssystemer og informasjon fra apotekets interne logistikksystem, samt prosedyrer framstår som formelle kontrollmekanismer. Dialog og tillitt som uformelle kontrollmekanismer.

4.2.3 Evaluering

Som beskrevet i kontekstbeskrivelsen foregår det formell evaluering i sykehus og sykehusapotek, denne er hovedsakelig knyttet til økonomisk effektmål og i liten grad til effektmål knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.

En viktig forutsetning for å kunne evaluere er at målene operasjonaliseres på en slik måte at de lar seg vurdere. På spørsmål om hvorvidt informantene kjente til om det om målene som de oppgav for legemiddelleveransene var operasjonalisert, eller formulert på en slik måte at de lot seg evaluere, svarte alle informantene at det kjente de ikke til. På spørsmål om hvorvidt legemiddelleveranse som tjeneste ble formelt evaluert, oppgav informantene at det opplevde de at den i liten grad ble. En av informantene fra sykehusapoteket påpekte at når basislistene ble oppdatert med hensyn til nye LIS-avtaler, kunne de ha brukt mer tid på også å se som den skulle oppdateres ytterligere, men at det ikke ble gjort.

«(..)Den evalueringen der skulle kanskje ha vært bedre. Det blir kanskje bare nye basislister, ikke nye basislister, men at den blir oppdatert i forhold til LIS. Der føler jeg kanskje at vi skulle hatt en oftere gjennomgang av basislistene, egentlig.»

Selv om informantene rapporterte at legemiddelleveransene i liten grad ble formelt evaluert i den horisontale linjen, framkommer det stor tiltro til at ASL, basislister, bestillingssystemet og samarbeidet mellom sykehusapoteket og sykehusavdelingen bidro til måloppnåelse. Det kan

virke som om samarbeidet og systemene rundt har høg grad av legitimitet både mellom aktørene i den horisontale linjen og internt i sykehuset. En indikator på dette er at sykehusavdelingene er villige til å betale for ASL-tjenesten og også tidvis bruker tjeneste i utvidet grad for å avlaste øvrig personale i pressede perioder. På spørsmål om avdelingen var klar over at de måtte betale ekstra for dette og om det kom reaksjoner på dette svarte SA3 slik:

«Ja da, jeg har ikke hørt noen tilbakemelding på at vi er grådig, for å si det sånn, jeg tror at de er veldig glade for at vi avhjelper dem. (...)»

Samtidig skjer det kontinuerlig endringer og tilpasninger i hvordan legemiddelleveransen blir planlagt og gjennomført. Dette forutsetter en form for horisontal evaluering av effektivitet og kvalitet i samarbeidet. Det er tydelig at informantene ikke, eller i liten grad, erfarer at formelle mekanismer benyttes i slik evaluering. For eksempel oppgav alle informantene fra sykehusapotekene at de sjelden, eller aldri opplevde å motta avvik gjennom avvikssystemet knyttet til legemiddelleveransene. Dersom det var avvik i legemiddelleveransene ble disse formidlet muntlig.

På spørsmål om hva informantene trodde var årsaken til at effektivitet og kvalitet i samarbeidet om legemiddelleveransene ikke ble formelt evaluert, formulerte SA2 årsakene til dette slik:

«Det tror jeg har mye med kultur å gjøre, og mye har med kapasitet. (...)»

Kontinuerlig formell kommunikasjon og uformell dialog og de personlige relasjonene bidrar til at partene opplever at det er transparens og tillit i samarbeidet. Fordi de samtidig opplever at de formelle målene som er satt for tjenesten oppnås kan dette samlet bidra til at det oppleves som unødvendig å bruke tid på å formelt evaluere legemiddelleveransene og ASL. En av informantene fra sykehusavdelingen uttrykte det slik, på spørsmål om informantene trodde at det var fordi tjenestene ble levert fra sykehusapoteket at de ikke ble evaluert:

«Nei, det tror jeg ikke. Det er vel mer i avdelingen at det ikke, det er bare ikke et tema. Og så tror jeg at dersom det hadde vært mye frustrasjoner og irritasjon rundt, så hadde blitt tatt opp. Det er jo kort vei til ledelsen også her, så det tenker jeg at da hadde det blitt en egen sak på det og så, som det bruker å bli med andre ting, så // [informanten ler red.anm]»

Transparens, klar ansvarsfordeling, korte kommunikasjonsveier og gode relasjoner kan også være forklaring på hvorfor avvikssystemet ikke brukes for å gi tilbakemeldinger dersom det

oppstår avvik eller en har forbedringsforslag til legemiddelleveransene, men heller ordnes opp i som del av den daglige driften. SH1 oppsummerte dette slik:

«Det er jo forferdelig korte avstander her i forhold til i [X] Så enten tar jeg en telefon ned til Farmasøyten, til ho [X], eller sender mail eller går bare fysisk ned og sier at dette er noe som vi må snakke om. Og det samme føler jeg at ho [X] og dem gjør overfor oss. (..)»

Høg grad av transparens og god dialog mellom aktørene gjør at det innenfor den studerte konteksten ikke oppleves som unødvendig å formelt evaluere legemiddelleveransene og samarbeid i den horisontale linjen. Samtidig skjer det en kontinuerlig uformell evaluering gjennom endringer og tilpasninger av prosessen og tjenesten. At avdelingene må betale for ASL-tjenesten aksepteres, og kan tyde på at sykehusavdelingen evaluerer prisen til å være «rett».

4.3 Oppsummering av empiriske funn

Gjennomgang av dokumentene viser at formelle mekanismer som politiske føringer og organiseringen av spesialisthelsetjenesten gir grunnlag for samarbeid mellom sykehus- og sykehusapotekforetakene på strategisk nivå. På helseforetaksnivå er det formulert delvis sammenfallende mål for legemiddelleveransen. For sykehusapotekforetaket er det målkonflikt mellom egen inntjening på legemiddelsalg og rasjonell legemiddelleveranse til sykehusene. På operativt nivå oppgir informantene fra sykehusapoteket og sykehuset sammenfallende mål for samarbeidet, disse er sammenfallende med målene formulert på strategisk nivå.

Empirien viser at strategisk planlegging domineres av formelle mekanismer. På operativt nivå benyttes både formelle og uformelle mekanismer ved planlegging og gjennomføring av legemiddelleveranser og det foregår en kontinuerlig tilpasning og tilrettelegging i samarbeidet. Uformelle mekanismer som framtrer i materialet er dialog, kjennskap til hverandres virksomhet og personlige relasjoner. Formelle mekanismene er prosedyrer, retningslinjer, basislister, LIS-avtaler og bruk av elektronisk bestillingssystem.

Det er ulikheter mellom organisasjonsnivåene med hensyn til hvordan evaluering av legemiddelleveranser og samarbeidet gjennomføres og i hvilken grad styringsinformasjon benyttes og etterspørres.

5.0 Analyse og diskusjon

Med utgangspunkt i teorien presentert i kapittel to vil jeg her analysere hovedfunnene for å beskrive hvilke mekanismer som benyttes i samarbeidet jeg har studert og diskutere hvordan de bidrar til å løse styringsutfordringene samordning, koordinering og ansvarliggjøring.

5.1 Formelle mekanismer dominerer i styring av samarbeidet fra RHF-nivå

Røiseland og Vabo (2016:151) påpeker at samarbeid kan være pålagt eller frivillig. Helseforetaksstrukturen og de politiske føringene gjør at samarbeid mellom sykehusapotekforetaket og sykehusforetaket fra politisk kan betegnes som pålagt. Ut fra de politiske føringene kan to strategiske mål utledes for samarbeidet om legemiddelleveranser: *1) Legemiddelleveranser skal sikre sykehusene legemidler med god kvalitet, til rett tid og rett pris. 2) Legemiddelleveransene skal bidra til pasientsikkerhet på legemiddelområdet.* Finansieringsmodellen til sykehusapotekene medfører at sykehusapotekforetaket i tillegg har *inntjening ved salg av legemidler og tjenester* som strategisk mål. Disse videreføres i strategiske styringsdokumenter i regionen.

Fra regionalt nivå får styring av samarbeidet et strategisk preg, og formelle mekanismer som budsjettering, oppdragsdokument og regionale strategier er viktige styringsmekanismer (Røiseland og Vabo 2016:57-59). Langvarige relasjoner og dialog framheves av Jacobsen og Thorsvik (2016:127-131) som uformelle mekanismer for å skape forankring av felles mål og tillit mellom aktører. De ansatte på foretaksnivå møter ledelsen i RHF-et formelt i flere fora og samarbeidsmøter. Dette kan bidra til å skape relasjoner og det kan tenkes at uformelle mekanismer også spiller en rolle i styring av samarbeidet fra RHF-et, men min empiri gir ikke grunnlag for å si noe om betydningen av dette.

5.2 Målkonflikt på strategisk nivå

RHF-et har gjennom oppdragsdokumentet pålagt sykehusforetakene å samarbeide med sykehusapotekforetaket for å nå de strategiske styringsmålene på legemiddelområdet. På grunn av sykehusapotekenes finansieringsmodell er det allikevel opp til hvert enkelt sykehusforetak å inngå avtaler om legemiddelleveranser og tjenester. Samarbeidet får et frivillig preg. Dette åpner for formelle markedsmekanismer, som pris, regnskap og besparelser opptrer som styringsmekanismer for samarbeidet mellom sykehus og sykehusapotek. Studier har vist at samarbeid mellom parter hvor økonomiske transaksjoner inngår, bidrar til å gi kjøper

(sykehusforetakene) forhandlingsmakt overfor selger (sykehusapotekforetaket) (Cäker (2008), Caglio og Ditillo (2008)).

Røiseland og Vabo (2016:79) påpeker at ved samordning vil slik makt kunne påvirke både hvilke mål som settes for samarbeidet og hvilke evalueringskriterier som benyttes. Dette kan forklare hvorfor det er økonomiske resultatmål som i stor grad benyttes som kriterier i vertikal evaluering av samarbeidet både i sykehuset og i sykehusapoteket, til tross for at pasientsikkerhet og økt kvalitet framheves som viktige styringsmål i oppdragsdokumentet og regionale strategier. Sykehusenes kostnader ved og forbruk av legemidler, samt data som viser grad av lojalitet til LIS-avtaler rapporteres jevnlig. Rapportene genereres både på grunnlag av tall fra sykehusenes interne regnskapssystemer, og tall levert fra sykehusapotekene og SLS¹². Sykehusforetakenes økonomiske forhandlingsmakt kan også være en forklaring på hvorfor det ikke synes å være samordning om sykehusapotekforetakets styringsmål knyttet til inntjening, til tross for at organisasjonene er innenfor samme RHF. Dette vises blant annet ved at sykehusene foretar direkte innkjøp av legemidler utenom sykehusapoteket. Det kan dermed synes som at sykehusapotekforetaket ved samordning om legemiddelleveranser, ikke er likestilt sykehusforetakene, til tross for at de formelt er likestilt innenfor samme RHF. Disse funnene er sammenfallende med Cäker (2008) sine funn fra en studie av samarbeid mellom to organisasjoner. Hans funn antydte at i tilfeller hvor den ene parten har økonomisk makt, ville leverandører i større grad akseptere og innordne seg denne partens evalueringskriterier (og mål) for samarbeidet.

I organisasjonene framstår budsjett, regnskap og strategier som viktige mekanismer for å forankre styringsmålene. Dette bidrar til at legemiddelleveranser i stor grad synes å være resultatstyrt i den vertikale linjen (Røiseland og Vabo (2012:56)). I samarbeidsavtalen mellom sykehusforetaket og sykehusapotekforetaket jeg har studert, framkommer det at «*samarbeidet skal bidra til at all medikamentell behandling skal være effektiv, sikker og økonomisk for den enkelte pasient og for foretaket*». «Pasientsikkerhet» framkommer slik, sammen med rasjonell legemiddelleveranse, som et felles mål for samarbeidet mellom foretakene.

Formelle mekanismer som avtaler, pris og strategiske føringer dominerer i samordning på strategisk nivå i foretakene. Finansieringsmodellen til sykehusapotekforetaket bidrar til målkonflikt i sykehusapoteket, men økonomisk forhandlingsmakt hos sykehusene bidrar til at samarbeidet framstår som samordnet på strategisk nivå. Styring av samarbeidet fra strategisk

¹² Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk

nivå i foretakene domineres av resultatstyring og formelle mekanismer. Samtidig framheves det i samarbeidsavtalen «pasientens beste» som mål for samarbeidet, dette antyder normativ og verdibasert styring av samarbeidet mellom organisasjonene på operativt nivå.

5.3 Formelle mekanismer sin rolle i samstyring på operativt nivå

Sykehusapotekenes finansieringsmodell og tydelige samordningen om sykehusenes økonomiske mål resulterer i målkonflikt i sykehusapotekforetaket. En mekanisme sykehusapotekforetaket har benyttet i forsøk på å løse konflikten er å etablere standardiserte tjenester knyttet til legemiddelleveransene, betegnet som ASL. Formålet for tjenesten er å bidra til rasjonalisering av legemiddelleveransen og økt kvalitet, og bidrar slik til å styrke samordning i samarbeidet.

ASL er standardisert gjennom prosedyrer som beskriver hvordan oppgaver skal gjennomføres, av hvem og forventet resultat. I utarbeidelse av basislister og kontroll av bestillinger har apotekpersonalet blitt tillagt en kontrollerende funksjon med hensyn til etterlevelse av LIS-avtaler og basislister. Standardisering, prosedyrer og pris på legemidler framstår dermed som viktige formelle mekanismer i planlegging, gjennomføring og oppfølging av samarbeidet. Sykehusapotekets kontrollerende funksjon bidrar til å ansvarliggjøre aktørene med hensyn til økonomisk måloppnåelse for sykehusene. ASL kan slik nærmest betegnes som en formell styringsmekanisme.

Mange oppgaver som tidligere ble gjort av sykepleierne på avdelingen er ved innføring av ASL overtatt av apotekpersonalet. Samtidig regulerer forskrifter og lovgivning enkelte oppgaver knyttet til legemiddelleveranser må ivaretas av leger eller farmasøyt. Blant annet Strand (2012:315) påpeker at et grunnlag for samarbeid er behovet for kompetanse som organisasjonen selv ikke har. Kompetanse framstår dermed som viktige mekanismer i fordeling av ansvar og som grunnlag for samarbeid.

Avtaler om tjenesteleveranse gjøres mellom leverende apotek og den enkelte avdeling, og avdelingene betaler for denne over avdelingsbudsjettet. Avtalene regulerer hvilket omfang tjenestene skal ha, pris beregnes blant annet ut fra timeantall og størrelse på basislisten. Pris bidrar slik til at sykehusapoteket får gevinst ved å samarbeide, samtidig som sykehuset opplever økt nytte av farmasifaglig kompetanse i forvaltning av medisinlagrene og redusert bruk av sykepleietid til disse oppgavene. Pris bidrar dermed til å regulere omfanget av samarbeidet og gevinstdeling. Disse funnene er i samsvar med blant annet funn gjort av Cäker (2008) som viste at gevinstdeling bidro til opprettholdelse av samarbeid. På den andre siden

viste Cäker (2008) at pris kan oppfattes som en trussel for samarbeid. Han viste at i sammenhengen han studerte ønsket aktørene samarbeid, men pris opplevdes som en trussel for opprettholdelse. Dette førte til regnskapsmessige mekanismer for å skjule kostnadene som samarbeidet medførte. Jeg har ikke innhentet detaljerte regnskap fra avdelingen jeg har studert, og kan derfor ikke si om dette er en mekanisme som benyttes i min case og informasjon fra informantene tyder på at pris for ASL ikke oppleves som en trussel.

Informantene på sykehuset tillegger stor tiltro til at ASL både bidrar til og ressursbesparelse for sykehusavdelingen og bedre pasientsikkerhet. Røiseland og Vabo (2012:152) påpeker at positive erfaringer fra samarbeid bidrar til at aktørene tillegger samarbeidet legitimitet. Videre påpeker de at legitimitet i den horisontale linjen, kan være medvirkende til at samarbeidet også tillegges legitimitet i den vertikale linjen i sykehuset. Avdelingenes betalingsvilje og utvidet bruk av tjenesten i perioder hvor avdelingene har reduserte interne ressurser til oppgaver knyttet til legemiddelleveranser, kan være et uttrykk for at dette er tilfelle ved dette sykehuset.

Som vist i tabell 2 har informantene formelt fått delegert sammenfallende ansvar for resultater og aktiviteter internt i egen organisasjon og i det horisontale samarbeidet, og det er sammenfall mellom ansvarsområdene til informantene. Informantene opplever at ansvar i samarbeidet er avklart og de oppgir sammenfallende mål. Cäker (2008) påpekte at sammenfallende ansvarsområder mellom aktørene i samarbeidet kunne bidra ytterligere samordning mellom aktørene («joint cooperation»). Det kan derfor synes som om «joint cooperatin» er en mekanisme som bidrar til samordning i casen. Det kan også tenkes at fordi aktørene har sammenfallende ansvar i samarbeidet med ansvar internt i organisasjonene at dette bidrar at aktørene føler ansvarlighet overfor aktivitetene og resultatene. Sammenfall mellom ansvar for arbeidsoppgaver og ansvar for oppfølging mellom aktørene i samarbeidet, kan slik framstå som mekanismer som bidrar til samordning og ansvarliggjøring.

Empirien viser at reguleringer gitt i forskrifter og lovverk, kompetanse, pris, avtaler mellom partene, elektroniske bestillingssystemer, basislister og prosedyrer er formelle styringsmekanismer som bidrar til planlegging og gjennomføring av samarbeidet, og slik bidrar til å koordinere og ansvarliggjøre aktørene i samarbeidet. Dette er i tråd med funn gjort av Cäker (2008), Nyland og Andreassen (2013) og i studier gjennomgått av Caglio og Ditillo (2008). Blant annet viste Nyland og Andreassen (2013) i sin studie av samarbeid mellom ulike sykehusklinikker at behovet for aktørers kompetanse var en mekanisme som bidro i hvordan aktivitetene ble planlagt.

5.4 Uformelle mekanismer sin rolle i samstyring på operativt nivå

Blant informantene framstår «Pasientsikkerhet» og «pasientens beste» som felles verdier og normer, og de oppgir dette som viktig indre motivasjonsfaktor og viktig grunnlag for samarbeidet. Jacobsen og Thorsvik (2016:84) påpeker at sammenfallende verdier og normer kan være viktige styringsmekanismer og bidra til samarbeid mellom individer, fordi erfaring om at en har samme verdigrunnlag bidrar til tillit mellom aktørene og at de dermed ønsker å samarbeide. Samtidig virker verdier og normer som en viktig evalueringsmekanisme for hva som oppfattes som «riktige» mål og handlinger hos aktørene. Felles verdigrunnlag kan slik synes som at er en mekanisme som bidrar til samordning og koordinering, ansvarliggjøring og evaluering i samarbeidet.

I det horisontale samarbeidet jeg har studert framheves uformell dialog og relasjoner mellom aktørene som viktige mekanismer ved planlegging og gjennomføring. I tillegg framheves kunnskap om hverandres drift som en viktig mekanisme. Disse funnene er i tråd med funn både gjort av Cäker (2008) og Nyland og Andreassen (2013). Blant annet viste Nyland og Andreassen (2013), på lik linje som i denne casen, at i samarbeid mellom ulike sykehusklinikker er kjennskap til hverandres drift og dialog mellom aktørene viktige mekanismer i planlegging og koordinering av aktiviteter. Cäker (2008) fant i sin studie at personlige relasjoner bidro til koordinering mellom ulike organisasjoner.

Langvarige relasjoner og gjentatte positive erfaringer kan også forklare at informantene fra sykehuset tillegger aktørene fra sykehusapoteket profesjonell autoritet (Jacobsen og Thorsvik (2016:179)), vist som beslutningsmakt informantene uttrykker at sykehusapotekpersonalet har i planlegging og gjennomføring av legemiddelleveranser. Det kan tenkes at dette også bidrar til å styrke apotekpersonalets egen faglige ansvarlighet. Faglig ansvarlighet framheves av apotekpersonalet som en viktig mekanisme for ansvarliggjøring med hensyn til både resultater og gjennomføring av aktiviteter i samarbeidet. Makt gjennom faglig autoritet, blir slik en mekanisme som bidrar i koordinering og ansvarliggjøring.

Lederne jeg har intervjuet har resultatansvar både i vertikalt og horisontalt samarbeid. Det kan tenkes at dette bidrar til økt transparens mellom ledernivåene i organisasjonene og synliggjøring av sammenfallende mål mellom den horisontale og vertikale linjen. Empirien viser også at det skjer en kontinuerlig formell informasjonsutveksling mellom organisasjonene og internt i form av regnskap, aktivitetstall og i det elektroniske bestillingssystemet. I tillegg bidrar uformell dialog og gode relasjoner til at det synes som om det er høy grad av transparens mellom

aktørene. Sammenfallende mål og transparens framheves som viktige grunnlag for tillit (Jacobsen og Thorsvik (2012:127-129)), Caglio og Ditillo (2008), Cäker (2008)).

Tillit mellom organisasjonsnivåene kan også være en forklaring for at aktørene på det operative nivået opplever at de har nødvendig tillit og handlingsrom til å tilpasse aktivitetene og tjenestene, til tross for at det er innført flere formelle styringsmekanismer i samarbeidet. Handlingsrommet for tilpasninger framstår hos informantene som en styringsmekanisme i planlegging og gjennomføring av legemiddelleveranser. Det kan også bidra til at de ansatte i stor grad opplever at de samarbeider om å utvikle hvordan legemiddelleveransene skal gjennomføres. Jacobsen og Thorsvik (2016:128) påpeker at fellesskapsfølelse bidrar til å bygge tillit mellom partene. Sammen med gjentatte positive opplevelser og langvarige relasjoner kan dette bidra å skape følelse av lojalitet som gir grunnlag for å opprettholde samarbeidet, til tross for kostnadene. Det kan også tenkes at «skreddersømmen» som handlingsrommet gir mulighet for øker avhengigheten mellom aktørene, og slik også bidrar til å opprettholde samarbeidet. Cäker (2008) fant i sin studie at dette ikke nødvendigvis var tilfellet dersom det var flere aktuelle leverandører, noe som ikke er tilfellet i denne casen, men det kan tenkes at dersom sykehuset opplever at prisen for ASL er for høy at de velger å gå tilbake til «gammel» ordning. Det kan altså synes som om tillit og handlingsrom på det operative nivået kan være en viktig mekanisme for å opprettholde samarbeidet, men det kan tenkes at «feil» pris kan bli en trussel og må tas hensyn til når pris for tjenesten settes.

Det er tydelig at både formelle og uformelle mekanismer bidrar til å samordne, koordinere og ansvarliggjøre på det operative nivået i samarbeidet mellom organisasjonene. Tillit synes å være en betydningsfull styringsmekanisme for samarbeidet jeg har studert og bidrar til samordning, koordinering og ansvarliggjøring. Empirien gir slik grunnlag for å si at det synes som om uformelle styringsmekanismer har en mer fremtredende rolle i styring av samarbeidet på det operative nivået enn på det strategiske nivået.

5.5 Evaluering av samarbeidet og ulik bruk av styringsdata mellom organisasjonsnivåene

I det foregående har jeg vist at pris spiller en stor rolle i samarbeidet og har påpekt at aktørene i samarbeidet får informasjonen fra formell evaluering som gjøres i organisasjonene. Sykehusapotekene har blant annet utviklet en nasjonal database (SLS) som gir sykehusene tilgang til legemiddelomsetningsdata, og danner et viktig grunnlag for evaluering av legemiddelinnkjøpene. Informasjonen deles mellom aktørene i den horisontale linjen gjennom uformell dialog, i interne møter eller i målekort og regnskap. Det er altså høy grad av

transparens knyttet til legemiddelleveranser. Transparensen kan slik både bidra til aktørene opplever lite utfordringer knyttet til ansvarlighet og til at aktørene tillegger samarbeidet legitimitet.

Samtidig har jeg vist at det gjøres en kontinuerlig evaluering av hvordan tjenesten er organisert og gjennomføres i samarbeidet, men at formelle systemer i liten grad brukes for å for eksempel melde inn forbedringsforslag. Endringer gjøres i stor grad som følge av uformell kontakt mellom aktørene, og til en viss grad avtales tilrettelegging i samarbeidet uten at det formuleres i avtaler eller prosedyrer. Igjen spiller tillit mellom aktørene en stor rolle.

Jeg har tidligere vist at felles verdier og normer og gode relasjoner mellom aktørene gir opphav til tillit til samordning om felles mål. Disse mekanismene og transparens mellom partene trer dermed frem som mekanismer som bidrar i aktørenes evaluering av samarbeidet på operativt nivå og kan forklare hvorfor samarbeidet mellom aktørene ikke synes å bli gjenstand for formell evaluering, og at det nærmest oppleves som unødvendig. Disse funnene understøttes delvis med vurderinger gjort av Caglio og Ditillo (2008). De viser til studier som har vist at i samarbeid hvor partene er spesialiserte, for eksempel fagspesialiserte, vil uformelle mekanismer spille en viktig rolle i kontroll mellom partene.

5.6 Avsluttende kommentar

Jeg har valgt å kalle oppgava «Når Vi og Dem blir Oss». Tittelen ble valgt på bakgrunn av at denne oppgava har tydelig vist den avhengigheten som finnes mellom sykehusapotek og sykehus på legemiddelområdet. Samtidig kan det stilles spørsmål ved om finansieringsmodellen av sykehusapotekene og de truslene mot samarbeidet som det medfører gjør at jeg egentlig burde gitt oppgava tittelen «Når Vi og Dem blir Oss?».

Casen jeg har studert har et tydelig «oss» og gir ikke grunn til å endre overskriften, men det kan tenkes at om jeg hadde studert et samarbeid ved en annen lokasjon eller på et annet område ville konklusjonen på dette blitt en annen. Denne refleksjonen påpeker samtidig at i en annen kontekst kan tenkes at den relative betydningen av tillit, som for eksempel grunnlag ved evaluering og koordinering, ville ha blitt en annen. Samtidig så gir utviklingen av tjenester som i større grad flytter farmasifaglig kompetanse ut i sykehusavdelingen grunn til å tro at uformelle mekanismer spiller en stor rolle i samarbeid på operativt nivå mellom organisasjonene, også innenfor andre kontekster.

6.0 Konklusjon

Utgangspunktet for min studie var å finne hvilke styringsmekanismer som benyttes i samstyring av legemiddelleveranser mellom sykehusapotek og sykehus. For å vise hvilken betydning disse styringsmekanismene har i styring av samarbeid har jeg diskutert hvordan styringsmekanismene bidrar til å løse styringsutfordringene koordinering, samordning og ansvarliggjøring.

Analyse og diskusjon viser at både formelle og uformelle styringsmekanismer benyttes i samstyring av legemiddelleveranser mellom sykehus og sykehusapotek og den relative bruken av dem blant annet er avhengig av styringsnivå og handlingsrommet til aktørene. Dette støttes av funn gjort i flere studier. Blant annet viser Caglio og Ditillo (2008) i sin gjennomgang av studier på området, at formelle og uformelle styringsmekanismer sameksisterer i samstyring, og at den relative betydningen mellom dem er avhengig av for eksempel samarbeidets art, hyppighet og avhengighetsforholdet mellom organisasjonene.

Videre viser analysen at styringsutfordringen *samordning* ikke er dominerende i samarbeidet jeg har studert. Formelle styringsmekanismer dominerer ved samordning på foretaksnivå, de uformelle styringsmekanismene tillit og felles verdier og normer spiller en viktig rolle i samordning på operativt nivå. Styringsutfordringer knyttet til målforskyvning eller opportuniste synes dermed som lite sannsynlig i det horisontale samarbeidet som her er studert.

Målkonflikten internt i sykehusapotekforetaket kompenseres ved å utvikle faglig motiverte tjenester som bidrar til måloppnåelse for samarbeidet.

Koordinering skjer i stor grad på grunnlag av pris, kompetanse og avtaler. Standardisering og elektroniske bestillingssystem er i tillegg viktige formelle styringsmekanismer. Tillit, langvarige relasjoner og legitimitet er viktige uformelle styringsmekanismer ved koordinering.

Lovverk og faglig kompetanse, sammenfallende ansvarsområder i den horisontale og vertikale linjen, avtaler, pris og regnskap er formelle styringsmekanismer som bidrar til *ansvarliggjøring* både med hensyn til allokering av ressurser og aktiviteter. Disse understøttes av uformelle styringsmekanismer som faglige normer, verdier og tillit.

7.0 Implikasjoner og forslag til videre forskning

En sterk organisasjonskultur er en mekanisme som bidrar til tillit i organisasjoner. Jeg har ikke studert kultur som et eget fenomen, men informantenes sammenfallende beskrivelse av små forhold og at de oppfatter at «vi er ulike enn de andre», og fellesskapsfølelsen som informantene uttrykker gi inntrykk av at informantene nærmest opererer innenfor samme organisasjon. En illustrasjon for dette kan være følgende utsagn fra en av informantene: «(..), i og med at vi er et lite sykehus og få både hos oss og ute på avdelingene, så det er lettere å få en fortløpende dialog. (...). Vi er jo et lite apotek også.» Dette kan skyldes sosialisering gjennom relasjoner, men også være knyttet til sykehusapotekets historie. Som Jacobsen og Thorsvik (2016:151) påpekte kan det oppstå subkulturer hvor målene ikke sammenfaller med de definerte mål for organisasjonen. På den andre siden har jeg vist at tillitt spiller en stor rolle i et samarbeid som vurderes som vellykket, og det kan tenkes at dette skyldes at informantene identifiserer seg med hverandre.

Studien viser at tillit mellom aktørene og organisasjonene spiller en stor rolle i styring av samarbeidet mellom sykehusapoteket og sykehuset. Dette impliserer at mekanismer som bidrar til å bygge tillit, som personlige og langvarige relasjoner og uformell dialog, er viktige styringsmekanismer som lederne bør ta hensyn til i styring av samarbeid mellom sykehusapotek og sykehus. Særlig viktig kan dette være for sykehusapotekforetaket som samarbeider med flere ulike sykehusforetak, og dermed operer innenfor ulike kulturer. Kontinuerlig fokus på egen organisasjonskultur og å bygge tillit kan bidra til å hindre målforskyvning mellom den vertikale og horisontale linjen. En sterk organisasjonskultur og tillit mellom organisasjonsnivåene kan slik bidra til å gi stedlige ledere handlingsrommet som kan være nødvendig i styring av samarbeid på operativt nivå.

Pris er identifisert som en viktig styringsmekanisme i samarbeidet mellom sykehusapotek og sykehus. Pris har også bidratt til utvikling av tjenester og samarbeidsformer, slik ASL er et eksempel på, som er designet for å øke kvaliteten og økonomisk rasjonalisering i legemiddelleveransene. Tjenestene bidrar dermed til å synliggjøre farmasifaglig kompetanse og ansvarlighet, og dermed til å øke faglig legitimitet. Samtidig kan farmasifaglig utvikling og tilgang til farmasøytisk kompetanse trues dersom sykehusapotekenes ikke er villige til å betale. Det kan tenkes at en annen finansieringsmodell kunne ha motvirket dette, men flere undersøkelser bør gjennomføres før dette kan konkluderes og eventuell ny finansieringsmodell blir utformet.

Funnene kan implisere at sykehusapotekene sin virksomhet i så stor grad innvirker på sykehusene drift og at den sterke avhengigheten mellom sykehusapoteket og sykehuset danner grunnlag for å vurdere organiseringen av sykehusapotekene i egne foretak. På den andre side synes det som om at organiseringen har bidratt til utvikling innenfor sykehusfarmasien som bidrar til rasjonalisering av legemiddelinnkjøpene og bedre kvalitet på legemiddelområdet i sykehusene. Samtidig kan det tenkes at organiseringen for eksempel bidrar til økte transaksjonskostnader. På bakgrunn av dette vil det etter min mening være behov for å utvikle tydelige målsetninger og gjennomføre undersøkelser knyttet til både kvalitet og økonomi før en eventuell omorganisering blir gjennomført.

Jeg har i denne oppgaven studert et isolert samarbeid i en bestemt kontekst. Jeg kan derfor i liten grad generalisere med hensyn til styringsmekanismer og hvordan de relativt samvirker i samstyring mellom sykehusapotek og sykehus. Samtidig viser studien at ulike styringsmekanismer kan være effektive virkemidler for å løse styringsutfordringer ved samstyring. Flere case-studier kan bidra til bedre kunnskap om formelle og uformelle mekanismer og hvordan disse benyttes i samstyring mellom sykehus og sykehusapotek. Dette vil kunne bidra gi nyttig informasjon om hvordan samarbeid kan styres for å oppnå de helsepolitiske mål og regionenes strategiske mål innenfor legemiddelområdet

Referanseliste

Anthony R.N, Young D.W (2003) *Management control in non-profit organizations* 7. utg. McGawin-Hill/Irwin

Caglio A, Ditillo A (2008) *A review and discussion of management control in inter-firm relationships: Achievements and future direction* Accounting, Organizations and Society 33:865-898

Cäker, M. (2008) *Intertwined coordination mechanisms in interorganizational relationships with dominated suppliers* Management Accounting Research 19:231-251

Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455>

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Jacobsen D.I, Thorsvik J. (2016) *Hvordan organisasjoner fungerer*, 4. utg. Fagbokforlaget

Johannessen A, Tufte P.A, Christoffersen L (2017) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, 7. utg Abstrakt forlag

Klijn E-H (1997) *Policy Networks: An Overview* i Kickert J.M, Klijn E-H, Koppenjan J.F.M (red.) *Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector*, sykehusapotekGE Publications, London, 14-28

Lov om apotek (Apotekloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (Spesialisthelsetjenesteloven)
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Lægreid, P. et al. (2015) *New Coordination Challenges in the Welfare State*, Public Management Review, 17;7:927-939

Nyland, K og Andreassen, C. (2013) *Horisontal styring i sykehus* i Fallan, L. og Nyland, K. (red): *Perspektiver på økonomistyring*, Fagbokforlaget, 147-175

Nyland, K, Morland C, Burns J. (2017) *The interplay of managerial and non-managerial controls, institutional work, and the coordination of laterally dependent hospital activities* Qualitative Research in Accounting & Management 14;4:467-495

Meld. St 28 (2014-2015) *Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/sec1>

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec1>

Ot.prp. nr. 66, 2000-2001 *Om lov om helseforetak m.m*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/>

Ouchi, William G. (1979) *A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms* Management science 25(9):833-848

Pettersen I.J, Magnussen J, Nyland K, Bjørnenak T (2016) *Økonomi og helse* 2. utg Cappelen Damm Akademiske

Røiseland A, Vabo S.I (2016) *Styring og samstyring – governance på norsk 2. utg* Fagbokforlaget

Strand T. (2012) *Ledelse, organisasjoner og kultur 2. utg* Fagbokforlaget

Søberg O.Ø, Johansen P.W, Dyvesveen A, et al. (2012) *Standardisering av legemiddellageret på sykehus gir bedre økonomi, redusert tidsbruk og færre unødige bestillinger* Sykepleien 6:62-65

Schillmans T (2008) *Accountability in the Shadow of Hierarchy: the Horizontal Accountability of Agencies* Public Organiz Rev 8:175-194

Trapenes E, Gløersen E, Mordal K, Refsum N. (2005) *Apotekstyrt legemiddellager kan redusere legemiddelutgiftene i sykehus* Tidsskr Nor Legeforen 125:1205-1206

Vedlegg 1: Typer av resultater og prosesskriterier i evaluering

| Kategori | | Type |
|----------|-----------------|--|
| Resultat | Innholdsmessige | Mål Mål, inkludert bieffekter Klientkriterier Interessentperspektiver Profesjonelle kriterier; fagfelle- eller egevaluering Underliggende problemforståelse |
| | Økonomiske | Kostander Produktivitet (kostnadseffektivitet) Effektivitet (resultat-, allokeringseffektivitet) |
| Prosess | | Legalitet Likhhet (for loven) Offentlighet / åpenhet Representativitet Deltakelse (demokratikriterium) Deliberasjon (demokratikriterium) |

(kilde: Røiseland og Vabo (2016:142))

Vedlegg 2: Intervjuguide

1. Hva heter du og hvor jobber du?
2. Hvilken stilling har du?
3. Kan du beskrive hvilke oppgaver du har som er knyttet til samhandling / samarbeid med avdeling / sykehusapoteket?

Formål og Mål

4. Hva er bakgrunnen for at sykehusapoteket utøver disse oppgavene?
 - a. Avdekke oppfattelse av grunnlaget for samhandling – avtalefestet, frivillig, nødvendig for å få utøvd sine oppgaver (pasientbehandling/jobbb)
 - b. Fordi det er en del av SANO sin strategi?
 - c. For å løse strategisk formulerte målsetninger (i styringsdokumenter, OD, legemiddelmeldinga)?
 - d. Oppfattes grunnlaget forskjellig avhengig av nivå i organisasjonene? Fra formell til uformell, gjennom styring eller som naturlig oppgavedeling (gjensidig tilpasning)?
5. Hva oppfatter du at er overordnet målsetninger med samhandlingen mellom sykehusapotek/sykehus?
6. Er det satt konkrete mål for samhandlingen? (er målene operasjonalisert?)
7. Hvordan kommer de konkret til uttrykk?

Planlegging

8. Hvordan planlegges gjennomføring av oppgavene du beskrev i innledningen?
 - i. I samarbeid / samarbeidsfora – formelt avtalt?
 - ii. Gjøres oppgavene etter standardiserte rutiner beskrevet i prosedyrer/retningslinjer
 - iii. Oppgavene blir til underveis, uformelt avtalt (gjennom gjensidig tilpasning)?
9. Hvor oppfatter du at grensen går mellom ditt og sykehusets/sykehusapotekets ansvar for å løse disse oppgavene?
10. Dersom det oppstår en problemstilling (utfordring/konflikt eller behov for å løse en oppgave i samarbeid (positivt)) – hvordan løses denne?
 - i. Løses den der og da?
 - ii. Løses den på høyere nivå - "tas til sjefen"?
 - b. Avdekke hvorvidt det i planleggingen er diskutert hvorvidt en skal løse slike utfordringer

Evaluering

11. Hvordan evalueres målene/måloppnåelse?
12. Endres målene over tid?

Vedlegg 3: Kilder og dokumenter benyttet i utarbeidelse av kontekstbeskrivelse

Link er satt inn til dokumentene som ligger offentlig tilgjengelig. Ikke offentlig tilgjengelige, eller dokumenter unntatt offentlighet er kun gjengitt med tittel og kilde.

| Tittel | Kilde eller link |
|--|---|
| PR 1379 Legemiddelhåndtering – rekvirering og mottak av legemidler til avdeling | DocMap®, Universitetssykehuset Nord-Norge |
| PR36784 Legemiddelhåndtering av legemidler fra sykehusapoteket via Tønssys | DocMap®, Universitetssykehuset Nord-Norge |
| PR34478 Oppretting av nytt Apoteksstyrt legemiddellager (ASL) | DocMap®, Sykehusapotek Nord |
| PR 34480 Bestilling, plukking og levering av varer (ASL) | DocMap®, Sykehusapotek Nord |
| Oppdragsdokument 2018 fra Helse Nord til helseforetakene | https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf/oppdragsdokument |
| Helse Nords kvalitetsstrategi 2016-2020 Det gode pasientforløp | https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/kvalitetsstrategi- |
| MS 0907 Strategi Sykehusapotek Nord | DocMap®, Sykehusapotek Nord |
| Meld. St 28 (2014-2015) Legemiddelemeldingen. Riktig bruk – bedre helse | https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/sec1 |
| Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering | https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec1 |
| Ot.prp. nr. 66, 2000-2001 Om lov om helseforetak m.m | https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/ |
| Samarbeidsavtale mellom Sykehusapotek Nord HF og Universitetssykehuset Nord Norge HF | Ephorte®, Sykehusapotek Nord ref. 2013/100 |
| Avtale om ASL mellom sykehusapoteket og avdeling | u.off §23 |
| Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek | https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455 |
| Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp | https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320 |
| Lov om apotek (Apotekloven) | https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39 |
| Sykehusapotekenes Legemiddelstatistikk | https://sykehusapotekene.no/fag-og-forskning/tjenester/sykehusapotekenes-legemiddelstatistikk-sls |
| Sykehusinnkjøp – divisjon legemidler (LIS) | https://sykehusinnkjop.no/legemidler |

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD



Inger Johanne Pettersen

Postboks 1490

8049 BODØ

Vår dato: 16.02.2018

Vår ref: 58883 / 3 / ST M

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.02.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 58883 | Ulike mekanismer for horisontal koordinering mellom sykehusapotek og sykehus |
| Behandlingsansvarlig | Nord universitet, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Inger Johanne Pettersen |
| Student | Margaret Aarag Antonsen |

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt Ved prosjektslutt 20.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne H øgetveit Myhren

Siri T enden Myklebust

K ontaktperson: Siri T enden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvilke mekanismer brukes for horisontal koordinering mellom sykehusapotek og sykehus?»

Bakgrunn og formål

Sykehusapotekene er tjenesteleverandører til sykehusene, men tjenesteleveransen skjer i tett samhandling med sykehusene. Jeg skal i min masteroppgave se på hvilke mekanismer som brukes for å sikre god samhandling mellom sykehus og sykehusapotek, og har valgt meg ut legemiddelleveranser til avdeling som prosessen jeg vil studere. Jeg vil gjennomføre intervju både med ansatte i sykehus og sykehusapotek og du er bedt om å delta som informant i denne studien fordi du i ditt daglige arbeid har kontakt med sykehus/sykehusapotek.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg vil i studien gjennom intervjuer både spørre personer i sykehusene og på sykehusapotek hvordan koordineringen mellom sykehuset og sykehusapoteket foregår i det daglige. Spørsmålene vil blant annet omhandle hvordan planlegging og daglig drift av legemiddelleveranser foregår. Jeg vil også studere relevante dokumenter som for eksempel avtaler eller prosedyrer.

Intervjuene vil bli tatt opp og det vil bli gjort skriftlige notater underveis i intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og all data som brukes i oppgaven vil bli anonymisert og slettes etter at oppgaven er godkjent. Dersom jeg ønsker å bruke direkte sitat fra det som du sier i intervjuene vil jeg sende en utskrift av disse til deg for godkjenning.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20. juni.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Margaret Aarag Antonsen på telefon 92290749. Veileder for oppgaven er Kari Nyland (kari.nyland@ntnu.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, datainnsamling er godkjent av Elin Gullhav, konst. leder for Kvalut, Universitetssykehuset Nord-Norge og Espen Mælen Hauge, administrerende direktør i Sykehusapotek Nord

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6 Prosesskart Apotekstyrt Legemiddellager

