



UiT Norges arktiske universitet

Handelshøgskolen ved UiT

Økonomiansvar i et helseforetak

En studie av holdningen til økonomiansvar blant ledere ved Universitetssykehuset i Nord Norge.

Kiana Sarah Kvalvik

Masteroppgave i økonomi og administrasjon Bed-3901 mai 2020

Forord

Denne mastergradsavhandlingen gir 30 studiepoeng i fagområdet økonomisk styring, og er den avsluttende oppgaven på en 2-årig mastergrad i økonomi og administrasjon på Handelshøgskolen ved UiT Norges Arktiske Universitet. Formålet med studien er å bidra til forskningen på holdninger til økonomiansvar i offentlig helsesektor. Inspirasjonen til oppgaven er hentet fra forskningsrapporten «*Økonomisk styring i helseforetak: avdelingsledernes holdning til økonomiansvar*» (Nyland og Østergren, 2008).

Studien analyserer holdninger til økonomiansvar blant ledere på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), som har stilt sin kompetanse og ressurser til disposisjon. UNN har vært tilgjengelig gjennom hele prosessen, selv i en periode hvor landet er del av en pandemi. Jeg vil rette en stor takk til alle jeg har vært i kontakt med ved økonomi og analysesenteret, som har gjort denne oppgaven mulig.

En stor takk går til mine veiledere, professor Elsa Solstad og universitetslektor Helen Marita Sørensen Holst, for solid oppfølging, konstruktive tilbakemeldinger og støtte hele veien. Deres kompetanse og dyktighet har vært betryggende i en slik prosess, og jeg er takknemlig for kunnskapen de har delt med meg.

Jeg vil også rekke en stor takk til min stefar, som har vært en sparringspartner og en betydelig støttespiller gjennom hele forskningsprosessen. Ditt engasjement har bidratt til at jeg har klart å holde holdet oppe i en krevende studieperiode. En siste takk rettes til hele min familie, som har vært uvurderlige støttespillere gjennom mine fem år med studie.

Tromsø, 28. mai 2020

Kiana Sarah Kvalvik

Sammendrag

Helsesektoren har vært gjenstand for en rekke endringer de siste tiårene. Et av formålene har vært å tilrettelegge for bedre økonomisk styring i sykehusene. Særlig helsereformen i 2002 har hatt innvirkninger på økonomistyringen, som i stor grad handlet om å skape klare ansvarslinjer for det økonomiske ansvaret. I hvilken grad helsereformen har lyktes i dette, har vært et tema i flere tidligere forskningsrapporter som handler om ledernes holdninger til økonomiansvaret. I årene etter helsereformen var sektoren stadig preget av en negativ økonomisk situasjon, noe som endret seg i 2008. Funnene fra enkelte forskningsrapporter indikerer at det har skjedd en endring i ledernes holdninger i samme periode.

Denne studien undersøker ledernes holdninger til økonomiansvar i et helseforetaket UNN-HF, med hensikt å kartlegge holdningene på ulike nivå. Dette bidrar til forskningen på temaet om økonomiansvar i offentlig helsesektor, da denne studien går mer i dybden av å fokusere på et helseforetak og i bredden ved å ta for seg ulike ledernivå. Dette er belyst gjennom følgende problemstilling:

«Hvordan er holdningene til økonomiansvaret på de ulike ledernivåene i et helseforetak?»

Det er gjennomført en ekstensiv casestudie, hvor både kvantitativ og kvalitativ metode er benyttet. En spørreundersøkelse ble sendt ut til 275 ledere, bestående av klinikkjefer, avdelingsledere og seksjonsledere/enhetsledere. Innsamlet data ble behandlet i statistikkprogrammet SPSS. Sentral i min studie er Anthony og Youngs (2003) «ideelle styringssirkel», og Simons (1995) teoretiske rammeverk «Levers of Control». Det det gjøres videre rede for hvordan økonomisk styring skjer i helsesektoren i dag, hvilke utfordringer en slik sektor kan møte på, prinsipal-agent teori og teori om institusjonelle logikker.

Mine funn viser at ledernes holdning til økonomiansvaret synes å være mer positive øverst hos klinikkjefene i hierarkiet, og gradvis minker desto lavere ledernivå. Likevel, virker det som at lederne i samtlige ledernivå oppfatter å ha nok økonomisk kompetanse og at de vet at de har et økonomisk ansvar ovenfor klinikken, avdelingen eller seksjonen, men at de ikke oppfatter dette ansvaret som like essensielt i forhold til det helsefaglige ansvaret de har.

Formålet med helsereformen om klare økonomiske ansvarslinjer, virker dermed ikke å ha lyktes i å tydeliggjøre de økonomiske ansvarslinjene på de lavere ledernivåene i UNN.

Nøkkelord: Økonomistyring, helseforetak, økonomiansvar, sykehus, institusjonelle logikker

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og tema.....	1
1.2	Problemstilling og avgrensninger.....	3
1.3	Oppgavens videre oppbygning.....	4
2	Faglig rammeverk.....	5
2.1	Økonomistyring.....	5
2.1.1	Styringssirkelen.....	6
2.1.2	Diagnostisk og interaktiv styring.....	7
2.2	Økonomistyring i helsesektoren.....	9
2.3	Utfordringer med økonomistyring i et helseforetak.....	9
2.3.1	Ulik virkelighetsoppfatning.....	10
2.3.2	Ulik virkelighetsoppfatning av helseforetakets mål.....	11
2.3.3	Bruk av budsjett i helsesektoren.....	12
2.4	Prinsipal agent.....	15
2.5	Institusjonelle logikker.....	16
2.6	Oppsummering av teori.....	17
3	Metode.....	18
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	18
3.2	Forskningsdesign.....	19
3.2.1	Casedesign.....	21
3.3	Forskningsmetode.....	21
3.3.1	Kvantitativ metode.....	21
3.3.2	Dokumentstudier.....	22
3.4	Datainnsamling.....	23
3.4.1	Utforming av spørreundersøkelsen.....	23

3.4.2	Innsamlingsprosessen.....	25
3.4.3	Undesøkelsens populasjon	25
3.4.4	Svarprosent.....	26
3.5	Studiens kvalitet	27
3.5.1	Reliabilitet	27
3.5.2	Validitet.....	28
3.6	Forskningsetikk og juridisk ansvar.....	29
4	Kontekst og casebeskrivelse.....	30
4.1	Lederansvaret i sykehus.....	30
4.2	Universitetssykehuset i Nord-Norge	31
5	Presentasjon av empiri	34
5.1	Ledernes bakgrunn	34
5.2	Mål og strategi	35
5.3	Involvering og deltakelse i plan og budsjett.....	37
5.3.1	Ressursfordeling.....	38
5.4	Handling	40
5.5	Rapportering og oppfølging.....	41
5.5.1	Formell rapportering	42
5.5.2	Uformell rapportering	43
5.5.3	Bruk av styringsinformasjon	44
5.5.4	Hva brukes styringsinformasjonen til?.....	46
5.5.5	Oppfølging og konsekvenser ved budsjettavvik	48
5.6	Holdninger til økonomistyring	49
5.7	Oppsummering av nøkkelfunn	54
6	Diskusjon.....	56
6.1	Strategisk planlegging	56

6.2	Planlegging og budsjettering	57
6.3	Handling	58
6.4	Rapportering og evaluering	60
7	Konklusjon	63
7.1	Forslag til videre forskning.....	64
8	Referanseliste	65
9	Vedlegg	68
	Vedlegg 1: Spørreskjema	68
	Vedlegg 2 – Resultater fra spørsmål 19	82

Tabelliste

Tabell 1 - Spørreskjemaets fem kapitler (Nyland & Østergren, 2008).	24
Tabell 2 - Populasjon.....	26
Tabell 3 - Hvordan har din klinikk/avdeling/seksjon gjort det i forhold til klinikkens/avdelingens/seksjonens budsjett i 2019?	35
Tabell 4 - Angi i hvilken grad du er enig i følgende påstander om hvilke signaler du mener topplederen i helseforetaket sendte til klinikken/avdelingen/seksjonen i 2019.....	36
Tabell 5 - I hvilken grad er du enig i følgende påstander om budsjettarbeidet i din klinikk/avdeling/seksjon?	37
Tabell 6 - Angi hvor enig eller uenig du er i følgende påstand om budsjettprosessen.	39
Tabell 7 - Angi hvor enig du er i følgende påstander om hva du som klinikk/sjef/ avdelingsleder/seksjonsleder faktisk har gjort i 2019 for å tilpasse aktivitet til budsjett.....	40
Tabell 8 - Angi hvor ofte du har hatt tilgang til følgende rapporter/analyser/informasjon i 2019.....	42
Tabell 9 - Angi hvor ofte du har hatt tilgang til følgende uformelle rapporter og informasjon i 2019.....	44
Tabell 10 - Angi i hvor stor grad du bruker følgende typer informasjon som grunnlag for styring.....	45

Tabell 11 - Angi i hvilken grad du bruker regnskaps- og aktivitetsrapporter, avviksanalyser og andre analyser på følgende måter.	47
Tabell 12 - Angi i hvor stor grad følgende tiltak er blitt iverksatt i klinikken/avdelingen/seksjonen på grunn av at ressursforbruket har vært høyere enn budsjettet i 2019.	49
Tabell 13 - Angi hvor enig/uenig du er i følgende påstander om økonomistyring for din klinikk/avdeling/seksjon i 2019.	50
Tabell 14 - Angi hvor enig/uenig du er i følgende påstander om økonomistyring for din klinikk/avdeling/seksjon i 2019.	52

Figurliste

Figur 1 - Den ideelle økonomiske styringssirkelen (basert på Anthony og Young, 2003).....	6
Figur 2 - Sykehus som et profesjonelt byråkrati (Mintzberg, 1979, s. 361). Hentet fra (Solstad, 2009, s.35).....	10
Figur 3 - Organisasjonskart, Universitetssykehuset i Nord-Norge.	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og tema

Det norske helsevesenet har gjennomgått store endringer på grunn av flere reformer gjennomført de siste tiårene. Felles for disse reformene er at de bygger på en internasjonal trend under navnet New Public Management (NPM) (Hood, 1995). Det er særlig Helsereformen i 2002 som har hatt innvirkninger på økonomistyringen i sykehusene. Helsereformen, ofte omtalt som statlig overtakelse av sykehusene, hadde som et av de viktigste formålene å skape klare ansvarslinjer for det økonomiske ansvaret. NPM kjennetegnes ved at statens styringsteknikker går i retning av mer delegering i form av budsjettfullmakter, som ofte er kombinert med mål- og resultatstyring (Nyland & Pettersen, 2010).

Myndighetene ønsket med reformene å tilrettelegge for bedre økonomisk styring i sykehusene ved at helsedepartementet kun forholder seg til de regionale helseforetakene. Innføringen av regnskapsprinsippet skulle gi en entydig bunnlinje, og helseforetakene skulle selv foreta avveininger mellom drift og investering (Nyland & Olsen, 2017). Dette betyr med andre ord, mer frihet i helsesektoren og en delegering av det økonomiske ansvaret videre nedover i helseforetakene.

Det er nå omtrent atten år siden helsereformen ble gjennomført, og det er tydelig at reformen har bydd på ulike utfordringer. Dette var spesielt tydelig i årene mellom 2002 og 2008, hvor helsesektoren var preget av stadige overskridelser av budsjett, som tydet på at det var et styringsproblem i sektoren (Nyland og Østergren, 2008). Dette kan underbygges av tidligere forskning, som viser til at det kan være vanskelig å skape økonomisk ansvarlighet i omsorgsrelaterte yrkesgrupper (Nyland & Pettersen, 2004; Llewellyn, 1998 gjengitt i Nyland & Østergren, 2008).

I en nyere rapport fra helsedirektoratet i 2018, kan det derimot virke som at det har skjedd en endring i sektoren fra rundt 2008. Her vises det til en tydelig bedret økonomisk situasjon de 10 påfølgende årene for de regionale helseforetakene. Dette kan tyde på at reformene nå har begynt å oppnå ønsket effekt, og at de har klart å skape klare ansvarslinjer for det økonomiske ansvaret (Helsedirektoratet, 2018, s. 25).

I 2008 ble det gjennomført en studie av Nyland og Østergren (2008) innenfor dette tema om økonomisk ansvar i omsorgsrelaterte yrker, hvor det ble forsket på avdelingsledernes holdning til økonomiansvar. Her var hensikten å studere hvordan den økonomiske ansvarligheten var definert, oppfattet og fulgt opp i tre av helseregionene; Helse Nord, Helse Midt-Norge og tidligere Helse Sør. Videre har det også blitt gjennomført en liknende studie av Nyland og Olsen (2017) om avdelingsledernes holdninger til økonomistyring, hvor de hadde til hensikt å analysere endringer i helseforetakenes økonomistyring siden 2008, med fokus på hvilke endringer som kunne observeres i avdelingsledernes holdninger. Studien til Nyland og Østergren (2008 s. 19) konkluderte med at

«forventinger som ble stilt til helsereformen om økt økonomisk ansvarlighet, ikke nødvendigvis er oppfylt ettersom det er en diskrepans mellom praksis og bruk»

av det økonomiske styringssystemet. I studien til Nyland og Olsen (2017 s. 51) fremkommer det derimot at

«våre funn tyder på at avdelingsledere i økende grad føler seg kompetente til å styre avdelingens økonomi, og de blir tettere fulgt opp av sin nærmeste leder. Dette kan tyde på at økonomifokuset har trengt ned i sykehusorganisasjonene».

Disse studiene er til dels sammenliknbare, og det kan dermed virke som at det har skjedd en endring i avdelingsledernes holdning til økonomiansvaret de har ved stillingen. Videre forskning blir dessuten etterspurt av Nyland og Østergren (2008) knyttet til om reformene har ført til endringer i hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp internt i foretakene. Jeg vil dermed søke å besvare det Nyland og Østergren (2008) etterspør, ved å undersøke hvordan holdningene til lederne på ulike nivåer i hierarkiet i et bestemt helseforetak er i dag, bestående av klinikksjefene, avdelingslederne og seksjonslederne/enhetslederne.

1.2 Problemstilling og avgrensninger

Formålet med denne studien er å bidra til forskningen på holdning til økonomiansvar i offentlig sektor. I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i det Nyland og Østergren (2008) etterspør i sin forskningsartikkel; om reformene har ført til endringer i hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp internt i foretakene. Jeg vil bygge videre på dette ved å undersøke holdningene til lederne fra klinikknivå og nedover i hierarkiet. Dette vil være hensiktsmessig ettersom det økonomiske ansvaret fordeles nedover i foretaket, og holdningene kan være ulike. Følgelig er min problemstilling:

«Hvordan er holdningene til økonomiansvaret på de ulike ledernivåene i et helseforetak?»

Begrepet økonomiansvar er definert som ansvaret lederne har til å innfri budsjettforventningene. I sosialpsykologien er begrepet holdninger en betegnelse for en tendens til å tenke, føle eller handle positivt eller negativt overfor noe, og kan uttrykkes gjennom oppfatninger og handlinger (Svartdal, 2018). Følgelig er den overordnede problemstillingen avgrenset til forskningsspørsmål som vil uttrykke ledernes holdninger:

- *Hvordan oppfatter lederne økonomiansvaret?*
- *Hvordan arbeider lederne med økonomistyring?*

Begrepet «lederne» er en samlet betegnelse for klinikkssjefene, avdelingslederne og seksjons-/ enhetslederne ved helseforetaket. Videre vil «seksjonslederne» være en samlet betegnelse for seksjons- og enhetslederne.

For å besvare problemstillingen, vil jeg anvende relevant litteratur om generell økonomistyring, samt økonomistyring i helsesektoren og utfordringer med dette. Videre vil jeg samle inn data i form av en spørreundersøkelse hvor funnene til slutt er analysert opp mot den relevante litteraturen.

1.3 Oppgavens videre oppbygning

I oppgavens første kapittel ble problemstillingen presentert, og hvorfor problemstillingen er aktuell. *Kapittel 2*, tar videre for seg relevant teori for å besvare problemstillingen, og som dermed vil være utgangspunktet i diskusjonen av relevante funn. I *kapittel 3*, som tar for seg oppgavens metodiske tilnærming, beskrives vitenskapsteoretisk utgangspunkt, forskningsmetode og datainnsamling. Her er det også gjort vurderinger av forskningsdataens reliabilitet og validitet. Videre presenteres oppgavens case i *kapittel 4*, som er helseforetaket Universitetssykehuset i Nord-Norge. I *kapittel 5* presenteres empirien, som er funnene fra innsamlet forskningsdata. Avslutningsvis diskuteres relevante nøkkelfunn opp mot relevant teori i *kapittel 6*. Diskusjonen leder til konklusjon av problemstillingen som presenteres i *kapittel 7*. Helt til slutt i kapittel 7 er det et avsnitt om forslag til videre forskning.

2 Faglig rammeverk

Som nevnt innledningsvis var et av de viktigste formålene med helsereformen i 2002 å skape klare ansvarslinjer for det økonomiske ansvaret som har blitt delegert nedover i helseforetaket. For å få et inntrykk av hva dette økonomiske ansvaret innebærer, vil ulike perspektiver på økonomistyring presenteres. Her vil det rasjonelle og normative perspektivet som fremkommer av Anthony og Youngs (2003) ideelle styringssirkel gjøres rede for, inklusivt den mer interaktive tilnærmingen til styring som Simons (1995) beskriver i sitt rammeverk *Levers of Control*. Videre vil det gjøres rede for hvordan økonomisk styring skjer i helsesektoren i dag og hvilke utfordringer styring i en slik sektor kan møte på, ettersom dette kan ligge til grunn i ledernes holdninger. Avslutningsvis presenteres prinsippal-agent teorien og teori om institusjonelle logikker, som er hensiktsmessige teorier i en studie av ledes holdninger.

2.1 Økonomistyring

Ifølge Burns, Quinn, Warren og Oliveira (2013) så handler økonomistyring om bruk og tolkning av informasjon for å hjelpe ledere til å ta avgjørelser som gir korrekt bruk av organisasjonens resurser. Økonomistyringen skal med andre ord fungere som et informasjonssystem som skal benyttes for å ta de riktige beslutningene i henhold til virksomhetens strategi og overordnede mål.

Det finnes derimot mange ulike definisjoner av begrepet økonomistyring, som gjennom tiden har utviklet seg fra en tradisjonell normativ tilnærming til en mer moderne og interaktiv tilnærming. Denne utviklingen kan sies å være et resultat av kritikken til økonomistyringsprosessen som begynte rundt 1980-tallet i Skandinavia. Kritikken handlet om at de tradisjonelle perspektivene ble sett på som for snevre til å takle virksomhetens faktiske utfordringer (Pettersen, 2013). Økonomistyringslitteraturen har dermed utviklet seg fra et fokus på interne aktiviteter og prosesser, til å også inkludere eksternt miljø i langt større grad (Malmi & Brown, 2008; Simons, 1995). Jeg vil videre gjøre rede for denne utviklingen i økonomistyringslitteraturen.

2.1.1 Styrings sirkelen

Tidlig økonomisturingslitteratur er basert på en normativ og diagnostisk tenking (Simons, 1995; Pettersen, 2013; Anthony, 1965). Anthony (1965, s. 17) definerte begrepet økonomistyring som

«the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives»,

og beskriver prosessen som bindeleddet mellom strategisk planlegging og operasjonell kontroll. Innenfor denne tradisjonelle normative tilnærmingen, presenteres en styringsprosess bestående av strategisk planlegging, budsjettering, handling og måling, samt regnskap/rapportering og evaluering. Dette prinsippet bygger på en rasjonell prosess, som foregår regelmessig og kontinuerlig over tid, med tette koblinger mellom elementene. Den ideelle styringssirkelen basert på Anthony og Young (2003) er illustrert i figur 1.



Figur 1 - Den ideelle økonomiske styringssirkelen (basert på Anthony og Young, 2003)

I prinsippet starter prosessen med å definere felles overordnede mål for organisasjonen, som vil være utgangspunktet for den strategiske planleggingen. Dette er med andre ord en langsiktig plan for å nå organisasjonens mål. I et helseforetak utarbeides planene basert på statens oppdragsdokument. Her er flere mål, styringskrav og andre parametere spesifisert. Budsjettet utarbeides basert på organisasjonens strategi, og er en årlig plan uttrykt i finansielle termer. Ledere får av dette elementet fullmakt til å disponere ressurser innenfor disse budsjetterte rammene.

Videre i prosessen er omsetning av plan til aktivitet, altså driften. Her fører lederne tilsyn, og regnskapsarbeiderne løpende måling av innsats og resultat. Siste element i prosessen handler ifølge Anthony og Young (2003) om rapportering og evaluering av regnskapsinformasjon til det strategiske nivået i organisasjonen, og skiller mellom operasjonell kontroll og prestasjonsevaluering. Operasjonell kontroll handler om at regnskapsinformasjonen benyttes for å kontrollere organisasjonens nåværende virksomhet, og på samme måte måles prestasjonen ved å evaluere driftsresultatet. Det strategiske nivået har ansvar for oppfølging og evaluering av avvik, noe som kan føre til en reorientering av de neste fasene. Dette viser til at styringssirkelen er en iterativ prosess, hvor ledelse fungerer som «limet» imellom elementene (Nyland & Pettersen, 2018). Styringssirkelen beskriver derimot kun en idealsituasjon og det kan forekomme brudd i alle elementene i modellen (Nyland & Pettersen 2004).

Denne tradisjonelle økonomistyringslitteratruen beskriver en ideell, formålsrasjonell styringstenking som i realiteten kun illustrerer et forenklet bilde av styringspraksisen i helseforetakene. Anthonys (1965) definisjon fokuserer utelukkende på interne ressurser og har med dette blitt kritisert for å være for snever. Den gir likevel et bilde på hva økonomistyring handler om og blir ansett for å være en god start i forskningen (Otley, Broadbent & Berry, 1995).

2.1.2 Diagnostisk og interaktiv styring

Simons (1995 s. 5) beskriver en mer interaktiv tilnærming til økonomistyring i sitt rammeverk Levers of Control:

«management control systems are the formal, information – based routines and procedures managers use to maintain or alter patterns in organizational activities».

Her argumenterer Simons (1995) for at disse informasjonsbaserte systemene blir kontrollsystemer når de benyttes for å opprettholde eller endre mønstre på aktivitetene i organisasjonen. Hvis systemene ikke brukes til dette formålet, vil de fungere som beslutningsinformasjon. Dimensjoner av styring vil dermed på ulik måte påvirke helseforetakets suksess i implementeringen av strategien (Nyland & Østergren, 2008). Innenfor disse dimensjonene introduseres diagnostisk og interaktiv styring.

Den diagnostiske og normative styringen stammer fra den tradisjonelle økonomistyringslitteraturen. Dette kan snevert oppfattes som et bestemt sett av styringsverktøy, for eksempel budsjettering og lønnsomhetsanalyser som ledelsen bruker for å etterleve strategien (Melander, 2001). Simons (1995, s.59) beskriver diagnostisk styring ved:

«in organizations of any size, the complexity of operations and the sheer number of decisions needed daily force subordinates to make many decisions on their own. At the same time, senior managers need assurance that these decisions are in line with organizational goals»

Styringsinformasjonen vil derfor innenfor dette perspektivet først og fremst benyttes for å kontrollere for eventuelle avvik slik at disse avvikene kan korrigeres for i etterkant. Ifølge Pettersen (2003) vil et slikt normativt og diagnostisk perspektiv på økonomistyring, beskrive virkeligheten slik den burde være basert på visse forutsetninger med utgangspunkt i rasjonalitet og maksimering av profitt. Ved at styringen er rasjonell, forutsettes det at det er samsvar mellom plan og handling.

Den tradisjonelle økonomistyringen Anthony (1965) beskriver ble kritisert for å være for snever i forhold til denne mer moderne tilnærmingen, ettersom den ikke tar for seg utfordringene som kan eksistere i et bredere perspektiv, som for eksempel ved målkonflikter, kommunikasjonsbarrierer, maktspill og politikk (Chenhall, 2003; Melander 2001; Pettersen, 2013). Studier av økonomisk styring viser til at den økonomiske styringsprosessen i praksis ikke er like rasjonell som en slik diagnostisk tankegang viser til, og at det dermed vil være behov for interaktiv bruk av styringsinformasjonen (Simons, 2000; Nyland & Østergren, 2008).

Interaktiv styring handler dermed om ledelse, og omfatter all usystematisk og uformell kommunikasjon som utføres av ledelsen for å ta del i beslutningsprosessen til de ansatte. Simons (1995, s. 91) beskriver interaktiv styring ved:

«These control systems stimulate search and learning, allowing new strategies to emerge as participants through the organization respond to perceived opportunities and threats».

Ved at ledelsen aktivt tar del i de ansattes beslutningsprosess, fremmer det læring og kreative problemløsninger. Styringsinformasjonen fra budsjettet og regnskapet brukes i denne

sammenheng av lederne til å påvirke og influere de ansatte til å ta riktige avgjørelser. Blir budsjettarbeidet tatt seriøst av lederne, vil dette få en reel betydning for holdningene, prioriteringene og handlingene til de ansatte (Melander, 2001).

2.2 Økonomistyring i helsesektoren

I offentlig sektor er budsjettstyring hevdet å være den mest sentrale styringslogikken (Johansson & Siverbo, 2014). Dette kommer av at sektoren primært er finansiert gjennom skatter og avgifter, og at inntektene staten får dermed ikke reflekterer markedsværdien av tjenesten som tilbys (Nyland & Pettersen, 2010). Med statlig finansiering må befolkningen være trygg på de beslutningene som tas på vegne av dem, er til det beste for samfunnet, og at ressursene brukes deretter. Økonomistyringen i sykehus har med andre ord en legitimerende funksjon (Nyland & Pettersen, 2010; Røvik, 2002). Denne styrker de gjennom å øke aktivitet og etterkomme behovet for helsetjeneste hos befolkningen, fremfor å vise lojalitet mot budsjettammene (Nyland & Pettersen, 2010).

Helsesektoren er bestående av organisasjoner med kompleks teknologi, skiftende omgivelser og profesjonelle aktører. Slike organisasjoner er dessuten kulturbærende og normstyrte (Nyland & Pettersen, 2018) og krever styringssystemer som inkluderer interaktiv og diagnostisk styring (Simons, 1995). Økonomisk styring i helsesektoren er kjennetegnet av mange utfordringer på grunn av dens komplekse art, og anses dermed av noen forfattere for å være «ustyrelig» (Glouberman & Mintzberg, 2001 gjengitt i Kastberg & Siverbo, 2016). Jeg vil videre belyse ulike styringsutfordringer som kan fremkomme i et sykehus.

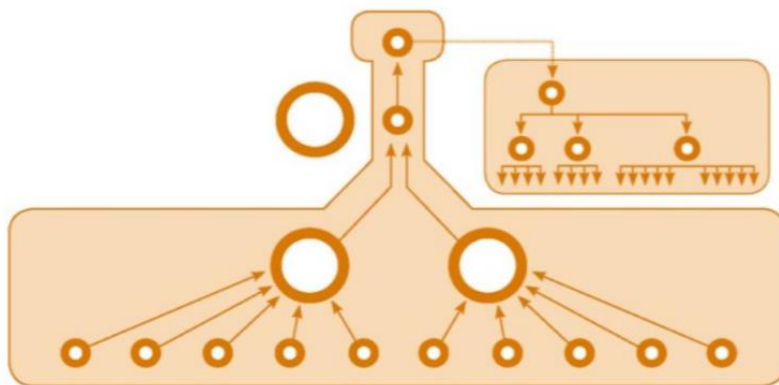
2.3 Utfordringer med økonomistyring i et helseforetak

Økonomisk styring kan analyseres gjennom et rasjonelt perspektiv, som beskrevet tidligere i styringssirkelen, eller gjennom en mer moderne tilnærming, som anser økonomistyring som en ledelsesorientert interaktiv prosess. Fra et rasjonelt perspektiv vil et brudd i koblingene mellom strategi, budsjetter/planer og regnskap, føre til styringsproblemer. Det kan være vanskelig å forstå alle styringsutfordringene som kan forekomme i en slik kompleks organisasjon uten også å ta for seg styringsutfordringer som kan forekomme ved et bredere perspektiv.

Jeg vil videre ta for meg styringsutfordringer som kan forekomme av brudd i styringssirkelen og utfordringer som kan komme av ulik virkelighetsoppfatning, uklare mål, prinsippal-agent-teorien, samt institusjonelle logikker.

2.3.1 Ulik virkelighetsoppfatning

Som kunnskapsbedrift har sykehus høye krav til spesialkompetanse blant sine ansatte. Et helseforetak kan dermed defineres som et profesjonelt byråkrati (Mintzberg 1979, 1989 gjengitt i Pettersen, m.fl., 2008), og forbindes gjerne med rutiner og regelbundet adferd (Solstad, 2009). Et slikt profesjonelt byråkrati består av sterke og parallelle autoritetshierarkier; administrasjonen og de profesjonelle aktørene der profesjonene styrer. Administrasjonen kan i slike organisasjoner ofte bli sett på som en motstander eller en eksternt del av organisasjonen, noe som tilsier delte virkelighetsoppfatningen mellom hierarkiene (Solstad, 2009). Dette kan følgelig resultere i styringsutfordringer og en dysfunksjonell organisasjon. Mintzbergs (1979) organisasjonsmodell er illustrert i figur 2 under.



Figur 2 - Sykehus som et profesjonelt byråkrati (Mintzberg, 1979, s. 361). Hentet fra (Solstad, 2009, s.35)

Denne modellen beskriver et profesjonelt byråkrati, bestående av toppledelsen øverst, mellomledelsen i midten og den operative kjerne nederst, samt en teknostruktur (venstre) og en støttestruktur (høyre). Administrasjonen befinner seg i det man kan kalle støttestrukturen, og har i oppgave å allokere ressurser, styre gjennom budsjett og følge opp driften gjennom prestasjons- og målstyring (Pettersen m.fl., 2008).

Den operative kjernen er bestående av de kliniske avdelingene og de medisinske serviceavdelingene. Her er det de ansatte med spesialkompetanse som driver avdelingene, som ved å være i direkte kontakt med pasientene, befinner seg i produksjonslinjen (Pettersen, m.fl., 2008). Den operative kjernen vil dermed være avgjørende for tjenesteproduksjonen (Nyland & Pettersen, 2018), og ifølge Mintzberg (1979) og verdiskapningen vil i et helseforetak skje i den operasjonelle kjernen. Det er i disse avdelingene pasientene får sin behandling og hvor koordineringen skjer gjennom profesjonell kunnskap og erfaring (Pettersen, m.fl., 2008). I et helseforetak vil profesjonene ha stor grad av selvstyre i den

daglige drift ettersom de selv har autoritet og innsikt til å kontrollere og evaluere virksomheten (Pettersen & Nyland, 2018). Formell autoritet bygger i en slik organisasjon på ekspertise og erfaring fremfor regler. Det er dette som skiller et profesjonelt byråkrati fra funksjonsorganisasjoner (Pettersen, m.fl., 2008).

Mintzbergs (1979) profesjonelle byråkrati kan videre brukes til å illustrere hvordan styringspermisjene i et helseforetak skjer nedenfra fra den operative kjerne og opp til den strategiske ledelsen, fremfor motsatt, i en slik ekspertorganisasjon. Det øverste nivået i hierarkiet får med dette en mer observerende rolle ettersom de strategiske beslutningene må tas i dialog mellom lederne og den profesjonelle delen av hierarkiet. Den strategiske ledelsen bør dermed utformes etter disse premisene, og kravene som stilles til lederne i den operative kjernen likeså, ettersom lederne nær klinikkene vil ha stor innvirkning på organisasjon (Nyland & Pettersen, 2018).

2.3.2 Ulik virkelighetsoppfatning av helseforetakets mål

Økonomisk styring handler om de prosesser som brukes for å nå virksomhetens overordnede mål. I helsesektoren fremkommer disse overordnede målene i form av et oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet via det regionale helseforetaket og til det enkelte helseforetak. Derfra fordeles oppdragene til fagområder (klinikker, avdelinger og seksjoner/enheter innen foretaket (Nyland & Pettersen, 2018). Helsetjenesten har ikke som formål å maksimere profitt eller økonomisk resultat og målet vil derfor dreie seg om å benytte ressursene på en slik måte at de skaper mest mulig velferd for pasientene og samfunnet generelt innenfor de inntektsrammer som disponeres (Mauland & Mellemvik, 2004). Denne målformuleringen gjør økonomistyringen mer utfordrende i sykehus ettersom velferd i denne sammenheng er vanskeligere å måle (Nyland & Pettersen, 2018).

Helsesektoren har dessuten vært gjenstand for en rekke reformer de siste tiårene. Det har resultert i at økonomisk styring- og regnskapsinformasjon spiller en større rolle i styringen av sykehus på avdelingsnivå. Det rasjonalistiske synet som kommer til uttrykk i disse reformene byr på utfordringer i henhold til disse ulike virkelighetsoppfatningene av målene som kan forekomme i helsesektoren (Pettersen & Solstad, 2014). Sterke profesjoner og normer i organisasjonen åpner for mål-middel-konflikter, og gjør det vanskelig å styre virksomheten etter økonomisk rasjonalitet da det kan oppleves som en direkte motsetning til profesjonsnormene.

Oppdragsdokumentet fra staten kan inneholde overordnede, uklare og til dels motstridende målsettinger som vanskelig lar seg operasjonalisere, spesielt uten prioriteringer dem imellom. Bestillingen fra staten kan dermed være preget av tvetydighet. Ulik virkelighetsoppfatning vil dermed kunne føre til ulik prioritering og forståelse av organisasjonens mål (Pettersen, m.fl., 2008).

Uklarhet i organisasjonens mål vil følgelig gjøre det vanskelig å angi måloppnåelse. Profesjonene kan være uenige om midlene for å nå målsettingen som er basert på en subjektiv vurdering. I en slik profesjonell organisasjon, kan dermed mål-middel konflikter oppstå i situasjoner der det er uklarhet i hvilke virkemidler og ressurser som er best egnet til å nå organisasjonens mål (Pettersen, m.fl., 2008). Slike mål-middel-konflikter kan oppstå mellom aktører med en økonomisk tilnærming og aktører med utelukkende medisinskfaglig tilnærming. Det kan også oppstå internt i den operative kjerne, for eksempel mellom en lege og en sykepleier (Pettersen, m. fl., 2008).

2.3.3 Bruk av budsjett i helsesektoren

Som nevnt er en konsekvens av reformene helsesektoren har gjennomgått de siste tiårene, at bruken av regnskapsinformasjon har fått en langt større betydning for styringen av virksomheten. Et av de viktigste formålene har dermed vært å skape klare ansvarlinjer for det økonomiske ansvaret. Dette betyr at styringsinformasjonen fra blant annet budsjetter har fått en viktigere rolle hos lederne i organisasjonen. Budsjettering i helseforetak er et viktig virkemiddel for å konkretisere strategien og kan defineres som:

«et budsjett er et handlingsrom [...] uttrykt i økonomiske termer, alt basert på angitte forutsetninger for en begrenset framtidig periode» (Boye, Bjørnenak & Bergstrand, 1999, s. 27).

I helsesektoren utgjør budsjettet et sentralt diagnostisk styringssystem, og består av innsatsstyrt finansiering (ISF) i kombinasjon med rammefinansiering. Med ISF er inntektene knyttet til det diagnoserelaterte gruppesystemet (DRG), med nasjonale kostnadsvekter (Nyland & Pettersen, 2018). DRG-systemet, vil slik ordlyden tilsier, gruppere diagnoser og tilhørende behandling, som er om lag like ressurskrevende og medisinsk meningsfulle. Ved å gjøre dette forsøkes det å minske motivene for at helseforetakene tar økonomiske valg i prioriteringen av pasientgrupper. Ordningen med ISF premierer høy aktivitet og

gjennomstrømming av pasienter, noe som ble gjort for å stimulere til økt aktivitet og effektivitet i spesialhelsetjenesten (Nyland & Pettersen, 2018).

Dette økte fokuset på økonomisk styring kan derimot by på ulike utfordringer i et helseforetak. En viktig forutsetning for økonomisk ansvarlighet er at relevant informasjon om kostnader, prestasjon og mål er gitt på en rettidig måte til beslutningstakerne (Nyland & Pettersen, 2004). Kostnadsinformasjonen og klinisk styringsinformasjon befinner seg derimot i ulike systemer, og det vil dermed ikke være en direkte kobling mellom kostnader og de kliniske måltallene. Dessuten er kostnadene budsjettert basert på historiske kostnader, og ikke med bakgrunn i aktivitetsdata. Dette kan føre til måleproblemer og at kostnadene blir for aggregerte til at kliniske ledere faktisk får en oversikt over hvor mye en aktivitet koster (Pettersen & Nyland, 2006; Pettersen & Solstad, 2014). Planleggingen av aktivitet innenfor ressursgrensene kan dermed være vanskelig.

Helsesektoren er pålagt å lage budsjett, selv om dette ikke nødvendigvis sikrer god økonomistyring (Nyland & Pettersen, 2018). For at budsjettet skal fungere som et effektivt virkemiddel for måloppnåelse, forutsettes det at medarbeiderne aksepterer budsjettet, forplikter seg til de gitte budsjettmålene og at det er en reel kobling mellom mål og budsjett. Her viser derimot empiriske funn til at det ikke nødvendigvis er tette koblinger mellom mål og budsjett. Ofte er ikke budsjetttrammene for det regionale helseforetaket klare før et stykke inn i driftsåret, noe som betyr at diskusjoner om mål og planlegging allerede har skjedd (Pettersen, m.fl., 2008). Planene gjenspeiler dermed ikke alltid budsjettet, noe som støttes av eksempler på situasjoner hvor planer har blitt laget uten utredelse av økonomiske konsekvenser i grunn.

Et nytt problem oppstår etter at budsjettmidlene fra staten er klare og er godkjente i RHF-ene. Her hender det ofte at helseforetakene må redusere de opprinnelige budsjettene, noe som kan gjøres ved å redusere budsjettene i enhetene med en prosentsats. Utfordringer kan oppstå uten konkrete planer for hvordan denne besparelsen skal gjennomføres, noe som kan resultere i at budsjettet oppfattes som urealistiske av lederne (Pettersen, m.fl., 2008). Empiriske funn i undersøkelsen til Nyland og Østergren (2008) om avdelingslederes holdninger til økonomiansvar, viser dessuten til at mange avdelingsledere som opplevde budsjettoverskridelser, oppfattet sitt opprinnelige budsjett som urealistisk.

For at budsjettet skal fungere som et virkemiddel til måloppnåelse, er det ikke bare viktig med koblinger mellom mål og budsjett, men også budsjett og handling. Dette gjenspeiler det Anthony og Young (2003) illustrerer gjennom styringssirkelen. Helsesektoren har vært preget av budsjettoverskridelser i mange år (Nyland & Østergren, 2008), og det har blitt argumentert for at dette i stor grad skyldes at aktiviteten målt i antall behandlede pasienter har vært større enn forutsatt i bevilgningen fra staten (Pettersen, m.fl., 2008).

Oppdragsdokumentet fra staten kan som nevnt ha til dels motstridende målsettinger uten prioriteringer dem imellom, noe Pettersen m.fl. (2008) belyser etter en analyse av budsjettoverskridelsene fra 2002-2006. Her ble det oppdaget målkonflikt ved at foretakene hadde et krav om å holde aktivitetsnivået stabilt, men samtidig var pålagt å redusere ventelister, samt innfri pasienters rett til behandling. Ved et forhøyet aktivitetsnivå, gir dette et argument for tilleggsbevilgninger. Dette betyr at å holde budsjettet ikke blir ansett å være det viktigste, og at brudd i koblingen er akseptert. Det kan dermed sies at staten praktiserer myke budsjettbetingelser (Pettersen, m.fl., 2008). Dette trekker oss tilbake til teorien om interaktiv styring hvor det presiseres at budsjettarbeidet må tas alvorlig for at budsjettet skal ha en reel innvirkning på holdningene, prioriteringene og handlingene til de ansatte (Melander, 2001). Budsjettet må dermed tilpasses handling, noe som ikke er forenelig med rasjonell styringspraksis.

Det økonomiske ansvaret for hele organisasjonen er fordelt på de ulike enhetene. Klinikkleidelsen holdes dermed formelt sett ansvarlig ovenfor budsjettet, men som nevnt ovenfor, vil ikke et underskudd gi særlige konsekvenser. Et overskudd vil dessuten trekkes tilbake for å brukes til å dekke andre underskudd, noe som kan minske motivasjonen for å arbeide mot dette (Pettersen & Solstad, 2015). Budsjettrestriksjonene er dermed lite effektive i en beslutningssammenheng på et operativt nivå. Avslutningsvis er det viktig å presisere at helseforetak har som etablert praksis at beslutninger skal tas med hensyn på pasientens beste, fremfor økonomi. Dette vil følgelig resultere i administrative utfordringer mellom budsjett, mål og handling.

2.4 Prinsipal agent

Prinsipal-agentteori ble først introdusert av Jensen og Meckling i 1979, og beskriver en situasjon hvor et individ prioriterer egeninteresser og utnytter muligheter til egen favør, også omtalt som opportunistisk atferd. Slik atferd kan oppstå i situasjoner med knappe ressurser, hvor det gjerne også er måleproblemer (Nyland & Pettersen, 2018). Ifølge Jensen og Meckling (1979) så beskriver prinsipal-agentteorien en atferd hvor medarbeidere eller interessenter i skjul arbeider for egne mål fremfor organisasjonens vedtatte målsettinger.

Slike situasjoner kan forekomme når prinsipal og agent har ulike målsettinger. I helsesektoren kan prinsipalen være sykehusdirektøren. Klinikksjefene vil operere som agenter for direktøren samtidig som de opptrer som prinsipal for sine ansatte i klinikken. Det vil følgelig oppstå flere prinsipal-agentrelasjoner i et sykehus som i de fleste tilfeller er basert på en relasjon med gjensidig avhengighet (Nyland & Pettersen, 2018). Det er tre årsaker som kan ligge til grunn for opportunistisk atferd; ulike målsettinger og risikoaversjon mellom prinsipal og agent, samt asymmetrisk informasjon (Williamson, 1983).

Prinsipalen har i mange tilfeller ikke mulighet for å kontrollere og overvåke agentens atferd. Ulike målsettinger mellom prinsipal og agent kan dermed føre til at agenten prioriterer å følge egne mål. Dette kan forekomme i situasjoner hvor agentene ikke aksepterer eller er enig i de overordene målene og dermed bruker sitt handlingsrom til å arbeide for egne mål i skjul (Nyland & Pettersen, 2018). I helsesektoren kan dette skje blant de ansatte som befinner seg nærmest pasientene, hvor handling i affekt og omsorg for pasienten kan overgå et rasjonelt fokus på økonomi. Som det fremkommer av Mintzbergs (1979) organisasjonsmodell, er ikke profesjonenes målsettinger alltid sammenfallende med administrasjonens.

Når en prinsipal og en agent har ulik tilgang på informasjon, oppstår det som kalles asymmetrisk informasjon. Dette kan føre til at den parten som har mest informasjon, dermed har makt og kan opptre opportunistisk. Her introduseres begrepene «hidden action» og «hidden information» (Williamson, 1983 gjengitt i Nyland & Pettersen, 2018). Disse begrepene handler om at prinsipalen ikke har mulighet til å observere eller har innsikt i agentens atferd.

Den siste årsaken som Williamson (1983) hevder å være årsak til opportunistisk atferd, handler om ulik risikoaversjon mellom prinsipalen og agenten. Prinsipalen er gjerne lengere unna pasientsituasjoner og kan dermed akseptere mer risiko enn agentene som gjerne er mer i

direkte kontakt med pasientene. Her kan agenten gjøre en subjektiv vurdering av det å bryte regler for å gi pasienter mer omsorg og behandling (Nyland & Pettersen, 2018).

2.5 Institusjonelle logikker

Det finnes ulike definisjoner av institusjonelle logikker. Thornton og Ocasio (2008, s. 101-102) her en definisjon som forener de flere:

« [...] The various definitions of institutional logics all presuppose a core meta-theory: to understand individual and organizational behavior, it must be located in a social and institutional context, and this institutional context both regularizes behavior and provide opportunity for agency and change »

Av denne definisjonen presiseres viktigheten av å studere institusjonelle logikker for å forstå organisasjonen. Det er logikkene som styrer adferden i organisasjonen, og på denne måten fører logikkene til praksis. Canning og O'Dawyer (2016) tar også for seg dette når de hevder at det er de institusjonelle logikkene som legger føringer for hvilke problemstillinger som skal prioriteres, hvilke målsettinger som skal settes og hvilke virkemiddel som skal benyttes for nå dette målet.

I helsesektoren møtes sterke yrkesgrupper i form av helsepersonell i den operative kjerne og økonomer i administrasjonen. Her vil helsepersonalet forme sin medisinske logikk tidlig. Det stilles strenge krav i utdanningen for å bli lege eller sykepleier, hvor fokuset hele tiden ligger på behandlingen av pasienten, fremfor det økonomiske perspektivet av de ulike behandlingalternativene. Logikken de tar med seg fra studiene vil dermed forsterkes i praksis gjennom normene og verdiene i sykehuset (Abernethy, 1996; Nyland & Pettersen, 2004). March og Olsen (1989) kaller denne logikken for «logic of appropriateness» som løst oversatt betyr logikk basert på egnethet.

Økonomenes logikk vil også til en viss grad formes tidlig. De blir fra økonomistudiet tillært å tenke med et økonomisk perspektiv i beslutninger slik at handling fører til ønsket økonomisk resultat. Dette beskriver normativ styringsteori som bygger på økonomisk rasjonalitet. Mach og Olsen (1989) kaller denne type logikk for «logic of consequences» eller konsekvenslogikk på norsk.

I et helseforetak vil det dermed herske to ulike og motstridene institusjonelle logikker. Helsepersonellet vil på sin side arbeide for pasientens beste med et ønske om det beste utstyr

og medisiner, og kan være påvirket av følelser og emosjoner. Økonomene vil på den andre siden også ha pasientenes beste i fokus, men med en annen tilnærming. De sitter lengere unna pasientbehandlingen og vil dermed kunne tenke mer rasjonelt i form av midler til neste pasient, rettferdig ressursfordeling og viktigheten av budsjettoverholdelse.

Selv om begge logikkene eksisterer sammen i et sykehus, er det ikke gitt at det vil føre til store konflikter mellom helsepersonalet og økonomene. Den ene logikken kan dominere over den andre. På denne måten vil den andre logikken ha liten reel makt (Thornton & Ocasio, 2008). I helsesektoren er det mye som tyder på at det er helsepersonalets logikk som dominerer over økonomenes. Myke budsjetttrammer og lite økonomiske konsekvenser av økonomiske underskudd understreker dette. Empirisk studie tilsier dessuten at institusjonelle logikker styrer oppmerksomheten til lederne i organisasjonen mot de problemstillingene og løsningene som er forenelig med den dominerende logikken (Thornton & Ocasio, 2008).

2.6 Oppsummering av teori

Det teoretiske rammeverket som legges til grunn i denne studien er presentert som relevant bakgrunn for å svare på problemstillingen. For å undersøke holdningene blant ledere til økonomiansvaret i et helseforetak, er det viktig å belyse både tradisjonelle perspektiver på økonomistyring og mer moderne interaktive perspektiver. Hovedfokuset ligger på Anthony og Youngs (2003) ideelle styrings sirkel, som har et rasjonelt og normativt perspektiv og Simons (1995) diagnostiske og interaktive perspektiv.

Ettersom helseforetakene er komplekse organisasjoner, bestående av profesjonelle og kompetente medarbeidere, har det også vært nødvendig med innsyn i økonomistyringen som skjer i et sykehus. Som en organisasjon i offentlig sektor har helseforetakene en rekke styringsutfordringer som også har vært viktig å belyse; ulik virkelighetsoppfatning, ulik virkelighetsoppfatning av mål, budsjettbruk i helsesektoren, prinsipal-agent-teori og institusjonelle logikker. Disse utfordringene kan ses i sammenheng med, og gjenspeile, holdninger og atferd hos de ulike beslutningstakerne, og er dermed svært aktuelt i henhold til studiens problemstilling.

3 Metode

Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan man kan innhente informasjon om den sosiale virkeligheten, og hvordan denne informasjonen bør analyseres, slik at den kan brukes for å danne et rettmessig bilde av samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannesen, Christoffersen & Tufte, 2011). Å bruke metode kan dermed forklares i all sin enkelhet, som det å følge en bestemt vei mot et mål.

I dette kapitlet blir studiens metodiske tilnærming gjort rede for. Dette gjøres ved å innledningsvis presentere vitenskapsteoretisk ståsted, for så gjøre rede for forskningsdesign og valg av metode. Videre vil datainnsamlingsprosessen presenteres, samt vurderinger omkring studiens kvalitet og forskningsetikk.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori er en gren av filosofi som studerer vitenskap, altså hvordan vi betrakter virkeligheten. En forskers virkelighetsoppfatning vil med andre ord være et resultat av personlig og faglige inntrykk som vil påvirke prosessen i etableringen av ny kunnskap (Johannesen m. fl., 2011). Teorien studerer egenskapene ved forskning som både et sosialt fenomen og som kunnskapskilde (Nyeng, 2004).

Et sentralt spørsmål innenfor samfunnsvitenskapelig forskning er hvorvidt sosiale fenomener eksisterer objektivt og uavhengig av individer, eller om de er sosialt konstruert og eksisterer gjennom de enkelte individers oppfatninger og fortolkninger (Johannessen m. fl., 2011; Bryman & Bell, 2015). En forskers vitenskapsteoretiske ståsted omfatter med dette begrepene ontologi og epistemologi, og vil påvirke forskerens metodologi (Johannessen m. fl., 2011). Metodologi handler i hovedsak om valget mellom kvantitativ og kvalitativ metode samt valg av forskningsdesign, innsamling- og analysemetode (Bryman & Bell, 2015; Johannessen m. fl., 2011).

Ontologi er definert som «*filosofiske antagelser om naturen til virkeligheten*» (Easterby-Smith, Thorpe & Hackson, 2008 s. 60). Med andre ord, læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut og er bygget opp (Jacobsen, 2005; Grønmo, 2004; Nyeng 2012). To ytterpunkter i debatten omkring ontologi er hvorvidt virkeligheten kan studeres eksternt eller om den må fortolkes. Med andre ord, om den kan studeres objektivt eller subjektivt (Johannesen m. fl., 2011).

Epistemologi er definert som «læren om kunnskap», og handler om i hvilken grad det er mulig å få sann kunnskap om verden (Jacobsen, 2005; Grønmo, 2004; Nyeng 2012), og hvordan en kan gå frem for å oppnå den (Esterby-Smith, m. fl., 2008; Jacobsen 2005).

Ytterpunkter i bedriftsøkonomisk epistemologi er hermeneutikk og positivisme (Bryman & Bell, 2015; Johannesen m.fl., 2011). Her ses hermeneutikken på som en fortolkningsbasert tilnærming, hvor en er opptatt av informantenes forståelser, fortolkninger og opplevelser (Johannesen m.fl., 2011). En positivistisk tilnærming vil i motsetning bygge på den objektive ontologiske oppfatningen av alle fenomener, også at mennesker og sosiale systemer, kan undersøkes med naturvitenskapelig metode (Cooper og Schindler, 2011; Johannesen m.fl., 2011).

Valg av metode baserer seg på vitenskapsteoretisk ståsted, hvor det er utfordrende å vite hvilken tilnærming som vil være best egnet (Jacobsen, 2005). Studiens problemstilling, samt forskerens kompetanse vil på denne måten veie tungt i dette valget. Denne studien tar for seg mennesker og sosiale systemer, herunder holdninger, med støtte i naturvitenskapelig metode. Følgelig er studien inspirert av en positivistisk tilnærming.

3.2 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er et rammeverk for hvordan en skal legge opp forskningsprosessen for å kunne besvare studiens problemstilling (Saunders, Lewis & Thornhill, 2016; Bryman & Bell, 2015; Easterby-Smith m.fl., 2008). Designet innebærer en struktur for hvordan undersøkelsen skal gjennomføres og hvordan resultatene av denne skal analyseres (Johannesen m.fl., 2011). Det skilles gjerne mellom tre ulike tilnærminger til hvordan gjennomføre undersøkelsen innenfor empirisk forskning; deduktiv- og induktiv tilnærming samt abduksjon (Bryman & Bell, 2015; Easterby-Smith m.fl., 2008). Ved en deduktiv tilnærming vil forskeren ta utgangspunkt i teori når vedkommende skal gjennomføre den empiriske undersøkelsen. Til motsetning, vil en induktiv tilnærming bety å først ta for seg empiri, for så å generere teori (Easterby-Smith m.fl., 2008; Bryman & Bell, 2015; Johannesen m.fl., 2011). Den siste tilnærmingen, abduksjon, er en kombinasjon av både deduktiv- og induktiv tilnærming. Utgangspunktet i denne studien er teori og følgelig vil studien ha en deduktiv tilnærming.

Videre skilles det mellom tre ulike typer forskningsdesign; deskriptivt, eksplorativt og kausalt forskningsdesign (Saunders m.fl., 2016). Eksplorativt design tar utgangspunkt i å kartlegge områder der det tidligere ikke er drevet med systematisk forskning. Kausalt design, også kalt forklarende design (Jacobsen, 2005), tar utgangspunkt i forestillinger om

årsakssammenhenger hvor målet er å påvise årsaker til mønstre. Deskriptivt design er på annen side et mer beskrivende design og tar utgangspunkt i klare forestillinger om strukturer og sammenhenger. Her vil en heller forsøke å beskrive hvordan et fenomen *faktisk er* på et tidspunkt, eller utvikler seg, uten å videre vurdere eller forklare dem (Saunders m.fl., 2016).

I denne studien forsøker jeg å beskrive hvilke holdninger ledere på ulike nivåer har til økonomisk styring, noe som tilsier et beskrivende forskningsdesign. Videre vil det foretas en tverrsnittsundersøkelse, som med andre ord betyr at datainnsamlingen skjer på et bestemt tidspunkt. (Bryman & Bell, 2015; Jacobsen, 2005; Johannesen, m.fl., 2011).

Et annet grunnleggende element i valg av forskningsdesign er hvorvidt designet skal være intensivt eller ekstensivt. Med andre ord, grad av bredde og dybde i undersøkelsen (Jacobsen 2005). En intensiv studie undersøker relativt få enheter, men går i dybden ved å studere mange variabler. Dette kan eksempelvis gjennomføres via intervjuer hvor hensikten er å frembringe helhetlige beskrivelser av fenomenet og relevante data (Jacobsen, 2005). Slike design er egnet i tilfeller hvor en søker forståelse av et fenomen i lys av individers fortolkninger, eller til analyse av komplekse sammenhenger. Kunnskapen blir med dette kontekstavhengig, og statistisk generalisering av funnene vil dermed vanskelig la seg gjøre (Jacobsen, 2005).

En ekstensiv studie vil på annen side gå mer i bredden hvor en samler inn data fra en større populasjon. Typisk gjøres dette via en spørreundersøkelse, og er egnet i tilfeller hvor en søker å generere universell kunnskap. Her vil kunnskapen være mindre kontekstavhengig, og funnene vil dermed kunne generaliseres (Jacobsen, 2005).

En ekstensiv og intensiv studie utfyller hverandre og en kombinasjon av begge vil dermed være det ideelle. Likevel, kan det være praktiske begrensinger som gjør at en forsker gjerne velger å fokusere på en av dem (Jacobsen, 2005). I denne studien, som omhandler ledernes holdninger, kan det argumenteres for at en intensiv studie er mest hensiktsmessig ettersom det åpner for tolkninger og forståelse. Det kan også argumenteres for en ekstensiv studie da det tillater en større populasjon.

Hensikten med denne studien er å undersøke holdninger til økonomistyring blant alle ledere på UNN. Dette tilsvarer en større populasjon enn det som vil la seg undersøke ved en intensiv studie. I denne studien har jeg derfor valgt å hovedsakelig gå i bredden, i form av en spørreundersøkelse, men også noe i dybden i form av dokumentstudier – med andre ord

metodetriangulering. Jeg ønsker å undersøke ledere på ulike nivå i helseforetaket UNN, og det vil dermed være nærliggende å velge et casedesign som forskningsdesign.

3.2.1 Casedesign

Casedesign er et design som kombinerer forskningsmetoder, som i sin helet vil bidra til å studere fenomenet dypere. Yin (2018, s. 15) har en todelt definisjon, som dekker både omfanget og funksjonene, enklest definert som:

«En casestudie er en empirisk metode som undersøker et samtidfenomen (the «case») i dybden og innenfor dens virkelige kontekst, spesielt når grensene mellom fenomen og kontekst ikke er like synlige. Den er avhengig av flere kilder som bevis, hvor datamaterialet dekkes på en triangulerende metode».

Ettersom en casestudie bidrar til ny innsikt ved å kombinere forskningsmetoder, er metoden godt egnet i forskningsspørsmål av typen «hvordan» (Yin, 2018). Denne studien søker å besvare *hvordan* lederne oppfatter økonomiansvaret og *hvordan* de arbeider med økonomistyring, hvilket gjør en slik forskningsdesign godt egnet for denne studien. Videre vil denne studien undersøke ledere på ulike nivå i helseforetaket UNN, som er studiens case.

3.3 Forskningsmetode

Hvilken data som skal samles inn i forsøk på å besvare problemstillingen, fremkommer av metoden. Her skilles det mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode beskriver virkeligheten i tall og bilder, mens kvalitative materialiserer seg som regel i tekst (Johannesen m.fl. 2011). Jeg har i denne studien valgt metodetriangulering ved å kombinere kvantitativ og kvalitativ metode. Her er hovedfokuset på den kvantitative tilnærmingen. Det er både blitt sendt ut en spørreundersøkelse til alle ledere på klinikk- avdelings- og seksjonsnivå i et helseforetak, og benyttet dokumentstudier som bakgrunnsinformasjon i forkant av undersøkelsen og for å beskrive caset, samt til diskusjon av funn.

3.3.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode er krever gjerne lite ressurser og tid (Jacobsen, 2015). Dette gjør metoden godt egnet i et masterprosjekt. Dessuten vil informasjonen respondentene gir i en kvantitativ undersøkelse være standardiserte, noe som gjør funnene lett å behandle ved hjelp av analytiske databehandlings- og statistikkprogram (Jacobsen, 2015). En annen fordel med kvantitative undersøkelser er avstanden til respondentene. Verken forskeren eller

respondenten vil ha noe forhold til hverandre, noe som minsker grad av påvirkning (Jacobsen, 2015). Det vil i tillegg være langt enklere å nå ut til respondentene ettersom kvantitative undersøkelser, slik som spørreskjemaer, enkelt kan distribueres til aktuelle kandidater der de er.

Selv om det er mange fordeler ved bruk av kvantitativ metode, er det også viktig å trekke frem ulempene. Den muligens mest åpenbare ulempen er at kvantitative undersøkelser tar for seg relativt få variabler og at det dermed er fare for at undersøkelsen bærer et overfladisk preg (Jacobsen, 2015). Mye av svakhetene i kvantitative undersøkelser gjelder spørreundersøkelser med lukkede svaralternativer (Jacobsen, 2015). Disse undersøkelsene utelukker muligheten får å gå i dybden eller presisere spørsmål, som for noen er uklare. Dette kan følgelig resultere i unøyaktige resultater og uønsket «støy» i den innsamlede data, som igjen kan føre til at funnene ikke gjenspeiler hva respondentene faktisk mener (Jacobsen, 2015). Dette kan også være en utfordring i undersøkelser hvor respondenten bevisst svarer feil for å prøve å endre statistikken fordelaktig for seg selv eller andre (Jacobsen, 2015). Særlig i undersøkelser hvor respondenten kan gjenkjennes, kan en utfordring være at han/hun føler et behov for å svare ut fra det som er forventet av dem, fremfor det faktiske.

I motsetning til kvalitative intervjuer, så vil ikke en spørreundersøkelse være åpen for justering i etterkant av utsendelse. Det er derfor viktig at relevant litteratur og forskning er grundig gjennomgått før spørreskjemaet ferdigstilles (Johannesen, m. fl., 2011). Ved utformingen av slike prekodete spørreskjemaer hvor svaralternativene er gitt, kreves det kunnskap om hva det skal spørres om og påfølgende svaralternativer. Operasjonalisering av komplekse begrep som krever mye kunnskap kan derfor være utfordrende, og det vil være essensielt å forholde seg til relevant forskning i konkretisering av de aktuelle begrepene (Jacobsen, 2015; Johannesen m, fl., 2011). I min studie har dette vært kritisk for å utforme en spørreundersøkelse av høy kvalitet.

3.3.2 Dokumentstudier

Begrepet dokumentstudier er gjerne forbundet med analyse av sekundærdata som er innhentet av andre (Jacobsen, 2015; Saunders m.fl., 2016). Dette kan innebære studie av dokumenter som er produsert for andre formål enn forskning (Bryman & Bell, 2015). Slike dokumenter kan benyttes som bakgrunnsinformasjon, og kan være godt egnet til å beskrive en case (Bryman & Bell, 2015). Det er derimot viktig at det gjøres en vurdering omkring kvaliteten

og påliteligheten til kilden (Jacobsen, 2015), ettersom kvaliteten på dokumentstudiene gjenspeiles i kildematerialet.

I min studie har jeg benyttet interne dokumenter fra UNN i forbindelse med utformingen av spørreskjemaet og beskrivelsen av caset. Dette har dreid seg om informasjon som organisasjonskart, samt oversikt over antall ledere ved helseforetaket og budsjetter. Til bakgrunnsinformasjon har jeg også benyttet offentlige tilgjengelige dokumenter UNN selv har publisert, dokumenter fra regjeringens nettside og rundskriv.

3.4 Datainnsamling

I dette delkapittelet presenteres studiens datainnsamlingsprosess, fra utformingen av spørreundersøkelsen til innhenting av denne primærdataen. Videre vil undersøkelsens populasjoner gjøres rede for, svarprosenten, og hvorvidt resultatene innsamlet kan representere holdningene til populasjonene. Ettersom denne studien er en kartleggingsstudie av holdningene til ledere på ulike nivå, vil hvert enkelt ledernivå utgjøre en populasjon.

3.4.1 Utforming av spørreundersøkelsen

Studiens tema og problemstilling bygger videre på forskning gjennomført av Nyland og Østergren (2008), og det har vært nærliggende å benytte lik fremgangsmåte for innsamling av data. Spørreundersøkelser er godt egnet i slike kartleggingsstudier og sendes ut til et representativt utvalg eller en populasjon over en bestemt tidsperiode. I denne undersøkelsen var denne tidsperioden på to uker.

Spørreundersøkelsen i Nyland og Østergren (2008) sin studie bestod av 90 spørsmål, inndelt i 5 kapitler som delvis forholder seg til stegene i styringssirkelen (se figur 1). Respondentene i deres undersøkelse var utelukkende avdelingsledere. På bakgrunn av dette har det også vært relevant å se på forskningen gjennomført i 2017 av Nyland og Olsen, som omhandlet liknende tema. De analyserte data innhentet av Riksrevisjonen i 2008 og 2014, hvor respondentene i undersøkelsen bestod av både avdelingsledere og seksjonsledere/enhetsledere. I denne studien er derimot klinikksjefene også inkludert.

Spørreundersøkelsen i denne studien er i hovedsak basert på spørsmål Nyland og Østergren (2008) benyttet i sin undersøkelse, med inspirasjon hentet fra spørreskjemaet til Riksrevisjonen i 2008 og 2014 (Riksrevisjonen, 2008, 2014 gjengitt i Takala, 2016). Spørsmålene har blitt tilpasset og modifisert etter min problemstilling, som inkluderer flere

ledernivåer. Et fåtall av spørsmålene har jeg selv utformet i samråd med en klinikkssjef for å sikre at spørsmålene var relevante for også dette nivået.

Spørreskjemaet (vedlegg 1) i denne studien forholder seg til stegene i styringssirkelen gjennom fem kapitler. Spørsmålene er derimot tilpasset hver enkelt respondents stillingstittel, henholdsvis klinikkssjef, avdelingsleder eller seksjonsleder, i de spørsmål som ikke kan generaliseres. Tabellen under tar for seg de fem kapitlene.

Tabell 1 - Spørreskjemaets fem kapitler (Nyland & Østergren, 2008).

A	Bakgrunnsinformasjon om avdelingen, inkl. forholdet mellom budsjett og regnskap for tidligere år og prognose for året.
B	Arbeidet med budsjett og strategi, inkl. spørsmål om deltakelse i ulike prosesser og informasjonsgrunnlag for prosessene.
C	Bruk av styringsinformasjon, inkl. tiltak, formell rapportering, uformell rapportering, styringsinformasjon og bruk av rapporter/analyser.
D	Budsjettavvik, inkl. konsekvenser av budsjettavvik.
E	Holdninger til økonomistyring og signaler fra toppledelsen.

I spørreskjemaet ble det i stor grad benyttet 4 punkts og 5 punkts Likert-skalaer, hvor respondentene måtte ta stilling til ulike påstander. Fordelen ved å bruke en skala med flere verdier er at det gir respondentene mulighet til å nyansere svaret ved å krysse av der på skalaen de mener gjenspeiler deres oppfatning (Johannesen m.fl., 2011). Videre ble det benyttet lukkende svaralternativer, med unntak av noen spørsmål i kapitlet om bakgrunnsinformasjon og budsjett av helt praktisk årsak.

I de spørsmålene hvor respondentene ble bedt om å ta stilling til en påstand, måtte respondentene rangere svaret sitt ut fra grad av enighet/uenighet. I flere tilfeller fikk respondenten muligheten til å svare «vet ikke», «ikke aktuelt» eller «verken enig/uenig». Det er diskutert av eksperter på området om hvorvidt respondenter bør få muligheten til å svare på denne måten (Johannesen m.fl., 2011). Ifølge norsk metodelitteratur kan slike svaralternativer anbefales å brukes i tilfeller hvor det er en mulighet for at respondenten ikke er i stand til å svare eller har en mening om det (Johannesen m.fl., 2011). I denne undersøkelsen vil det være

nødvendig å ha slike alternativer, ettersom det er en kartleggingsstudie av ledere på ulike nivåer – hvor holdning og praksis kan variere, og dermed også spørsmålenes relevans for den enkelte. Alle svaralternativene ble tilpasset hva det søkes å finne ut av, og er dermed varierende.

3.4.2 Innsamlingsprosessen

Forskningsprosessen startet med at jeg tok kontakt med seksjonsleder for økonomistyring ved UNN per e-post den 21.10.2019, etter vedkomne hadde presentert helseforetaket UNN som et mulig forskningsobjekt på et seminar den 04.09.2019 ved Handelshøgskolen i Tromsø. Her presenterte jeg valg av tema og anmodet om bistand til masteroppgaven. Den 23.10.2019 ble første møtet med seksjonsleder og økonomirådgiver gjennomført, hvor problemstilling og metode ble avklart. Seksjonsleder utrykte stor interesse for problemstillingen, og sa seg villig til å bistå i utsendelse av spørreundersøkelse via interne systemer for å øke svarprosent.

Etter å ha utformet spørreskjemaet ble det den 29.01.2020 avholdt et møte med økonomirådgiver og ressurspersonen på Questback for å diskutere digital utforming og plan for utsendelse. I forkant av distribueringen av undersøkelsen ble det gjennomført en pre-test for å undersøke om begrepene og formuleringene var forståelig. Her ble undersøkelsen besvart av en klinikksjef, samt andre fagfolk med kjennskap til feltet.

Undersøkelsen ble ferdigstilt, og planlagt utsendelse ble satt til 04.03.2020. Det ble derimot behov for en utsettelse, ettersom vi i samme tidsperiode opplevde starten på Covid-19 pandemien. Etter kort tid ble det likevel bestemt å sende ut undersøkelsen snarest, ettersom mulig bortfall av respondenter ble ansett økende med økende beredskap i helseforetaket.

Den 09.03.2020 ble undersøkelsen sendt ut til populasjonen av ledere på UNN via databehandlingsprogrammet Questback, med en purring den 18.03.2020. Fristen for å svare ble satt to uker etter utsendelse. Resultatene av spørreundersøkelsen ble anonymisert i henhold til personvernet i UNN, før det ble videre oversendt til meg den 23.03.2019.

3.4.3 Undesøkelsens populasjon

Undersøkelsens ble sendt ut til alle klinikksjefer, avdelingsledere og seksjonsledere ved helseforetaket UNN. Dette utgjør til sammen en populasjon på 275 ledere, hvor hvert ledernivå utgjør en subpopulasjon. Her unngås utfordringene med utvalgsproblematikk,

ettersom hele populasjonen undersøkes (Jacobsen, 2015). Tabellen under illustrerer undersøkelsens populasjon.

Tabell 2 - Populasjon

Populasjonen		
Totalt antall ledere	N= 275	
Subpopulasjonene	Antall	Antall i %
Klinikk sjef	12	4 %
Avdelingsleder	39	14 %
Seksjonsleder/enhetsleder	224	81 %

Av tabellen ovenfor fremkommer det at den største subpopulasjonen består av seksjonsledere/enhetsledere, som utgjør 81% av hele populasjonen. Videre utgjør avdelingsledere 14%, og klinikk sjefer 4%. Skjevheten i størrelsene av de ulike subpopulasjonene kommer av at hver klinikk består av ulike avdelinger, og hver avdeling består av ulike seksjoner/enheter.

3.4.4 Svarprosent

Det som er kritisk når en forsker på en populasjon, er svarprosenten og hvorvidt svarene generert er representativ for populasjonen. Dette vil avgjøre om funnene kan generaliseres, eller om de kun er egnet til å indikere et fenomen. Svarresponsen på spørreundersøkelser har de siste årene vært fallende, og høy svarprosent er svært sjeldent (Johannesen, m.fl., 2011). Ifølge Johannesen m.fl., vil en høy svarprosent tilsi 80-90 prosent, men at det er mer vanlig at omtrent 30-40 prosent av respondentene svarer. Videre poengteres det at som tommelfingerregel vil en svarprosent på over 50 prosent regnes som god.

I denne undersøkelsen studeres holdningene til lederne i hver subpopulasjon, i forhold til hverandre, ikke holdningene til lederne i hele populasjonen samlet. Det er dermed svarprosenten til hver subpopulasjon som vil avgjøre hvorvidt svarene er representativt for det nivået, fremfor populasjonens svarprosent.

I denne undersøkelsen ble svarprosenten på 17% for klinikk sjefene, 56% for avdelingslederne og 25% for seksjonslederne. Dette er noe lavt, spesielt for klinikk sjefene og seksjonslederne, og skyldes trolig forhold knyttet til virusutbruddet som har ført til omorganisering og store beredskapstiltak i helseforetaket og samfunnet forøvrig. Invitasjonen til å delta ble sendt via e-post, noe som kan ha blitt oversett eller mindre prioritert i en periode hvor lederne var spesielt utsatt for «trykk» med hyppigere møter og arbeid generelt.

For å undersøke om svarene generert er representativ for subpopulasjonene, kan det være viktig å undersøke bortfallet av respondenter. Det som kan være faktorer som skiller lederne fra hverandre er kjønn, alder og antall år som leder. I denne studien vurderes ikke kjønn som en faktor som vil spille inn på holdninger til økonomiansvar. Alder og antall år som leder kan dette i noen grad, men det er ikke informasjon som er tilgjengelig. Følgelig vil svarprosenten være avgjørende i denne studien for vurderingen av hvor representativ nettopopulasjonen er for populasjonen.

Avdelingslederne har god svarprosent og holdningene deres kan i noen grad representere holdningene til lederne i hele subpopulasjonen. Klinikksjefene og seksjonslederne har lav svarprosent og holdningene til lederne som har svart på disse ledernivåene vil dermed kun indikere holdningene til resten av lederne i deres subpopulasjon.

3.5 Studiens kvalitet

Studiens kvalitet handler om hvorvidt forskningen genererer gyldig og pålitelig kunnskap om virkeligheten og hvorvidt funnene kan generaliseres (Jacobsen, 2015). Dette er faktorer som kan påvirkes av forskeren gjennom beslutningene som tas og handlingene som gjøres, og det kan påvirkes av forhold utenfor forskerens kontroll. Det er dermed viktig å gjøre rede for de svakhetene og manglene i resultatene, slik at man er klar over dem og unngår å trekke urelle konklusjoner. Kvaliteten til kvantitativ data uttrykkes i form av reliabilitet og validitet.

3.5.1 Reliabilitet

Begrepet reliabilitet beskriver analysens pålitelighet, altså hvorvidt en kan stole på datamaterialet som er innsamlet, og hvorvidt du vil måle det samme dersom undersøkelsen ble gjentatt (Jacobsen, 2015). Påliteligheten er et grunnleggende spørsmål i all forskning og knytter seg til nøyaktigheten av dataen som er samlet inn, måten de er samlet inn på og hvordan de er bearbeidet (Johannesen, m.fl., 2011).

I denne studien er påliteligheten styrket ved at undersøkelsen inkluderer både kvantitative og kvalitative data. De kvalitative dataene består av dokumenter publisert av UNN, dokumenter hentet fra regjeringens nettside og rundskriv. Dette er kilder som anses å være troverdige og reliable. Videre ble forskningsprosessen nøyaktig beskrevet og dokumentert for å kunne videre etterprøves. Avslutningsvis ble all data fra spørreundersøkelsen lastet ned fra Questback i form av en Excel-fil, som deretter dirkete ble lastet opp i

statistikkbehandlingsverktøyet SPSS. Dette reduserte risikoen for feilregistrering av data, og styrker reliabiliteten. Reliabiliteten i denne studien anses dermed som høy.

3.5.2 Validitet

Begrepet validitet beskriver analysens gyldighet. Her skilles det gjerne mellom begrepsvaliditet og ekstern validitet (Johannesen m. fl., 2011). Begrepsvaliditet handler om hvorvidt dataen som er samlet inn, er gyldige eller relevante for problemstillingen man forsøker å belyse. Altså, om dataen måler det vi har til hensikt å måle. Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene fra forskningsprosjektet er gjeldende i andre sammenhenger. Altså, om funnene er statistisk generaliserbar.

I denne studien er spørsmålene i undersøkelsen basert på forskningen til Nyland og Østergren (2008), og studien til Nyland og Olsen (2017). Førstnevnte er en samfunns- og næringslivsforskningsrapport (SNF), som ble skrevet på oppdrag fra Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten (BUS). Sistnevnte er en studie basert på to spørreundersøkelser gjennomført av Riksrevisjonen i 2008 og 2014. De fleste spørsmålene som ble valgt ut som relevante, ble inkludert nøyaktig og fullstendig, og var dermed på forhånd validert av troverdige kilder. I de tilfellene hvor det var behov for tilpasning av spørsmålene, ble disse lest gjennom av en klinikksjef fra helseforetaket. Dette ble gjort for å påse at spørsmålene ble forstått riktig og at de ville måle det de hadde til hensikt å måle. Begrepsvaliditeten anses dermed høy i denne undersøkelsen.

Studiens eksterne validitet er derimot vurdert noe lavere. For å statistisk kunne generalisere funnene i en undersøkelse, må utvalget være representativ for populasjonen, og svarprosenten bør følgelig være høy. I denne studien ble hele populasjonene testet, men svarprosenten var lav for både seksjonslederne og klinikksjefene. Avdelingsledernes svarprosent var relativt bra (56%), og en svarprosent på over 50 styrker den eksterne gyldigheten i undersøkelser (Jacobsen, 2015). Likevel, kan en slik svarprosent representere et potensielt problem ved forsøk på generalisering av funnene (Johannesen m.fl., 2011).

Avslutningsvis må det presiseres at undersøkelsen kun gir en deskriptiv innsikt i ledernes holdninger til økonomiansvar, og er basert på selvrapportert data. Dette betyr at resultatene forutsetter at respondentene har innsikt i de forholdene de svarer om og at de forteller sannheten.

3.6 Forskningsetikk og juridisk ansvar

Forskningsetikk dreier seg om de etiske problemstillingene som reiser seg i det forskningen berører mennesker. Dette kan skje direkte gjennom datainnsamlingen, eller indirekte gjennom de virkelighetsoppfatningene og kunnskapene den formidler (Johannesen m.fl., 2011). Her finnes det grunnleggende normer, verdier og institusjonelle ordninger for vurderinger om handlinger er riktige eller gale (Johannesen, m.fl., 2011; Ringdal, 2007). Dessuten innebærer all forskning hvor det innhentes opplysninger som kan identifisere respondenten, juridiske forhold som må avklares (Johannesen m.fl., 2011). Dette innebærer at alle forsknings- og studentprosjekter som behandler personopplysninger, skal meldes til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) (Ringdal, 2007; Johannesen m.fl., 2011).

Ettersom undersøkelsen i denne studien ble elektronisk utformet og sendt ut via Universitetssykehuset i Nord-Norges egne interne systemer, har de vært behandlingsansvarlig institusjon. De har eget personvernombud som sikrer at de til enhver tid etterfølger de lovene og reglene i henhold til personopplysningsloven, herunder personvernforordningen (GDPR)

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utviklet ulike retningslinjer for vurderinger av forskningsetiske problemstillinger. Her trekkes det frem at respondentene har krav til informasjon om prosjektet, formålet og hva det innebærer å være deltaker. Deltakere har rett til å bestemme over egen deltakelse, og skal med dette kunne avbryte eller trekke tilbake sin besvarelse uten begrunnelse eller ubehag (Johannesen m.fl., 2011). Sammen med invitasjon til å delta på spørreundersøkelsen, ble det lagt ved informasjon om formålet med studien som et masterprosjekt, og at jeg som student skulle få tilsendt den innsamlede data anonymisert i etterkant for analyse. Det har vært frivillig å delta for alle inviterte, og de har fritt fått valget om å sende inn, la være å fullføre eller avbryte besvarelsen.

NESH trekker også frem forskerens plikt til å respektere respondentenes privatliv (Johannesen m.fl., 2011). Opplysninger som samles inn i forskningsprosjektet skal dermed av prinsipp behandles konfidensielt, slik at personer som deltar i undersøkelsen ikke kan identifiseres i etterkant. All innsamlet data i denne undersøkelsen ble anonymisert av behandlingsansvarlig institusjon før de ble oversendt til meg for analyse.

4 Kontekst og casebeskrivelse

Norge er i dag delt inn i fire helseregioner, Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst, og hver region har et regionalt helseforetak (RHF). RHF-ene er til for å sørge for at befolkningen får tilbud om spesialiserte helsetjenester (Regjeringen, 2014). Gjennom Helse- og omsorgsdepartementet står staten som eier av de regionale helseforetakene, hvor virksomheten reguleres av helseforetaksloven av 2001. Helseforetakslovens §1 (2001) definerer formålet til helseforetakene slik:

«Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialhelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.»

Videre presenteres det generelle lederansvaret i sykehus og studiens case blir beskrevet.

4.1 Lederansvaret i sykehus

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et rundskriv for å orientere og tolke lover og forskrifter omkring lederansvaret i sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.1). Her fremkommer det at jf. spesialhelsetjenesteloven §3-8, så består sykehusets hovedoppgaver i å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Der presiseres det at det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene innenfor de rammene som er gitt, og at det er avgjørende at ledere på alle nivåer tar dette ansvaret. Hensikten med rundskrivet er å tydeliggjøre det ansvaret ledere på alle nivåene i sykehuset har for den helsefaglige virksomheten. Det er nemlig lederne på første nivå som i praksis vil utøve lederoppgaver som ivaretar og sikrer god pasientbehandling, og det er dermed viktig at disse lederne har rammebetingelser som muliggjør dette.

Det fremkommer videre i rundskrivet at det er Helseforetaksloven som regulerer organiseringen og ansvarsforholdet mellom staten som eier, det regionale helseforetaket og helseforetaket, men ikke organiseringen og ansvarsforholdet innad i helseforetaket. Her står sykehusdirektøren, som øverste leder, relativt fritt når det gjelder internorganisering i sykehuset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.2). Det er gitt en særregel om organiseringen av sykehusvirksomhet i spesialhelsetjenesteloven §3-9 som lyder:

*«Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.
Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.
Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige
rådgivere».*

Hver organisatorisk enhet i sykehuset skal dermed, etter bestemmelsen, være underlagt én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Her vil en organisatorisk enhet tilsi en enhet som er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser, slik som en klinikk, avdeling eller tilsvarende, og seksjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.3).

Alt helsepersonell, både i privat og offentlig sektor, har et ansvar for å påse at sin yrkesutøvelse er faglig forsvarlig, jf. helsepersonelloven §4. Dette betyr derimot ikke at de kan se bort ifra de instruksjoner sykehusledelsen setter. Et offentlig sykehus har gitte økonomiske rammer og det er ledelsens ansvar å sikre at ressursene brukes riktig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 5) for å ivareta dagens pasient, likeså morgendagens pasient. Lederansvaret i et sykehus omfatter dermed mer enn det medisinskfaglige. Det omfatter også fordeling av ressurser for å ivareta prioriteringene satt av sykehusledelsen for helseforetakets beste.

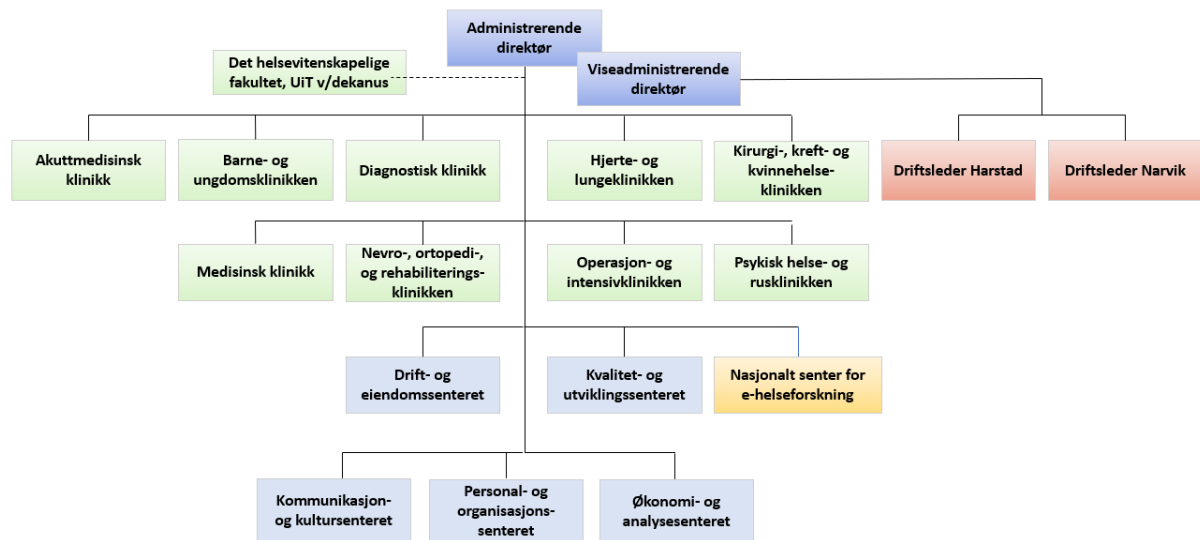
4.2 Universitetssykehuset i Nord-Norge

Denne studien er en casestudie av ledere ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). UNN eies av Helse Nord RHF, og strekker seg over store geografiske avstander med sykehus i Tromsø, Harstad og Narvik. Longyearbyen på Svalbard er også administrert via ledelsen i UNN. Sykehuset har ca. 6300 ansatte, hvorav omtrent 4500 jobber på sykehuset i Breivika i Tromsø, som følgelig har størst pasientvirksomhet (UNN, u.å.). Dette gjør helseforetaket til landsdelens største arbeidsplass (Schumacher, 2019)

I tillegg til pasientbehandling, driver universitetssykehuset med opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell (UNN, u.å.). Deres kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og omsorg, som bidrar til å underbygge deres visjon: *«Det er resultatene for pasienten som teller. Vi gir den beste behandling»*. Målene deres handler dermed om å gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt, men også at de har kompetente medarbeidere som trives på sin arbeidsplass. Sykehusets totale budsjett for 2019 var på 7,76 milliarder kroner. (UNN, u.å.)

Fra 2008 ble det implementert en ny organisasjonsmodell for UNN med klinikkstruktur og tilhørende stabsenheter og driftssentra. Dette ble gjort for å møte de krav som ble stilt til en spesialisthelsetjeneste i stadig endring, ettersom den tidligere flate organisasjonsstrukturen bestående av 56 selvstendige avdelinger ble vurdert uhensiktsmessig. Med klinikkstruktur er alle medisinske disipliner, funksjoner og fagmiljø, organisert i enheter som har klart ansvarsområde. Formålet til hver klinikk er å sikre at det er en klar kommandolinje fra enhetsnivå opp til sykehusledelsen. Videre har hver avdeling resultatansvar for sine fagområder (UNN, 2017).

Foretaksledelsen i UNN består av administrerende direktør, viseadministrerende direktør, klinikkjefer, stabssjef og senterledere. Helseforetaket er i dag organisert i ni klinikker og seks sentra (UNN, u.å.), illustrert i figuren under.



Figur 3 - Organisasjonskart, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Videre kan det etableres inntil fire organisatoriske nivå under administrerende direktør; klinikk, avdeling, seksjon og enhet, som alle har en ansvarlig linjeleder slik spesialhelsetjenesteloven krever. Antall organisatoriske nivå varierer derimot ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig for hver klinikk, ut fra størrelse og virksomhetens karakter. Det praktiseres i tillegg enhetlig teambasert ledelse, hvor den ansvarlige linjelederen (for eksempel avdelingslederen), linjelederne på neste nivå (for eksempel seksjonslederen) og eventuelle rådgivere, utgjør et lederteam (UNN, 2017). I tillegg har hver klinikk en økonomirådgiver, som er ansatt i økonomi og analysesenteret.

For alle ledernivåer i UNN benyttes Helse-Nord ledelses-informasjonssystem (HN-LIS). Dette er et styringssystem som er satt sammen av data fra over 20 kilder, som gjøre det mulig å se ulik informasjon i sammenheng. Basert på en eller flere av disse kildene, har UNN over 300 rapporter i denne plattformen, som kan brukes til å dekke viktig ledelsesinformasjon som økonomi, sykefravær og ressursbruk (Espejord & Krogh, 2018).

5 Presentasjon av empiri

I dette kapittelet presenteres de empiriske funnene fra min studie. Spørsmålene i undersøkelsen forholder seg til stegene i styringssirkelen (se figur 1) og følgelig vil empirien presenteres med utgangspunkt i dette. Undersøkelsen består i hovedsak av påstander respondentene må ta stilling til, og er utformet for å fange opp hver enkelt leders oppfatning av sitt økonomiansvar, deres praksis og bruk av styringssystemet (Nyland & Østergren, 2008). Resultatene fra undersøkelsen er presentert ved bruk av deskriptiv statistikk, illustrert i tabeller.

På grunn av feil i prosessen med overføring av spørsmålene til Questback, ble noen spørsmål feil utformet og måtte dermed trekkes ut. Dette gjelder spørsmål 13, 22 og 23 av spørreskjemaet i vedlegg 1. Deler av spørsmål 19 ble også trukket ut på grunn av mulig mistolkning av spørsmålet da to av svaralternativene var for like.

Dette kapittelet vil først ta for seg ledernes bakgrunn, så ta for seg stegene i styringssirkelen. Kapittelet avsluttes ved å se på resultatene fra påstander knyttet direkte til ledernes holdninger og en oppsummering av nøkkelfunn.

5.1 Ledernes bakgrunn

For å kunne si noe om ledernes oppfatninger av økonomiansvaret, er det interessant å undersøke ledernes bakgrunn. Lederne ble dermed i første del av spørreundersøkelsen spurt om hvor lenge de har vært i nåværende stilling og hvilken utdanningsbakgrunn og opplæring de har i ledelse og økonomisk styring. Videre ble de spurt om hvordan deres klinikk, avdeling eller seksjon har gjort det i forhold til budsjettet, for å kunne se dette i sammenheng med deres oppfatninger.

Klinikksjefene har hatt nåværende stilling mellom 0-5 år. De fleste avdelingslederne har vært i stillingen i 3-5 år, og de fleste seksjonslederne i 0-2år. Totalt sett har de fleste lederne i som svarte på spørreundersøkelsen vært i nåværende stilling i 0-2 år. Begge klinikksjefene som svarte på undersøkelsen, har utdanningsbakgrunn innenfor medisin. Videre så har de fleste av både avdelingslederne og seksjonslederne helsefaglig utdanningsbakgrunn. Dette gjelder henholdsvis 77,3% av avdelingslederne og 78,6% av seksjonslederne.

Når lederne ble spurt om deres opplæring i ledelse, fikk de muligheten til å krysse av på flere alternativer. Dette viser at begge klinikksjefene har gjennomført lederutviklingsprogram, og

en i tillegg har «formell utdanning innenfor ledelse». Over halvparten (59,1%) av avdelingslederne har også formell utdanning innenfor ledelse, og 31,8% har gjennomført lederutviklingsprogram. Rett under halvparten (46,4%) av seksjonslederne har gjennomført lederutviklingsprogram og 44,6% har gjennomført kortere kurs i ledelse. Det er relativt få av avdelingslederne (13,6%) og seksjonslederne (16,1%) som svarte at de ikke har noen opplæring i ledelse.

I spørsmålet om ledernes opplæring i økonomisk styring, hadde de også i dette tilfellet mulighet til å krysse av på flere svaralternativer. Dette viser at begge av klinikkjefene har hatt uformell opplæring av leder eller medarbeider, og en er også selvlært. En relativt stor andel avdelingsledere (45,5%) har også hatt uformell opplæring av leder eller medarbeider, og bare 13,6% svarer at de ikke har noen opplæring i økonomisk styring. For seksjonslederne var det like mange som svarte at de har fått uformell opplæring (39,3%) som svarte at de er selvlærte (39,3%). Her er det 17,9% som svarer at de ikke har noen opplæring i økonomisk styring. Videre illustrerer tabellen under hvordan lederne svarer at klinikken, avdelingen eller seksjonen har gjort det i forhold til budsjett.

Tabell 3 - Hvordan har din klinikk/avdeling/seksjon gjort det i forhold til klinikkens/avdelingens/seksjonens budsjett i 2019?

	Klinikk N=2			Avdeling N=22			Seksjon N=56		
	Brukt mindre enn budsjett	Innfridd budsjett-forventningene	Brukt mer enn budsjett	Brukt mindre enn budsjett	Innfridd budsjett-forventningene	Brukt mer enn budsjett	Brukt mindre enn budsjett	Innfridd budsjett-forventningene	Brukt mer enn budsjett
Hvordan har din klinikk/avdeling/ seksjon gjort det i forhold til klinikkens/avdelingens/ seksjonens budsjett i 2019?	50,0 %	0,0 %	50,0 %	22,7 %	18,2 %	59,1 %	21,4 %	30,4 %	48,2 %

Tabellen viser at en av klinikkjefene har brukt mindre enn budsjettet og den andre mer. Videre svarte en overvekt av avdelingslederne (59,1%) og rett under halvparten av seksjonslederne (48,2%), at de har brukt mer. Totalt sett er det litt over halvparten (51,2%) av lederne som svarte på undersøkelsen, som har svart at de har brukt mer enn budsjettet.

5.2 Mål og strategi

I henhold til styringssirkelen, skal økonomistyringsprosessen begynne med en definisjon av organisasjonens overordnede mål, som er utgangspunktet for den strategiske planleggingen. Hva lederne prioriterer og hva som ligger bak beslutningene som tas, kan med andre ord være et resultat av hvordan de oppfatter de overordnede målene til virksomheten. På bakgrunn av

dette, har lederne blitt spurt om hvordan de oppfatter signalene toppledelsen har sendt til dem når det gjelder mål. Her ble det lagt inn påstander som veier mot budsjettkontroll, og påstander som kan resultere i mindre kontroll – altså motstridende målsettinger. Tabellen under illustrerer påstandene om hvilke signaler toppledelse gir og ledernes svar.

Tabell 4 - Angi i hvilken grad du er enig i følgende påstander om hvilke signaler du mener toppledelsen i helseforetaket sendte til klinikken/avdelingen/seksjonen i 2019.

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig
Min klinikk/avdeling/seksjon må innfri budsjettforventningene	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	5 %	0 %	5 %	23 %	68 %	4 %	2 %	11 %	25 %	58 %
Min klinikk/avdeling/seksjon må vise evne til omstilling	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	18 %	0 %	18 %	64 %	2 %	12 %	5 %	23 %	56 %
Vi må arbeide for å gi et bredest mulig helsetilbud	0 %	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	5 %	23 %	18 %	55 %	4 %	11 %	23 %	19 %	42 %
Vi må ha størst mulig aktivitet	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	14 %	32 %	41 %	14 %	4 %	11 %	21 %	33 %	30 %
Vi må arbeide for å bli mest mulig kostnadseffektive	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	18 %	27 %	55 %	0 %	2 %	5 %	39 %	53 %
Vi må arbeide for å korte ned på ventelistene	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	27 %	27 %	45 %	2 %	7 %	25 %	25 %	40 %

Som tabellen over illustrerer, svarte begge klinikkssjefene, og et flertall av avdelingsledere (68%) og seksjonsledere (58%), at de er helt enige i påstanden om at deres klinikk, avdeling eller seksjon må innfri budsjettforventningene. Dette gjelder også påstanden om å vise evne til omstilling hvor begge klinikkssjefene, 64% av avdelingslederne og 56% av seksjonslederne svarte helt enig. Videre er svarene til klinikkssjefene noe splittet i påstanden om at de må å arbeide for et bredest mulig helsetilbud, hvor den ene er verken enig eller uenig og den andre er helt enig. De fleste avdelingsledere (73%) og 61% av seksjonslederne svarte at de er litt eller helt enig i denne påstanden.

I påstanden om at de må ha størst mulig aktivitet, er svarene litt mer variert, sammenliknet med øvrige påstander. Her svarte rett over halvparten av avdelingslederne (55%), 63% av seksjonslederne og en av klinikkssjefene at de er litt eller helt enig i å måtte ha størst mulig aktivitet. Når det gjelder påstandene om å arbeide for å bli mest mulig kostnadseffektiv og for å korte ned på ventelistene svarte begge klinikkssjefene, flertallet av avdelingsledere (hhv. 82% og 72%) og seksjonsledere (hhv. 92% og 65%) at de var litt eller helt enig på begge påstandene.

Av resultatene over kan det virke som at de fleste ledernivåene er relativt enige med hverandre på samtlige påstander. Dette kan tyde på at de oppfatter signalene fra toppledelsen

noe likt, og derav også målene til virksomheten. Påstanden flest ledere var helt enige i, var at de må innfri budsjettforventningene. Ytterst få av lederne som har svart på undersøkelsen har svart at de er litt uenig, og enda færre har svart at de er helt uenige. Dette kan tyde på at toppledelsen sender ulike signaler om hva foretakets overordrede mål er, ettersom påstandene over indikerer noe motstridende målsettinger.

5.3 Involvering og deltakelse i plan og budsjett

Når de overordnede målene er definert, er neste steg i styringssirkelen å omgjøre dem til konkrete planer i form av et budsjett, som baserer seg på strategien. Hvor involverte lederne på de ulike nivåene er, kan påvirke deres oppfatning og generelle holdning til det vedtatte budsjettet og derav helseforetakets strategi. Lederne ble dermed spurt om i hvilken grad de er enig i en rekke påstander om deltakelse i budsjettarbeidet. Tabellen under illustrer påstandene og ledernes respons.

Tabell 5 - I hvilken grad er du enig i følgende påstander om budsjettarbeidet i din klinikk/avdeling/seksjon?

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke
Jeg deltar aktivt i strategiprosessen	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	5 %	0 %	18 %	77 %	0 %	5 %	27 %	39 %	27 %	2 %
Jeg deltar aktivt i budsjettprosessen	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	14 %	36 %	9 %	41 %	0 %	39 %	29 %	20 %	11 %	2 %
Jeg har formelt akseptert budsjettet	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	50 %	9 %	23 %	14 %	5 %	61 %	20 %	2 %	13 %	5 %
Jeg er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å kunne innfri budsjettet	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	14 %	23 %	41 %	18 %	5 %	20 %	25 %	29 %	14 %	13 %
Jeg har innflytelse på budsjettprosessen	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	27 %	14 %	36 %	23 %	0 %	30 %	32 %	25 %	9 %	4 %

Tabell 5 viser at flertallet (77%) av avdelingslederne er helt enige i påstanden om at de deltar aktivt i strategiprosessen. Dette gjelder også begge klinikksjefene. Seksjonslederne deltar derimot noe mindre aktivt i strategiprosessen, da den største andelen av seksjonslederne (39%) svarte at de i noen grad er enig. Når det gjelder påstanden om at lederne deltar aktivt i budsjettprosessen, svarer flest avdelingslederne (41%) at de er helt enig. I motsatt ende, svarer flest seksjonslederne de er helt uenige (39%). Begge klinikksjefene svarer at de deltar aktivt i strategiprosessen (helt enige).

Tabell 5 viser videre at halvparten av avdelingslederne ikke formelt har akseptert budsjettet, og har svart helt uenig på denne påstanden. Enda flere var det av seksjonslederne (61%), som

også var helt uenig. Begge klinikksjefene var derimot helt enige, og har formelt akseptert budsjettet. Videre er det en overvekt av både avdelingslederne (64%) og seksjonsledere (54%) som svarte at de i liten eller noen grad er enige i at de er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å kunne innfri budsjettet. Klinikksjefene svarte begge at de var helt enige i påstanden.

Avslutningsvis svarte 36% av avdelingslederne at de i noen grad har innflytelse på budsjettprosessen, men 27% er derimot helt uenig. De fleste seksjonsledere svarte at de i liten grad hadde innflytelse (32%) eller ingen (30% helt uenig). Begge klinikksjefene svarte at de har innflytelse på budsjettprosessen, da begge er helt enige i påstanden.

Resultatene over viser at det er mye spredning i svarene, noe som indikerer en lav enighet blant ledernivåene seg imellom. Dette gjelder ikke på klinikknivå, der begge klinikksjefene har svart helt likt på samtlige påstander. Slike resultater kan indikere at klinikksjefene har en oppfatning om høy involvering og deltakelse i budsjett- og strategiprosessen. Mye spredning i svarene blant øvrige ledernivå kan videre indikere at lederne på disse nivåene har ulik oppfatning av hvor mye de er involvert og deltar i prosessene. Det kan likevel virke som at avdelingslederne opplever å delta mer, og være mer involvert enn seksjonslederne. Et interessant funn er også at halvparten av avdelingslederne og 61% av seksjonslederne ikke formelt har akseptert budsjettet.

5.3.1 Ressursfordeling

Ledernes holdninger og aksept til økonomiansvaret kan være preget av hvor mye de er involvert i det økonomiske arbeidet, men også hvor mye ressurser som er satt av til dette. For lite ressurser kan gi en følelse av at det har mindre betydning. På samme måte kan en følelse av urettferdig fordeling av ressursene, skape dissonans mellom lederen og budsjettprosessen. Lederne ble derfor spurt om å ta stilling til ulike påstander om ressursfordelingen i budsjettprosessen. Tabell 6 under, illustrerer påstandene og ledernes respons.

Tabell 6 - Angi hvor enig eller uenig du er i følgende påstand om budsjettprosessen.

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
Det blir satt av for lite tid til budsjettprosessen	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	9 %	18 %	36 %	32 %	5 %	9 %	13 %	29 %	27 %	23 %
Budsjettprosessen er godt planlagt	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	23 %	36 %	23 %	5 %	14 %	27 %	18 %	21 %	7 %	27 %
Budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser mellom enheter i helseforetaket	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	36 %	27 %	14 %	0 %	23 %	39 %	23 %	11 %	4 %	23 %

Tabellen over viser at begge klinikkjefene, den største andelen av avdelingsledere (68%) og seksjonslederne (56%), er helt eller delvis enig i påstanden om at det blir satt av for lite tid til budsjettprosessen. Her er det derimot 23% av seksjonslederne som svarer at de ikke vet.

Videre svarte den største andelen av avdelingsledere (59%) at de er helt eller delvis uenige i påstanden om at budsjettprosessen er godt planlagt. Her er det også 14% som svarer at de ikke vet. Av seksjonslederne var det like mange som svarte at de var helt uenig i at budsjettprosessen er godt planlagt (27%), som svarte at de ikke vet om den er det.

Klinikkjefene er splittet mellom å være helt enig eller delvis uenig.

På den siste påstanden om at budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser mellom enheter i helseforetaket, svarer de fleste avdelingsledere og seksjonsledere i retning uenighet. Her var det 63% av avdelingsledere som svarte at de var helt eller delvis uenige, samtidig som at det var 23% som svarte at de ikke vet. Liknende resultater var det fra seksjonslederne, med henholdsvis 62% og 23%. Klinikksjefene var begge helt eller delvis enig.

Resultatene fra dette delkapittelet indikerer at det er ulike oppfatninger blant hver enkelt leder, og blant ledernivåene sammenliknet med hverandre, om hvorvidt det er satt av nok tid, om planleggingen av budsjettprosessen er god og hvor rettferdig ressursfordelingen er.

Likevel ser vi likhetstrekk mellom avdelingslederne og seksjonslederne i deres svar. De fleste av dem er noe enig (delvis/helt) i at det er satt av for lite tid, samtidig som at de fleste også er noe uenig (helt/delvis) i at budsjettprosessen er godt planlagt og rettferdig fordelt.

Klinikkjefene er til motsetning delvis enig i at budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling, og én er i tillegg helt enig i at den er godt planlagt.

5.4 Handling

Videre i den ideelle styringssirkelen skal budsjettet og informasjonen det gir, kunne benyttes som grunnlag for ledernes beslutninger og prioriteringer. Hvilke prioriteringer lederne tok, kan gjenspeiles gjennom deres beslutninger, og dermed handlingene deres. Lederne ble dermed spurt om hva de faktisk gjorde i 2019 for å tilpasse aktivitet til budsjett, og fikk en rekke påstander de måtte ta stilling til. Tabellen under illustrerer påstandene og ledernes respons.

Tabell 7 - Angi hvor enig du er i følgende påstander om hva du som klinikkssjef/ avdelingsleder/seksjonsleder faktisk har gjort i 2019 for å tilpasse aktivitet til budsjett.

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke
Jeg har redusert bruken av vikarer, overtid og innleid personell	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	5 %	14 %	23 %	55 %	5 %	13 %	9 %	25 %	46 %	7 %
Jeg har stoppet planlagte nyansettelser	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	41 %	23 %	18 %	18 %	0 %	46 %	21 %	20 %	9 %	4 %
Jeg har økt inntaket av pasienter	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	9 %	9 %	36 %	14 %	32 %	21 %	18 %	13 %	18 %	30 %
Jeg har redusert inntaket av pasienter	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	32 %	32 %	5 %	0 %	32 %	46 %	20 %	4 %	0 %	30 %
Jeg har begrenset bruk av forbruksmateriell	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	9 %	14 %	45 %	18 %	14 %	11 %	30 %	41 %	9 %	9 %
Jeg har begrenset innkjøp av utstyr	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	5 %	9 %	45 %	36 %	5 %	11 %	27 %	32 %	27 %	4 %
Jeg har involvert nøkkelpersonell for å finne tiltak for kostnadsbesparelser	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	5 %	18 %	36 %	32 %	9 %	13 %	29 %	30 %	23 %	5 %
Jeg har begrenset reiseaktivitet	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	9 %	59 %	32 %	0 %	4 %	25 %	23 %	46 %	2 %

Tabell 7 over viser at en av klinikkssjefene, litt over halvparten av avdelingslederne (55%) og rett under halvparten av seksjonslederne (46%) er helt enige i å ha redusert bruken av vikarer, overtid og innleid personell. Klinikkssjefene er videre noe uenig med øvrige ledernivå i påstanden om å ha stoppet planlagte nyansettelser, hvor de fleste av avdelingslederne (63%) og seksjonslederne (67%) har svart at de er helt uenig i påstanden, eller bare i liten grad enig. Klinikkssjefene var begge i noen grad enige.

Videre ble lederne presentert for påstander om hvorvidt de har økt eller redusert inntaket av pasienter. Tabell 7 viser at halvparten av avdelingslederne var i noen grad, eller helt enig i å ha økt inntaket. Dette samsvarer noe med at 64% svarer at de er helt uenig eller i liten grad enig i å ha redusert inntaket. På begge påstandene svarer derimot 32% at de ikke vet. For seksjonslederne var det også relativt mange som svarte at de ikke vet, 30% på begge

påstandene. Her var det spredning i svarene deres på påstanden om økt inntak, som trekker i retning uenighet. Den største andelen av dem (46%) var i tillegg helt uenige i å ha redusert inntaket. Klinikksjefenes svar heller også mot uenighet i å ha redusert inntaket. En av dem er samtidig helt uenig i påstanden om økt inntak, hvor den andre rangerer seg i noen grad enig.

En stor andel av avdelingslederne (59%) og enda flere av seksjonslederne (71%) har i liten eller noen grad begrenset bruken av forbruksmateriell. Dette gjelder også en av klinikksjefene, hvor den andre er helt enig. De fleste i samtlige ledernivåer svarer i tillegg at de i noen grad, eller er helt enige i at de har begrenset innkjøp av utstyr. Begge klinikksjefene, 91% av avdelingslederne og 69% av seksjonslederne svarte også at de i noen grad er eller er helt enige i å ha begrenset reisevirksomhet. Her var også begge klinikksjefene, 68% av avdelingslederne og rett over halvparten av seksjonslederne (53%) i noen grad eller helt enige i påstanden om å ha involvert nøkkelpersonell for å finne tiltak til kostnadsbesparelse.

Resultatene over indikerer at lederne på samtlige ledernivåer prioriterer like tiltak for å tilpasse aktivitet til budsjett, men i ulik grad. Det er en overvekt av enighet (noen grad/helt enig) i at de har redusert bruken av vikarer, overtid, og innleid personell, begrenset reiseaktivitet, redusert bruk av forbruksmateriell og innkjøp av utstyr, samt involvert nøkkelpersonell for å finne tiltak for kostnadsbesparelse. Det er også en overvekt av uenighet (helt/liten grad uenig) i at de har redusert inntaket av pasienter. De fleste avdelingslederne og seksjonslederne er også noe uenig (helt/ liten grad) i at de har stoppet planlagte nyansettelser. Påstanden om økt inntak av pasienter er den med mest spredning i svarene, og har samtidig høy andel som svarer at de ikke vet. Det kan dermed virke som at lederne på alle nivåer prioriterer i mindre grad tiltak som negativt kan påvirke pasienter eller ansatte.

5.5 Rapportering og oppfølging

Siste ledd i styringssirkelen handler om rapportering og evaluering av regnskapsinformasjon til det strategiske nivået i organisasjonen. Her har det strategiske nivået et ansvar for oppfølging og evaluering av avvik, som igjen skal legge føringer for eventuell reorientering av de tidligere leddene i prosessen. Hvilken styringsinformasjon som er tilgjengelig for lederne, og i hvilken grad de benytter denne informasjonen til styring, vil kunne avdekke holdninger til selve prosessen. Lederne ble dermed spurt om hvilken styringsinformasjon som er tilgjengelig og hva de bruker denne informasjonen til.

I hvilken grad lederne blir fulgt opp på det de gjør, vil også kunne avdekke i hvilken grad de prioriterer prosessen og derav holdningene. Lederne ble derfor også spurt om hvilke tiltak som blir satt i verk ved eventuelle budsjettunderskudd, og deres oppfatninger av mulige konsekvenser av dette. Videre i dette avsnittet presenteres resultatene fra spørsmålene om formell og uformell rapportering, bruk av styringsinformasjon og oppfølging.

5.5.1 Formell rapportering

Lederne ble spurt om å oppgi hvor ofte de *formelt* hadde tilgang til ulike rapporter, analyser og informasjon i 2019. Tabellen under illustrerer ledernes respons til formell rapportering.

Tabell 8 - Angi hvor ofte du har hatt tilgang til følgende rapporter/analyser/informasjon i 2019.

	Klinikk N=2						Avdeling N=22						Seksjon N=56					
	Aldri	1 gang pr. år	1 gang pr. halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd	Oftere	Aldri	1 gang pr. år	1 gang pr. halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd	Oftere	Aldri	1 gang pr. år	1 gang pr. halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd	Oftere
Skriftlig analyse av avvik mellom regnskap og budsjett	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	9 %	5 %	14 %	27 %	41 %	5 %	7 %	13 %	21 %	38 %	20 %	2 %
Muntlig informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	5 %	5 %	36 %	45 %	9 %	2 %	7 %	21 %	39 %	27 %	4 %
Skriftlig analyse av avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	23 %	5 %	18 %	23 %	23 %	9 %	30 %	16 %	7 %	27 %	18 %	2 %
Muntlig informasjon om avvik mellom faktisk aktivitet	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	27 %	5 %	9 %	36 %	14 %	9 %	13 %	13 %	16 %	34 %	21 %	4 %
Diskusjon av regnskapsinformasjon med kollegaer i formelle møter	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	23 %	14 %	5 %	32 %	23 %	5 %	11 %	25 %	16 %	23 %	23 %	2 %
Analyse av kostnadsnivå	0 %	50 %	0 %	0 %	50 %	0 %	32 %	5 %	18 %	32 %	9 %	5 %	48 %	18 %	13 %	11 %	9 %	2 %
Analyse av kapasitetsutnyttelse	0 %	50 %	0 %	0 %	50 %	0 %	41 %	0 %	18 %	23 %	9 %	9 %	52 %	13 %	5 %	16 %	9 %	5 %
Analyse av behandlingspraksis	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	59 %	5 %	18 %	14 %	5 %	0 %	64 %	9 %	7 %	14 %	2 %	4 %

Tabellen over viser at de fleste avdelingsledere formelt hadde tilgang til både skriftlig (68%) og muntlig (81%) analyse og informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett, kvartalsvis eller månedlig. Dette gjaldt også begge klinikkssjefene. Blant seksjonslederne er det mer spredning i svarene, men den største andelen svarer at de fikk dette kvartalsvis (hhv. 38% og 39%). Videre viser figuren at halvparten av avdelingslederne mottok muntlig informasjon, og 46% skriftlig analyse av avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet, kvartalsvis eller månedlig. Her var det dog også en relativt stor andel som svarte at de aldri fikk dette muntlig (27%) eller skriftlig (23%). For seksjonslederne er svarene liknende som for avdelingslederne, men det var flere som mottok muntlig informasjon (55%), og færre som mottok skriftlig analyse (35%) kvartalsvis og månedlig. Her svarte en av tre seksjonslederne

at de aldri fikk slike analyser skriftlig. Klinikksjefene svarte begge at de mottok slik informasjon og analyse månedlig.

Når det gjelder diskusjon av regnskapsinformasjon med kollegaer i formelle møter, svarte de fleste av samtlige ledernivåer at de gjorde dette en gang i halvåret eller mer. Dette gjaldt 59% av avdelingslederne, 63% av seksjonslederne og begge klinikksjefene. Avslutningsvis ble lederne spurt om hvor ofte de hadde tilgang til analyser av kostnadsnivå, kapasitetsutnyttelse og behandlingspraksis. Her svarte en stor andel av avdelingslederne at de aldri hadde tilgang til slike analyser, henholdsvis 32%, 41% og 59% av de respektive analysene. Like mange av avdelingslederne som svarte at de aldri hadde tilgang til analyse av kostnadsnivå, svarte at de hadde det kvartalsvis. For seksjonslederne svarte størst andel at de aldri mottok slike analyser (48%, 52% og 64%). Klinikksjefene er splittet i sine svar, der en svarte å mottatt slike analyser en gang i året og den andre kvartalsvis eller månedlig.

Resultatene over indikerer at klinikksjefene opplever å ha tilgang til formelle rapporter og analyser oftere enn avdelingslederne, og følgelig opplever avdelingslederne tilgang på dette oftere enn seksjonslederne. Det virker som at de fleste av lederne i samtlige ledernivå opplever å ha tilgang til formelle rapporter og analyser relativt ofte (kvartalsvis eller oftere), med unntak av analyse av kostnadsnivå, kapasitetsutnyttelse og behandlingspraksis, hvor store andeler av avdelingsledere og seksjonsledere svarte at aldri hadde tilgang til slike analyser.

5.5.2 Uformell rapportering

Lederne ble videre spurt om å oppgi hvor ofte de hadde tilgang til *uformelle* rapporter og informasjon i 2019. Tabellen under illustrer ledernes respons til uformell rapportering.

Tabell 9 - Angi hvor ofte du har hatt tilgang til følgende uformelle rapporter og informasjon i 2019

	Klinikk N=2						Avdeling N=22						Seksjon N=56					
	Aldri	1 gang pr. år	1 gang pr. halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd	Oftere	Aldri	1 gang pr. år	1 gang pr. halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd	Oftere	Aldri	1 gang pr. år	1 gang pr. halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd	Oftere
Muntlig uformell informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	9 %	0 %	14 %	23 %	32 %	23 %	9 %	4 %	18 %	30 %	32 %	7 %
Muntlig uformell informasjon om avvik mellom planlag og faktisk aktivitet	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	32 %	0 %	18 %	23 %	14 %	14 %	18 %	5 %	14 %	27 %	32 %	4 %
Diskusjon av regnskapsinformasjon med kollegaer i uformelle møter	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	14 %	27 %	27 %	18 %	14 %	9 %	20 %	27 %	21 %	9 %

Tabellen over viser at de fleste avdelingsledere (78%) og seksjonslederne (69%) hadde tilgang til muntlig uformell informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett, kvartalsvis eller oftere. Klinikksjefene svarte derimot at de aldri hadde tilgang til dette.

Når det gjelder muntlig uformell informasjon om avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet, svarte 51% av avdelingslederne at de hadde tilgang til dette kvartalsvis eller oftere. Her svarte samtidig 32% at de aldri hadde det. Av seksjonslederne så svarte de fleste (62,5%) at de hadde tilgang kvartalsvis eller oftere, men også her svarte en relativt stor andel (17,9%) at de aldri hadde det. Klinikksjefene svarte begge at de aldri hadde tilgang til slik muntlig uformell informasjon.

Tilslutt svarte fleste av både avdelingslederne (72%) og seksjonslederne (57%) at de diskuterte regnskapsinformasjon med kollegaer i uformelle møter, kvartalsvis eller oftere. På motsatt side igjen, svarte klinikksjefene at de aldri hadde slike diskusjoner med kollegaer i uformelle møter.

Resultatene over indikerer at uformell rapportering kun skjer på avdeling og seksjonsnivå, og aldri på klinikknivå. Det kan også virke som at uformell informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett og diskusjon av regnskapsinformasjon oftere skjer på avdelingsnivå enn på seksjonsnivå. Muntlig uformell informasjon om avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet virker derimot å skje oftere på seksjonsnivå.

5.5.3 Bruk av styringsinformasjon

For å kartlegge hvorvidt informasjon fra de ulike rapportene og analysene blir brukt, ble lederne følgelig spurt om å gjøre rede for i hvilken grad disse blir benyttet. Tabellen under illustrerer rapportene og analysene det gjelder og ledernes respons.

Tabell 10 - Angi i hvor stor grad du bruker følgende typer informasjon som grunnlag for styring.

	Klinikk N=2				Avdeling N=22				Seksjon N=56			
	Aldri	Svært liten grad	Noen grad	Sterk grad	Aldri	Svært liten grad	Noen grad	Sterk grad	Aldri	Svært liten grad	Noen grad	Sterk grad
Regelmessige regnskapsrapporter	0 %	0 %	50 %	50 %	5 %	9 %	41 %	45 %	14 %	16 %	36 %	34 %
Analyser av avvik mellom faktisk regnskap og budsjett	0 %	0 %	50 %	50 %	5 %	18 %	41 %	36 %	21 %	14 %	38 %	27 %
Analyser av avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet	0 %	50 %	0 %	50 %	18 %	23 %	32 %	27 %	27 %	20 %	39 %	14 %
Analyser av lønnsnivå på klinikken/avdelingen/seksjonen	50 %	50 %	0 %	0 %	14 %	23 %	55 %	9 %	36 %	34 %	23 %	7 %
Analyser av personellsammensetningen på klinikken/avdelingen/seksjonen	0 %	50 %	50 %	0 %	23 %	14 %	32 %	32 %	29 %	23 %	30 %	18 %
Analyser av behandlingspraksis	50 %	0 %	50 %	0 %	36 %	18 %	36 %	9 %	52 %	25 %	20 %	4 %
Analyser av kostnadsnivå	0 %	50 %	0 %	50 %	23 %	18 %	50 %	9 %	30 %	32 %	23 %	14 %
Analyser av kapasitetsutnyttelse	0 %	50 %	0 %	50 %	32 %	5 %	41 %	23 %	25 %	23 %	36 %	16 %
Rapportene fra HN-LIS	0 %	0 %	0 %	100 %	5 %	5 %	36 %	55 %	7 %	9 %	46 %	38 %
KVR (kvalitet og virksomhetsrapport)	0 %	0 %	0 %	100 %	14 %	36 %	45 %	5 %	36 %	34 %	25 %	5 %

Tabell 10 viser at det er rapportene fra HN-LIS lederne bruker oftest. Her svarte begge klinikkssjefene, 91% av avdelingslederne og 94% av seksjonslederne at de brukte de i noen til sterk grad. Videre svarte en overvekt av avdelingsledere at de benyttet samtlige rapporter og analyser i noen eller sterk grad. Dette med unntak av analyser av behandlingspraksis, hvor flertallet svarte at de aldri brukte dem, eller i svært liten grad.

Hos klinikkssjefene og seksjonslederne var bruken mer varierende på de fleste rapportene og analysene. Likevel svarte begge klinikkssjefene og flertallet av seksjonsledere at de brukte regelmessige regnskapsrapporter (70% av seksjonslederne) og analyser av avvik mellom faktisk regnskap og budsjett (64% av seksjonslederne), i noen til sterk grad. Begge klinikkssjefene og flestallet av seksjonslederne (70%) svarte også at de aldri eller i svært liten grad benyttet analyser av lønnsnivå.

Videre var klinikkssjefene uenig med hverandre om bruken av analyser av avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet, hvor den ene brukte dette i svært liten grad, den andre i sterk grad. Litt over halvparten (54%) av seksjonslederne svarte at de hadde brukt en slik analyse i noen til sterk grad. I motsetning til at begge klinikkssjefene til en viss grad benyttet analyser av kostnadsnivå og KVR, svarte de fleste seksjonslederne at de aldri eller i svært liten grad benyttet dem. De fleste av seksjonslederne (77%) svarte også at de aldri eller svært liten grad benyttet analyser av behandlingspraksis. Avslutningsvis svarte de fleste av både

klinikkjefene og seksjonslederne at de i liten grad eller mer bruker analyse av kapasitetsutnyttelse og analyser av personellsammensetningen.

Resultatene over indikerer at klinikkjefene benytter rapportene og analysene som grunnlag for styring oftere enn avdelingslederne. Videre at avdelingslederne bruker slik informasjon til grunnlag oftere enn seksjonslederne. Det er derimot mye spredning i svarene fra lederne innad i ledernivåene, noe som tyder på at informasjonen også benyttes i ulik grad fra leder til leder i samme nivå. Det er regnskapsrapportene, analysene av avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet, analyser av kapasitetsutnyttelse og rapportene fra HN-LIS som i størst grad ble benyttet av samtlige ledere.

5.5.4 Hva brukes styringsinformasjonen til?

Selv om rapportene og analysene er tilgjengelige, og at de blir brukt av lederne, vil ledernes faktiske bruksmåte kunne si noe om deres prioriteringer og derav videre handlinger. Lederne ble derfor spurt om å ta stilling til en rekke påstander om alternative bruksmåter, hvor de ble bedt om å svare i hvilken grad de blir benyttet på disse måtene. Tabellen under illustrerer disse alternative bruksmåtene og ledernes respons.

Tabell 11 - Angi i hvilken grad du bruker regnskaps- og aktivitetsrapporter, avviksanalyser og andre analyser på følgende måter.

	Klinikk N=2				Avdeling N=22				Seksjon N=56			
	Nei, har ikke brukt	I liten grad	I noen grad	Ja, i sterk grad	Nei, har ikke brukt	I liten grad	I noen grad	Ja, i sterk grad	Nei, har ikke brukt	I liten grad	I noen grad	Ja, i sterk grad
Jeg bruker regnskapsrapporter til å forklare avvik mellom regnskap og budsjett	0 %	50 %	0 %	50 %	9 %	32 %	41 %	18 %	34 %	11 %	36 %	20 %
Jeg bruker aktivitetsrapporter til å forklare avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet	50 %	0 %	0 %	50 %	23 %	23 %	45 %	9 %	34 %	23 %	27 %	16 %
Jeg bruker budsjettavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett	50 %	0 %	50 %	0 %	18 %	18 %	41 %	23 %	23 %	21 %	32 %	23 %
Jeg bruker aktivitetsavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett	50 %	0 %	0 %	50 %	18 %	23 %	32 %	27 %	27 %	20 %	36 %	18 %
Jeg bruker budsjettavvik for å tilpasse faktiske kostnader til planlagt budsjett	0 %	50 %	0 %	50 %	14 %	23 %	59 %	5 %	21 %	32 %	32 %	14 %
Jeg bruker aktivitetsrapporter for å tilpasse faktisk aktivitet til planlagt aktivitet	0 %	50 %	0 %	50 %	32 %	32 %	27 %	9 %	34 %	39 %	21 %	5 %
Jeg bruker rapporter og analyser som grunnlag for diskusjon med nøkkelpersonell i klinikken	0 %	50 %	0 %	50 %	23 %	18 %	27 %	32 %	23 %	36 %	29 %	13 %
Jeg bruker rapporter og analyser som grunnlag for å diskutere og iverksette ytterlige tiltak for bedre budsjettkontroll	0 %	0 %	50 %	50 %	9 %	32 %	36 %	23 %	27 %	21 %	41 %	11 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planlegging av daglig drift i klinikken/avdelingen/ seksjonen	0 %	0 %	0 %	100 %	9 %	32 %	36 %	23 %	23 %	30 %	21 %	25 %
Jeg mener at avviksanalysene er usikre, og at de dermed er et dårlig underlag for iverksetting av tiltak i klinikken/avdelingen/ seksjonen	50 %	50 %	0 %	0 %	36 %	32 %	32 %	0 %	32 %	29 %	34 %	5 %

Tabellen over viser at det er mye spredning i svarene til avdelingslederne på samtlige påstander. Det var likevel litt over halvparten (i gjennomsnitt 60%) av avdelingsledere som svarte at de brukte de ulike rapportene og analysene slik påstandene antyder i noen til sterk grad. Dette med unntak av påstanden om at de har brukt aktivitetsrapporter for å tilpasse faktisk aktivitet til planlagt aktivitet, hvor 64% av avdelingslederne svarte nei eller at de kun i svært liten grad har brukt det. Dette gjelder også påstanden om at avviksanalysene er usikre og at de dermed er et dårlig underlag for iverksetting av tiltak i avdelingen, hvor 68% av avdelingslederne svarte nei, eller i svært liten grad.

Det er også en del spredning i svarene til klinikksjefene, hvor det kun var enighet mellom dem, om at de i sterk grad brukte budsjettet som rettesnor for planlegging av daglig drift i klinikken. Videre svarte klinikksjefene enten nei eller i svært liten grad, på påstanden om at avviksanalysene er usikre, og at de dermed er et dårlig underlag for iverksetting av tiltak i klinikken. I noen til sterk grad brukte klinikksjefene rapporter og analyser som grunnlag for å

diskutere og iverksette ytterligere tiltak for å bedre budsjettkontroll. På resterende påstander var klinikkjefene splittet i sine svar, mellom å ikke ha brukt eller i svært liten grad, og noen til sterk grad.

Seksjonslederne svarte også at de ikke har brukt, eller i svært liten grad på påstanden om at avviksanalysene er usikre, og at de dermed er et dårlig underlag for iverksetting av tiltak i seksjonen. De brukte heller ikke, eller i svært liten grad, budsjettet som rettesnor for planlegging av daglig drift. Det er videre mye spredning i svarene til seksjonslederne på resterende påstander, hvor om lag halvt om halvt svarte at de ikke har ikke brukt/i svært liten grad, og i noen/sterk grad. Dette med unntak av påstanden om at de bruker aktivitetsrapporter for å tilpasse faktisk aktivitet til planlagt aktivitet, hvor det er overvekt av seksjonsledere (73%) som svarer at de ikke har brukt eller i svært liten grad.

Resultatene over indikerer at samtlige ledernivåer bruker regnskapsrapporter til å forklare avvik mellom regnskap og budsjett og aktivitetsavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett. De virker ikke som at lederne har en oppfatning om at avviksanalysene er usikre og et dårlig underlag for iverksetting av tiltak, og bruker til en viss grad rapporter og analyser som grunnlag for å diskutere og iverksette ytterlige tiltak for bedre budsjettkontroll. På de resterende påstandene er lederne i de ulike ledernivåene noe uenige med hverandre, og det er en god del spredning i svarene blant lederne innad i ulike nivåene. Dette kan indikere at en stor del av styringsinformasjonen brukes ulikt av hvert ledernivå, men også at de brukes ulikt fra leder til leder i de ulike nivåene.

5.5.5 Oppfølging og konsekvenser ved budsjettavvik

Hva lederne gjør og prioriterer kan være et resultat av deres oppfatninger av konsekvensene ved de handlingene. For å fange opp holdningene omkring budsjettavvik, ble lederne bedt om å ta stilling til ulike påstander om mulige konsekvenser ved dette. Her ble lederne bedt om å svare «ikke aktuelt» om de ikke hadde budsjettunderskudd. Etter å ha gjennomgått svarene, og sammenliknet antall ledere som har svart at de ikke har hatt budsjettunderskudd med de som har svart «ikke aktuelt» på påstandene, er det avvik. Dette kan tyde på at spørsmålet ikke er forstått riktig, og de fleste påstandene vil dermed ikke bli presentert. To av påstandene vil likevel bli presentert, ettersom resultatene på disse skiller seg ut. Resultatene fra øvrige spørsmål er presentert i vedlegg 2. Tabellen under illustrer resultatene fra påstandene som skiller seg ut.

Tabell 12 - Angi i hvor stor grad følgende tiltak er blitt iverksatt i klinikken/avdelingen/seksjonen på grunn av at ressursforbruket har vært høyere enn budsjettet i 2019.

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Nei, ikke aktuelt	I liten grad	I noen grad	I sterk grad	Ikke aktuelt	Nei, ikke aktuelt	I liten grad	I noen grad	I sterk grad	Ikke aktuelt	Nei, ikke aktuelt	I liten grad	I noen grad	I sterk grad	Ikke aktuelt
Vi vil få mer penger neste år	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	64 %	9 %	0 %	0 %	27 %	57 %	18 %	2 %	5 %	18 %
Jeg står i fare for å miste jobben som klinikk sjef	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	41 %	18 %	5 %	0 %	36 %	70 %	4 %	5 %	0 %	21 %

Av tabellen over ser vi at det er en overvekt av avdelingsledere og seksjonsledere som svarte at det ikke var aktuelt å få mer penger året etter, og at de heller ikke står i fare for å miste jobben som en konsekvens av budsjettunderskudd. Klinikksjefene er noe splittet i sine svar, men ingen er i sterk grad enig i noen av påstandene.

Resultatene fra påstandene over kan indikere at flertallet av ledere på alle nivåene ikke oppfatter en økning av ressurser eller fare for å miste jobben som leder, som realistiske konsekvensene av budsjettunderskudd.

5.6 Holdninger til økonomistyring

Avslutningsvis i spørreundersøkelsen ble lederne spurt om å angi hvor enig eller uenig de var i en rekke påstander om økonomistyringen i deres klinikk, avdeling eller seksjon i 2019. Her ble det presentert påstander som direkte handler om ledernes holdninger, noen var positivt rettet mot økonomistyring og andre var negativt ladet. Tabellene i dette delkapittelet illustrerer påstandene og ledernes respons.

Tabell 13 - Angi hvor enig/uenig du er i følgende påstander om økonomistyring for din klinikk/avdeling/seksjon i 2019.

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig
Min klinikk/avdeling/seksjon har klare strategiske mål	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	5 %	5 %	14 %	50 %	27 %	5 %	9 %	27 %	30 %	29 %
Det er en klar kobling mellom strategiske mål og budsjettet vedtatt	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	14 %	18 %	36 %	18 %	14 %	23 %	11 %	32 %	25 %	9 %
God medisinskfaglig kvalitet er en målsetting som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse i	50 %	0 %	0 %	0 %	50 %	14 %	18 %	27 %	27 %	14 %	13 %	20 %	27 %	27 %	14 %
Klinikkens/avdelingens/seksjonens budsjettmål er realistiske	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	23 %	18 %	23 %	27 %	9 %	27 %	27 %	21 %	14 %	11 %
Negative budsjettavvik har ingen konsekvenser for meg som leder	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	27 %	14 %	36 %	18 %	5 %	18 %	27 %	23 %	21 %	11 %
Gapet mellom strategiske mål og budsjett er så stort at det er vanskelig å få et forhold til budsjettet	0 %	50 %	0 %	0 %	50 %	9 %	23 %	27 %	32 %	9 %	13 %	20 %	30 %	25 %	13 %
Ledelsen aksepterer budsjett- og aktivitetsavvik hvis jeg kan forklare dem årsakene	50 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %	18 %	18 %	50 %	14 %	4 %	7 %	18 %	54 %	18 %

Tabell 13 viser at de fleste (77%) av avdelingslederne var litt eller helt enige i at avdelingen hadde klare strategiske mål. Dette gjelder også seksjonslederne (59%) og begge klinikksjefene. Videre er det mye variasjoner i svarene på påstanden om at det er en klar kobling mellom strategiske mål og budsjettet vedtatt, for samtlige ledernivåer. For avdelingslederne er det like mange som svarte i retning enighet, som i retning uenighet i påstanden, og den største andelen (36%) svarte at de verken var enig eller uenig. Den største andelen av seksjonsledere svarte også at de verken var uenig eller enig (32%), men resterende seksjonsledere svarte i retning av å være uenig. Like resultater var det også for klinikksjefene på denne påstanden. Dette sammenfaller med at den største andelen av avdelingsledere (41%), seksjonsledere (38%), og en av klinikksjefene svarte i retning av å være enig i påstanden om at gapet mellom strategiske mål og budsjett er så stort, at det er vanskelig å få et forhold til budsjettet. Her var det dog relativt mange avdelingsledere (27%) og seksjonsledere (30%) som svarte at de verken var enig eller uenig i påstanden.

Avdelingslederne og seksjonslederne svarte relativt likt på resterende påstander. Den største andelen av avdelingsledere (41%) og seksjonsledere (41%) svarte at de er litt eller helt enig i påstanden om at god medisinskfaglig kvalitet er en målsetting som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse. Her er det 27% som også svarte at de verken var enig eller uenig, på begge ledernivåene. I påstandene om at avdelingens/seksjonens budsjettmål er realistisk,

svarer begge ledernivåene i retning uenighet. Samtidig svarer de også i retning uenighet i påstanden om at negative budsjettavvik ikke har konsekvenser for dem som leder. De fleste avdelingsledere (64%) og seksjonsledere (72%) er også litt eller helt enige i at ledelsen aksepterer budsjett- og aktivitetsavvik om de kan forklare årsakene.

Klinikksjefene er helt splittet i sitt svar på påstanden om at god medisinskfaglig kvalitet er en målsetting som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse. Her svarer den ene helt uenig og den andre helt enig. Den ene er også helt uenig i at ledelsen aksepterer budsjett- og aktivitetsavvik hvis de kan begrunne dem, og den andre er litt enig. Begge er derimot helt enige i at klinikkens budsjettmål er realistisk. I påstanden om at negative budsjettavvik ikke har konsekvenser for dem, er den ene litt uenig og den andre verken enig/uenig.

Videre viser tabell 14 under, at begge klinikksjefene, 87% av avdelingslederne og 72% av seksjonsledere er litt eller helt enige i at deres leder forventer konkrete tiltak for å redusere merforbruket. Samtidig, svarte både avdelingslederne og seksjonslederne i retning av å være uenig i påstanden om at de har god mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostander til budsjett. Klinikksjefene svarer i motsatt ende, at de er litt eller helt enig i dette. Halvparten av avdelingslederne og seksjonslederne er følgelig litt eller helt enige i at deres leder systematisk følger opp at tiltakene blir iverksatt. På denne påstanden klinikksjefene igjen splittet i sine svar, hvor den ene er helt uenig og den andre helt enig.

Tabell 14 - Angi hvor enig/uenig du er i følgende påstander om økonomistyring for din klinikk/avdeling/seksjon i 2019.

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig	Helt uenig	Litt uenig	Verken uenig/enig	Litt enig	Helt enig
Min leder forventer forslag til konkrete tiltak for å redusere merforbruket	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	14 %	23 %	64 %	4 %	4 %	21 %	34 %	38 %
Som leder har jeg god mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnader til budsjett	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	14 %	32 %	23 %	27 %	5 %	29 %	25 %	11 %	16 %	20 %
Min leder følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt	50 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	27 %	23 %	45 %	5 %	13 %	14 %	23 %	38 %	13 %
Helseforetakets budsjettprosess medfører en rettferdig fordeling av ressurser til min klinikk/avdeling/seksjon	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	32 %	27 %	32 %	9 %	0 %	41 %	29 %	23 %	4 %	4 %
Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å styre klinikkens/avdelingens/seksjonens økonomi på en effektiv måte	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	14 %	27 %	27 %	32 %	9 %	16 %	23 %	30 %	21 %
Jeg har tilstrekkelig kapasitet til å styre klinikkens/avdelingens/seksjonens økonomi på en effektiv måte	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	9 %	9 %	45 %	23 %	14 %	13 %	29 %	23 %	25 %	11 %

Av figuren over ser vi videre at det er en overvekt av avdelingsledere (59%) som er helt eller litt uenig i at helseforetakets budsjettprosess medfører en rettferdig fordeling av ressurser til deres avdeling. Dette gjelder enda flere av seksjonslederne (70%). Klinikksjefene er uenig med hverandre på denne påstanden, hvor den ene er litt uenig og den andre litt enig. En overvekt av begge ledernivåene (hhv. 59% g 51%) var litt eller helt enig i at de har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien på en effektiv måte. Når det gjelder kapasiteten til å styre på en effektiv måte, svarte 45% av avdelingslederne verken enig/uenig, og 42% av seksjonslederne litt eller helt uenig. Begge klinikksjefene litt enige i at de har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å styre klinikkens økonomi på en effektiv måte.

Resultatene i dette delkapittelet indikerer at det er ulike holdninger mellom ledernivåene, samt mellom lederne innad i nivåene. Likevel, kan det virke som at det er avdelingslederne og seksjonslederne som i størst grad har like oppfatninger om økonomistyring. I noen påstander har derimot lederne i samtlige ledernivå noe like oppfatninger; at deres klinikk/avdeling/seksjon har klare strategiske mål, at de får konsekvenser som leder ved negative budsjettavvik, at deres leder forventer konkrete tiltak for å redusere merforbruket og at de har tilstrekkelig kompetanse til å styre på en effektiv måte. Disse påstandene er positivt rettet mot økonomistyring, og resultatene over kan dermed indikere positive holdninger på disse påstandene blant samtlige ledernivå.

Videre kan det virke som at klinikksjefene har en mer positiv oppfatning av økonomisyringsprosessen, enn avdelingslederne og seksjonslederne. Her indikerer resultatene at en relativt stor del av avdelingslederne og seksjonslederne oppfatter; at god medisinskfaglig kvalitet vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse, at avdelingens og seksjonens budsjett ikke er realistisk, at ledelsen aksepterer budsjett- og aktivitetsavvik så lenge de kan forklares, at de ikke har god mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostander til budsjett, og avslutningsvis at helseforetakets budsjettprosess ikke medfører en rettferdig fordeling av ressurser til deres avdeling/seksjon. Dette er påstander som er negativt ladet mot økonomistyringsprosessen, og slike resultater indikerer derfor mer negative holdninger på disse påstandene.

5.7 Oppsummering av nøkkelfunn

Nøkkelfunnene fra delkapitlene over, er oppsummert under. Funnene fra resultatene kan kun indikere forhold og fenomen, og er ikke generaliserbar for disse ledernivåene.

Mål og strategi

- De fleste ledere i samtlige ledernivå oppfatter signalene fra toppledelsen vedrende foretakets mål og strategi noe likt.
- Påstanden flest ledere var helt enige i, var at de må innfri budsjettforventningene.
- Toppledelsen sender ulike signaler om hva foretakets overordnede mål er, til dels motstridende målsettinger.

Involvering og deltakelse

- Klinikksjefene har en oppfatning om høy involvering og deltakelse i budsjett- og strategiprosessen.
- Avdelingslederne og seksjonslederne har ulike oppfatning av hvor mye der er involvert og deltar i budsjett- og strategiprosessene.
- Avdelingslederne opplever å delta mer, og være mer involvert i budsjett- og strategiprosessene, enn seksjonslederne.
- Halvparten av avdelingslederne og 61% av seksjonslederne ikke formelt har akseptert budsjettet.

Ressursfordeling

- Det er ulike oppfatninger blant hver enkelt leder, og blant ledernivåene sammenliknet med hverandre, om hvorvidt det er satt av nok tid, om planleggingen av budsjettprosessen er god og hvor rettferdig ressursfordelingen er.
- Samtlige ledernivå er noe enig i at det er satt av for lite tid, og avdelingslederne og seksjonslederne er samtidig noe uenig i at budsjettprosessen er godt planlagt og rettferdig fordelt.

Handling

- Samtlige ledernivå prioriterer like tiltak for å tilpasse aktivitet til budsjett, men i ulik grad.
- Det kan virke som at lederne på alle nivå i mindre grad prioriterer tiltak som negativt kan påvirke pasienter eller ansatte.

Formell rapportering

- Klinikksjefene opplever å ha tilgang til formelle rapporter og analyser oftere enn avdelingslederne, og følgelig opplever avdelingslederne tilgang på dette oftere enn seksjonslederne.
- De fleste av lederne i samtlige ledernivå opplever å ha tilgang til formelle rapporter og analyser relativt ofte, med unntak av analyse av kostnadsnivå, kapasitetsutnyttelse og behandlingspraksis.

Uformell rapportering

- Uformell rapportering skjer kun på avdeling og seksjonsnivå.
- Uformell rapportering skjer i større grad på avdelingsnivå.

Bruk av styringsinformasjon

- Klinikksjefene benytter rapporter og analyser som grunnlag for styring, oftere enn avdelingslederne, og avdelingslederne oftere enn seksjonslederne.
- Informasjonen fra rapporter og analyser benyttes i ulik grad til styring fra leder til leder i samme nivå.
- Det er regnskapsrapportene, analysene av avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet, analyser av kapasitetsutnyttelse og rapportene fra HN-LIS som i størst grad ble benyttet av samtlige ledere.

Hva brukes styringsinformasjonen til?

- Samtlige ledernivåer bruker regnskapsrapporter til å forklare avvik mellom regnskap og budsjett og aktivitetsavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett.
- Det virker ikke som at lederne har en oppfatning om at avviksanalysene er usikre og et dårlig underlag for iverksetting av tiltak, og bruker til en viss grad rapporter og analyser som grunnlag for å diskutere og iverksette ytterligere tiltak for bedre budsjettkontroll.
- En stor del av styringsinformasjonen brukes ulikt av hvert ledernivå, men også fra leder til leder i de ulike nivåene.

Oppfølging og konsekvenser ved budsjettavvik

- Flertallet av ledere på alle nivåene oppfatter ikke en økning av ressurser eller fare for å miste jobben som leder, som realistiske konsekvensene av budsjettunderskudd.

Holdninger til økonomistyring

- Det virke som at det er avdelingslederne og seksjonslederne som i størst grad har like oppfatninger om økonomistyring.
- Samtlige ledernivå har noe like positive oppfatninger om; at deres klinikk/avdeling/seksjon har klare strategiske mål, at de at de får konsekvenser som leder ved negative budsjettavvik, at deres leder forventer konkrete tiltak for å redusere merforbruket og at de har tilstrekkelig kompetanse til å styre på en effektiv måte.
- Det kan virke som at klinikksjefene har en mer positiv oppfatning av økonomistyringsprosessen, enn avdelingslederne og seksjonslederne.
- En relativt stor andel av avdelingsledere og seksjonsledere har en negativ oppfatning om at; god medisinsk faglig kvalitet vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse, avdelingens og seksjonens budsjett ikke er realistisk, ledelsen aksepterer budsjett- og aktivitetsavvik så lenge de kan forklares, de ikke har god mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostander til budsjett, og avslutningsvis at helseforetakets budsjettprosess ikke medfører en rettferdig fordeling av ressurser til deres avdeling/seksjon.

6 Diskusjon

Økonomiansvaret til lederne handler om å sikre at helseforetakets ressurser er ivaretatt og brukes på en effektiv måte for å realisere organisasjonens overordnede mål og strategi. Helseforetaket er primært finansiert gjennom skatter og avgifter, og planene utarbeides i form av oppdragsdokumentet med tilhørende budsjett. Det kan dermed forutsettes at den overordnede økonomistyringen i helseforetaket er utarbeidet av økonomer på en formålsrasjonell måte. Ledernes oppfatning og aksept av økonomiansvaret kan gjenspeiles i hvordan de arbeider med økonomistyring, sammenliknet med hvordan det ideelt sett burde vært gjort i henhold til den økonomiske styringssirkelen. I dette kapittelet vil de empiriske funnene bli diskutert opp mot studiens problemstilling, samt relevant litteratur og struktureres rundt de fire stegene i styringssirkelen, illustrert i figur 1.

6.1 Strategisk planlegging

Ifølge Anthony og Young (2003), er en felles målsetting en forutsetning for styring, og legger føringer for den strategiske planleggingen. Det er sykehusledelsen som skal definere målene ut fra oppdragsdokumentet, hvor lederne har et ansvar om å ivareta prioriteringene ledelsen har satt for helseforetakets beste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). På UNN kan det derimot virke som at de fleste lederne i samtlige ledernivåer har en oppfatning om at ledelsen gir signaler om en rekke motstridende mål. Påstanden flest ledere på samtlige nivåer var helt enige i, var at de må innfri budsjettforventningene. Samtidig svarte en stor andel av samtlige ledernivå at de må arbeide for å gi et bredest mulig helsetilbud, ha størst mulig aktivitet og arbeide for å korte ned på ventelistene. Dette er målsettinger som vanskelig lar seg kombinere med budsjettbalanse, og funnene kan dermed indikere at lederne oppfatter toppledelsens overordnede mål som uklare.

Funnene over stemmer overens med det Pettersen m.fl., (2008) belyser etter en analyse av budsjettoverskridelser i helsesektoren, der oppdragsdokumentet fra staten virker å ha motstridende målsettinger uten prioriteringer dem imellom. Dessuten gjenspeiler det også de empiriske funnene til Nyland og Østergren (2008), hvor avdelingslederne oppfattet at signalene fra toppledelsen ikke var «avstemte». Til tross for dette, var begge klinikkjefene, 77% av avdelingslederne og 59% av seksjonslederne litt eller helt enig i at deres klinikk/avdeling/seksjon hadde klare strategiske mål. Dette styrker argumentasjonen om at målene er uklare, da det kan virke som at lederne ikke helt forstår hva målsettingene innebærer.

Videre var det ingen av klinikkssjefene, 18% av avdelingslederne og 30% av seksjonslederne som har innfridd budsjettforventningene, altså at de verken har hatt overforbruk eller underforbruk. Ifølge Pettersen og Solstad (2014) kan ledernes virkelighetsoppfatning av organisasjonens mål by på styringsutfordringer. Et helseforetak er definert som et profesjonelt byråkrati (Mintzberg, 1979, 1989 gjengitt i Pettersen, m.fl., 2008), og består av sterke og parallelle autoritetshierarkier; administrasjonen og de profesjonelle aktørene der profesjonene styrer. Derfor kan uklare mål gjøre det vanskelig å angi måloppnåelse. Administrasjonen og de profesjonelle aktørene kan være uenig om midlene for å nå målsettingen. De empiriske funnene viser at relativt få av ledere i samtlige nivå har fulgt budsjettplanene, men at det er relativt mange som mener at deres klinikk/avdeling/seksjon har klare strategiske mål. Dette kan indikere at lederne har ulike virkelighetsoppfatninger av organisasjonens overordnede mål og midlene som skal benyttes for å nå dem.

6.2 Planlegging og budsjettering

I følge Mintzberg (1979) kan et profesjonelt byråkrati illustrere hvordan styringspermisene i et helseforetak skjer nedenfra den operative kjerne og opp til den strategiske ledelsen. I organiseringen av budsjettprosessen i UNN virker det derimot som at de bruker en «top-down» prosess. De empiriske funnene indikerer at det er klinikkssjefene som i størst grad er aktiv og involvert i budsjett- og strategiprosessen. Deretter kan det virke som at avdelingslederne er mer aktiv og deltar mer, enn seksjonslederne. Dette skiller seg fra tidligere funn, hvor avdelingslederne i stor grad virker å delta i budsjettprosessen (Nyland & Østergren, 2008; Nyland & Olsen, 2017). Seksjonslederne virker å være noe aktiv i budsjettprosessen, men enda mindre aktiv i strategiprosessen enn avdelingslederne. Ledernes ulike deltakelse i budsjett og strategiprosessen kan være en årsak til hvorfor halvparten av avdelingslederne og 61% av seksjonslederne ikke formelt har akseptert budsjettet. Begge klinikkssjefene, som oppfattet å være mest involvert i budsjett- og strategiprosessen, har formelt akseptert budsjettet. Dette underbygges av tidligere funn, hvor avdelingsledere i stor grad oppfatter å delta i budsjettprosessen og har akseptert budsjettet (Nyland & Østergren, 2008).

I helsesektoren er det kjent at det er utfordringer ved bruk av budsjett, men de er likevel pålagt å lage dette (Nyland & Pettersen, 2018). For at budsjettprosessen skal fungere som et effektivt virkemiddel for måloppnåelse, forutsettes det at medarbeiderne aksepterer budsjettet, forplikter seg til de gitte budsjettmålene og at det er en reel kobling mellom mål og budsjett

(Pettersen, m.fl., 2008). Ettersom ledernes økonomiansvar i denne studien defineres som deres ansvar til å innfri budsjettforventningene, vil oppfatningene av forholdene over kunne gjenspeile holdningene til økonomiansvaret.

De fleste i samtlige ledernivå oppfatter at det er satt av for lite tid til budsjettprosessen, hvor avdelingslederne og seksjonslederne samtidig ikke oppfatter at budsjettprosessen er godt planlagt eller at budsjettet er rettferdig fordelt mellom enhetene. Dette underbygges av at begge klinikkjefene mener at klinikkens budsjettmål er realistisk, noe avdelingslederne og seksjonslederne virker å være uenig i for deres avdeling/seksjon. At avdelingslederne og seksjonslederne opplever at det er satt av for lite tid til budsjettprosessen, at budsjettet ikke er rettferdig fordelt og at de i ikke anser budsjettet som realistisk, underbygger at de ikke har akseptert budsjettet og indikerer at de heller ikke har forpliktet seg til det. Dessuten var det også en stor del av lederne på samtlige nivå som verken var enig eller uenig i at det er en klar kobling mellom strategisk mål og budsjettet vedtatt.

Disse funnene over kan tolkes slik at klinikkjefene i større grad har en oppfatning om at budsjettprosessen effektivt kan brukes til måloppnåelse, sammenliknet med øvrige ledernivå. Det kan også virke som at dette er en oppfatning som øker oppover i hierarkiet. Disse funnene støttes av tidligere forskning av ulike ledernivå i et sykehus, hvor deres funn indikerer at oppfattelsen av økonomi som rettesnor for beslutninger, i større grad er tilstede på høyere hierarkiske ledernivå (Nyland & Pettersen, 2004). En annen antagelse er at klinikkjefene har svart på undersøkelsen, basert på forventninger om hva de bør svare som sjef. Funn av dette er gjort i tidligere forskning, basert på intervjuer, som indikerer at ledere kan ha en «budsjettmaske» og en «klanmaske», hvor deres oppfatninger varierer for hvilken kontekst de er i (Nyland & Pettersen, 2004).

6.3 Handling

Det at funnene i delkapittelet over indikerer at ledernes oppfatning av involvering i prosessene og av effektiviteten av budsjettprosessen til måloppnåelse, endrer seg for hvert nivå i hierarkiet, kan tolkes som at fokuset på økonomi øker oppover i hierarkiet. Dette støttes av det Canning og O'Dawyes (2016) hevder om institusjonelle logikker. De hevder at det er de institusjonelle logikkene som legger føringer for hvilke problemstillinger som skal prioriteres, hvilke målsettinger som skal settes og hvilke virkemiddel som skal benyttes for å nå dette målet.

Resultatene fra undersøkelsen indikerer at det eksisterer to ulike institusjonelle logikker på UNN; den medisinske logikken fra helsepersonellet, og administrasjonens økonomiske logikk. Empirien indikerer at samtlige ledernivå prioriterer like tiltak for å tilpasse aktivitet til budsjett, men i ulik grad. Lederne på de lavere nivåene, hhv. avdelingsledere og seksjonsledere, virker å i mindre grad prioritere tiltak som negativt kan påvirke pasienter eller ansatte. Dessuten svarte en stor andel av lederne at de oppfatter at god medisinsk faglig kvalitet er en målsetting som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse. Her var derimot en klinikk sjef helt uenig i denne påstanden.

Disse funnene støtter en slik helsefaglig logikk, hvor fokuset hele tiden ligger på behandlingen av pasientene, fremfor de økonomiske konsekvensene av beslutningene. Det synes derimot å være et økt fokus på økonomi oppover i hierarkiet blant helsepersonellet, og det kan virke som at det er større samsvar mellom den medisinske logikken og den økonomiske, desto høyere ledernivå. Tidligere forskning støtter antagelsen om at det eksisterer en medisinsk og en økonomisk logikk i sykehus (Pettersen & Solstad, 2014). Funnene i forskningen til Nyland og Pettersen (2004) underbygger i tillegg antagelsen om at den medisinske logikken i størst grad er å finne hos ledere på lavere nivåer, og den økonomiske logikken i de høyere ledernivåene. Det kan tenkes at dette skyldes distansen mellom klinikk sjefene og pasientbehandlingen, som muligens kan resultere i at de får et mer rasjonelt perspektiv på økonomistyringen.

Fra empirien ser vi at begge klinikk sjefene kun har fått uformell opplæring av leder eller medarbeider i økonomisk styring og en er også selvlært i dette. Alle klinikk sjefene på UNN har en økonomisk rådgiver til å bistå i budsjettprosessen og i økonomiske beslutninger. Videre er det kun avdelingslederne og seksjonslederne som har gjennomført kurs eller formell utdanning i økonomisk styring, om lag 30% av lederne på begge nivå. De fleste lederne i samtlige nivå svarte likevel at de oppfatter å ha tilstrekkelig kompetanse til å styre klinikkens/avdelingen/seksjonens økonomi på en effektiv måte.

I forskningen til Nyland og Olsen (2017), konkluderer de med at deres funn indikerer at avdelingsledere i økende grad føler seg kompetente til å styre avdelingens økonomi, og at dette kan tyde på at økonomifokuset har trengt ned i sykehusorganisasjonene. Funnene i denne studien indikerer derimot at avdelingslederne og seksjonslederne har en oppfatning om at de har kompetanse nok til å styre økonomien på en effektiv måte, men at dette ikke nødvendigvis resulterer i budsjettbalanse. Dette kan bety at ledernes logikk, samt deres ulike

virkelighetsoppfatninger av mål, påvirker oppfatningen av økonomiansvaret. For UNN, virker det dermed ikke som at økonomiforkuet er trengt ned i like stor grad som det Nyland og Olsen (2017) viser til i sin forskning.

Funnene over vedrørende mål-middel-konflikter kan også knyttes til det Jensen og Meckling (1979) introduserte om prinsipal-agentteori, som beskriver en situasjon hvor et individ prioriterer egeninteresser. I dette tilfellet virker det ikke å dreie seg om egenvinning i form av profitt, men i form av å følge egne verdier. Når empirien tilsier at lederne nærmest «gulvet», altså avdelingslederne og seksjonslederne, i større grad vektlegger tiltak som ikke direkte påvirker pasienter og samtidig oppfatter at god medisinskfaglig kvalitet vanskelig lar seg kombinere med budsjettbalanse, indikerer dette en mulighet til å opptre opportunistisk. At store andeler av avdelingslederne og seksjonslederne ikke har akseptert budsjettet, kan også forstås som opportunistisk atferd. Disse utfordringene gjelder ikke i like stor grad for klinikkjefene, og kan skyldes det at de er lengere unna pasientsituasjoner og ikke opplever den subjektive og følelsesmessige påvirkningen.

Funnene over kan dermed indikere at avdelingslederne og seksjonslederne i større grad opplever at de kan bryte det økonomiske ansvaret de har for å utøve deres oppfatninger om god medisinskfaglig kvalitet. Disse funnene støttes av det som fremkommer i forskningen til Nyland og Pettersen (2004), som indikerer at ledere på lavere ledernivå i sykehus i aller størst grad føler ansvar for sine pasienter, framfor budsjettansvar.

6.4 Rapportering og evaluering

Nyland og Pettersen (2004) hevder at en viktig forutsetning for økonomisk ansvarlighet er at relevant informasjon om kostnader, prestasjon og mål er gitt på en rettidig måte til beslutningstakerne. Empirien viser til at de fleste lederne på samtlige ledernivå opplever å ha tilgang til formelle rapporter og analyser relativt ofte. Likevel kan det virke som at tilgangen på slik informasjon, oppleves oftere desto høyere ledernivå. Slike funn kan indikere at opplevelsen av å være økonomisk ansvarlig som leder, i høyere grad er tilstede hos ledere på høyere nivå.

Når lederne blir spurt om i hvor stor grad de benytter slik informasjon til grunnlag for styring, er det rapportene fra HN-LIS som i størst grad benyttes. Dette er en plattform lederne kan bruke for å hente disse rapportene og analysene, slik som regelmessige regnskapsrapporter, analyser mellom faktisk regnskap og budsjett, faktisk og planlagt aktivitet, samt analyser av

kostnadsnivå og kapasitetsutnyttelse. KVR er også hentet ut fra dette systemet. Når flertallet av samtlige ledernivå i noen til sterk grad benytter HN-LIS, og det samtidig er stor spredning i bruken av disse rapportene HN-LIS har tilgjengelig i sin plattform, kan indikere at lederne er usikre på hva rapportene og analysene i spørreundersøkelsen betyr og innebærer. Her kan de økonomiske termene brukt for rapportene og analysene være noe uklare for lederne. Likevel, svarer en stor andel av ledere i samtlige ledernivåer, at de til en viss grad bruker rapportene og analysene som grunnlag for å diskutere og iverksette ytterligere tiltak for bedre budsjettkontroll. Dette gjelder i størst grad klinikkjefene. Det kan også virke som at hva styringsinformasjonen brukes til, varierer fra leder til leder i samtlige nivå.

Funnene over kan dermed tolkes som at lederne relativt ofte har tilgjengelig informasjon til å gjøre økonomiske beslutninger, og de også i relativt stor grad bruker dette til økonomisk styring. At styringsinformasjonen også i stor grad brukes på forskjellige måter, underbygger antakelsen om at lederne kan ha ulike formeninger om midlene for å nå organisasjonens mål og at målet i seg selv er uklart. Igjen ser vi også dette hierarkiske skillet mellom ledernivåene, hvor det virker som at tilgjengeligheten og bruken av økonomisk styringsinformasjon minker desto nærmere «gulvet» lederne er. Dette kan henge sammen med at lederne oppfatter de økonomiske rammene mindre realistisk på lavere ledernivå, og det kan tenkes at lederne her anser denne informasjonen som mindre nyttig. Dette underbygges av tidligere forskning, som indikerer at ledere på høyere nivå i større grad oppfatter økonomisk informasjon som nyttig i beslutningssammenheng, enn det lederne nærmere pasientbehandling gjør (Nyland & Pettersen, 2004).

Et annet interessant funn er at uformell rapportering kun virker å skje på de lavere ledelsesnivåene, i størst grad hos avdelingslederne. Her var det i tillegg 72% av avdelingslederne og 57% av seksjonslederne som svarte at de diskuterte regnskapsinformasjon med kollegaer i uformelle møter, kvartalsvis eller oftere. Dette kan ses i sammenheng med det Simons (1995) tar for seg om interaktiv styring, som handler om all usystematisk og uformell kommunikasjon som utføres av ledelsen for å ta del i beslutningsprosessen til de ansatte.

At uformell rapportering i størst grad skjer hos de lavere ledernivåene, kan henge sammen med deres holdninger til budsjett- og strategiprosessen. Når lederne på lavere nivå i mindre grad aksepterer og forplikter seg til disse prosessene, kan det tenkes at det åpner for mer uformell diskusjon, hvor lederne uformelt kan diskutere hva som skal gjøres og hvordan det

skal gjøres, for å nå det de oppfatter som organisasjonens overordnede mål. En annen antakelse, er at uformelle diskusjoner om økonomi og aktivitetsavvik skjer i avdelinger eller seksjoner som opplever budsjettunderskudd, slik som tidligere forskning indikerer (Nyland & Østergren, 2009). At interaktiv styring skjer på disse nivåene, kan dermed indikere at lederne på de lavere nivåene oppfatter et behov for andre styringsparametere enn det diagnostiske styringssystemet tillater.

Pettersen m.fl., (2008) hevder at staten praktiserer myke budsjettbetingelser, og begrunner dette ved at helseforetaket kan, ved å forklare at årsakene til overforbruk skyldes aktivitetsavvik, argumentere for tilleggsbevilgninger. En slik oppfatning virker å være forenelig med de empiriske funnene i denne studien. Her kan det virke som at ledere i samtlige ledernivå bruker regnskapsrapporter til å forklare avvik mellom regnskap og budsjett, og aktivitetsavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett. Samtidig svarer en stor andel av avdelingsledere og seksjonsledere at ledelsen aksepterer budsjett- og aktivitetsavvik så lenge årsakene kan forklares. Dette gjelder også en av klinikkjefene. Slike funn om myke budsjettbetingelser, støttes også av forskningen til Nyland og Pettersen (2004).

I tillegg til at de empiriske funnene kan indikere en oppfatning om myke budsjettbetingelser blant lederne, virker det derimot ikke som at lederne oppfatter at en konsekvens av budsjettunderskudd, vil være en økning av ressurser. Dette må bety at en stor andel av lederne ikke oppfatter at overholdelse av budsjettplanene er det viktigste, selv om dette ikke vil resultere i økte ressurser ved budsjettunderskudd. En stor andel av samtlige ledernivå svarte likevel at de som leder får konsekvenser ved negative budsjettavvik, og at deres leder forventer konkrete tiltak for å redusere merforbruket. Fare for å miste jobben som leder, virker derimot ikke å være en realistisk konsekvens som følge av budsjettunderskudd, for samtlige ledernivåer. Liknende funn fremkommer i forskningen til Nyland og Østergren (2008). Funnene over indikerer at store andeler av ledere i samtlige ledernivå ikke oppfatter budsjettoverholdelse som høyeste prioritet, og at de oppfatter å få noe konsekvenser som følge av overforbruk. Dette støttes av tidligere forskning, som indikerer at budsjettansvaret er mer ett rapporteringsansvar, og at lederne i realiteten ikke har et budsjettansvar (Nyland og Pettersen, 2004). Konsekvensene er ikke rettet mot dem personlig, noe som kan tenkes å redusere effekten av konsekvensen.

7 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg ved hjelp av en casestudie undersøkt hvordan holdningene til ledere på ulike nivåer i et helseforetak er til økonomiansvar. Gjennom en spørreundersøkelse av klinikksjefer, avdelingsledere og seksjonsledere på UNN, søker denne studien å besvare følgende problemstilling:

«Hvordan er holdningene til økonomiansvaret på de ulike ledernivåene i et helseforetak?»

Jeg vil begynne med å besvare forskningsspørsmålene, som til sammen vil danne grunnlag for å besvare min problemstilling.

Hvordan oppfatter lederne økonomiansvaret? Det kan virke som at lederne på UNN har en oppfatning om at de overordnede målene i organisasjonen er motstridende, og at dette åpner for muligheten for at hver enkelt leder kan tolke hvilke midler som skal benyttes for å nå dem. Det er videre indikasjoner om at det er en kobling mellom ledernes grad av aktiv deltakelse i budsjettprosessen og aksept for budsjettet. Oppfatningene av aksept for budsjettet, og derav aksept for økonomiansvaret, virker dermed å øke ved desto høyere ledernivå. Det trekkes en sammenheng her, med at oppfatningen av effektiviteten ved budsjettprosessen for måloppnåelse, også virker å øke oppover i hierarkiet. Det samme gjelder for hvor realistisk lederne oppfatter budsjettet i utgangspunktet.

I UNN er det indikasjoner på at der hersker ulike institusjonelle logikker, som består av den medisinske logikken og den økonomiske logikken. Det kan virke som at lederne på lavere ledernivå, dvs. seksjonslederne og avdelingslederne, har en oppfatning om at god medisinskfaglig kvalitet vanskelig lar seg kombinere med budsjettbalanse, noe som indikerer at den medisinske og den økonomiske logikken har delvis motsatte oppfatninger. Disse logikkene samsvarer høyere i hierarkiet hos klinikksjefene, som virker å ha en oppfatning om at medisin og økonomi kan kombineres. Avdelingslederne og seksjonslederne virker i større grad å ha en oppfatning om at de kan bryte det økonomiske ansvaret de har for å utøve deres oppfatninger om god medisinskfaglig kvalitet. Dette underbygges av at det samtidig er indikasjoner på at opplevelsen av å være økonomisk ansvarlig som leder, i høyere grad er tilstede hos ledere på høyere nivå. Likevel, synes det ikke å være en oppfattelse av at budsjettoverholdelse er høyeste prioritet, for noen av ledernivåene.

Hvordan arbeider lederne med økonomistyring? Det kan virke som at økonomistyringen i UNN i stor grad er basert på tradisjonell økonomistyring, med innslag av mer moderne interaktiv styring. Her er det indikasjoner om en «top-down» prosess i organisering av budsjettet, hvor lederne i større grad deltar i budsjett- og strategiprosessen, desto høyere ledernivå. Det er også derimot indikasjoner om at lederne ikke fullt forplikter seg til denne tradisjonelle økonomistyringen, hvor budsjettet skal gi retning i beslutninger. Dette gjelder i størst grad ledere av lavere nivå i hierarkiet. Det kan videre virke som at en stor andel av ledere likevel tar beslutninger og gjør tiltak for å tilpasse aktivitet til budsjett, men at dette ikke skal gå på bekostning av deres oppfatning om god medisinsk faglig kvalitet.

Som en konklusjon kan det virke som at det er en sammenheng i ledernes oppfattelse av økonomiansvaret og hvordan de arbeider med økonomistyring. Ledernes holdning til økonomiansvaret synes å være mer positive øverst hos klinikkjefene i hierarkiet, og gradvis minker desto lavere ledernivå. Likevel, virker det som at lederne i samtlige ledernivå oppfatter å ha nok økonomisk kompetanse og at de vet at de har et økonomisk ansvar ovenfor klinikken, avdelingen eller seksjonen, men at de ikke oppfatter dette ansvaret som like essensielt i forhold til det helsefaglige ansvaret de har. Det kan dermed virke som at helsereformen ikke har lyktes i å tydeliggjøre de økonomiske ansvarslinjene på de lavere ledernivåene i UNN, hvor den medisinske logikken og den økonomiske logikken fortsatt anses å være motstridende logikker. Dette vil sannsynligvis medføre at det vil være en vedvarende utfordring å oppnå økonomisk balanse i helseforetaket også i årene fremover.

7.1 Forslag til videre forskning

Jeg har utført en studie av holdninger til økonomiansvar på et helseforetak, og har kommet frem til interessante funn. Likevel, har oppgavens omfang, tidsbegrensning og -periode, gjort at jeg ikke har fått undersøkt ledernes holdninger i tilstrekkelig dybde. Et forslag til videre forskning kan være å kombinere kvalitativ og kvantitativ metode i større grad. Her kan en spørreundersøkelse avdekke ledernes praksis, og intervjuer av økonomer fra økonomi og analysesenteret, beskrive hvordan økonomistyringen er lagt opp til å være.

En annen tilnærming av større omfang, kan være å intervjuer lederne på de ulike nivåene i helseforetaket. Dette vil kunne åpne for andre interessante funn av ledernes holdninger til økonomiansvaret, ved at lederne i større grad kan uttrykke egne oppfatninger og meninger om deres økonomiske ansvar som leder.

8 Referanseliste

- Abernethy, M. A. (1996). Physicians and resource management: the role of accounting and non-accounting controls. *Financial Accountability & Management*, 12(2), 141-156.
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and Control Systems: Framework for Analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Anthony, R. N., & Young, D. W. (2003). *Management control in nonprofit organizations*. Boston, Mass.: McGraw-Hill/Irvin.
- Boye, K., Bjørnenak, T. og Bergstrand, J. (1999). *Budsjettering*. Capellen Akademiske Forlag, Oslo.
- Bryman, A. & Bell, E. (2015). *Business research methods* (4. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Burns, Q., Warren, L., Oliveira, J. og Quinn, M. (2013). *Management Accounting*, McGraw-Hill, London
- Canning, M., & O'Dwyer, B. (2016). Institutional work and regulatory change in the accounting profession. *Accounting, Organizations and Society*, 54, 1-21.
- Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, organizations and society*, 28(2-3), s.127-168.
- Cooper D.R. og Schindler P. (2011) *Business Research Methods*. New York: McGraw-Hill.
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R. & Jackson, P. R. (2008). *Management Research* (3. utg.). London: SAGE Publications Ltd.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2018). *Status og utviklingstrekk for spesialhelsetjenesten* (IS-2851). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf/_attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf
- Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Lederansvaret i sykehus. (1-2/2013) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>
- Hood, C. (1995). The «new public management» in the 1980s: variations on the theme. *Accounting, organizations and Society*, 20 (2/3), 93-109
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Kristiansand: Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jensen, M.C. & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics* 3(4), s. 305-360.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomiskadministrative fag* (3. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Johansson, T. & S. Siverbo. (2014). The appropriateness of tight budget control in public sector organizations facing budget turbulence. *Management Accounting Research*, 25 (4), 271-283.

- Kastberg, G. & Siverbo, S. (2016). The role of management accounting and control in making professional organizations horizontal. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 29(3), s. 428-451.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package— Opportunities, challenges and research directions. *Management accounting research*, 19(4), s. 287-300.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*: Free Press.
- Mauland, H., & Mellempvik, F. (2004). *Regnskap og økonomistyring i staten*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Melander, P. (2001). *Økonomistyring og budsjettering som ledelsesform* (9. utg.). Munksgaard: Handelshøjskolens Forlag
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of organizations A Synthesis of the research*. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs.
- Nyeng, F. (2004). *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nyland, k., & Olsen, T.E. (2017). Tettere styring i helseforetakene: En studie av mellomlederes holdninger til økonomistyring 2008-2014. *Praktisk økonomi og finans*, (1), 36-52.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2004). The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management*, 20(1), s. 77-102.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og Helse: fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2010). Økonomistyring i staten-likhet eller mangfold. *Magma*, 13(4), s. 55-61.
- Nyland, K. & Østergren, K. (2008), *Økonomisk styring i helseforetak: avdelingslederens holdning til økonomiansvar* (8249105672).
- Otley, D., Broadbent, J. & Berry, A. (1995). Research in management control: an overview of its development. *British Journal of management*, 6, s. 31-44.
- Pettersen, I. J. & Bjørnenak, T. (2003). *Helse i hver krone? - om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008). *Økonomi og helse. Perspektiver på styring* (2. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Pettersen, I. J. & Nyland, K. (2006). Management and control of public hospitals—the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study. *The International journal of health planning and management*, 21(2), s. 133-149.
- Pettersen, I. J. & Solstad, E. (2014). Managerialism and profession-based logic: the use of accounting information in changing hospitals. *Financial Accountability & Management*, 30(4), s. 363-382.
- Pettersen, I. J. & Solstad, E. (2015). Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals. *Journal of health organization and management*, 29(2), s. 185-199.
- Pettersen, I. J. (2013). Økonomistyring - teori møter praksis IL. O. Elvegård, E. Gressetvold & I. J. Pettersen (Red.), *Bedriftsledelse: ulike perspektiver og tilnærminger til ledelse, økonomistyring og samfunnsansvar* (s. 17-36). Trondheim: Akademika forlag
- Regjeringen. (2014, 24. November). De regionale helseforetakene. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

- Røvik, K. A. (2002). The Expansion of Management Knowledge. Carriers, Flows, and Sources. I K. Sahlin-Andersson & L. Engwall (Red.), *The secrets of the winners: Management ideas that flow* (s. 113-144). England: Stanford University Press.
- Saunders, Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7 utg.). Harlow: Pearson.
- Schumacher, A. (2019, 04. November). Ikke undergrav UNN. *Altaposten*. Hentet fra <https://www.altaposten.no/meninger/2019/11/04/--Ikke-undergrav-UNN-20317309.ece>
- Simons, R. (1995). *Control in an age of empowerment*. Harvard Business Review, 73(2), s. 78-89.
- Simons, R. (2000). *Performance measurement & control systems for implementing strategy: text & cases*. Upper Saddle River, NJ Prentice Hall.
- Solstad, E. (2009). Fusjoner i offentlig sektor. *Magma*, 12(7), s. 27-35.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Svartdal, Frode. (2008, 08. juni). Holdninger. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/holdning>
- Takala, H. V. (2016). *Økonomistyring i helseforetak: En kvantitativ studie av utviklingen i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen* (Mastergradsavhandling, NTNU Handelshøgskolen i Trondheim). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmllui/bitstream/handle/11250/2410013/Helene%20Vatn%20Takala%20MASTEROPPGAVEN%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. London: SAGE Publications Ltd C1 - Institutional Logics C2 - s 99-128.
- UNN. (2017). *Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ivaretagelse av stedlig ledelse*.
- UNN. (u.å.). Om oss. Hentet 16.04.2020 fra <https://unn.no/om-oss>
- Espejord, M. & Krogh, T. (2018). Ledelses-informasjonsystemet HN-LIS. Hentet fra <https://unn.no/ledelses-informasjonsystemet-hn-lis>
- Williamson, O.E. (1983). Organization form, residual claimants, and corporate control. *The Journal of Law and Economics* 26(2), s. 351-366.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (6. utg.). Los Angeles, California: SAGE Publications, Inc.

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema

Del A: Bakgrunnsinformasjon

1. Din stilling/stillingsbenevnelse:
 - Klinikksjef
 - Avdelingsleder
 - Seksjonsleder/enhetsleder

2. Antall år i nåværende stilling:
 - 0-2
 - 3-5
 - 6-10
 - Over 10

3. Kjønn
 - Kvinne
 - Mann

4. Hvilken utdanningsbakgrunn har du?
 - Medisin
 - Sykepleie
 - Annen helsefaglig
 - Teknisk/ingeniørfaglig
 - Økonomi/administrasjon
 - Annet

5. Hvilken opplæring har du i ledelse?
 - Formell utdanning
 - Gjennomført lederutviklingsprogram
 - Kortere kurs i ledelse
 - Ingen

6. Hvilken opplæring har du i økonomisk styring?
 - Formell utdanning
 - Gjennomført kurs

- Uformell opplæring av leder/medarbeidere
 - Selvlært
 - Ingen
7. Hvor mye tid har du satt av til følgende oppgaver? (Svarer prosentvis opp til 100%)
- Faglig ledelse
 - Økonomisk ledelse/styring
 - Administrativt arbeid
 - Medisinskfaglig/klinisk arbeid
8. Hva oppfatter du å være hovedfokuset til toppledelsen? (Rangering)
- Innfri budsjettforventningene
 - Vise evne til omstilling
 - Få et bredest mulig helsetilbud
 - Skape størst mulig DRG-produksjon (aktivitet)
 - Korte ventelistene
 - Bli mest mulig kostnadseffektiv

Om klinikken

9. Hvor stort totalbudsjett (brutto budsjett) hadde din klinikk/avdeling/seksjon til rådighet i 2019?
- Åpent svar
10. Hvordan har din klinikk/avdeling/seksjon gjort det i forhold til klinikkens/avdelingens/seksjonens budsjett i 2019?
- Brukt mindre enn budsjettet
 - Fra 0-10 (0-10) 0-2
 - Fra 10-20 (10-20) 2-5
 - Mer enn 20 (20) 5
 - Innfridd budsjettforventningene
 - Brukt mer enn budsjettet
 - Fra 0-10 (0-10) 0-2
 - Fra 10-20 (10-20) 2-5
 - Mer enn 20 (20) 5

Del B – Arbeidet med budsjett og strategi

11. I hvilken grad er du enig i følgende påstander om budsjettarbeidet i din klinikk?

	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke
Jeg deltar aktivt i helseforetakets strategiprosess <i>(Jeg deltar aktivt med å utarbeide dialogavtalen)</i>					
Jeg deltar aktivt i helseforetakets budsjettprosess <i>(Jeg deltar aktivt i utarbeidelse av avdelingens/seksjonens budsjett)</i>					
Jeg har formelt akseptert klinikkens/avdelingens /seksjonens budsjett (signert på budsjettavtale eller lignende)					
Jeg som klinikk sjef/avdelingsleder/seksjonsleder er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å kunne innfri klinikkens/avdelingens/seksjonens budsjett					
Jeg har innflytelse på budsjettprosessen i helseforetaket/avdelingen/seksjonen					

12. Angi hvor enig eller uenig du er i følgende påstand om budsjettprosessen:					
	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke
Det blir satt av for lite tid (ressurser) til budsjettprosessen					
Budsjettprosessen er godt planlagt					
Budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser mellom enheter i helseforetaket					

Informasjonsgrunnlag					
13. I hvilken grad er du enig i følgende påstander om bruk av informasjon i budsjettarbeider for 2019?					
	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke
Vi brukte tidligere års budsjetter					
Vi brukte tidligere års regnskap					
Vi tok utgangspunkt i langsiktige mål/strategier					
Vårt budsjett settes på bakgrunn av forhold utenfor klinikken/avdelingen/seksjonen					
Vi tok utgangspunkt i planlagt aktivitet					
Vi brukte analyser av kostnadsnivå					
Vi brukte analyser av kapasitetsutnyttelse					
Vi brukte analyser av behandlingspraksis					

Del c – Bruk av styringsinformasjon**Tiltak**

14. Angi hvor enig du er i følgende påstander om hva du som klinikk-/avdelings sjef eller seksjon-/enhetsleder faktisk har gjort i 2019 for å tilpasse aktivitet til budsjett.

	Helt uenig	Liten grad	Noen grad	Helt enig	Vet ikke
Jeg har redusert bruken av vikarer, overtid og innleid personell					
Jeg har stoppet planlagte nyansettelser					
Jeg har økt inntaket av pasienter					
Jeg har redusert inntaket av pasienter					
Jeg har begrenset bruk av forbruksmateriell					
Jeg har begrenset innkjøp av utstyr					
Jeg har involvert nøkkelpersonell for å finne tiltak for kostnadsbesparelser					
Jeg har begrenset reiseaktivitet					

Formell rapportering

15. Angi hvor ofte du har hatt tilgang til følgende rapporter/analyser/informasjon i 2019:

	Aldri	1 gang per år	1 gang per halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd.	Oftere
Skriftlig analyse av avvik mellom regnskap og budsjett, presentert eller mottatt i formelle møter						
Muntlig informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett i formelle møter						
Skriftlig analyse av avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet						
Muntlig informasjon om avvik mellom faktisk aktivitet i formelle møter						
Diskusjon av regnskapsinformasjon med kollegaer i formelle møter						
Analyse av kostnadsnivå						
Analyse av kapasitetsutnyttning						
Analyse av behandlingspraksis						

Uformell rapportering

16. Angi hvor ofte du har hatt tilgang til følgende uformelle rapporter og informasjon i 2019:

	Aldri	1 gang per år	1 gang per halvår	1 gang i kvartalet	1 gang i mnd.	Oftere
Muntlig uformell informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett						
Muntlig uformell informasjon om avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet						
Diskusjon av regnskapsinformasjon med kollegaer i uformelle møter						

Bruk av styringsinformasjon

17. Angi i hvor stor grad du bruker følgende typer informasjon som grunnlag for styring:

	Aldri	Svært liten grad	Noen grad	Sterk grad
Regelmessige regnskapsrapporter				
Analyser av avvik mellom faktisk regnskap og budsjett				
Analyser av avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet				
Analyser av lønnsnivå på avdelingen				
Analyser av personellsammensetning på avdelingen				
Analyser av behandlingspraksis				
Analyser av kostnadsnivå				
Analyser av kapasitetsutnyttelse				
Rapportene fra HN-LIS				
KVR (kvalitet og virksomhetsrapport)				

Bruk av rapporter/analyser

18. Angi i hvilken grad du bruker regnskaps- og aktivitetsrapporter, avviksanalyser og andre analyser på følgende måter:

	Nei, har ikke brukt	Ja, men i svært liten grad	Ja, i noen grad	Ja, i sterk grad
Jeg bruker regnskapsrapporter til å forklare avvik mellom regnskap og budsjett				

Jeg bruker aktivitetsrapporter til å forklare avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet				
Jeg bruker budsjettavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett				
Jeg bruker aktivitetsavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett				
Jeg bruker budsjettavvik for å tilpasse faktiske kostander til planlagt budsjett				
Jeg bruker aktivitetsrapporter for å tilpasse faktisk aktivitet til planlagt aktivitet				
Jeg bruker rapporter og analyser som grunnlag for diskusjon med nøkkelpersonell i avdelingen				
Jeg bruker rapporter og analyser som grunnlag for å diskutere og iverksette ytterligere tiltak for bedre budsjettkontroll				
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planlegging av daglig drift i klinikken/avdelingen/seksjonen				
Jeg mener at avviksanalysene er usikre, og at de dermed er et dårlig underlag for iverksetting av tiltak i klinikken/avdelingen/seksjonen				

Del B – Budsjettavvik**Konsekvenser ved budsjettavvik**

19. Angi i hvor stor grad følgende tiltak er blitt iverksatt i avdelingen/klinikken/seksjonen på grunn av at ressursforbruket har vært høyere enn budsjettert i 2019. (Hvis avdelingen/klinikken/seksjonen har hatt negative budsjettavvik, kryss av for «ikke aktuelt»)

	Nei, ikke aktuelt	Ja, men kun i liten grad	Ja, i noen grad	Ja, i sterk grad	Ikke aktuelt
Vi har arbeidet med å tydeliggjøre behovet for en god nok finansiering av aktiviteten					
Vi har i samarbeid fokusert på å avdekke muligheter for kostnadseffektivisering					
Vi har arbeidet med å tilpasse strategiske mål til vedtatt budsjetttramme					
Vi har fått en tett(-ere) oppfølging fra økonomiavdelingen					
Vi har økt aktiviteten					
Vi har redusert aktiviteten					
Vi har arbeidet for å finne innsparingsmuligheter					
Vi har kuttet alle kostnader som ikke har med pasientbehandling å gjøre					

Vi må dekke inn underskuddet for neste år					
Vi vil få mer penger neste år					
Jeg står i fare for å miste jobben som klinikk/sjef/avdelingsleder/seksjonsleder					

Del E – Holdninger til økonomistyring

Økonomistyring i klinikken/avdelingen

20. Angi hvor enig/uenig du er i følgende påstander om økonomistyring for din klinikk/avdeling/seksjon i 2019.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig/uenig	Litt enig	Helt enig
Min avdeling/klinikk/seksjon har klare strategiske mål					
Det er en klar kobling mellom strategiske mål og budsjettet vedtas					
God medisinskfaglig kvalitet er målsetting som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse i avdelingen/klinikken/seksjonen					
Avdelingens/klinikkens/seksjonens budsjettmål er realistiske					
Negative budsjettavvik har ingen konsekvenser for meg som avdelings-/klinikk-/seksjonsleder					
Gapet mellom strategiske mål og budsjett er så stort at det er vanskelig å få et forhold til budsjettet					

Ledelsen aksepterer budsjett – og aktivitetsavvik hvis jeg kan forklare dem årsakene					
Min leder forventer forslag til konkrete tiltak for å redusere merforbruket					
Som avdelings-/klinikk-/seksjonsleder har jeg god mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnader til budsjett					
Min leder følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt					
Helseforetakets budsjettprosess medfører en rettferdig fordeling av ressurser til min avdeling/klinikk/seksjon					
Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å styre klinikkens/avdelingens/seksjonens økonomi på en effektiv måte					
Jeg har tilstrekkelig kapasitet til å styre klinikkens/avdelingens/seksjonens økonomi på en effektiv måte					

Signaler fra toppledelsen

21. Angi i hvilken grad du er enig i følgende påstander om hvilke signaler du mener toppledelsen i helseforetaket sendte til avdelingen/klinikken/seksjonen i 2019.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig/uenig	Litt enig	Helt enig
Min avdeling/klinikk/seksjon må innfri budsjettforventningene					
Min avdeling/klinikk/seksjon må vise evne til omstilling					
Vi må arbeide for å gi et bredest mulig helsetilbud					
Vi må ha størst mulig aktivitet					
Vi må arbeide for å bli mest mulig kostnadseffektive					
Vi må arbeide for å korte ned på ventelistene					
Har du som leder av din klinikk/avdeling/seksjon formelt akseptert målene for driften (budsjettet), for eksempel gjennom kontrakter, driftsavtaler etc.?					
I hvilken grad bidrar kontrakten/driftsavtalen som definerer målene for driften, til effektiv styring?					

22. Har du som leder av din klinikk/avdeling/seksjon formelt akseptert målene for driften (budsjettet), for eksempel gjennom kontrakter, driftsavtaler, etc.?

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig/uenig	Litt enig	Helt enig

23. I hvilken grad bidrar kontrakten/driftsavtalen som definerer målene for driften, til effektiv styring?					
	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig/uenig	Litt enig	Helt enig

Vedlegg 2 – Resultater fra spørsmål 19

	Klinikk N=2					Avdeling N=22					Seksjon N=56				
	Nei, ikke aktuelt	I liten grad	I noen grad	I sterk grad	Ikke aktuelt	Nei, ikke aktuelt	I liten grad	I noen grad	I sterk grad	Ikke aktuelt	Nei, ikke aktuelt	I liten grad	I noen grad	I sterk grad	Ikke aktuelt
Vi har arbeidet med å tydeliggjøre behovet for en god nok finansiering av aktiviteten	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	9 %	14 %	23 %	32 %	23 %	11 %	13 %	32 %	34 %	11 %
Vi har i samarbeid fokusert på å avdekke muligheter for kostnadseffektivisering	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	5 %	5 %	23 %	45 %	23 %	13 %	11 %	43 %	27 %	7 %
Vi har arbeidet med å tilpasse strategiske mål til vedtatt budsjetttramme	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	9 %	9 %	32 %	27 %	23 %	23 %	14 %	30 %	23 %	9 %
Vi har fått en tett(-ere) oppfølging fra økonomiavdelingen	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	18 %	14 %	23 %	23 %	23 %	16 %	27 %	38 %	13 %	7 %
Vi har økt aktiviteten	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	23 %	9 %	36 %	9 %	23 %	36 %	7 %	23 %	25 %	9 %
Vi har redusert aktiviteten	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	64 %	9 %	5 %	0 %	23 %	59 %	14 %	4 %	2 %	21 %
Vi har arbeidet for å finne innsparingsmuligheter	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	5 %	5 %	32 %	45 %	14 %	7 %	9 %	38 %	39 %	7 %
VI har kuttet alle kostnader som ikke har med	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	23 %	9 %	23 %	18 %	27 %	27 %	14 %	25 %	16 %	18 %
Vi må dekke inn underskuddet for nete år	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	23 %	0 %	18 %	32 %	27 %	36 %	2 %	14 %	23 %	25 %
Vi vil få mer penger neste år	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	64 %	9 %	0 %	0 %	27 %	57 %	18 %	2 %	5 %	18 %
Jeg står i fare for å miste jobben som klinikkssjef	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	41 %	18 %	5 %	0 %	36 %	70 %	4 %	5 %	0 %	21 %

