

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:

BE311E

Navn på kandidat:

Jostein Bentzen og Ruben Sletteng

---

Styringsutfordringer i organisasjoner med multiple styringskrav – en studie blant ledere i UNN HF og Finnmarkssykehuset HF

---

Dato: 17.06.2016

Totalt antall sider: 89

## **Forord**

Denne masteroppgaven markerer slutten på vårt masterstudium i Helseledelse. Et studie som utgjør 90 studiepoeng og er laget av NORD universitet på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Proessen med å skrive masteroppgave har vært hektisk, men først og fremst lærerik og inspirerende. Vi ønsker å rette en spesiell takk til utvalgte personer som har bidratt til det, og for at prosjektet i det hele tatt har vært mulig å gjennomføre. Vi ønsker å takke hverandre for gode diskusjoner, tålmodighet og inspirasjon som har gjort prosessen både morsom og god. Vi vil også takke våre medstudenter på kull-14, og særlig de som har bidratt i utarbeidelse av felles spørreskjema.

Vår veileder, Inger Johanne Pettersen, fortjener en stor takk for konstruktiv kritikk og god veiledning under hele prosessen.

Vi setter også stor pris på at ledere ved UNN og Finnmarkssykehuset prioriterer å bruke tid på spørreskjemabesvarelser. En spesiell takk til de informantene som deltok på intervju.

Våre respektive arbeidsgivere på UNN har oppfordret oss til å ta dette studiet. Da setter vi også stor pris på at dere har vist stor fleksibilitet og støtte i vårt arbeid med å fullføre.

Vi må naturligvis rette den aller største takken til heltene hjemme. Både underveis i studiet og spesielt i arbeidet med denne oppgaven har deres forståelse og støtte vært avgjørende for at vi kom i mål. Dette hadde ikke vært mulig uten dere!

Tromsø 17.06.2016

Ruben Sletteng

Jostein Bentzen

## Sammendrag

Sykehuslederens møte med multiple krav representerer en utfordring for at sykehus skal nå økonomiske mål. Samtidig er det ledere i hele organisasjonen som i stor grad forventes å bidra til at de mangfoldige styringskrav og mål innfris.

Hensikten med denne studien er å øke forståelsen for hvilke styringsutfordringer knyttet til økonomiske mål som finnes i organisasjoner med multiple styringskrav. Ut fra vårt empiriske materiale har vi gjort analyser ut fra ledernivå, lederroller og profesjonsbakgrunn. Studien er gjennomført blant ledere i UNN HF og Finnmarkssykehuset HF.

Metoden benyttet i studien, er en triangulering av data fra en spørreskjemaundersøkelse, intervjuer med ledere, og dokumentgjennomganger. Data er fortolket og analysert i lys av våre egne erfaringer og teori.

Våre hovedfunn indikerer at økonomistyringen har svake koblinger mellom planer og praksis, og medfører frikobling og oversettelser på operativt ledernivå. Dette synes rasjonelt i lys av mange og dels motstridende styringskrav der behovet for å ivareta legitimitet i et formålsrasjonelt styringssystem, balanseres med faglige vurderinger og profesjonsverdier på det operative nivået.

Videre forstår vi at ledere adopterer og prioriterer flere ulike lederroller for å imøtekomme styringskrav på mange målperspektiver. Ledere imøtekommer en endret organisasjonskontekst. Vi antyder at lederrollen er i endring fra den tradisjonelle produsentlederrollen i ekspertorganisasjoner til en mer universell lederrolle.

Til sist oppfatter vi at økonomistyringen skjer i et skjæringspunkt mellom profesjons- og foretakslogikk. Ledere i sykehus har en rasjonalitetskontekst som samsvarer med en profesjonslogikk der faglige normer og verdier i beslutningssammenhenger er viktig. Økonomiske mål anses som viktige av lederne, men må ofte vike i situasjoner hvor de kommer i direkte konflikt med verdier og normer fra profesjonene.

## **Abstract**

Hospital managers are faced with multiple demands. This represents a challenge for the hospital to achieve its financial goals. At the same time, primarily the leaders are expected to contribute to the multiple governing demands and goals are met.

The purpose of this study is to increase our understanding about the governing challenges related to economic goals that are present in organizations with multiple demands. We have analyzed empirical data examining the following variables: Leadership level, leadership roles and professional background. The data was sampled from leaders within two hospitals - UNN HF and Finnmarkssykehuset HF.

The method applied in this study is a triangulation using data collected from a questionnaire, interviews with managers, and analysis of relevant documents. The data has been interpreted and analyzed using the researchers own experience and relevant theory.

Our main finding related to financial management suggests that plans are weakly linked to actions, and leaders disconnect and apply interpretations of the plans at an operative level. This appears rational in light of the many and sometimes conflicting governmental demands where the need to preserve legitimacy in a purpose rationally system is balanced with professional judgement and professional values at the operational level.

From our research we found that managers often adopt and prioritize several different leadership roles to accommodate governing demands in many measurement perspectives. Leaders meet a change in organizational context. We suggest that leadership roles are in a transition from the traditional production-oriented role in expert organizations towards a more universal leadership role.

Finally, we understand that financial management takes place at the intersection between the professional and enterprise logic. Managers in the hospital have a context of rationality that relates to professional logic where professional norms and values play an important part in decision making. Economic objectives are considered important by managers, but must often yield in situations where they come in direct conflict with values and norms of the profession.

## Innhold

Forord .....	i
Sammendrag .....	ii
Abstract .....	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Problemstilling og begrepsavklaringer: .....	3
1.3 Oppgavens oppbygning.....	3
2.0 Teori .....	5
2.1 Normativ teori .....	5
2.1.1 New Public Management (NPM).....	5
2.1.2 Normativ styring og den ideelle økonomiske styringssirkel.....	7
2.1.3 Balansert målstyring:.....	9
2.1.4 Balansert målstyring i offentlig sektor .....	11
2.1.5 Prinsipal-agent relasjoner .....	12
2.2 Institusjonell teori.....	13
2.2.1 Dekobling .....	14
2.2.2 Oversettelse .....	15
2.3 teorier om ledelse .....	16
2.3.1 ledernivåer.....	16
2.3.2 Profesjonssosiologi og rasjonalitetskontekster.....	17
2.3.3 Lederroller .....	19
3.0 Metode.....	24
3.1 Valg av metode.....	24
3.2 Vitenskapelig perspektiv .....	24
3.3 Spørreskjema:.....	25
3.4 Utvalg .....	27
3.5 Datainnsamling.....	27
3.6 Datamateriale .....	28
3.7 Beskrivelse av respondentene .....	29
3.8 Dataanalyse .....	31
3.8.1 Deskriptiv statistikk.....	31
3.8.2 Korrelasjonsanalyser .....	32
3.8.3. Faktoranalyser .....	33
3.9 Intervju .....	33
3.10 Reliabilitet .....	34
3.11 Intern og ekstern validitet.....	34
3.12 Metodekritiske refleksjoner.....	35
4.0 Empiri/resultater:.....	36
4.1 Undersøkelsen kontekst.....	36
4.1.1 Multiple styringskrav .....	36
4.1.2 Styring og ledelse .....	37
4.1.3 Omstillingsutfordringer UNN .....	38

4.1.4 Omstillingsutfordringer Finnmarkssykehuset .....	39
4.1.5 Oppsummering av sekundærdata .....	39
4.2 Prioritering av økonomiske mål reduseres fra institusjonelt til operativt nivå. ....	40
4.2.1 Forholdet mellom betydningen av – og tidsbruk på – finansielle mål .....	40
4.2.2 Blant operative ledere anses budsjettbalansen mindre viktig for å nå andre mål i sykehus. ....	43
4.2.3 Budsjettet følges mindre opp på lavere ledernivåer. ....	44
4.2.4 Ledere på operativt nivå tas i liten grad med på budsjettplanlegging .....	46
4.3 Lederroller i sykehus er i endring .....	47
4.4 Profesjonstilhørighet samvarierer med prioriteringer av økonomiske mål. ....	50
4.5 Oppsummering av hovedfunn .....	51
5.0 Analyse.....	52
5.1 Økonomistyring i sykehusene skjer med sterke koplinger mellom overordnede mål og planer, men svakere koplinger mellom planer og konkret handling .....	52
5.2 Frikopling og translasjoner på operativt ledernivå.....	53
5.3 Interessekonflikter mellom ledernivåene .....	55
5.4 Fra produsentledere til universelle ledere .....	56
5.5 Sykehusledere tilpasser seg ulike rasjonalitetskontekster .....	58
6.0 Oppsummering og konklusjon .....	59
6.1 Implikasjoner for videre forskning.....	60
Litteraturliste .....	61
Figuroversikt: .....	63
Tabelloversikt:.....	63
Vedlegg 1: Informasjonsskriv spørreundersøkelse .....	64
Vedlegg 2: Spørreskjema .....	65
Vedlegg 3: Søknad og godkjenning for å gjennomføre spørreundersøkelse .....	71
Bakgrunn .....	73
Formål .....	73
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	76
.....	76
Vedlegg 5: Faktoranalyse PAIE .....	77
Vedlegg 6: Faktoranalyse Målperspektivene i BSC .....	83
Vedlegg 7: Korrelasjonsmatriser.....	88

## 1.0 Innledning

Denne oppgaven presenterer en studie om styringsutfordringer knyttet til å nå økonomiske mål i organisasjoner som preges av mange ulike styringskrav.

I dette kapitlet redegjør vi for bakgrunnen for valgt problemstilling og vi avklarer sentrale begreper brukt i problemstillingen.

### 1.1 Bakgrunn

Da helseforetaksreformen ble gjennomført fra 2002, gikk sykehusene med store underskudd og var avhengig av betydelige årlige tilleggsbevilgninger. Samtidig hadde WHO nylig publisert rapporten ”Health at a Glance” (OECD, 2001), hvor Norge kom ut med verdens tredje høyeste utgiftsnivå per innbygger på helsetjenester. Det ble meldt om lange ventelister og korridorpasienter på sykehusene. Inntrykket var svak økonomistyring og at ressursene ikke ble utnyttet effektivt nok.

I 2007 hadde de regionale helseforetakene et økonomisk merforbruk på 24 milliarder kroner utover politiske myndigheters bevilgninger til helseforetakene<sup>1</sup>. De siste fem årene har imidlertid de regionale helseforetakene samlet sett levert et positivt økonomisk resultat 2,8 milliarder kroner utover styringskravet fra myndighetene (Samdata, 2014). Om dette skyldes bedre økonomistyring eller økte økonomiske bevilgninger er det knyttet noe usikkerhet til.

Styringsutfordringene i helseforetakene fikk en ny dimensjon etter innføringen av helseforetaksreformen i 2002, blant annet ved at helseforetakenes styre selv skal vurdere investeringer i blant annet bygg og utstyr opp mot den totale driftssituasjonen for foretaket. Investeringene krevde at helseforetakene kunne vise til egenkapital for å forsvare lån. Økonomisk styring og kontroll ble vesentlig for å få dette til (Pettersen et al, 2015).

For å imøtekomme strengere krav til budsjettdisiplin i sykehus, har et tungt fokus vært rettet mot å motivere til bedre ledelse på alle nivåer i organisasjonen. Samtidig er kravet til budsjettdisiplin ett av mange krav som overordnede myndigheter forventer av sine helseforetak. I et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 står det innledningsvis;

*«Sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende [...] Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte*

---

<sup>1</sup> Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) og RHFenes årsmelding

*innenfor de rammer som er gitt. Det er avgjørende at ledere på alle nivåer- fra førstelinjeleder til øverste leder- tar dette ansvaret» (Rundskriv nr. 1-2/2013:1)*

Våre egne erfaringer som ledere på operativt nivå i sykehus over mange år gjør at vi reflekterer over hvordan egne helseforetak ivaretar sykehusets mangesidige oppgaver innenfor de rammer som er gitt, slik det eksplisitt fremkommer av rundskrivet nevnt over. Våre egne erfaringer tilsier også at fokus på økonomisk styring og kontroll i hovedsak er knyttet til organisasjonens øverste ledelsesnivå. Samtidig har ledere på lavere ledernivå ofte stor innvirkning på driftsplanlegging og andre aktiviteter som i stor grad påvirker kostnader. Vi antar derfor at det eksisterer utfordringer knyttet til økonomisk kontroll.

På den ene siden er dette erfaringer som kan støttes av at helseledere sin oppmerksomhet, etter det vi erfarer er mest knyttet til eget fag. Dermed vil faglige prioriteringer og fokus på pasientbehandling medføre mindre fokus på økonomistyringen. På den andre siden ligger utfordringene med at manglende økonomisk styring og kontroll vanskeliggjør investeringer som kan være avgjørende for utvikling av sykehusene i form av nye lokaliteter og nytt utstyr.

I en rapport om resultatene av sykehusreformen ti år etter at den ble innført (Hippe og Trygstad, 2012), kommer det frem at ledere er uenige i hvor vellykket de opplever at reformen alt i alt har vært.

*"Det er stor forskjell mellom ledernivåene. Toppledelsen (nivå 1 og 2) har en helt annen vurdering av om reformen har vært vellykket enn de andre ledernivåene. Hele to av tre toppledere er ganske eller helt enig i at reformen alt i alt har vært vellykket [...], og det er en svært liten gruppe som sier seg uenig. [...] Ser vi på de to neste ledernivåene, er det rundt tre av ti avdelingsledere som anser reformen som vellykket, mens bare to av ti seksjons- og enhetsledere uttrykker dette."*

Dette viser at ledere på ulike nivå har ulike oppfatninger. Hvorfor er lederne på lave nivå mindre tilfreds med reformen? I rapporten antydes det at noe av forklaringen ligger i at ledere på lavere nivå i Helse-Nord (seksjons og enhetsledere) opplever begrenset handlingsrom og det antydes videre at dette kan skyldes at faglig utvikling og utøvelse av faglig skjønn begrenses av manglende økonomiske ressursers og rapporteringer.

Vi antar med dette at sykehuslederes møte med mangesidige krav representerer en utfordring for at sykehus skal nå økonomiske mål. Samtidig er det nettopp ledere i hele organisasjonen som i stor grad forventes å bidra til at de mangfoldige styringskrav og mål innfris. Derfor er det etter vår oppfatning interessant å forstå hvordan disse styringsutfordringene manifesteres blant ledere i sykehus.



## **1.2 Problemstilling og begrepsavklaringer:**

Vi har utviklet følgende problemstilling:

*Hvordan kan vi forstå styringsutfordringer knyttet til å nå økonomiske mål i organisasjoner med multiple styringskrav?*

For å forstå styringsutfordringene, har vi valgt å undersøke hvordan ledere forholder seg til økonomiske mål i en hverdag som preges av mange ulike styringskrav.

For å avgrense vår problemstilling har vi i vårt empiriske materiale tatt utgangspunkt i om ledernivå og fagprofesjoner har sammenheng med hvordan ledere i sykehus prioriterer for å nå økonomiske mål. I tillegg undersøker vi hvordan ledere i sykehus prioriterer mellom ulike lederroller, og om foretrukne lederroller og tidsbruk har sammenheng. Vi tolker empiri i lys av normativ teori, institusjonell teori og teorier om ledelse. Egne erfaringer fra praksis er brukt som bakteppe for tolkningene.

Videre følger en forklaring av sentrale begreper som er brukt i problemstillingen.

### **Økonomiske mål:**

Økonomiske mål forstås her som de økonomiske resultatkrav regionalt helseforetak definerer for hvert enkelt helseforetak gjennom oppdragsdokumentet. Helseforetakene operasjonaliserer disse kravene til budsjetter for ulike underavdelinger internt i helseforetakene. For ledere i sykehus forstår vi derfor økonomiske mål også som budsjettbalanse.

### **Multiple styringskrav:**

Styringskrav som omfatter flere og ulike målområder som gis fra politiske myndigheter til de regionale helseforetakene via oppdragsdokumenter. Videre operasjonaliseres styringskravene til helseforetakene og inn i de enkelte organisasjonene og klinikkene.

## **1.3 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 1 har vi presentert bakgrunnen for valgt problemstilling og avklart sentrale begreper. I kapittel 2 presenteres teori vi anser å være egnet til å tolke våre funn og gi nødvendig kontekstuell forståelse for den valgte problemstillingen. I kapittel 3 begrunner vi metodiske valg og synliggjør vår metodiske fremgangsmåte. Vi tar også stilling til undersøkelsens validitet og reliabilitet. I kapittel 4 presenterer vi først empiri fra sekundærdata fra sykehusene som omfattes av undersøkelsen. Videre presenteres data både fra spørreundersøkelse og intervju og våre tolkninger av data presenteres. Til sist i kapittel 4 summeres de funn som gir

grunnlag for analysen. Analysen gjøres i kapittel 5 opp mot den valgte teori. I kapittel 6 presenterer vi vår konklusjon og belyser noen implikasjoner vi mener undersøkelsen gir.

## 2.0 Teori

Vi presenterer her teori som er grunnlaget for vår tolkning av funn i undersøkelsen og som gir nødvendig kontekstuell forståelse for problemstillingen. Kapitlet har først et normativt perspektiv på ideell økonomisk styring. Videre har vi redegjort for et institusjonelt perspektiv fordi det gir et bedre grunnlag for å forstå praksis. Til slutt har vi redegjort for ledelsesteori med hovedvekt på ledernivåer, profesjonssosiologi og lederroller.

### 2.1 Normativ teori

#### *2.1.1 New Public Management (NPM)*

New Public management anses å være et sentralt utviklingstrekk i reformering av den offentlige helsetjenesten. Selv om NPM ikke anses for å være et teoretisk rammeverk, er betegnelsen brukt om en reformbølge som har preget det offentlige Norge de siste tiårene (Christensen et al. 2015). Vi mener denne reformbølgen med sine særtrekk utgjør en viktig kontekstuell forståelsesramme for vår problemstilling.

Utviklingen i New Public Management inspirerte reformer kan følge Klausen (2005) inndeles i to søyler. Den ene er en økonomisk søyle og bygger på en økonomisk logikk som vektlegger innføring av markedsøkonomiske prinsipper i offentlig sektor og økende konkurranse internt i offentlig sektor, samt mellom privat og offentlig sektor. I sykehusene har denne søylen kommet til uttrykk blant annet gjennom økende kjøp av private helsetjenester og prestasjonsbaserte belønningssystemer slik de økonomiske incentivordningene gjennom innsatsstyrt finansiering i helseforetakene kan betraktes å være. Også en av hovedintensjonene bak foretaksreformen i 2002, var følge Berg (2006) å effektivisere norske sykehus. I reformen ble de regionale helseforetakene etablert som eier og morselskap for sine underliggende helseforetak. Helseforetakene ble nå selvstendige rettssubjekter med ansvar for egen økonomi. Eierstyringen fra staten var også ment å bli sterk gjennom å samle blant annet eierskapet og finansieringsansvaret sentralt.

Den andre søylen som Klausen setter opp er relatert til ledelse. Et sentralt trekk ved New Public Management er at troen på ledelse er stor og har vært ansett å være nøkkelen til en bedre og mer effektiv offentlig sektor. Blant annet ble det foreslått enhetlig ledelsesstruktur og en vesentlig satsning på lederutvikling i sykehusene (NOU 1997:2). Det ble også foreslått at ledere måtte inneha «reell» lederkompetanse for å kunne ivareta økonomiske,

administrative oppgaver på en tilfredsstillende måte. Spesialisthelsetjenesteloven fra 1999<sup>2</sup> lovfestet kavet om enhetlig ledelse på alle ledernivåene i sykehusene.

De to søylene vi har beskrevet over, er inspirert av en rasjonell logikk. Røvik (2014) fremhever at den rasjonelle logikk i organisasjoner særlig kommer til syne gjennom det han kaller mål og redskapsfokusering. Med dette mener han at organisasjoner antas å følge definerte mål, og organisasjonen ses på som redskapet for å oppnå en mest mulig effektiv måloppnåelse. Innføring av mål og resultatstyring i offentlig sektor betegnes også av Christensen et al (2015) å være et av de mest sentrale reformtiltakene i lys av New Public Management. Styringsformen ses på som en konsekvens av store budsjettoverskridelser i offentlig sektor frem mot 1980 årene, hvilket medførte økende behov for kontroll og effektivitet (NOU 2003:6).

Røvik argumenterer videre for at tilskrivning av et formålsrasjonelt lederskap er sentralt i denne logikken. Troen på ledelse er som tidligere nevnt stor, der ledere i organisasjonen forventes å kombinere god innsikt i virksomhetens mål og virkemidler med nødvendig makt og vilje til styringsgrep. Sammen med styringssystemet skal ledelsen utgjøre en optimal utformet organisasjon med de beste forutsetninger for å nå målene som er satt (Røvik, 2014). Dette har vi også over eksemplifisert gjennom innføring av enhetlig ledelse, og hvordan det gjennom NOU 1997:2 foreslås å stille krav til såkalt reell ledelseskompetanse i sykehus.

Innføringen av New Public Management orienterte reformer i norsk helsevesen har vært utsatt for rikelig med kritikk. I hovedsak går kritikken ut på at bedriftsøkonomiske prinsipper fra det private næringslivet for organisering og styring ikke er forenlig med, eller ikke i tilstrekkelig grad ivaretar og fremmer de verdier som helsetjenesten representerer<sup>3</sup>. Det er også knyttet store dilemmaer til at offentlige organisasjoner som skal løse samfunnsoppdrag non-Profit, innfører styringssystemer som er utviklet og tilpasset en profittmaksimerende privat sektor. Blant annet er innføring av stadig flere prestasjonsmål utfordrende med bakgrunn i både at gode og relevante operative prestasjonsmål i tjenesteytende offentlige virksomheter er vanskelig å definere, samtidig som offentlig sektor preges av ulike former for målkonflikter (Pettersen et al, 2015; Strand, 2007).

---

<sup>2</sup> Spesialisthelsetjenesteloven 1999 § 3-9 Ledelse i sykehus.

<sup>3</sup> Se blant annet [www.helsetjenesteaksjonen.no](http://www.helsetjenesteaksjonen.no)

### **2.1.2 Normativ styring og den ideelle økonomiske styringssirkel**

Følge Hoff og Holving (2015) finnes det ingen entydig definisjon på hva virksomhetsstyring egentlig er. De selv definerer det som

*«Alle aktivitetene som en virksomhet utfører for å iverksette, gjennomføre og følge opp strategien for å sikre størst mulig verdiskapning med en akseptabel risikoeksponering»* (Hoff og Holving, 2015:15)

En annen definisjon av Anthony sier det noe annerledes;

*«The process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficient in the accomplishment of the organization`s objectives»* (Otley, 1987:15)

Begge definisjonene forutsetter aktiviteter eller prosesser som bidrar effektiv måloppnåelse eller effektive strategier. Samtidig kan ulike styringssystemer bruke ulike virkemidler for å få dette til. Både styring og ledelse handler om å påvirke atferd. Vi baserer oss i stor grad på Christensen et al (2015) sin forståelse, der styring retter seg mot å påvirke atferden indirekte gjennom formelle virkemidler slik som eksempelvis organisasjonsstruktur og budsjett. Ledelse retter seg mot mer uformell direkte påvirkning gjennom normer, verdier og kontakt mellom mennesker. Ledelse er i denne forståelsen personorientert mens styring er systemet (Christensen et al 2015).

Sykehus representerer imidlertid særlige styringsutfordringer, siden de befinner seg i og må forstås i et spenningsfelt mellom politikk, økonomi, fag, organisasjon og ledelse. Fra et myndighetsperspektiv handler styringsoppgaven i stor grad om å utforme styringsvirkemidler som påvirker sykehusenes adferd. Utfordringen er å balansere effektiviserings- og produktivetsgevinster som markedsorientering kan gi, med de ulike profesjonenes verdigrunnlag (Grund, 2006).

Som en del av virksomhetsstyring, er økonomistyring en vesentlig ingrediens. Pettersen et al (2015) definerer økonomistyring som;

*«... den aktivitet i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede mål»*

Samtidig som offentlig sektor skal drives med stor grad av omkostningseffektivitet slik at det gis mest mulig helse for hver krone, skal de velferdspolitiske målene realiseres innenfor tjenesteområdet. Dette er både vanskelig å måle, samtidig som det er kilde til målkonflikter. Økonomistyring i sykehus er derfor kompleks (Nyland og Pettersen, 2010).

I det videre skal vi redegjøre kort for den ideelle økonomiske styringssirkelen slik den er fremstilt av Pettersen et al (2015). De fremhever at styringsprosessen foregår over flere plan og nivå. På et overordnet nivå tas det stilling til mål, visjon og strategiske spørsmål som kan omfatte hvilke satsningsområder og funksjonsfordelinger en skal gjøre.

Videre skal det lages planer og budsjetter som understøtter visjon, de overordnede strategiske retninger og mål. Her skal kliniske aktiviteter og prioriteringer sammen med budsjett fungere som et bindeledd mellom det strategiske og operative styringsnivået. Budsjettet vil derfor være en operasjonalisering av virksomhetens målsettinger. Handlingene som utføres på det operative nivået dokumenteres gjennom regnskapet og utgjør det operative ansvaret realisering av strategiske mål gjennom de forutsetninger budsjettet legger. Handlingene sammenlignes med planer og budsjett og gir forutsetninger for å evaluere.

Evalueringsprosessen bruker erfaringer fra handling til å legge nye strategiske planer, som igjen utgjør grunnlaget for nye planer og budsjetter.

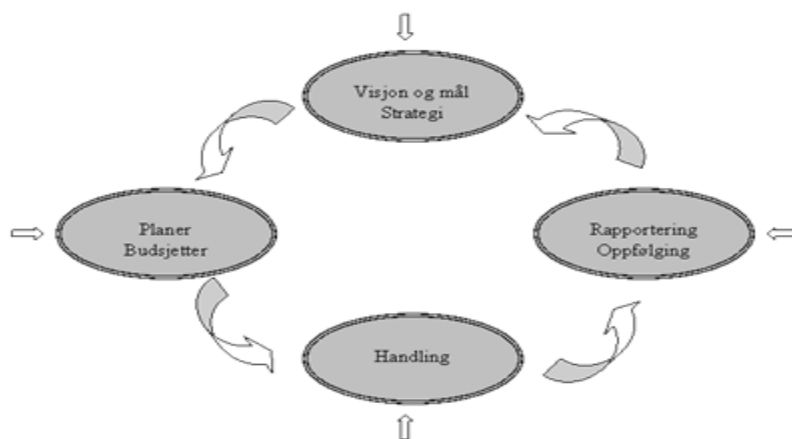


Fig 1: Den ideelle økonomiske styringssirkel (Gjengitt fra Pettersen et. al, 2015:140)

Modellen har et formålsrasjonelt utgangspunkt. Det betyr at det foreligger en grunnleggende antagelse om at både rekkefølgen i modellen følges og at det er en sterk kobling mellom modellens ulike faser. Det må altså være en sterk sammenheng mellom det som planlegges på et strategisk nivå og det som utføres på operativt nivå. Samtidig må evaluering gjennom rapportering og oppfølging av handlinger på operativt nivå fungere utgangspunkt for nye strategiske planer sammen med eksterne forhold som eksempelvis nye teknologier eller endring i budsjetttrammer. Eksterne forutsetningers betydning er illustrert gjennom pilene som går inn til hver boks.

Modellen omtaler og tar altså ikke hensyn til hvilke motsetninger og konflikter ulike rasjonalitetskontekster og målkonflikter kan representere i praksis.

### **2.1.3 Balansert målstyring:**

Balansert målstyring er et eksempel på hvordan overordnede mål og strategi søkes oppnådd gjennom en balansert styring av et flerdimensjonalt sett av måleperspektiv. For Universitetssykehuset Nord-Norge er dette prinsippet innført gjennom «dialogavtalen»<sup>4</sup> i 2009. Både mål- og resultatstyring, som vi omtalt over, og balansert målstyring er utbredte måter å styre virksomheter på, altså virksomhetsstyring. Vi har valgt å presentere det balanserte styringssystemet, fordi det best kan gi teoretiske perspektiver til vår problemstilling.

Ved publikasjonen av artikkelen «*The Balanced Score Card – measures that drive performance*» i 1992 presenterte Robert Kaplan og David Norton et balansert målesystem for å løse et identifisert måleproblem i styring av virksomheter. De hevdet at endimensjonale finansielle mål og målinger ikke fanget opp sentrale ikke-finansielle forhold som var nødvendig for å realisere virksomhetenes overordnede mål, som forenklet kan sies å være tilfredsstillelse av eiere. I tillegg til de finansielle målene mente de at kravet til lønnsomhet måtte balanseres med hensynet til kundene, de ansatte og til innovasjon og utvikling (Hoff og Holving, 2015). Kaplan og Norton sitt prinsipp om nødvendigheten av et flerdimensjonalt målesystem kommer til uttrykk gjennom deres påstand: «*If you can't measure it, you can't manage it*» (Kaplan & Norton, 1996:21) Kaplan og Norton presenterte fire måleperspektiver som utgjør det balanserte målekortet, henholdsvis det finansielle perspektivet, kundeperspektivet, interne prosesser og læring og vekst. Disse perspektivene redegjør vi for senere i kapitlet.

De fire måleperspektivene kobles til virksomhetens strategi og overordnede mål. I utviklingen av balansert målstyring har det særlig vært fokusert på hvordan de ulike måleperspektivene på en bedre måte kan knyttes til og synliggjøre kausale sammenhenger mellom strategiske målsettinger (Hoff og Holving, 2015). For å få dette til introduserte Kaplan og Norton i 2001 det de kalte for strategikart. Strategikart kan brukes for å visualisere og kommunisere virksomhetens strategi til hele organisasjonen, samt å sikre sammenheng mellom virksomhetens strategiske mål og de ansattes handlinger. Den overordnede strategien blir operasjonalisert til relevante strategiske mål som defineres på målekortene (Hoff og Holving, 2015).

---

<sup>4</sup> Dialogavtalen til Universitetssykehuset Nord-Norge er noe nærmere gjort rede for i kapittel 4.1.2

For at styringen etter de strategiske målene skal fungere hensiktsmessig, må det være fungerende feedbacksløyfer. Feedbacksløyfene er en tilbakekobling av avvik mellom prestasjonsmålene og de strategiske referansene, og gjør at det kan reageres med korrigerende tiltak. Videre skal analyse av avvikene gi læringseffekter på alle nivå i organisasjonen (Hoff og Holving, 2015).

Vi skal se nærmere på hva som inngår i de fire måleperspektivene, basert på Hoff og Holving (2015) sin gjengivelse av Kaplan og Nortons modell for Balansert målstyring og oversette det til målfokus som er relevant for spesialisthelsetjenesten.

Det *finansielle* perspektivet relaterer seg i teorien til det eierne ønsker å få rapportert. Dette handler i hovedsak om å nå de økonomiske mål som er forventet og strategiene fokuserer på lønnsomhet og risiko. I tillegg er det vanlig å knytte produktivets og effektivitetsmål til dette perspektivet. I et offentlig sykehus vil budsjettbalanse et relevant mål innen det finansielle perspektivet, noe som i stadig større grad er vektlagt blant eiere representert ved de regionale helseforetakene. Dette kommer blant annet til uttrykk i UNN HF sin overordnede strategiplan<sup>5</sup>, der det fremkommer at et av de syv viktigste krav fra Helse Nord RHF er at helseforetaket skal nå sine økonomiske mål.

*Kundeperspektivet* handler om hvordan virksomheten skal innrette seg for å nå de rette kundene i de rette markedssegmentene med de rette produktene eller tjenestene. Kundetilfredshet og kvalitet i produkter er eksempelvis et viktig element for å holde på eksisterende og rekruttere nye kunder.

Innenfor helsetjeneste kan dette oversettes til pasientperspektivet. I de senere år er det i økende grad vektlagt at den norske helsetjenesten skal være pasientens helsetjeneste. Dette fremkommer blant annet tydelig i nasjonal helse og sykehusplan<sup>6</sup>. Et sentralt element i å realisere denne visjonen, er at innføring av, og resultater i pasienttilfredshetsmålinger tillegges vekt i større grad enn tidligere. Samtidig vil det være avgjørende at det leveres god kvalitet i undersøkelse, behandling, pleie og omsorg for at pasientene skal være tilfredse.

Perspektivet *interne prosesser* viser til hvilke interne prosesser som bør gjøres for å øke verdiskapingen. Dette kan innebære indikatorer på både tjeneste- og produktutvikling i form av innovasjoner, i tillegg til mål på produktivitet og kvalitet. Et eksempel på interne prosesser

---

<sup>5</sup> UNN har vedtatt en overordnet strategiplan gjeldende fra 2015-2025

<sup>6</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>



som Hoff og Holvik (2015) trekker frem, er innføring av Lean.<sup>7</sup> I Universitetssykehuset Nord-Norge er lean metodikk brukt over mange år for å bidra til økt produktivitet og mer hensiktsmessige pasientforløp. Måleparameterne i dette perspektivet fokuserer nettopp på de prosessene som har den største innflytelsen på kunde (pasient) tilfredsheten og de finansielle målene.

*Læring og vekstperspektivet* rettes ofte mot organisasjonens evne til læring og fornying. Videre er perspektivet rettet mot virksomhetens medarbeidere, der særlig tre forhold vektlegges. Det ene er medarbeidernes kunnskap og kvalifikasjoner. Videre vektlegges både informasjonssystemer og motivasjon. Det siste forholdet angår medvirkning og involvering. Dette perspektivet gjør at riktig rekruttering og muligheter for utvikling av medarbeidere er sentralt. Samtidig er et godt arbeidsmiljø og fornøyde medarbeidere ansett å være viktig både for å oppnå tilfredshet blant kunder (pasienter) og for å stimulere til økt produktivitet blant medarbeidere (Hoff og Holving, 2015).

Selv om disse fire perspektivene gjengis i det meste av litteratur om balansert målstyring, har Kaplan og Norton selv presisert at perspektivene bør tilpasses den enkelte virksomhet. Det kan medføre at noen perspektiver legges til eller trekkes fra. Eksempelvis vil et universitetssykehus ha samfunnsoppdrag knyttet til forskning og utdanning av studenter, hvilket ikke fanges opp av de fire foreslåtte perspektivene fra Kaplan og Norton. Perspektivene kan derfor betraktes som en mal, selv om det er et poeng å konsentrere antall strategiske fokusområder (ibid).

#### **2.1.4 Balansert målstyring i offentlig sektor**

Bruken av balansert målstyring er utbredt blant offentlige organisasjoner i Norge. Ifølge en undersøkelse gjort av Fallan m.fl. (2015), har 65% av norske kommuner enten innført eller planlegger å innføre balansert målstyring. De argumenterer også for at den systematiske bruken av ikke- finansielle perspektiver i offentlig sektor kan gjøre det til et spesielt egnet styringsredskap på bakgrunn av de mange og komplekse mål som offentlig sektor har. Pettersen et al. (2015) fremhever at de ulike perspektivene kan fremstå som mål i seg selv, der de ulike målene bør samhandle med hverandre. Forskning på dette feltet viser imidlertid at målene er vanskelig å binde sammen og vil derfor ofte komme i konflikt med hverandre (Nørreklitt, 2005). De lar seg empirisk ikke knytte sammen. Et klassisk eksempel vil være

---

<sup>7</sup>. Lean brukes i UNN HF som et prosessforbedringsverktøy for å skape verdi for pasientene og hindre sløsing i administrative rutiner. Metoden er opprinnelig utviklet av bilprodusenten Toyota.

kravet om økonomisk balanse sammenstilt med kravet til høy faglig kvalitet slik det fremkommer i oppdragsdokumentet til helseforetakene.

I profittsøkende virksomheter er ofte det finansielle perspektivet høyest vektlagt, og plasseres også av den grunn øverst blant perspektivene. Dette betyr at de ikke-finansielle perspektivene skal fungere som «drivere» for å nå de finansielle målene. I offentlig sektor er det imidlertid andre overordnede mål som ligger til grunn. I sykehus og kommuner er eksempelvis befolkning og pasienter, altså kundeperspektivet svært sentralt gjennom samfunnsoppdraget, der tjenesten er et felles gode som skal tjene innbyggere og pasienter (Hoff og Holving, 2015). Som en følge av dette brukes ofte det finansielle perspektivet som et virkemiddel for å nå sine overordnede mål som er knyttet til samfunnsoppdraget. På bakgrunn av stadig større forventninger og krav om at sykehusene skal nå sine økonomiske mål, vil vi argumentere for at det finansielle perspektivet likevel er svært sentralt for at sykehus skal nå sine overordnede mål. Blant annet fordi helseforetakene er avhengig av tilstrekkelig egenkapital for å kunne investere i nye bygg og utstyr som skal gi utvikling og bedre behandling. Samtidig er det klare økonomiske krav og forventninger fra eierstrukturene for helseforetakene. Blant annet kommer det frem i Universitetssykehuset Nord Norge HF sitt strategidokument 2015-2025 at oppnåelse av økonomiske mål er et av de syv viktigste mål for helseforetaket.

### ***2.1.5 Prinsipal-agent relasjoner***

I en situasjon der noen handler eller ivaretar andres interesser på vegne av andre får vi et prinsipal-agent forhold. Agenten er den som utfører handlinger, mens prinsipalen er den agenten utfører handlingene på vegne av (Hagen, 1990). I denne forståelsen finnes en rekke prinsipal-agent relasjoner. For det første kan vi oppfatte staten som overordnet oppdragsgiver og premissleverandør og vil derfor være en prinsipal ovenfor de regionale helseforetakene, som igjen vil være prinsipal for helseforetak. Internt i helseforetaket vil sentrale prinsipal-agentrelasjoner være mellom ledernivåene, der «overordnet leder» vil være prinsipal for «underordnet leder». I disse prinsipal-agent kjedene innehar de fleste nivåene i prinsipal-agent kjeden både en prinsipal og agentrolle. Mellomledere er eksempelvis samtidig med å være prinsipal for sine underordnede, agent for sine overordnede.

I utgangspunktet har prinsipal og agent motstridende interesser med bakgrunn i at agentens handlinger utgjør en oppofrelse av egne interesser for å bidra til prinsipalens nytte- eller målfunksjon (ibid). Til grunn ligger altså en tankegang om at agenten agerer nyttemaksimerende også i offentlig sektor, der handlinger ideelt sett bør gjøres med utgangspunkt i å maksimere fellesskapets velferd.

Vi skal se videre på noen sentrale mekanismer i prinsipal-agent teori som har betydning for økonomisk styring. Hagen (1990) fremhever at asymmetrisk informasjon mellom prinsipal og agent utgjør et problem knyttet til de incitamentene som skal stimulere til at agentens handlinger fremmer prinsipalens interesser. Dette informasjonsproblemet knytter seg i hovedsak til to forhold som får ulike implikasjoner.

Det første retter seg mot at agenten har informasjon som er skjult for prinsipalen gjennom kunnskaper om en vare eller tjeneste. Hagen eksemplifiserer dette til en situasjon der agenten (arbeidstager) har informasjon om egen produktivitet som ikke er tilgjengelig for prinsipalen (arbeidsgiver). Dersom belønningssystemer ikke fanger opp eller tar hensyn til denne skjulte informasjonen, risikeres som følge en *skjev utvelgelse* der høyproduktive arbeidstagere vurderer belønningen å være lite attraktiv og søker seg ut.

Den andre og for oss mest interessante formen for informasjonsasymmetri knytter seg til det fenomenet Hagen (1990) beskriver som skjulte handlinger og moralsk risiko (*Moral Hazard*). I dette ligger en forutsetning om at prinsipalen ikke kan observere agentens innsats. Samtidig påvirkes resultatet av agentens innsats også av eksterne omgivelser som ikke er under agentens kontroll. Dersom også incitamentssystemet er utformet slik at agenten ikke får vesentlige konsekvenser av sine handlinger, vil dette kunne medføre større grad av "hasardiøs adferd" som strider mot prinsipalens interesser.

Teorien gjør seg for oss relevant forbindelse med myndigheters og regionale oppdragsgiveres forventning om økt kostnadseffektivitet, hvilket kan stå i konflikt med helsepersonell sine forventninger til og interesser for å gi god kvalitet i undersøkelse og behandling. På bakgrunn av skjulte handlinger kan en situasjon oppstå hvor prinsipal ikke har oversikt over om hvorvidt manglende finansiell måloppnåelse skyldes manglende innsats på målområdet eller om det er eksterne forhold som medfører andre prioriteringer.

## **2.2 Institusjonell teori**

Et institusjonelt teoretisk perspektiv avspeiler en skepsis til et rasjonalistisk syn på hvordan organisasjoner fungerer og oppfyller sine formelle mål. Ved å innta et institusjonelt perspektiv åpner en for diskrepans mellom formelle strukturer, planer og hvordan organisasjonen fungerer i praksis, og som vi skal se er det betydelig empiri som støtter ideen om at det eksisterer store forskjeller mellom de *ideelle* og de *reelle* prosessene i organisasjoner. Organisasjonens forhold til omgivelsene er sentralt i forklaringsmodeller for

disse forskjellene, sammen med innsikt i hvordan kulturelle aspekter påvirker hvordan organisasjoner fungerer og utvikles (Eriksson-Zetterquist et al, 2014).

### **2.2.1 Dekobling**

Den institusjonelle teorien har flere perspektiver som belyses avhengig av hvilken tradisjon og tidsepoke teoriutviklingen har foregått i. Som utgangspunkt for et ny-institusjonelt teoretisk perspektiv refererer Eriksson-Zetterquist et.al (2014) til Meyer og Rowans artikkel «Institutionalized Organizations. Formal structures as myth and Ceremony» fra 1977. Artikkelen stiller seg kritisk til at rasjonelle formelle strukturer bidrar til optimalisering av effektiv samordning og kontroll av foretak og offentlige organisasjoner. Det kan være et skille mellom den formelle strukturen og det som faktisk gjøres i en organisasjon ved at det er ikke nødvendigvis er sammenheng mellom prat, beslutninger og handling i en organisasjon. Dette omtales som en dekobling mellom den formelle strukturen og det som skjer i praksis.

Organisasjoner har, i tillegg til å være effektivitetsorientert, behov for legitimitet fra omgivelsene. Særs viktig er dette for sykehus. Røvik (2015) fremhever perspektivet som tilsier at organisasjoner adopterer oppskrifter knyttet til strukturelle komponenter, rutiner og prosedyrer fra hverandre for å fremstå som tidsriktige og oppnå legitimitet fra sine omgivelser. Noen eksempler på slike oppskrifter kan være Lean-metodikk, som har blitt innført som «problemløsningsmetode» blant annet i mange sykehus; og innføring av elementer fra Balansert målstyring for å systematisere virksomhetsstyring og -planlegging. Et mer omfattende eksempel, og som har stor relevans i vår sammenheng, er reformbølgen inspirert av NPM-tenkning i norske sykehus. En antakelse som videre fremheves av Røvik (2015) er at disse organisasjonsideene kan tas i bruk for å tilfredsstille omgivelser fremfor å fungere som reelle styringsverktøy for interne aktiviteter, da oppskriftene til og med kan være uegnede.

For at organisasjonsideer skal være mulig å implementere i organisasjoner, fremhever Røvik (2015) at ideene, i et institusjonelt perspektiv, må være kompatible med de verdier og den etablerte praksis som finnes i organisasjonen. Dersom ikke er tilfellet, vil faren for frastøting være tilstede. Det vil si at ideene ikke anvendes, og prat og praksis er frikoblet.

I følge Røvik (1998) er det i litteraturen blitt beskrevet flere måter organisasjoner kan agere på i forbindelse med innføring av slike nye oppskrifter. En muligens noe idealisert fremstilling – mye brukt i markedsføring av oppskrifter – er at innføringen er enkel og ukomplisert, og nærmest kan «leveres» som en «pakke» til enhver organisasjon som ønsker

det. Vedlagt følger en detaljert beskrivelse av hvordan innføring bør gjennomføres. Dette kan kalles «rask tilkopling».

Andre, og mindre optimistiske modeller for organisasjoners reaksjon på forsøk på innføring av nye oppskrifter, kalles frastøting og frikopling. Frastøting beskrives som en prosess hvor organisasjoner oppfatter oppskriften som overforenklet, og ikke tilpasset deres kompleksitet og egenart. Man kan også oppfatte oppskriften som i strid med sentrale verdier i organisasjonen. Enten det er tekniske eller verdimeslige årsaker, vil oppskriften ifølge denne modellen frastøtes dersom det ikke etableres en oppfatning om at den er kompatibel med organisasjonen. Frastøting er imidlertid ikke alltid et mulig eller attraktivt alternativ, på grunn av hvordan en slik avvisning av en ellers populær oppskrift kan oppfattes utenfor organisasjonen. For å unngå legitimitetsproblemer samtidig som man unnviker den nye oppskriften, kan organisasjoner frikoples fra oppskriften. Da får ikke oppskriften nevneverdig betydning i organisasjonen, men lever likevel videre på et slags teoretisk nivå.

### **2.2.2 Oversettelse**

Røvik (1998) kritiserer modellene nevnt over for å ha lite empirisk støtte, og for ikke å ta tilstrekkelig hensyn til *tidsdimensjonen*. Han fremholder at det som kan se ut som frastøting eller frikobling, kan være tidlige stadier i en implementeringsprosess, og at oppskriften med tiden vil implementeres i organisasjonen. De innføres ifølge Røvik ikke uforandret, men oversettes gjennom implementeringsprosessen. Oversettelsene kan skje på tre måter:

- Strategisk og rasjonelt
- Uintendert
- Identitetsforvaltende

Vi tar ikke sikte på å beskrive oversettingsprosessens ulike elementer og variasjoner, men ønsker å vektlegge kontrasten mellom oversettelser og frikopling/frastøting. Den viktigste forskjellen er at ved oversettelser skjer det en *faktisk endring* i organisasjonen. I tillegg er tidsperspektivet i oversettelser strukket betydelig ut sammenliknet med i frikoplingsbegrepet. Frikopling og frastøting handler om at oppskriftene ikke får innflytelse i organisasjonen, mens det i oversetting skjer en slags samhandling mellom oppskriften og organisasjonen. Det som i første omgang kan se ut som frikopling, kan på sikt vise seg å handle om tidlige stadier i en oversetting, og oversettingen lar oppskriften få innflytelse i organisasjonen – om enn på andre måter enn oppskriftens opphavsmenn hadde tenkt.

Røvik drøfter disse fenomenene med en ofte forekommende moderne organisasjonstype som bakteppe – multistandardorganisasjonene. Han nevner sykehus som eksempel på en slik organisasjon, og definerer de som «*organisasjoner med særlig stor kapasitet til å ta opp i seg og til å håndtere mange inkonsistente, overlappende og flyktige oppskrifter fra institusjonelle omgivelser (Røvik 1998:281)*». Denne egenskapen hviler i stor grad på organisasjonenes løse koplinger, hvor enheter, prosjekter og aktørgrupper i organisasjonen kan jobbe med ulike oppskrifter mer eller mindre uavhengig av hverandre. Også her er det mulig å tenke seg at den organisasjonsinterne inkonsistensen er uintendert og et resultat av manglende styring og dårlig ledelse. Det er imidlertid også mulig å utnytte løse koplinger strategisk, slik at man unngår konflikt og tap av legitimitet. Når man forholder seg slik, benevner Brunsson (1989) det som «organisasjonisk hykleri» ved at det er manglende samsvar mellom hva som sies «*praten*», hva som avgjøres «*beslutning*» og hva som faktisk skjer «*handling*» innad i organisasjonen. Videre gjør Brunsson et poeng av at hykleri ikke nødvendigvis skal unngås i en organisasjon, da et positivt utfall av enten praten, beslutninger eller handlingene ofte bare er mulig dersom det ikke er samsvar med de to andre.

## **2.3 teorier om ledelse**

### **2.3.1 ledernivåer**

De ulike nivåene for ledelse i organisasjoner kan følge Christensen et.al (2015) deles ofte inn i et institusjonelt nivå, et administrativt nivå og et operativt nivå. Det institusjonelle nivået viser til organisasjonens toppledelse. Administrativt nivå til mellomledelsen og det operative nivået til ledernivået nærmest tjenesteproduksjonen.

Som terminologien antyder er de ulike ledernivåene innrettet mot forskjellige funksjoner i organisasjonen. Vi skal kort redegjøre for dette nedenfor der vi har brukt Christensen (2015) sine funksjoner som utgangspunkt, da de er spesielt relevant for offentlige organisasjoner.

På institusjonelt (strategisk) nivå er mulighetene for påvirkning og innflytelse store, men kompliseres ved at lederne må ta hensyn til en rekke formell krav og bindinger som ofte er inkonsistente. Fokus er de overordnede rammer og prinsipper som gjelder for organisasjonen. Strategiske valg gjennom kursendringer samt omfordeling og nydannelser er sentrale fokusområder.

Administrativt ledernivå er et bindeledd mellom toppledelse og operativt nivå og utsettes for krav fra begge hold. Rollen har en sentral funksjon med å formidle og overholde rammevilkår

som er satt, og konflikter vil derfor lett kunne oppstå med det operative nivået i virksomheten med bakgrunn i at faglige argumenter ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme gitte rammevilkår og overordnede føringer.

Operativt ledernivå står nærmest den tjenesteytende delen av virksomheten. Kunnskap om og muligheter til å påvirke tjenesteproduksjonen er imidlertid sterkt begrenset da den i sykehus utføres i lukkede rom i møte mellom fagprofesjonelle og pasient.

Ledere på operativt nivå er ofte i regi av sin profesjon delaktig i tjenesteproduksjonen. Dette kan eksemplifiseres gjennom overlegen eller sykepleieren som jobber klinisk, samtidig som hun/han innehar et seksjons- eller enhetslederansvar. I slike tilfeller er muligheter for konflikt og misforståelser mindre enn om tjenestelederen ikke deltar aktivt eller har innsikt i tjenesteproduksjonen (Strand, 2007). Oppdragsgivere og forvaltere gir og forvalter budsjett- og personalrammer til den operative lederen. På den andre siden vil de som utførende fagfolk ofte sette faglige standarder og normer foran hensynet til budsjetttrammene (ibid).

### ***2.3.2 Profesjonssosiologi og rasjonalitetskontekster***

Profesjoner i helsetjenesten utgjør roller som skapes gjennom blant annet prinsipper, regler og tradisjoner som følges i profesjonen. I sykehus er det spesielt to profesjoner som er mye omtalt i litteraturen hva angår rolleutvikling og for hvordan profesjoners interesser blir vesentlig for styrbarheten i sykehus. Spesielt gjelder dette etter et stadig økende innslag av NPM inspirerte reformtiltak. Vi skal her kort redegjøre for rolleutviklingen for sykepleie og legeprofesjonen, og samtidig påpeke hvilke rasjonalitetskontekster fagprofesjonene i størst grad tilpasser seg.

Busch (2012) fremhever at yrkesgrupper som har oppnådd status som profesjonell som regel har arbeidet hard for å oppnå det. Et trinn på veien består i å få heltidsarbeidere med spesialisert kunnskap, slik at yrkets innhold og metoder blir eksklusive. I lys av dette blir også metodene, eller de profesjonelle standardene svært styrende for profesjonenes adferd (Busch (2012). Leger og sykepleiere har to ulike historier om profesjonsutviklingen som er godt beskrevet av Berg (2011,2012)

Berg (2012) fremstiller at rollen som sykepleier, spesielt første del av 1900- tallet var lite differensiert. Privat og profesjonelt liv var ofte sammenblandet i lys av at forventningene til yrkesutøvelsen var at de altruistiske verdier og den omsorgsevne som kvinnen representerte skulle komme pasientene til gode. Det kunne oppfattes som en husmorrolle. Spesielt på 1970-

tallet ble sykepleiefaget stadig mer teoriforankret, hvilket påvirket rolleutviklingen til å i økende grad bli profesjonalisert gjennom en offensiv profesjonaliseringspolitikk. Berg (2012) problematiserer denne utviklingen, og antyder at den har et slags paradoks i seg. Samtidig med at en offensiv profesjonaliseringspolitikk ble ført, medførte dette en slags avprofesjonalisering av sykepleiefaget ved at sykepleiens kjerneidentitet i større grad ble overflyttet til staten og arbeidsgivere ved at yrket i større grad ble teoretisk i regi av offentlige utdanningsinstitusjoner.

Berg (2012) fremhever også at sykepleiere i langt større grad enn leger er tiltrukket av lederstillinger på sykehus enn hva tilfellet er for legene. Dette ble spesielt tydelig etter at fagstyret, medikratiet, fikk mindre innflytelse i sykehus blant annet etter innføring av enhetlig ledelse i 1999. Berg (2012) ser dette i sammenheng med at sykepleieprofesjonen aldri fikk det profesjonspregede forholdet til sitt fag som legene, og lederstillinger kan med dette gi både mer makt og lønn.

Legene på sin side har historisk, spesielt før 70-tallet innehatt en tydelig styrende rolle på sykehus i lys av sin rolle som overlege. Overlegen styrte sin avdeling der fagligheten lå i det medisinske. Selv om overlegen var leder for andre profesjoner var ledelsesinnsikten følge overlegen et spørsmål om praktisk skjønnsutøvelse (Berg, 2011). Reformgrepene på 1990-tallet med stadig tiltagende mål og resultatorientert styring og profesjonalisering av ledelse, kan ses på som et forsøk på å gjøre legene til lydige og effektive produsenter (Berg 2012). Legene ser i dag ut til og i vesentlig mindre grad enn sykepleierne være tiltrukket av lederstillinger i sykehus, spesielt på klinisk plan (Berg 2012). Dette kan ses på som at legene i mye større grad har sin profesjonsidentitet knyttet til medisinen fremfor ledelse.

Det synes også å være ulikheter mellom sykepleiere og leger med tanke på hvilke rasjonalitetskontekster de ulike fagprofesjonene tilpasser seg. I det følgende skal vi se nærmere dette.

I en profesjonslogikk er ledere en del av et profesjonsfellesskap orientert mot resonnementer og handlinger som er sentrert rundt et felles faglig verdigrunnlag. Profesjonene er i så måte selvregulerende da de både sosialiseres og internaliserer felles normer gjennom utdanningsløp og faglig spesialisering. Den legitime kunnskapen å inneha retter seg mot medisinske spesialiteter og kunnskapssystemer. Ledelsen skal være faglig (Torjesen, 2008).

På den andre siden har vi følge Torjesen (2008) foretakslogikken. Her er tolkninger, handlinger og beslutninger basert på konsekvensvurderinger og objektive økonomiske



begrunnelser som er formålsrasjonelle. Bedriftsøkonomiske begreper har en sentral plass og legitimitet oppnås i stor grad gjennom at valg foretas med formålsrasjonelle begrunnelser og er gjort med bakgrunn i kostnadsbetraktninger. På kunnskapssiden er foretaksøkonomi og strategisk ledelse legitimerende kunnskap å inneha. Torjesen (2008) har gjennom flere undersøkelser vist at sykepleierprofesjonen tilpasser seg foretakslogikken i større grad enn legene.

De to logikkene gjør at styring av sykehus er beheftet med dilemmaer. Skal foretakslogikkens forventninger til produktivitet gå på bekostning av profesjonslogikkens behov for grundighet og kvalitet? Skal budsjettene overholdes for enhver pris på bekostning av faglige vurderinger av behandlingsbehov eller medisinskteknisk utstyrsnivå?

### **2.3.3 Lederroller**

Lederroller i organisasjoner vil måtte ses i sammenheng med organisasjonene ledelse skal utøves i, og organisasjonen er en sentral del av konteksten ledere må ta hensyn til. Dermed kan man med rimelighet anta at vellykket ledelse forutsetter at lederen har en god forståelse av hva slags organisasjon han leder. En videre antakelse er at selv om alle organisasjoner har visse fellestrekk, for eksempel felles problemstillinger de må løse, vil de også skille seg fra hverandre på viktige områder, for eksempel hvordan de prioriterer mellom oppgaver.

I organisasjonsteori finner vi en typologisering av fire organisasjonstyper, gjengitt blant annet i Strand (2007), kalt PAIE-modellen. Denne typologiseringen har sine røtter i strukturfunksjonalismen, utviklet blant annet av Radcliff-Brown (Eriksen, 2010), som vektlegger en naturvitenskaplig tilnærming til samfunnsvitenskap. PAIE-modellen tar utgangspunkt i at organisasjoner varierer over to grunnleggende dimensjoner - grad av formalisering; og grad av utad-/innadvendthet. Disse to dimensjonene gir fire organisasjonstyper, nemlig Byråkratiet, Entreprenørskapet, Gruppen, og Ekspertorganisasjonen. Den første som foreslo en liknende typologisering av sosiale systemer, var Parsons i 1959 (Strand, 2007). Hans begreper var (med motsvarende PAIE-begreper i parentes) «adaptation» (entreprenør), «goal attainment» (produsent), «integration» (administrator), og «latency» (integrator).

Vi skal bruke mest tid på å se på ekspertorganisasjoner, siden denne organisasjonstypen er mest relevant for den videre drøftingen, men nevner først sentrale trekk ved de tre andre typene.

- *Byråkratiorganisasjoner* har mye formalisering og er innadvendte, og prioriterer administratorfunksjonen. De kjennetegnes ved tydelige hierarkiske lederstrukturer, og formaliserte regler som har autoritet i organisasjonen, for eksempel NAV.
- *Entreprenørorganisasjoner* har lite formalisering og er utadvendte. De er mindre regel- og linjestyrte, og organiseres rundt spesifikk oppgaveløsning. Her er det sentrale kriteriet for suksess at man unngår trusler ved dårlig oppgaveløsning, og oppnår gevinstene ved god oppgaveløsning. Ofte avhenger organisasjonens eksistens av at medarbeiderne lykkes i å løse sine oppgaver til klientenes tilfredshet. Følgelig vil ledere i disse organisasjonene evalueres etter deres medarbeideres suksess. Eksempler på slike organisasjoner er salgsorganisasjoner og investeringsselskaper.
- *Gruppeorganisasjoner* har også lite formalisering, men er innadvendte. De har enda mindre grad av linjestyring enn entreprenørorganisasjonene, og beslutninger tas hovedsakelig på bakgrunn av konsensus, eller flertallsbeslutninger. Få formelle regler og normer styrer gruppens aktivitet. Her vil lederens sensitivitet og respekt for kollektivets avgjørelser, og evnen til å ansvarliggjøre gruppa for deres egne avgjørelser være avgjørende for at lederen skal lykkes i sitt arbeid.

Helseforetak beskrives ofte som et klassisk eksempel på en *Ekspertorganisasjon*, som har høy grad av formalisering og er utadvendte. Produksjon er hovedfokus i ekspertorganisasjonene. Slike organisasjoner har ikke like klare hierarkiske styringslinjer som byråkratiske organisasjoner, men mer enn i gruppeorganisasjoner. Enkeltindividets posisjon i organisasjonen avgjøres i stor grad av yrkesmessig status og erfaring. Profesjonsbasert etikk og normer for god yrkesutøvelse har en sentral plass i styringen av ekspertorganisasjoner. Legeprofesjonen har tradisjonelt vært, og er fremdeles, en sentral premissleverandør for ledelse av helseforetakene. Når ledere kommer fra andre faggrupper, kan gjennomføring av lederens beslutninger vanskeliggjøres dersom disse bestrides av leger. Den tydelige rollen til medisinerne som premissleverandør i helseforetak, har ført til at begrepet «medikrati» (Berg, 2006) har blitt benyttet for å beskrive deres styreform. I dag er det imidlertid en tendens til at flere faggrupper får sin stemme hørt når beslutninger skal tas om sentrale spørsmål om utviklingen i foretakene. Blant annet har sykepleierne fått en mer fremtredende rolle. Et

interessant spørsmål i denne sammenhengen er om man kan se tendenser til at denne utviklingen samtidig har ført til en utvanning av organisasjonstypen. Dette skal vi komme tilbake til senere.

For å få en viss ide om lederrollenes etiologi, er det ikke bare viktig å vite hva slags kontekst (organisasjonstype) ledelse utøves i, men også hvem som er premissleverandør for konteksten. Som tidligere nevnt, er en grunndimensjon i PAIE grad av utadvendt-/innadvendthet. Denne inndelingen gir en viss pekepinn på hvem som får oppmerksomheten til ulike organisasjoner. Samtidig er det viktig med en noe mer presis angivelse av viktige premissleverandører, hvis vi antar at organisasjoner og deres ledere er opptatte av å levere til deres tilfredshet. Vi kan også spekulere på om premissleverandørens måte å vurdere organisasjoner på, påvirker hvordan organisasjonene vurderer seg selv? Strand (2007) foreslår følgende premissleverandører for de ulike organisasjonene:

- Produsentorganisasjoner - Kundene
- Administratororganisasjoner - Systemet/Myndighetene
- Integratororganisasjoner - De ansatte
- Entreprenørorganisasjoner - Eierne

Robert Quinn (1988) har utviklet åtte ulike lederroller på bakgrunn av clusteranalyser basert på beskrivelser av ledere gitt av personer som kjenner dem. I litteraturen har lederrollene som opptrer i de ulike organisasjonskontekstene dels blitt beskrevet som flere ulike roller og dels som én rolle (Strand, 2007). Vi kommer til å forholde oss til én lederrolle innenfor hver organisasjonskontekst, men for å vise nyanser i ledelse innenfor de ulike organisasjonskontekstene presenteres Quinns åtte lederroller nærmere her.

Produsentorganisasjonene er plassert på den «utadvendte» siden i PAIE-figuren. Det gir mening at organisasjoner som har hovedfokus på å utvikle produktet de tilbyr, samtidig er opptatt av hva kundene mener om dem. Man kan også tenke seg at produsentorganisasjoner er mest opptatte av hva kundene mener om produktene, og ikke hva en objektiv standard forteller er et godt produkt. *Pådriverne* er kjennetegnet ved sterkt prestasjonsfokus og teknisk ekspertise, men dårligere egenskaper som tilretteleggere for de ansatte. *Dirigentene* tar ofte de store perspektivene, og er flinke til å selge inn nye ideer. De er sterke «allround» -ledere, men har sin svakhet på administratorfunksjoner.

Administrasjonstunge organisasjoner er også såkalt «utadvendte» organisasjoner, men her er det myndighetene man ser til. Når myndighetene - som i stor grad utøver påvirkning gjennom regler, lover, og forskrifter - får være premissleverandør for en organisasjon, synes det ikke urimelig at organisasjonens ledere blir opptatte av at regler og rutiner følges, og at insentiver/straff gis på bakgrunn av i hvilken grad dette skjer. *Koordinator* er en administrasjonsleder som vektlegger kontroll av virksomheten, og etterstreber orden. Dette kan ofte oppnås gjennom kontinuitet og stabilitet internt. En annen lederrolle innenfor administrasjonsorganisasjoner, er *overvåkerrollen*. Overvåkeren er naturligvis svært opptatt av å tilse at regler følges og at ansatte gjør «det de skal». Koordinator- og overvåkerrollen er roller som vektlegger orden og kontroll høyt. De balanserer imidlertid på en egg, hvor for stor kontroll kan gi overopptatthet av detaljer og lite rom for sunn fornuft i yrkesutøvelsen, mens for mye orden kan gi rigide og lite effektive organisasjoner. Disse rollene kan sies å være nødvendige forutsetninger i alle organisasjoner, men de må samtidig balanseres med rollene i de øvrige kvadrantene for ikke å bli altopplukende og virke uhensiktsmessig på organisasjonen.

Når organisasjoner har hovedfokus på integrasjon, karakteriseres de som «innadvendte». Her er det de ansatte som i første rekke er mottaker av ledelsens oppmerksomhet. Strand (2007) fokuserer primært på integrasjon som et ideal for en organisasjon som vektlegger at de ansatte har felles oppfatninger av organisasjonen de jobber i, og at dette er en situasjon som kan legge til rette for effektivitet, økt innsats fra de ansatte og utviklingsarbeid i virksomheten. Et utfyllende perspektiv kunne være at integrasjon handler om en intrapsykisk prosess hos den enkelte ansatte, hvor internalisering av organisasjonens felles verdier, kultur og identitet foregår. *Veilederen og hjelperen* er integrasjonsledere som er opptatt av å bygge fellesskapsfølelse, og unngå motsetninger mellom individer og grupper i organisasjonen. I Quinns materiale (1988) fant han ingen (!) ineffektive integrasjonsledere, men hypotetisk kan man tenke seg slike ledere som blir for sensitive og nærmest går ut av lederrollen med resultatet at andre, uformelle ledere tar over.

Den andre såkalt «innadvendte» organisasjonsfunksjonen, entreprenørfunksjonen retter sin oppmerksomhet mot *eierne*. Hvordan skal så eierne tilfredsstilles? Jo, ved at overskuddet i organisasjonen økes! Entreprenørlederen beskrives som en *mekler* eller *innovatør*, og bidrar direkte og personlig til å skaffe ressurser (resultater) og unngå farer, gjennom aktiv interaksjon med omverdenen. En vellykket entreprenørleder er sterk og karismatisk,

egenskaper han/hun er avhengig av for å lykkes. Nettopp det å lykkes/prestere er sentrale drivkrefter for entreprenørene, og de søker aktivt makt. Vellykkede entreprenørledere er flinke til å håndtere risiko. Organisasjoner har ofte mest nytte av slike ledere i oppstartsfasen og i forbindelse med større utviklingsprosjekter. Når organisasjonen er veletablert og har begynt å formalisere seg, er det mer behov for andre typer ledere.

En sentral kritikk av PAIE-modellen, er at man ikke finner rendyrkede eksempler på typologiene modellen fremstiller. Man kan med andre ord finne elementer fra alle fire organisasjonstypene i en og samme organisasjon, avhengig av kontekstfaktorer. Kriser, organisasjonens alder, og grad av heterogenitet er alle faktorer som kan bidra til en slik variabilitet. Den samme kritikken kan også rettes mot de beskrevne lederrollene knyttet til organisasjonstypene. To studier som har kartlagt norske ledes oppfatning av egne lederroller, Solstrandstudien og AB-studien (referert i Strand 2007), viser imidlertid at de fleste lederne definerer seg som primært produsent- eller integratorledere, mens bare en liten brøkdel av lederne definerer seg som administrator- eller entreprenørledere. Det kan altså synes som det er empirisk grunnlag for å hevde at de ulike lederrollene er ulikt distribuert blant ledere, mens teorien vektlegger at disse inngår i en slags dynamisk balanse med hverandre og omgivelsene.

### **3.0 Metode**

Vi redegjør i dette kapitlet for metoder brukt til datainnsamling, spørreskjemaets utforming og oppbygning, samt variablene og verdiene som er brukt. Fremgangsmåte for datainnsamling og behandling av datamateriale blir belyst. Siden tar vi stilling til undersøkelsens validitet og reliabilitet. Til sist reflekterer vi over de viktigste svakheter med metoden og gjennomføringen av undersøkelsen.

#### **3.1 Valg av metode**

Både kvalitative og kvantitative tilnæringer kan være aktuelle for å undersøke vår problemstilling. Mens kvalitative metoder ville gi dybdekunnskaper om temaet, kan kvantitative metoder gi en oversikt over mer generelle tendenser i et større utvalg av ledere i helseforetakene vi studerer. Vi har valgt å kombinere disse metodene ved å bruke spørreskjema som vår primære datainnsamling, og kvalitativ metode gjennom intervju. Egen erfaringsbakgrunn og teori er anvendt i fortolkningen av våre data. Denne måten å kombinere metoder på kalles triangulering (Johannessen et al. 2011), og bidrar til å styrke validiteten og reliabiliteten i undersøkelsen.

For å utvikle spørreskjema, brukte vi questback-programvare, et kjent og godt utprøvd verktøy, som vi anså som både anvendelig og brukervennlig. Bistand fra helseforetakene med distribusjon av spørreskjema gjorde metodevalget praktisk gjennomførbart.

I vår undersøkelse utforsker og analyserer vi et fenomen som vi - basert på vår erfaring og teori - antar utgjør en styringsutfordring i sykehus. Som nevnt innledningsvis har konteksten for ledelse i sykehus endret seg markant etter helseforetaksreformen. I den nye konteksten er våre problemstillinger og relaterte emner relativt lite undersøkt empirisk. Vi har derfor inntatt et utforskende perspektiv. Johannessen et al. (2011) omtaler dette perspektivet på en undersøkelse som eksplorativt, der formålet er å utforske forhold eller fenomener som er mindre kjent. Grunnlaget ligger også til rette for å gjøre videre undersøkelser på identifiserte problemstillinger (Johannessen et al, 2011).

#### **3.2 Vitenskapelig perspektiv**

Forfatterne av denne undersøkelsen kommer fra to ulike forskningstradisjoner med utgangspunkt i våre profesjoner som er psykolog og fysioterapeut. Forfatteren som er psykolog har størst interesse og kunnskap omkring kvantitative forskningsmetoder. I dette ligger en personlig interesse og tiltro til at det er viktig å kunne forklare fenomener med utgangspunkt i et materiale som kan generaliseres. Den positivistiske holdningen dominerer med utgangspunkt i at det vitenskapelige fakta skal være objektivt og kvantifiserbart.

Fysioterapeuten har derimot størst erfaring fra undersøkelser som søker å forstå menneskers oppfattelse av virkeligheten og fenomener. Dette heller mot den fenomenologiske forskningstradisjonen (Johannessen et al, 2011).

Teori og egne erfaringer er i denne undersøkelsen aktivt brukt for å fortolke våre funn og skape meningssammenhenger ut fra de kvantitative data fra spørreundersøkelsen og kvalitative data fra intervju. På denne måten kombinerer vi en positivistisk og fenomenologisk tilnærming. Vi anser våre ulike perspektiver som en metodisk styrke, da det legger til rette for løpende og gjensidige kritiske refleksjoner knyttet til metode og analyse.

### **3.3 Spørreskjema:**

Spørreskjemaet som er brukt i undersøkelsen er et samarbeid mellom fem masterstudenter i helseledelse. Vår vurdering var at svarprosenten ville bli bedre dersom ledere mottok ett større skjema fremfor tre ulike, mindre skjemaer. Samtidig utgjør et felles spørreskjema totalt sett færre spørsmål å besvare for respondentene da bakgrunnsvariabler var felles, samt at noen grad av overlapp mellom spørsmålene gjorde at vi kunne kutte overflødige spørsmål. Skjemaet ble strukturert etter tema, for å gi god flyt for respondentene, fremfor å presentere de ulike prosjektenes spørsmål i rekkefølge. Felles spørreskjema utgjorde 25 spørsmål med 91 svaralternativer. Ved gjennomføring av prestudie tok dette 7-8 minutter å fylle ut.

Vi lot gjennom funksjonalitet i questback respondentene ha mulighet å levere ufullstendige skjemaer. Vi vurderte at respondentene kunne ha ulike grunner for ikke ønske å svare på enkelte av spørsmålene. Vi la imidlertid vekt på at spørsmålene skulle være nøytrale, og informerte om anonymitet og konfidensialitet i informasjonsskrivet innledningsvis (se vedlegg 1).

Videre har vi valgt å redegjøre for skjemaets logikk, de valgte variabler og verdier i de spørsmål som ligger til grunn for denne oppgaven.

Vi har gjennomgående brukt spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer. Ifølge Johannessen et al. (2011) gir dette flere fordeler. Blant annet kan likheter og variasjoner i respondentenes svar analyseres, og det vil legge til rette for å kunne generalisere resultat fra utvalg til populasjon. Metoden gjør også at sammenhenger mellom fenomener kan studeres gjennom statistiske metoder. På bakgrunn av spørreskjemaets totale lengde og hensyn til respondentenes tidsbruk og at skjemaet skulle være enkelt å fylle ut unnlot vi å bruke semistrukturerte eller åpne spørsmål, selv om dette kunne gitt oss nyttig tilleggsinformasjon.

Vi spurte om følgende tema i spørreundersøkelsen:

- Bakgrunnsopplysninger
- Lederroller
- Prioritering mellom ulike mål
- Økonomi og budsjett

Våre bakgrunnsvariabler tjener tre hensikter. For det første gir de en nyttig presentasjon av vårt utvalg gjennom variabler som alder, kjønn, erfaring og den organisatoriske enhetens størrelse. For det andre gir det mulighet å gruppere ledere etter hvilket ledelsesnivå våre respondenter er ledere på samt profesjonstilhørighet. Vi har gjennomgående brukt titler som er i bruk i begge helseforetakene, og av den grunn forutsettes terminologien kjent for våre respondenter. For det tredje har vi valgt variabler som er egnet til å ekskludere respondenter fra bruttoutvalget slik at vi sitter igjen med et relevant nettoutvalg for å belyse problemstillingen. På grunn av etiske betraktninger omkring anonymitet som følge av få ledere på det øverste ledernivået i undersøkelsen, har vi unnlatt å spørre om foretakstilhørighet blant respondentene. Dette svekker mulighetene til å etterprøve eventuelle skjevheter basert på foretakstilhørighet i utvalget.

For å undersøke lederroller har vi brukt spørsmål som har vært anvendt i flere tidligere undersøkelser (Strand 2007; Engesveen 2014). Det er totalt åtte spørsmål basert på Quinn (1988). Hver av de fire lederrollene identifiseres ved hjelp av to spørsmål. Sumscore fra de to spørsmålene innenfor hver rolle utgjør prioritering på hver av de fire lederrollene. Fire av spørsmålene er hentet fra Strand (2007), mens fire er utarbeidet av Askeland og Engesveen (2014). Verdiene er gradert fra 1 «helt uenig» til 5 «helt enig». Variablene som identifiserer lederroller er formulert som påstander knyttet til hva ledere mener er *viktigst å prioritere*. I tillegg har vi brukt de samme variablene, slik som Engesveen (2014), til å spørre om hva ledere *braker mest tid på* for å kunne identifisere diskrepanser.

Vi har videre bedt ledere prioritere viktigheten av ulike målperspektiver. Spørsmålene har vi laget selv på bakgrunn av kjente mål i sykehus og forsøkt å operasjonalisere og oversette til en terminologi vi antar er gjenkjennbar i sykehus etter litteraturens fremstilling av balansert målstyring. Vi har knyttet to mål til hvert av perspektivene, med unntak av kunde/pasientperspektivet, der vi mener spørsmålet vi har brukt er tilstrekkelig. Respondentene er ved hjelp av funksjonalitet i questback tvunget til å prioritere målenes viktighet fra viktigst til minst viktig. Vi har spurt både om hvilke mål våre respondenter anser å være *viktigst*, samt hvilke målområder de *braker mest tid på*.



Spørsmål knyttet til økonomi og budsjett er i hovedsak bygd opp med påstander og fempunktsskala fra «helt enig» til «helt uenig». Vi mener fem punkt skala er best egnet til å få frem nyanser i svarene, uten at inndelingen blir for vanskelig for respondentene å ta stilling til. Johannessen et al (2011) fremhever også at fem verdier eller mer gir mulighet for å kjøre avanserte statistiske analyser.

I forkant av utsendelse ble spørreundersøkelsen sendt til tre av våre medstudenter. De besvarte undersøkelsen og ga oss tilbakemeldinger på lengde, forståelighet og hvor interessant og relevant spørsmålene ble opplevd. I og med at våre medstudenter og utvalget i undersøkelsen er sykehusledere antar vi tilbakemeldingene var relevante og representerte synet til mange respondenter. Vi gjorde derfor endringer i spørreundersøkelsens strukturelle oppbygning og justerte noen formuleringer basert på tilbakemeldingene.

### **3.4 Utvalg**

Vårt utvalg i undersøkelsen er ledere på alle ledernivå med unntak av administrerende direktører på henholdsvis Finnmarkssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Vi mener utvalget på en god måte balanserer data fra et lite og et stort helseforetak i Helse-Nord, noe som øker mulighetene for at funn er relevante for øvrige helseforetak i regionen.

For å bedre forutsetningene for tilstrekkelig antall respondenter på de høyeste ledernivåene i utvalget, valgte vi å distribuere til spørreskjemaene til et bredt utvalg klinikker i begge helseforetakene. Vi reduserer da mulige slagsider i utvalget som følge av særlige foretaks- eller klinikkvise tradisjoner, utfordringer eller kulturer knyttet til økonomistyring.

For Finnmarkssykehuset ble det ved gjennomgang av maillister etter endt undersøkelse oppdaget en feil i mailgruppene. Det medførte at klinikk for drift og eiendom, samt prehospital klinikk ikke fikk distribuert spørreskjema. Det samme gjaldt enhetsledere ved klinikk psykiatri og rus. Ifølge opplysninger som fremkommer på Finnmarkssykehuset sine internettsider<sup>8</sup>, utgjør antallet enhetsledere i Klinikk psykiatri og rus 17 personer. Samme kilde angir totalt 20 ledere i senter for drift og eiendom og 25 ledere i klinikk prehospitaltjenester. Vi antar dermed at omtrent 62 ledere feilaktig ikke fikk tilsendt spørreskjema på Finnmarkssykehuset.

### **3.5 Datainnsamling**

Primærdata ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema i questback. Vi søkte tillatelse for gjennomføring av undersøkelsen i henhold til de aktuelle helseforetakenes gjeldende

---

<sup>8</sup> <http://intranett.finnmarkssykehuset.no>

retningslinjer (se vedlegg 3). Godkjenning av datafangst ble i forkant søkt norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg 4)

Etter initial utsendelse ble det sendt én purring etter to uker. Før purringen var det mottatt 143 skjema. De påfølgende dagene etter purringen ble det mottatt ytterligere 49 skjema. Spørreundersøkelsen var tilgjengelig for besvarelse i tre uker. På grunn av helligdager i svarperioden utgjorde det 10 virkedager.

På UNN HF ble epost med spørreundersøkelse distribuert av kommunikasjonssjef via mailgrupper. Purringen ble administrert av oss og sendt ut manuelt til samme utvalg som mottok undersøkelsen ved første utsendelse.

På Finnmarkssykehuset ble undersøkelsen distribuert av en medstudent som arbeider på Finnmarkssykehuset, etter avtale med kommunikasjonsavdelingen. Purringen ble også her manuelt administrert.

### **3.6 Datamateriale**

I tillegg til kvantitative data fra spørreundersøkelsen, har vi brukt sekundærdata i form styrereferater og andre interne dokumenter fra UNN HF, Finnmarkssykehuset HF og Helse Nord RHF. Innholdet i datamaterialet presenteres i kapittel 4.

Det ble sendt ut totalt 467 spørreskjema i questback via epost etter maillister fra UNN og Finnmarkssykehuset. Henholdsvis 405 utsendte eposter til UNN og 59 eposter til Finnmarkssykehuset. I UNN er det imidlertid bare registrert 304 ledere, mens det i Finnmarkssykehuset er registrert 121 ledere. Vi er kjent med at en del som ikke har lederstillinger fikk distribuert skjema, men antar disse ikke har besvart da de tydelig fikk beskjed om ikke å gjøre det i tilsendt epost. Antall ledere registrert på de to helseforetakene er totalt 425.<sup>9</sup> Vi fikk 192 spørreskjema besvart.

Vår svarprosent regnes med utgangspunkt det antall ledere som har mottatt undersøkelsen. For UNN gjelder dette 299, da vi har trukket fra oss 5 som samarbeidet om spørreskjemaet, og av den grunn ikke har besvart spørreskjemaet. For Finnmarkssykehuset er antallet 59. Totalt antall ledere som har mottatt undersøkelsen er dermed 358 og svarprosenten er 53,6 %.

---

<sup>9</sup> data hentet fra rapport i personalportalen med bistand fra HR avdeling UNN, samt tilgjengelig informasjon på [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no)

Vi ekskluderte lederne som hadde svart «nei», eller unnlatt å svare på spørsmålet om de har budsjettansvar, da disse faller utenfor målgruppen i undersøkelsen. Utvalget krympet da fra 192 til et nettoutvalg på 165.

Materialet fordelte seg på følgende måte fordelt på de ulike ledernivåene, ekskludert respondenter uten budsjettansvar. Tabellen synliggjør også forholdstall mellom respondenter og antall registrerte ledere på de ledernivåene vi har klart å finne reliabel informasjon.

Tabell 1 – Respondenter fordelt på ledernivå

Ledernivå		Antall respondenter	Ca. antall ledere totalt
Nivå 2	Klinikkjef eller tilsvarende	8	20
Nivå 3	Avdelingsleder eller tilsvarende	52	108
Nivå 4a	Seksjonsleder eller tilsvarende med lederansvar for enhetsleder(e)	46	Usikre tall
Nivå 4b	Seksjonsleder eller tilsvarende uten lederansvar for enhetsleder(e)	15	Usikre tall
Nivå 5	Enhetsleder	41	Usikre tall Til sammen ca 297 ledere på nivå 4a, 4b og 5 i UNN og Finnmarkssykehuset.

### 3.7 Beskrivelse av respondentene

Her følger en del beskrivelser av egenskaper ved utvalget som har besvart undersøkelsen vår. 63,8 % av respondentene var kvinner, noe som samsvarer bra med at helseforetakene har en betydelig større andel kvinnelige enn mannlige ansatte. Andelen kvinnelige ledere i UNN er faktisk også 63,8 %<sup>10</sup>.

4 respondenter oppga ikke kjønn. I forhold til profesjonsbakgrunn, var det flest sykepleiere (36 %), og ledere med annen helsefaglig bakgrunn (33,9 %). 12,7 % var leger, mens 17,5 %

<sup>10</sup> Data hentet fra rapport i personalportalen med bistand fra HR avdeling UNN

hadde ikke helsefaglig bakgrunn. Vi undersøkte ikke konkret utdanning i gruppene «annen helsefaglig utdanning» og «ikke helsefaglig utdanning».

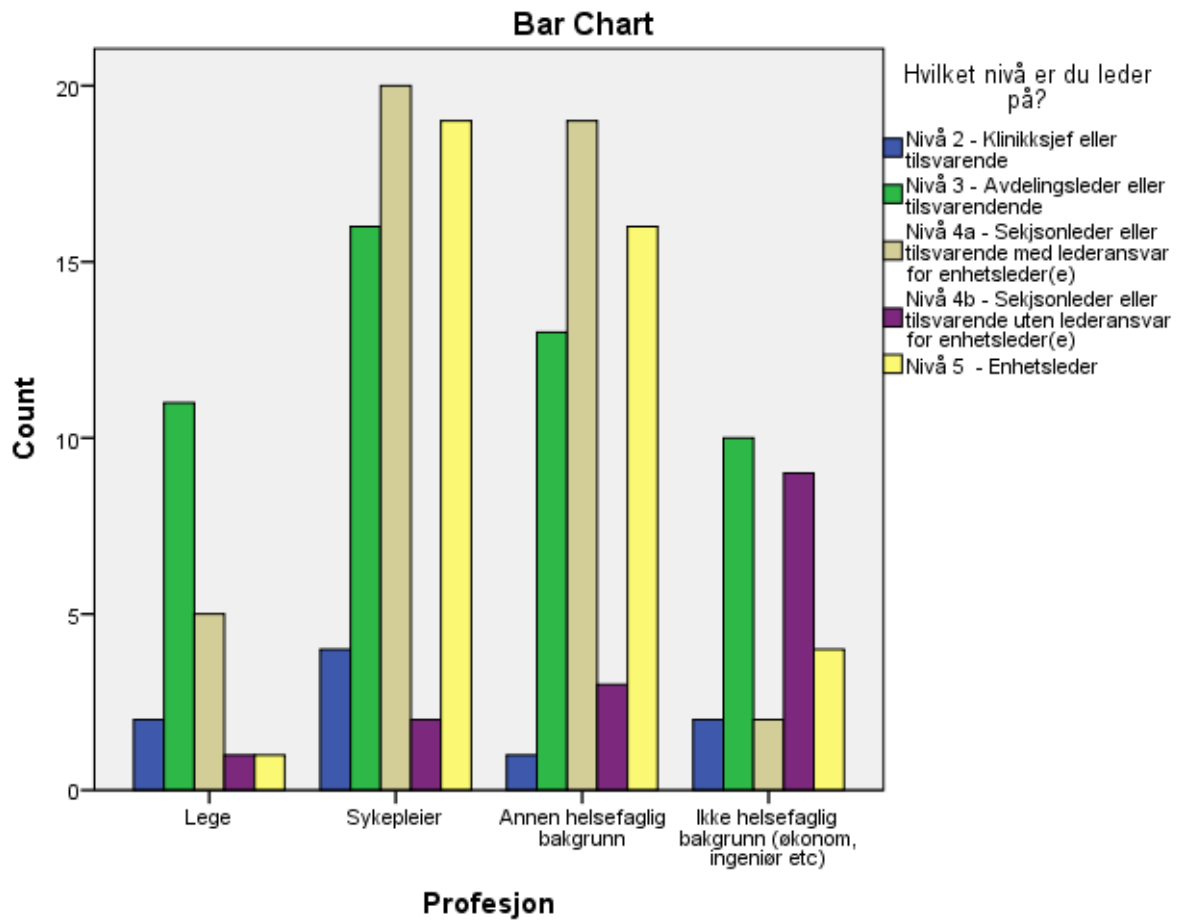
Av tabellen under kan vi se at våre respondenter var gjennomsnittlig 49 år, og hadde i underkant av 10 års ledererfaring. Den mest erfarne lederen i utvalget oppga mer enn 35 års ledererfaring, mens de minst erfarne nettopp hadde startet på sin lederkarriere. Med tanke på ledererfaring er det altså en heterogen, men samlet sett relativt erfaren ledergruppe vi har med å gjøre.

Tabell 2 – Beskrivelse av alder, og erfaring som leder.

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max</b>	<b>Gjennomsnitt</b>	<b>Standardavvik</b>
<b>Alder</b>	188	25	66	49,19	8,329
<b>Hvor lenge har du vært leder? Oppgi antall år:</b>	188	0	35	9,60	7,671

Det var forskjeller mellom fordelingen av ledernivå per profesjon, som man kan se av søylediagrammet under. Legegruppen var overrepresentert på administrativt og institusjonelt ledernivå, mens gruppen med ikke helsefaglig bakgrunn var overrepresentert på operativt nivå. Sykepleielederne og lederne med annen helsefaglig utdanning utgjorde til sammen ca. 70 % av utvalget, og skilte seg ikke nevneverdig fra fordelingen i hele utvalget.

Figur 2 – Fordeling av faggrupper på ledernivåer



### 3.8 Dataanalyse

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen ble systematisert automatisk fra questback i både Word -, Excel -, SPSS -, og PowerPoint-format. Til utvalgsbeskrivelser brukte vi figurer fra Word, mens øvrige statistiske bearbejdelser av materialet ble utført i SPSS.

De viktigste statistiske metodene vi brukte i undersøkelsen, var *deskriptiv statistikk* med utgangspunkt i gjennomsnitt, *korrelasjonstesting*, og *faktoranalyse*.

#### 3.8.1 Deskriptiv statistikk

Vi brukte enkle former for deskriptiv statistikk for å sammenlikne hvordan ulike grupper i utvalget vårt hadde svart på bestemte spørsmål. Uavhengige variabler i denne statistikken, var *ledernivå* og *profesjonstilhørighet*. Avhengige variabler var kort fortalt ulike tilnærminger til prioritering av økonomi og økonomiske mål. De ulike avhengige variablene var:

- Prioritering av budsjettarbeid
- Tidsbruk på budsjettarbeid

- Involvering i utarbeidelse av neste års budsjett
- Prioritering av økonomiske mål, opp mot andre mål i ledelse av helseforetak
- Tidsbruk på økonomiske mål, opp mot andre mål i ledelse av helseforetak
- Prioritering av administratorrollen
- Tidsbruk på administratorrollen

Vi brukte gjennomsnittsskåre på de ulike avhengige variablene for å se etter systematiske forskjeller mellom uavhengige variabler. Man kan innvende at dette er en nokså enkel og grovkornet måte å sammenlikne grupper på. Et alternativ ville være å bruke variansanalyse (ANOVA), og se etter statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Materialet vårt egner seg imidlertid dårlig for denne typen av statistikk, hovedsakelig av to grunner:

1. Enkelte av gruppene våre har få respondenter (ledere på institusjonelt nivå (n=8); legeledere (n=20)).
2. Gruppene varierer veldig i størrelse.

Disse momentene øker sjansen for at viktige tendenser i datamaterialet blir oversett fordi de ikke er statistisk signifikante. På den annen side øker også risikoen for at vi betrakter tilfeldige variasjoner som reelle forskjeller mellom grupper. Vi reduserer den siste risikoen ved hjelp av triangulering, altså at vi ser de statistiske funnene i sammenheng med prediksjoner basert på teori, og informasjon fra intervjuene våre.

### **3.8.2 Korrelasjonsanalyser**

En annen måte vi undersøkte sammenhenger mellom variablene på, var å se på graden av *samvariasjon*, eller *korrelasjonen* mellom dem. Vi brukte korrelasjonsskalaen Pearsons  $r$ , med mulige verdier mellom -1 og 1, hvor 1 indikerer en perfekt samvariasjon (tilstedeværelse av variabel  $x$  følges alltid av tilstedeværelse av variabel  $y$ ), mens -1 indikerer et perfekt motsatt forhold (tilstedeværelse av variabel  $x$  følges alltid av fravær av variabel  $y$ ). En korrelasjonskoeffisient på 0 tilsier at det ikke er noen systematisk samvariasjon mellom variablene (Johannessen et al, 2011). I stedet for å se på gjennomsnittsskåre for hver enkelt gruppe, og deretter sammenlikne med andre gruppers gjennomsnitt, ser vi med denne metoden direkte på sammenhengene (eller mangelen på sammenheng) mellom dem. Korrelasjoner kan ikke benyttes til å antyde kausale sammenhenger. I vår undersøkelse har vi rapportert korrelasjoner som har vært statistisk signifikante, for å underbygge tendensene vi har funnet gjennom deskriptiv statistikk. (For korrelasjonstabeller, se vedlegg 7)

### **3.8.3. Faktoranalyser**

Faktoranalyser brukes for å se om datamaterialer kan forklares ut fra underliggende variabler (Svartdal, 2015). Enkelt forklart impliserer man underliggende variabler i datamateriale dersom to eller flere variabler viser en viss samvariasjon med hverandre. I vår undersøkelse har vi benyttet oss av såkalt bekreftende faktoranalyse for å undersøke om spørsmål som vi antar har en sammenheng med hverandre, faktisk samvarierer. Vi har undersøkt to forhold, nemlig hvorvidt spørsmål omkring ulike mål i sykehus, som definert av oss, følger strukturen i Balansert målstyring; og hvorvidt spørsmål som undersøker lederroller følger strukturen i PAIE-modellen.

### **3.9 Intervju**

Intervju ble gjort etter analysene av det kvantitative datamaterialet var ferdig. Vi gjorde et strategisk utvalg av informanter, der våre kriterier var at vi skulle ha erfarne ledere med lang ledererfaring. Lederne skulle også jobbe på typiske sykehusavdelinger som innebefattet klinisk arbeid, og vi ønsket at de skulle representere ulike ledernivåer.

Hensikten med intervjuene var at informantene skulle ta stilling til våre hovedfunn, og kommentere de med gyldighet fra sine perspektiver. Vi kan derfor kalle vårt valg av utvalg som bekreftede/avkreftende (Johannessen et al. 2011).

Vi intervjuet to ledere, henholdsvis en avdelingsleder for en stor avdeling og en enhetsleder for en sengepost. Begge er ansatt i UNN.

Før gjennomføring av intervjuet ble respondentene introdusert for bakgrunnen og hensikten med intervjuet. De ble også informert om at svarene ville bli anonymisert. Under intervjuet ble informantene presentert for ett hovedfunn om gangen. Vi benyttet diagrammer og grafer, samt gav en muntlig forklaring til disse. Spørsmålene fra spørreskjemaet som var relevant for hvert resultat ble også gjennomgått. Respondenten ble bedt om å fortelle hvorvidt funnet var gjenkjennbart, og eksemplifisere fra sitt eget perspektiv. Intervjuene tok 35 til 45 minutter. Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av diktafon.

I behandlingen av de kvalitative data kategoriserte vi relevante utsagn til hvert av hovedfunnene informantene ble presentert for og vurderte de mot teoretiske perspektiver. Videre har vi kondensert det vi oppfatter som meningsbærende innhold fra intervjuene, og benyttet det som sitater i resultatkapitlet.

### **3.10 Reliabilitet**

Undersøkelsens reliabilitet sier oss noe om hvor pålitelig våre data er (Johannesen et al, 2011). I datainnsamlingen åpnet vi for at respondentene kunne unnlate å svare på spørsmål i spørreskjemaet. Slike manglende data kan ha påvirket materialet, men en manuell gjennomgang av manglende data har ikke gitt oss grunnlag for å tro at dette skal være tilfellet.

Videre er den kvantitative databehandlingen gjort i SPSS, hvilket vi mener gir en troverdig behandling av både deskriptive data og de statistiske metoder vi har benyttet.

En reliabilitetsutfordring i undersøkelsen er bruken av pre kodede spørsmål i spørreskjema. Spørreskjema gir ikke anledning til å fremheve nyanser i svarene, noe vi tror ledere som besvarte undersøkelsen kunne tenke seg å gjøre. På grunn av vår egen erfaringsbakgrunn som ledere i sykehus over mange år og bruk av intervju mener vi våre tolkninger av data på tross av dette har høy grad av reliabilitet.

Vi har ikke test-retestet vårt spørreskjema for å teste reliabiliteten. Undersøkelsen vår gir et øyeblikksbilde fra ledere i to helseforetak. Vi har ikke kjennskap til særskilte kontekstuelle forhold, utover det som fremkommer i sekundærdata, som kunne påvirke svarene til våre respondenter.

### **3.11 Intern og ekstern validitet**

Når vi vil drøfte undersøkelsers validitet, er det med tanke på å gi en beskrivelse av i hvilken grad resultatene i en undersøkelse lar seg generalisere til større utvalg, *ekstern validitet*, og i hvilken grad undersøkelsen egner seg til å si noe om det eller de fenomenene man ønsker å undersøke *intern validitet* (Johannesen et al, 2011).

I spørreskjemaundersøkelser er det alltid en viss risiko for at respondenter vil justere svarene sine i henhold til sosiale og kulturelle normer, et fenomen kalt «social desirability bias» (McBurney, 1994). Dette fenomenet kan være relevant i undersøkelsen vår, siden vi etterspør forhold som man kan anta det knytter seg generelle normer og forventninger til i den sosiokulturelle konteksten sykehusene representerer. Vi har sett på resultatene i undersøkelsen vår, og har ikke funnet indikasjoner på en slik systematisk skjevhet.

I vår undersøkelse benyttet vi spørsmål hentet fra Strand (2007) og Engesveen (2014) for å undersøke hvordan vårt utvalg er distribuert i PAIE-modellens ulike lederroller. Disse spørsmålene har fra tidligere studier vist seg nyttige i forbindelse med utforskning av lederroller. Øvrige spørsmål vi har benyttet i spørreskjema mener vi er tilstrekkelig koblet til



teori og terminologi som gjør at spørsmålene vil oppfattes korrekt og dermed vil bidra til troverdige svar. Selv om våre resultater er åpne for ulike tolkningsperspektiver, mener vi valideringen av våre resultater gjennom triangulering styrker den interne validiteten.

Den største utfordringen knyttet til validitet i vårt materiale, omhandler den eksterne validiteten – kan funnene våre generaliseres til hele populasjonen av ledere i UNN og Finnmarkssykehuset, og til andre sykehus i og utenfor Helse Nord RHF? Av hensyn til anonymisering av respondenter har vi ikke oversikt over antall respondenter slik de fordelte seg på de to sykehusene i vårt utvalg. Vi mener imidlertid av representativiteten på både kjønn og de ulike ledernivåene sammenstilt med svarprosenten gjør det sannsynlig at våre data kan generaliseres til de to sykehusene. Viser til kapittel 3.7 for beskrivelse av respondentene i undersøkelsen.

Ifølge Hippe og Trygstad (2013) er det også store variasjoner mellom de regionale helseforetakene hvordan ledere opplever både handlingsrom og tilgang til økonomiske ressurser. Vi mener dette vil kunne påvirke hvordan ledere både internt i regionen og i andre regioner vil svare på undersøkelsen. Vi anser derfor at undersøkelsen ikke kan generaliseres i større omfang enn vi har argumentert for over.

### **3.12 Metodekritiske refleksjoner**

Vi anser det som en svakhet ved undersøkelsen at vi på grunn av hensynet til respondentenes anonymitet ikke kan skille mellom respondenter fra sykehusene i vårt utvalg. Selv om det er sannsynlig at svarprosenten relativt sett er lik mellom sykehusene, knytter dette usikkerhet til vår mulighet for potensielt viktige nyanseringer, samt muligheten for generalisering av funn.

Bruk av spørreskjema har begrensninger for valgt problemstilling. Først og fremst har metoden begrensninger i å få frem viktige nyanser og perspektiver som kan fremkomme med bruk av egne ord eller frie formuleringer. Dette er særlig relevant med utgangspunkt i at sykehusledere har mange ulike mål å prioritere mellom. Samtidig mener vi at undersøkelsen styrkes gjennom bruken av triangulering (Johannessen et al, 2011), hvor vår egen erfaringsbakgrunn samt sekundærdata og intervjuer kompenserer godt for de nyansene som spørreskjematilnærmingen mangler, samtidig som vi beholder fortrinnene med metoden.

## 4.0 Empiri/resultater:

Vi gjør innledningsvis rede for undersøkelsens kontekst gjennom sekundærdata. Videre fremstiller vi data fra spørreundersøkelsen og intervju. Respondentene er to erfarne ledere fra UNN HF, benevnt som informant A og B. Informant A tilhører det administrative ledernivået i organisasjonen og B er operativ leder. Informantene ble forklart og presentert for funn i spørreundersøkelsen og ble bedt om å reflektere rundt funnene. Begge informantene omtales som «han» i teksten.

### 4.1 Undersøkelsen kontekst

Undersøkelsen vår er gjort i en bestemt kontekst, to sykehus i Nord-Norge som er Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). For å undersøke styringsutfordringer i organisasjoner med multiple styringskrav, har vi i dette kapitlet presentert de ulike styringskravene som fremkommer av oppdragsdokumentet, systemer for styring og ledelse og rammebetingelser. Dette er forhold som kan påvirke styring og ledelse. Begge sykehusene i vårt utvalg er eid av Helse Nord regionale helseforetak (Helse Nord RHF). I tabellen under har vi fremstilt noen fakta om sykehusene som gir et inntrykk av omfang og størrelse.<sup>11</sup>

Tabell 3 – Nøkkeltall for UNN HF og Finnmarkssykehuset HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Finnmarkssykehuset HF
- Antall årsverk: ca 6400	- Antall årsverk: ca 1500
- Budsjett: ca 1,6 mrd	- Budsjett: ca 7 mrd
- Universitetssykehus for 477.000 mennesker hvorav lokalsykehus for 188.000 mennesker	- Lokalsykehus for 75.000 mennesker
- Klinikkorganisering med 5 formelle ledernivå	- Klinikkorganisering med 4 formelle ledernivå
- 4 sykehusbygg og desentraliserte lokasjoner	- 2 sykehusbygg og desentrale lokasjoner
- Ca 420.000 polikliniske pasientkontakter	- Ca 74.500 somatiske pasientkontakter

#### 4.1.1 Multiple styringskrav

I oppdragsdokumentet fra Helse Nord fremkommer styringskravene som gjelder det enkelte helseforetaket. I vår gjennomgang av oppdragsdokumentet for 2016<sup>12</sup>, har vi i tabellen under

<sup>11</sup> Informasjon hentet fra presentasjon av UNN og «UNN-boka» tilgjengelig på:

<http://intranett.unn.no/unn/presentasjon/category7200.html>

<sup>12</sup> <http://www.helse->

[nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Styret/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202016%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Styret/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202016%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene.pdf)

summert opp antall generelle og foretaksspesifikke krav for de ulike målområdene i oppdragsdokumentet og som gjelder sykehusene i vår undersøkelse.

Tabell 4 – Styringskrav

Målområde	Generelle krav for 2016	Foretaksspesifikke krav for 2016
Økonomiske krav og rammebetingelser	30	UNN: 3 Finnmarkssykehuset: 3
Pasientens helsetjeneste, Ventetid, variasjon og effektivitet	46	UNN: 8 Finnmarkssykehuset: 6
Kvalitet, pasientsikkerhet, smittevern og beredskap	16	UNN: 3 Finnmarkssykehuset: 2
Personell, utdanning og kompetanse	18	UNN: 5 Finnmarkssykehuset: 1
Forskning og innovasjon	4	UNN: 3 Finnmarkssykehuset: 0

I tillegglisten som er vedlagt oppdragsdokumentet er det ytterligere 27 generelle krav til helseforetakene og 3 foretaksspesifikke krav som fordeler seg på målområdene i tabellen over. Vår oppfatning av tabellen er at den synliggjør mangfoldet av styringskrav som er fordelt på mange ulike målområder. Særlig fremkommer mange styringskrav knyttet til økonomi og ulike kvalitetsaspekter som det også potensielt kan ligge målkonflikter i.

#### 4.1.2 Styring og ledelse

Siden 2007 har det pågått et kontinuerlig utviklings- og omstillingsprosjekt, kalt langsiktig utvikling og omstilling (LUO). Argumentasjonen for å igangsette prosjektet fremkommer i UNNs styresak (36/2007) hvor det vektlegges at UNN skal ha en organisasjonsstruktur som gir «... et nært og dynamisk forhold mellom strategisk ledelse, styring og oppgaveløsning.» UNNs påfølgende gjennomgang av ledelses- og organisasjonsstrukturen konkluderer blant annet med at "Det store antallet avdelinger gjør det vanskelig å engasjere mellomledere fra kjernevirksomheten i overordnede strategiske vurderinger, og i å ta gjensidig ansvar for overordnede prioriteringer og helhetlig økonomistyring" (UNN styresak 55/2007).

UNN bruker blant annet «dialogavtalen» aktivt for å møte utfordringen skissert i styresak 55/2007. Dialogavtalen representerer det interne ledelses og styringsverktøyet som

operasjonaliserer de overordnede strategier til konkrete mål og indikatorer gjennom ulike perspektiver som eksempelvis samhandling og funksjonsfordeling, HR, pasient og brukermedvirkning, kvalitet og pasientsikkerhet. Dialogavtale skal utarbeides og følges opp på alle ledelsesnivå i organisasjonen. Dialogavtalen bygger etter vår oppfatning på prinsippene i balansert målstyring, og skal benyttes på alle nivåer i virksomheten.

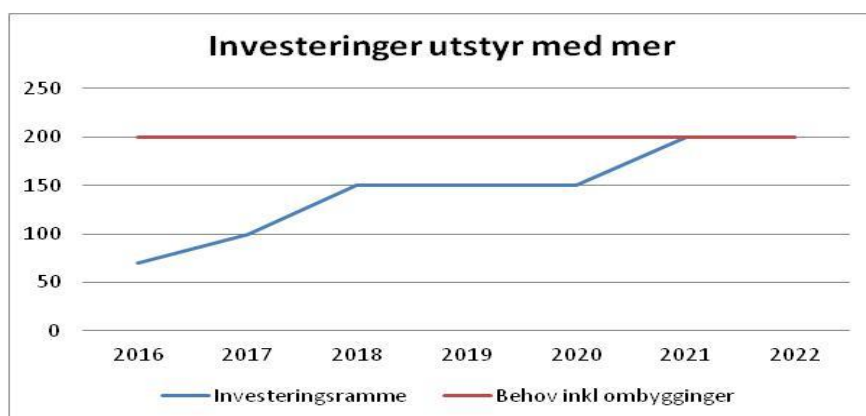
Målene og indikatorene i dialogavtalen representerer ulike målperspektiver som er sentralt opp mot sykehusets oppdrag. Det er også et premiss at målene nås innenfor den økonomiske rammen som er bevilget, der medvirkning og involvering fremheves som avgjørende for å sikre ivaretagelse av lokale utfordringer og behov

I økonomihåndboka for Finnmarkssykehuset<sup>13</sup> finnes det detaljerte retningslinjer på både prosesser knyttet til budsjettering og budsjettoppfølging. Det er presisert at budsjettansvaret er lagt til klinikkjef og avdelingsledernivå, og retningslinjene knyttet til budsjettprosess og oppfølging er derfor utelukkende beskrevet for disse ledernivåene, og ikke lavere ledernivå.

#### **4.1.3 Omstillingsutfordringer UNN**

Helse Nord RHF har i oppdragsdokumentet for 2016 definert et resultatkrav for UNN på 40 millioner kroner i «overskudd». UNN sitt antatte investeringsbehov opp mot investeringsramme er fremstilt under slik det fremkommer i sykehusets egen presentasjon<sup>14</sup>.

Figur 3 – Forholdet mellom forventet disponibel investeringsramme, og forventet investeringsbehov.



Vesentlige investeringsprosjekter slik som ny A-fløy, nytt sykehotell og PET-senter i Tromsø i tillegg til nytt sykehusbygg i Narvik krever store investeringer. Dette er noen av faktorene

<sup>13</sup> Finnes tilgjengelig på finnmarkssykehusets intranett.

<sup>14</sup> Presentasjon av UNN tilgjengelig på: <http://intranett.unn.no/unn/presentasjon/category7200.html>

som gjør at helseforetakene står ovenfor store økonomiske utfordringer i årene som kommer, og kommer tydelig frem i styresak 42/2015 i Helse Nord RHF.

#### 4.1.4 Omstillingsutfordringer Finnmarkssykehuset

Resultatkravet fra Helse Nord RHF er «overskudd» på 37 millioner kroner. Styresak (42/2015) i Helse Nord RHF refererer at Finnmarkssykehuset vil stå ovenfor økonomiske utfordringer i 2016, og at de vil øke frem til 2018. Den mest vesentlige årsaken til de økonomiske utfordringene er følge Finnmarkssykehusets styresak 30/2016 investeringsbehov i bygg og utstyr, slik det fremkommer i tabellen under.

Tabell 5 – Investeringsplan for Finnmarkssykehuset HF.

Tabellen under viser en oversikt over planlagte investeringer for Finnmarkssykehuset HF.

INVESTERINGSPLAN	Overheng	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totalt	
Finnmarksklinikken		30									30	
Psykisk Helsevern og Rus(Alta)		43									43	
Spesialist poliklinikk Karasjok (samisk Helsepark)		20	20								40	
Alta Nærsykehus		150	180	85							415	
Kirkenes nye sykehus (NKS)	710	750									1460	
Tiltak sykehusbygg	10	10	15	15	15	15	15				95	
Hammerfest nye sykehus					20	280	400	500			1200	
MTU, abulanser, rehab m.m	30	46	26	36	36	36	46	46	46	46	394	
Klinikk Prehospital	2	10	10								22	
KLP		4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	
ENØK		15									15	
<b>Sum investeringer</b>		<b>752</b>	<b>1078</b>	<b>255</b>	<b>140</b>	<b>75</b>	<b>335</b>	<b>465</b>	<b>550</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>3750</b>

Tabellen viser at det er investeringsbehov på 3,75 milliarder kroner frem til 2024 med blant annet nytt sykehusbygg i Kirkenes i 2016 og bygging av nytt sykehus i Hammerfest i perioden 2019-2022.

Samlet mener vi omstillingskravene med bakgrunn i nyinvesteringer viser at eier i tillegg til styringskrav og produksjon, forventer stor grad av entreprenørskap av sine underliggende helseforetak.

#### 4.1.5 Oppsummering av sekundærdata

På bakgrunn av oppdragsdokumentets omfang og innhold oppfatter vi at helseforetakene har mange og til dels detaljerte styringskrav som omfatter mange målområder med potensielle målkonflikter. Nåværende og fremtidige investeringer medfører økonomiske utfordringer i årene fremover og stiller krav til entreprenørskap. Økonomisk styring og kontroll synes derfor svært viktig for organisasjonene.

Som styrings og ledelsesverktøy bruker UNN dialogavtalen med store likhetstrekk til balansert målstyring. Dialogavtalen har til hensikt å imøtekomme identifiserte styringsutfordringer ved å knytte koblinger mellom planer og handlinger mellom strategisk og

operativ ledelse inkludert helhetlig økonomistyring gjennom bruk av flerdimensjonale prestasjonsmål.

Finnmarkssykehuset har rutiner for budsjettprosesser og budsjettoppfølging som ansvarliggjør og involverer det institusjonelle og administrative ledernivået i organisasjonen.

#### **4.2 Prioritering av økonomiske mål reduseres fra institusjonelt til operativt nivå.**

*«... i realiteten kjøres disse [budsjett-]prosessene ganske kompakt om ikke veldig raskt. Vi har korte frister og raske avslutninger. Da føler ledere på laveste nivå seg litt koblet av. Prosessene kjøres uten at de er involvert og de har ikke innsikt i premissene [...] det er jo synd. Alle er jo opptatt av dette» (fra intervju)*

Den hierarkiske plasseringen til ledere sin påvirkning på ledernes atferd og oppgaver har blitt viet en del oppmerksomhet i organisasjonsteori. Da vi ba lederne om å rangere viktigheten, samt tidsbruken på å oppnå 7 ulike mål som kan plasseres i kategorier fra balansert målstyring (finansielle, kunde, interne prosesser, og læring og vekst), var vi interesserte i om det var samsvar mellom hvor viktig lederne oppfattet målene og hvor mye tid de brukte på dem. Deretter undersøkte vi om det fremkom systematiske forskjeller i prioriteringene avhengig av ledernivå. Til sist ville vi undersøke i hvilken grad de finansielle målene ble prioritert – også her med tanke på å kartlegge eventuelle inkonsistenser og systematiske variasjoner mellom ledernivåene.

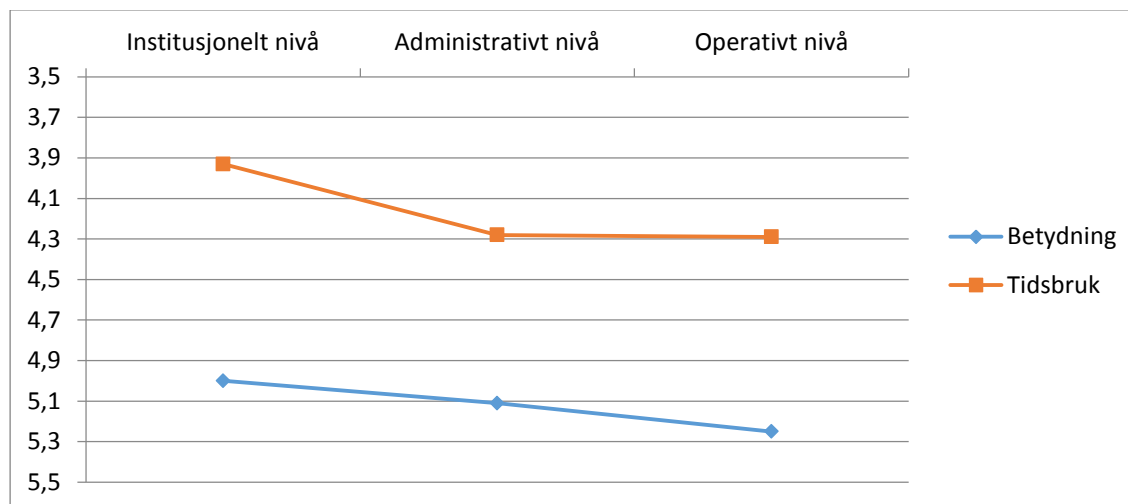
Vi kategoriserte ledernivåene i samsvar med Christensen (2015), i institusjonelt, administrativt, og operativt nivå. Klinikksjefer (ledernivå 2) definerer vi som institusjonelt nivå. Avdelingsledere og seksjonsledere med lederansvar for enhetsledere (ledernivå 3 og 4a) definerer vi som administrativt nivå. Seksjonsledere uten lederansvar for enhetsledere og Enhetsledere (Ledernivå 4b og 5) definerer vi som operativt nivå. Vi genererte gjennomsnitt av de ulike operasjonaliseringene av prioritering av økonomiske mål, sortert på ledernivå. I tillegg testet vi for korrelasjoner mellom prioriteringer og ledernivå. Statistisk signifikante korrelasjoner ( $p < .05$ -nivå) er rapportert med korrelasjonskoeffisient i parentes. På denne måten undersøkte vi systematiske variasjoner i prioritering av økonomiske mål mellom ledernivåene.

##### **4.2.1 Forholdet mellom betydningen av – og tidsbruk på – finansielle mål**

*«... Ofte spiller budsjettet ingen rolle. Du må gjøre ting på en annen måte både av hensyn til etikken og jussen.» (Fra intervju)*

Det første diagrammet viser sammenhengen mellom hvordan ledere har rangert betydningen av, og tidsbruken på, finansielle mål, og hvilket ledernivå de befinner seg på. Lederne ble bedt om å rangere 7 ulike mål, deriblant finansielle, hvor det viktigste målet fikk verdien 1, mens det minst viktige målet fikk verdien 7. Rangeringen vises på y-aksen.

Figur 4 – Rangering og tidsbruk på finansielle mål



Vi kan se at det gjennomgående synes å være høyere grad av tidsbruk på finansielle mål, enn rangeringen av disse målene skulle tilsi. Dette ser vi ved at den røde linja hele veien ligger høyere (nærmere verdien 1) enn den blå.

Informant B fremhever at han bruker lite tid på de økonomiske og administrative systemene som organisasjonen har. Han har et bevisst forhold til budsjetttrammene på enheten, men oversetter arbeid med økonomi til sin egen kontekst. Han kommenterer resultatgrafen på følgende måte:

*«... i min verden er det å holde budsjettet en del av jobben min. Den henger høyt. Men så kan man spørre seg om hvordan man oppnår det. Jeg bruker nesten ingen tid på økonomiske og administrative systemer. Jeg bruker mye tid på personalet mitt.»*

Informant B mener sitt fokus på målperspektiver innen vekst og utvikling er sentralt for å nå de finansielle målene. De finansielle målene anser han derfor å være et resultat av mye tidsbruk og høy prioritering av personalets mulighet til fagutvikling og trivsel. Han konkretiserer dette:

*«Det å holde budsjettet blir jo på en måte sekundært. Jeg må fokusere på prosessene, så kommer det der av seg selv. Klarer jeg å holde stor grad av trivsel, da vil åpenbart prosesstenkingen bidra til gode tall. Sånn har jeg jobbet i mange år, og resultatene har vært gode.»*

Videre synes det å være en tendens til at både tidsbruk og rangering av viktighet av finansielle mål går nedover jo lengre ned i lederlinjen man kommer. De operative lederne rangerer finansielle mål lavere enn de øvrige lederne. Begge informantene er opptatt av at det operative nivået i organisasjonen har en hverdag som gjør at andre målperspektiver enn de økonomiske vil være prioritert. I svarene fra informantene kan man også se spor etter den generelt lave prioriteringen av økonomiske mål. Informant A fremhever særlig utfordringer knyttet til driftsmessige forhold på sengepostene sine:

*«De sitter jo i mange praktiske utfordringer som, ja, der de økonomiske målene kanskje ikke er de viktigste. De må jo prioritere å få driften til å gå rundt.»*

Han fremhever også en generell opplevelse av at fokus på økonomisk måloppnåelse er begrenset i lys av til dels urealistiske mål som blir satt fra toppledelsen. Informant A forteller:

*«Ut fra erfaring er jo fokus på måloppnåelse i UNN heller sånn laber ... Det kan jo bety at målene ikke er så realistiske. Eller at evnen til å følge målene opp ikke er der. Jeg tror urealismen spiller en stor rolle. Noen ganger er det jo ønsketenkning hva man skal oppnå.»*

Informant A mener operative ledere ikke får tilstrekkelig rom og avstand fra sitt daglige arbeid til å bruke bevisst tid på de finansielle målene. Han mener da ledere på nivåene over, med tilstrekkelig avstand fra daglig drift har en sentral rolle i å vurdere tiltak og bruke tid på de finansielle målene. Informant A forteller:

*«Min erfaring er at ledere på bunnivå ikke får roen til å vurdere ... ledere på nivåene over får avstand til å vurdere å komme med tiltak. Du vet - det er en rastløs jobb, du får aldri tid til å reflektere [over] hva du egentlig holder på med.»*

Spørreundersøkelsen peker altså i retning av at ledere på lavere nivåer i sykehusene vurderer betydningen av økonomiske mål som mindre viktige enn ledere på høyere nivåer. Ut fra vår tolkning av intervjuene, mener vi funnet peker i retning av at ledere foretar oversettelser av økonomiske mål til konkret tilrettelegging i virksomheten. For å holde budsjett, legger de vekt på å jobbe med et godt arbeidsmiljø og -kultur, samt innta et pragmatisk forhold til de samlede målene som pålegges enheter på operativt nivå. Vi forstår dette som et uttrykk for at de



balanserer mellom ulike og dels motstridende mål. Tidsbruken på finansielle mål er likevel gjennomgående høyere enn prioriteringen av målene skulle tilsi.

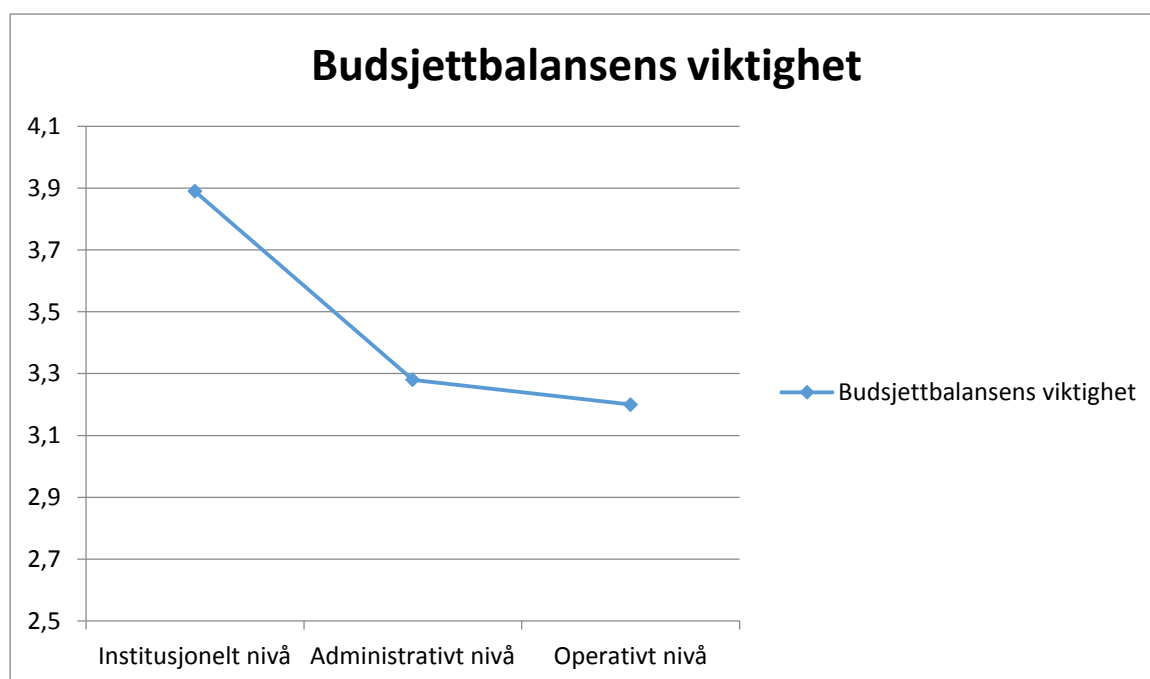
#### 4.2.2 Blant operative ledere anses budsjettbalansen mindre viktig for å nå andre mål i sykehus.

En annen måte å få et inntrykk av prioritering av finansielle mål i sykehus, er å studere hvor viktig man oppfatter budsjettbalansen å være for oppnåelse av andre mål. Vi stilte derfor spørsmål med formen «Hvor viktig er budsjettbalansen for [oppnåelse av andre relevante mål i sykehus]?».

En faktoranalyse av de ulike perspektivene i BSC viser at spørsmålene som omhandler de ulike perspektivene, viser at spørsmålene vi stilte i stor grad følger faktorstrukturen som forventet etter perspektivene i balansert målstyring (se også vedlegg x). Finansielle mål, og Læring og vekst danner tydelige distinkte faktorer, mens Interne prosesser er noe mindre tydelig. (Kundeperspektivet ble målt ved hjelp av ett spørsmål).

Figuren nedenfor viser forholdet mellom budsjettbalansens viktighet og ledernivå. Budsjettbalansen vurderes mindre viktig for å nå andre mål, jo lenger ned i lederlinjen man kommer.

Figur 5 – Vurdering av budsjettbalansens viktighet, per ledernivå.



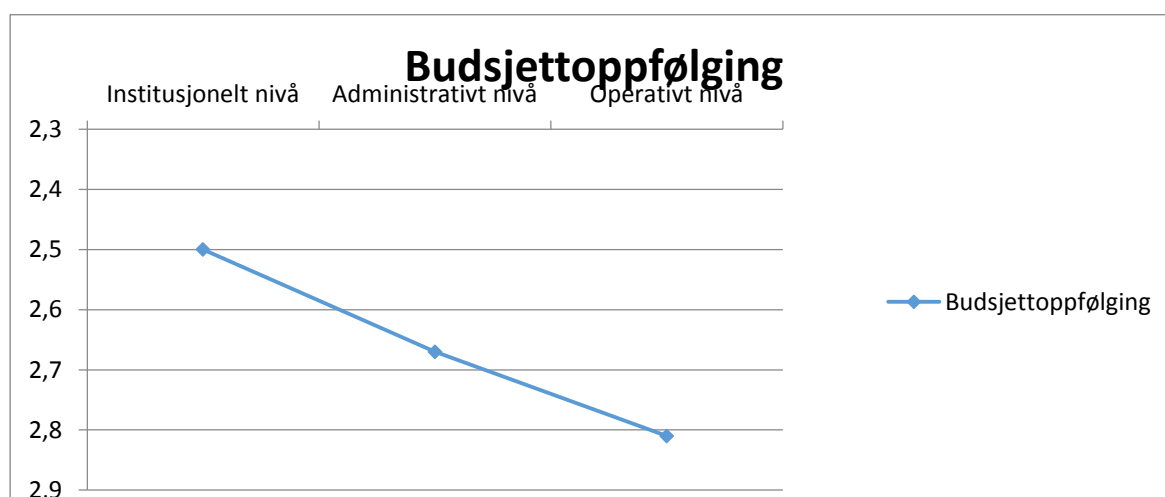
Vi forstår dette som en styrking av tendensen til systematiske variasjoner mellom ledernivåer i materialet vårt, når det gjelder hvor høyt man prioriterer økonomiske mål. Etter vår oppfatning viser dette at en på høyere ledernivå i større grad ser de økonomiske målene i

sammenheng med de øvrige målperspektivene, enn på operativt nivå. Dette mener vi kan bidra til å forklare hvorfor operative ledere prioriterer økonomiske mål lavere. Vi tolker dermed diskrepansen mellom ledernivåene som at forholdene ligger til rette for frikopling eller oversettelser knyttet til økonomiske mål på lavere ledernivåer.

#### 4.2.3 Budsjettet følges mindre opp på lavere ledernivåer.

To av spørsmålene vi stilte, handlet om oppfølging av budsjett i henholdsvis formelle – og uformelle sammenhenger. Våre informanter ble bedt om å angi hvor hyppig de fulgte opp budsjett i slike sammenhenger, på en 4-punktskala fra «aldri» til «daglig». Disse spørsmålene slo vi sammen til variabelen «Budsjettoppfølging». For å undersøke om det kunne finnes sammenhenger mellom ledernivå og rapportert hyppighet av budsjettoppfølging, genererte vi gjennomsnittskårer på budsjettoppfølging på de ulike ledernivåene. Vi testet også for korrelasjoner mellom variablene, og fant en positiv korrelasjon mellom ledernivå og hyppighet av budsjettoppfølging (.19).

Figur 6 – Hyppighet av budsjettoppfølging per ledernivå.



Begge informantene kjenner seg godt igjen i figuren over. Her var vi interessert i å finne ut om informantene kunne kjenne seg igjen i en situasjon med informasjonsasymmetri. Videre ønsket vi å avdekke om det kunne være frikopling i linja knyttet til budsjettarbeid. Informant A forklarer grafen med at:

*«Budsjettmøtene er jo i hovedsak med avdelingslederen sitt lederteam, sånn at de laveste nivåene er jo egentlig ikke med.»*

Videre utdyper han ulike behov for å drive budsjettoppfølging avhengig av hvilken type drift enheten har. Informanten fremhever særlig et skille mellom det å drive poliklinikk og sengepost. Informant A forteller:

*«Noen har jo veldig forutsigbar økonomi, sånn som poliklinikkene. Andre sånn som sengepostene må jo både leie inn personal og har medikamentutgifter og sånn må du jo følge med på.»*

Informant A fremhever også dilemmaer knyttet til daglig drift og oppfølging av budsjett:

*«... samtidig nytter det jo ikke dersom du har mannefall og ting ikke går rundt. Da må du jo leie inn folk. Det er nok mer seksjonsleder og avdelingsleder som følger med budsjettet. Vi tar det jo opp med nivåene under dersom det ikke funker så bra eller om ting må gjøres ... I hverdagen har de jo andre ting i hodet. Ofte spiller budsjettet ingen rolle. Du må gjøre ting på en annen måte både av hensyn til etikken og jussen.»*

På spørsmål om det bør være mer aktiv budsjettoppfølging på det laveste ledernivået, svarer informant A:

*«Jeg synes på en måte at erfaringer fra ABP (aktivitetsbasert bemanningsplanlegging) er at lederne ikke får det helt til. De får ikke tid og avstand nok til å gjøre gode vurderinger. Driften skal jo gå rundt med overbelegg eller hva det nå enn måtte være»*

Informant A forteller også om planer for å frigjøre operative ledere fra administrativt arbeid, slik at en mer målrettet planleggingsprosess kan foregå på det operative nivået:

*«... Vi gjør noen grep. Vi frigjør tid fra administrative oppgaver for å planlegge mer. Det er jo likevel noen begrensninger [...] tanken er jo at det økonomisk sett skal bli bedre når drifta er godt planlagt»*

Informant B forteller at han knapt bruker tid i det hele tatt på å følge opp budsjettet gjennom de formelle administrative systemene, slik han forstår ut fra spørsmålene om budsjettoppfølging. Han uttaler:

*«Hvis du for eksempel tenker budsjettoppfølging som en sånn veiledning eller rapport så er det jo nesten ingenting»*

Derimot fremhever han hvordan han selv tenker omkring budsjettarbeid på en måte som er meningsfylt for han selv. Informant B forteller:

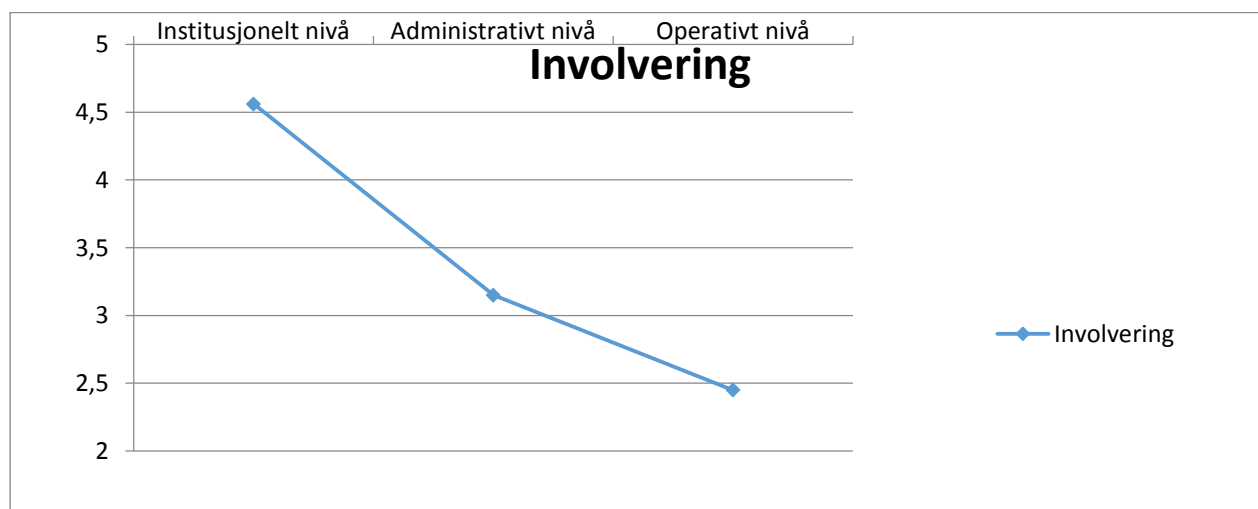
«Hvis jeg tenker budsjettoppfølging i løpet av hverdagen og at jeg tenker budsjett når jeg tar beslutninger, jeg tar kanskje 40 beslutninger i løpet av en dag, så tenker jeg budsjett. Det ligger der som et bakteppe. Min tanke er jo at får du prosessene til å fungere, så fungerer budsjettene»

Vi tolker funnene som er presentert i 4.2.1-4.2.3 slik at det er en gjennomgående tendens til at økonomi prioriteres lavere fra institusjonelt til operativt ledernivå. Tendensen kommer til syne enten man undersøker prioritering av økonomiske mål versus andre mål, tidsbruk på økonomiske mål og arbeid med budsjett, eller hvor viktig man vurderer budsjettbalanse å være for å nå andre mål i sykehusene. Vi forstår dette slik at utfordringene ledere på lavere nivå i sykehus står i, med multiple styringskrav fra toppledelsen sammen med faglig-etiske vurderinger øker risikoen for «moral hazard», og frikopling eller oversettelser i linja blant ledere på lavere nivå.

#### **4.2.4 Ledere på operativt nivå tas i liten grad med på budsjettplanlegging**

Når det gjelder i hvilken grad ledere involveres i utarbeidelse av neste års budsjett, er tendensen til lavere involvering jo lengre ned i ledernivåene man kommer, tydelig. Da vi undersøkte korrelasjonen mellom ledernivå og grad av involvering i budsjettarbeid, fant vi en positiv korrelasjon (.42).

Figur 7 – Grad av involvering i utarbeidelse av budsjett, per ledernivå.



Denne figuren viser at det er stor forskjell på i hvor stor grad ledere på ulike nivåer blir involvert i budsjettplanlegging. Begge respondentene identifiserte seg sterkt med denne grafen. Informant A så problematisk på dette, og sier:

*«I teorien skal jo alle ledernivåene være involvert. Men i realiteten kjøres disse prosessene ganske kompakt om ikke veldig raskt. Vi har korte frister og raske avslutninger. Da føler ledere på laveste nivå seg litt koblet av. Prosessene kjøres uten at de er involvert og de har ikke innsikt i premissene ... det er jo synd. Alle er jo opptatt av dette»*

Informant A gir uttrykk for at hans opplevelse er at budsjettets rammer og utforming er viktig for alle ledere på alle nivå, men at involveringen på laveste ledernivå er mangelfull. Informant B bekrefter dette ut fra sitt perspektiv:

*«... etter såpass mange år har jeg aldri blitt spurt om hva jeg tenker om neste år ... mitt inntrykk er at de sitter og ser på tall. Ja, det høres kanskje ut som kritikk, men jeg tenker at handlingsrommet vårt der, ja vi får en bit av kaka og må gjøre det beste ut av det.»*

Informant B synes likevel å ha et bevisst forhold til viktighet av budsjettbalansen og hvordan dette formidles til sine medarbeidere. På spørsmål om hvorfor han synes budsjettbalanse er viktig svarer han:

*«Det at vi for eksempel ikke har ekstern finansiering til videreutdanning gjør at vi må ta disse tingene selv. Det har vært en kjempeutfordring. Men når folk kjøper at vi må ta i et tak for å investere i oss selv. 90 prosent kjøper den logikken.»*

Informant B fremhever også hvilken betydning dette har for behandlingstilbudet som gis pasientene. På spørsmål om budsjettbalansens betydning for pasienttilbudet svarer han:

*«Om det er fornøyde medarbeidere som ser på hverandre med snille øyer, så får vi et helt annet behandlingsklima. Det er helt avgjørende for oss. De er jo så sårbar disse folkene [pasientene]. 80 % av tiden går med til å jobbe med personalgruppa»*

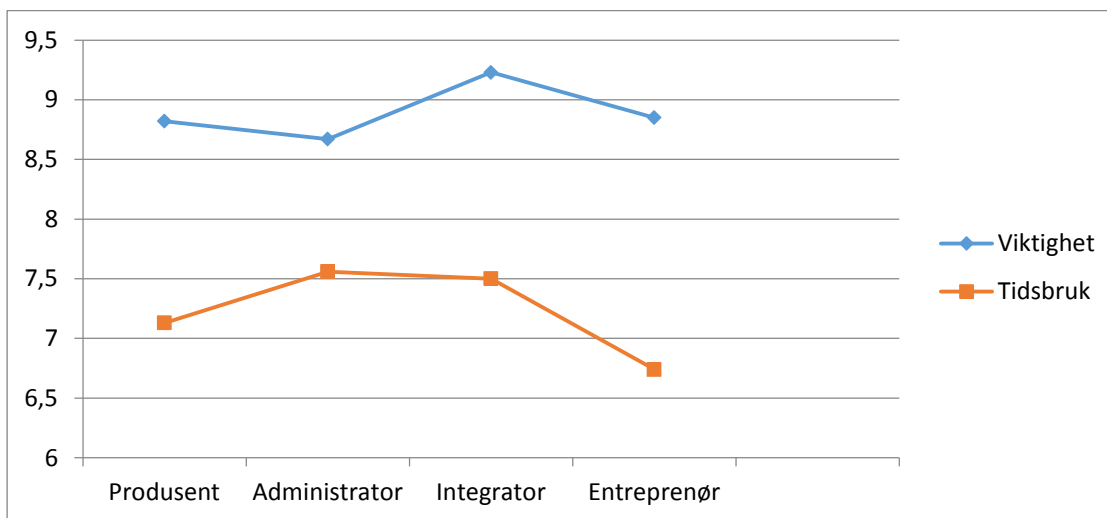
Funnene her tolker vi i retning av at ledere på lavere nivåer ikke alene er ansvarlige for svake koplinger i lederlinjen, men at budsjettprosessene i liten grad legger til rette for deres deltakelse. Videre mener vi at resultatene peker på at ledere på lavere nivåer kan fungere som oversettere av de mange styringskravene, hvor fokus på økonomi og budsjettbalanse blant annet kan oversettes til et fokus på god ressursutnyttelse, fornøyde medarbeidere og et godt arbeidsmiljø i det operative nivået.

#### **4.3 Lederroller i sykehus er i endring**

*«[...] jeg ser en del [ledere] som bruker veldig mye tid på å oppfylle de her forventningene til rapport, og er redd for å bli tatt for at de ikke har rapportert.» (Fra intervju)*

Tabellen under viser hvordan utvalget vårt samlet har svart på spørsmål rettet mot å undersøke hvor viktig de vurderer ulike lederroller, og hvor viktig de synes det er å bruke tid på de ulike rollene. For å lage disse skårene, ble resultatene på de to spørsmålene som vektet på hver av rollene, summert. En oversikt over spørsmål per lederrolle kan ses i vedlegg 5. Dette gir en mulig skåre på mellom 2 og 10. Gjennomsnittsskår på de ulike rollene er illustrert i figuren under.

Figur 8 – Viktighet og tidsbruk på lederroller.



Diagrammet viser at lederne i helseforetakene generelt vurderer alle lederrollene som viktige (gjennomsnittsskår omkring 9 på skalaen fra 2 til 10). Videre ser vi at administratorrollen vurderes noe mindre viktig enn de tre øvrige rollene, mens tidsbruken på den samme rollen er høyest av alle rollene. En faktoranalyse av PAIE-spørsmålene våre ga ikke en faktorstruktur som samsvarer med teoriens fire distinkte faktorer (se vedlegg 5).

Begge våre informanter identifiserer seg med funnene i undersøkelsen. Likevel har de ulik opplevelse av egen tidsbruk på administratorfunksjoner. Informant A forteller:

*«Det høres ikke så unaturlig ut, det er jo en haug av administrative systemer.»*

Informanten tilhører det administrative ledernivået i organisasjonen. På direkte spørsmål om hvor mye tid han selv bruker på administrative oppgaver, svarer A:

*«I perioder har jeg veldig mye. Vil tro kanskje halvparten av tiden til administrasjon [...] Det viser vel litt dilemmaet hva mange ledere bruker tid på, og får ikke tid til andre ting. Vi har jo*

*faktisk hatt litt mindre rapportering nå siden alle de nye rapporteringssystemene i klinikken ikke er helt på plass enda.»*

Informant B opplever en stadig økende mengde rapportering og forventninger om at regler og systemer skal overholdes og rapporteres på. På spørsmål om informant B har opplevd noen endring forventninger fra organisasjonen til rapportering svarer han:

*«Åja. Det er blitt mye mer og man definerer det som kvalitetsmål. Ikke sant, kvalitetsindikatorer og sånt. Det er jo mål på om vi overholder reglene og systemene ikke sant og har jo lite med vår [...] ja ja det har jo litt med kjernevirksomheten å gjøre. Den der linjeadministrative logikken må jo være der, men det blir mye mer støy fra den.»*

Informant A oppgir å bruke mye av sin tid på administrative systemer, mens informant B har vært veldig bevisst å delegere det som lar seg gjøre til sekretær. Han mener dette er nødvendig for å konsentrere seg om de store linjene, og få brukt tilstrekkelig tid med personalet. Informant B forteller:

*«Jeg delegerer bort mange av disse tingene. For eksempel prøver jeg å få sekretæren inn på portalen. Det er masse oppfølging som skal gjøres. Men ikke alle er like happy for det. Personlig kunne jeg delegert bort alt.»*

Informant B opplever på grunn av utstrakt delegering at han får god nok tid med personalet, og de arbeidsoppgaver han anser å være viktig. Han forteller også om sine erfaringer fra kolleger på operativt nivå:

*«Du vet det blir bare byråkratisering, og du kan miste kjernevirksomheten av syne. Så jeg ser en del folk som bruker veldig mye tid på å oppfylle de her forventningene til rapport, og er redd for å bli tatt for at de ikke har rapportert. Jeg er litt mer laid-back på det der [...] du vet når du er ny, du er på vakt for å gjøre feil. Og jo flere systemer du får, jo flere feil risikerer du å gjøre. Det blir en sånn ond spiral [...] om jeg blir stilt til veggs for sånne ting så skal jeg tåle det»*

Samlet tolker vi funnene våre knyttet til lederroller i retning av at lederrollen i sykehus er i ferd med å endres i retning av en mer universell lederrolle, hvor pasientperspektivet bare er ett av mange perspektiver lederne forsøker å ivareta. Endringen synes å være styrt ovenfra, siden tidsbruken og prioriteringene til lederne i undersøkelsen ikke samsvarer med hverandre.

#### 4.4 Profesjonstilhørighet samvarierer med prioriteringer av økonomiske mål.

Alle gruppene av helsefaglig utdannede ledere prioriterte likt mellom de ulike kategoriene i BSC. Den høyest prioriterte kategorien målsettinger, var kundeperspektivmål, som altså blant annet reflekterer fokus på brukertilfredshet. Av de 21 legene som hadde svart på spørsmålet om prioritering av kundeperspektivmål, hadde *samtlig*e gitt denne høyest prioritet. Deretter fulgte mål med fokus på medarbeidernes mulighet for utvikling, nemlig «læring og vekst» - perspektivet. Nest lavest prioritert var interne prosesser-perspektivet, og til sist fulgte målsettinger med fokus på finansielle mål. Blant lederne som ikke hadde helsefaglig utdanning, ble finansielle mål prioritert høyere enn mål knyttet til interne prosesser.

Tabell 6 – Prioriteringer av mål blant ledere med og uten helsefaglig utdanning

Prioriteringsrekkefølge	Helsefaglig utdanning	Ikke helsefaglig utdanning
1	Kundeperspektiv	Kundeperspektiv
2	Læring og vekst	Læring og vekst
3	Interne prosesser	Finansielle mål
4	Finansielle mål	Interne prosesser

Tabell 7 – Sammenstilling av legers og sykepleieres egenrapporterte prioritering, involvering og tidsbruk knyttet til økonomiske mål.

Profesjon	Oppfølging av budsjett	Budsjettets betydning	Involvering i budsjettarbeid	Prioritering av finansielle mål	Prioritering av tidsbruk på finansielle mål
Lege(n=20)	2,8	3,16	3,39	5,19	4,81
Sykepleier(n=60)	2,7	3,27	2,74	5,26	4,19

Tabellen over viser hvordan lege- og sykepleierledere skårer på ulike parametere som omhandler prioritering av økonomiske mål. Resultatene viser at legelederne rapporterer å følge opp budsjettspørsmål sjeldnere; de vurderer betydningen av budsjettbalanse som mindre viktig i forhold til å nå andre målsettinger; sammenliknet med andre målsettinger i sykehus prioriterer de finansielle mål noe høyere, men bruker i mindre grad tiden sin på å nå finansielle mål. Samtidig er de mer involvert i arbeidet med neste års budsjett i sin



organisatoriske enhet. Dette antyder at profesjonstilhørighet, i tillegg til ledernivå, kan påvirke prioritering av økonomiske mål i sykehus, og at disse to fenomenene i denne undersøkelsen motvirker hverandre ved at legeledere som gjennomgående har lederstillinger på høyere nivå, likevel hovedsakelig prioriterer økonomiske mål lavere enn sykepleierledere som har lederstillinger på lavere nivå.

#### **4.5 Oppsummering av hovedfunn**

-Vi oppfatter at helseforetakene har mange og til dels detaljerte styringskrav med mange målområder og potensielle målkonflikter. Nåværende og fremtidige investeringer medfører økonomiske utfordringer i årene fremover og stiller krav til entreprenørskap. Økonomisk styring og kontroll synes derfor svært viktig for organisasjonene. Som styrings og ledelsesverktøy bruker særskilt UNN etter vår oppfatning et formålsrasjonelt styrings og ledelsessystem med store likhetstrekk til balansert målstyring.

- Prioritering av økonomiske mål reduseres fra institusjonelt til operativt nivå. Sett i lys av prinsippal-agentteori og «moral hazard», indikerer dette en økt risiko for at økonomiske mål ikke følges tilstrekkelig opp på operativt nivå. Med utgangspunkt i institusjonell teori, forstår vi funnene våre slik at ledere på lavere nivå dels frikopler fra og dels oversetter økonomiske mål, og at dette har sammenheng med faglig etiske vurderinger og multiple styringskrav. Budsjettprosessene legger i liten grad opp til deltakelse fra operative ledere, og dette samsvarer med den lave involveringen til operative ledere i budsjettplanlegging. Dette oppfatter vi gir svake koplinger mellom planer og handlinger i den ideelle økonomiske styringssirkelen.

- Lederne i undersøkelsen rapporterer at de vurderer alle typene av lederroller som viktige. Vi tolker funnene slik at lederrollen i sykehus er i ferd med å endres i retning hvor mange perspektiver forsøkes ivare tatt av lederne. Når det gjelder administratorrollen, forstår vi resultatene våre som at endringene er resultat av en top-down prosess, siden tidsbruken og prioriteringene til lederne i liten grad samsvarer med hverandre.

- Profesjonstilhørighet (lege – sykepleier) samvarierer med prioritering av økonomiske mål, og ledere med legebakgrunn prioriterer økonomi lavere enn sykepleieledere. Dette til tross for at de gjennomgående har lederstillinger på høyere nivå i sykehusene enn sykepleieledere. Vår forståelse er at den tradisjonelle legelederrollen med sterkt faglig fokus fremdeles er aktuell, og at profesjonslogikk påvirker prioriteringer mellom mål i sykehusene.

## 5.0 Analyse

Vi skal nå se på noen mulige implikasjoner av våre tolkninger av de viktigste resultatene i undersøkelsen vår. På noen områder peker funnene våre mot sammenfallende konklusjoner, og vi har til hensikt å drøfte disse områdene samlet.

### ***5.1 Økonomistyring i sykehusene skjer med sterke koplinger mellom overordnede mål og planer, men svakere koplinger mellom planer og konkret handling***

Sykehusledere arbeider i komplekse organisasjoner. Strand (2007) fremhever at i *ekspertorganisasjoner* er autoritet profesjonsbestemt i stor grad, og vekten på hierarkisk styring relativt lav. Lederansvar er gjerne fordelt på flere innenfor en og samme enhet, for eksempel mellom overlege, avdelingssykepleier, og stabsleder, hvor den enkelte lederen er bærer for et perspektiv eller verdisyn som er litt forskjellig fra de andre lederne, og faglig anseelse legger føringer for hvem som har myndighet. Som *multistandardorganisasjoner* har helseforetak evnen til å ta opp i seg og håndtere mange inkonsistente, overlappende, og flyktige oppskrifter fra institusjonelle omgivelser, gjennom løse koplinger mellom ulike deler av organisasjonene (Røvik, 1998). Sykehusledere leder altså en virksomhet som både kan beskrives som en ekspertorganisasjon og en multistandardorganisasjon, med tilhørende forskjellige krav til ledelse. Dette illustrerer kompleksiteten i sykehuslederens posisjon.

Samtidig representerer vektlegging av økonomi og ledelse i reformering av offentlig sektor et markant skille fra tidligere tilnærminger til ledelse av mange typer offentlige virksomheter, deriblant sykehus. NPM-inspirerte reformer har introdusert en markedsliknende situasjon for helseforetakene som baner veien for styringssystemer som opprinnelig ble utviklet med tanke på å understøtte organisasjoner med hovedmål knyttet til profittmaksimering. Disse kjennetegnes ved en sterk formålsrasjonalisme, eller mål- og resultatorientering, som forutsetter sterke koplinger i organisasjonen (Pettersen et al 2015).

Selv om våre respondenter fra institusjonelt ledernivå er få, går funnene i retning av at institusjonelt ledernivå som forventet i stor grad er involvert i utarbeidingen av neste års budsjett. Institusjonelt ledernivå har følge Christensen et al (2015) nettopp en sentral oppgave i ta strategiske retningsvalg og gjøre omfordelinger. Dette gjør at vi med rimelighet kan anta at organisasjonens overordnede mål og strategier er tett koblet til utarbeidelsen av budsjettene på overordnet nivå.

Ledere i de operative delene av foretakene uttrykker at de prioriterer økonomi- og budsjettarbeid lavere enn øvrige ledere, på parameter etter parameter i undersøkelsen vår. Vi oppfatter dette som et uttrykk for en arbeidssituasjon hvor mål og krav er mangfoldige og til dels motstridende. I tillegg tyder våre resultater på at operative ledere også er mindre involvert i planarbeidet knyttet til disse målene. Samtidig er implementering av strategiske mål i virksomheten er avhengig av velfungerende feedback sløyfer i alle nivå i organisasjonen noe som forutsetter dialog og oppfølging av målene som er definert (Hoff og Holvig, 2008), Liten grad av involvering i planarbeid knyttet til budsjett og liten grad av oppfølging av budsjettet på operativt nivå mener vi vanskeliggjør gode feedbacksløyfer mellom administrativt og operativt ledernivå. Dette gir svake koblinger mellom planarbeid og de praktiske handlingene.

Oppsummert kan at økonomistyring i sykehusene skjer i en kompleks organisatorisk kontekst med mange styringskrav som delvis er motstridende. Våre funn peker på at styringssystemene legger opp til at det skal være sterke koplinger mellom strategi, planer og aktivitet. Vi oppfatter imidlertid at det er sterke koplinger mellom overordnede strategier og planarbeid på institusjonelt og administrativt nivå, men svakere koplinger mellom planene og konkretiseringen av disse på operativt nivå. De svake kopleingene på lavere ledernivåer åpner for at lederne frikopler seg fra økonomiske mål eller oversetter de slik at de passer bedre med virkeligheten slik den oppfattes i de enkelte enhetene.

### ***5.2 Frikopling og translasjoner på operativt ledernivå***

En av våre informanters refleksjon omkring liten grad av budsjettoppfølging hos operative ledere, er det etter vår forståelse sentralt at ledere på operativt nivå frikobler seg fra budsjettets rammer i sitt daglige arbeid. Faglige forhold overprøver budsjettets rammer av hensyn til fag eller juss. Vi forstår dette slik at ledere for eksempel prioriterer å ta imot pasienter som har rett til behandling, selv om de ser at dette kan medføre overforbruk. Dette samsvarer også med vår egen opplevelse som tilsier at kvalitetskrav både knyttet til behandlingskvalitet og ventetider oppleves å være i konflikt med økonomiske rammer, slik vi også kan tolke ut fra våre sekundærdata. Vi oppfatter dette som et uttrykk for at sykehus som en moderne og kompleks organisasjon innehar en legitimerende oppskrift som av operativt nivå oppfattes å være i konflikt med de øvrige styringskrav, normer og verdimeslige forankringer som eksisterer.

Hva slags underliggende prosesser kan drive frem tendenser til frikopling? Røvik (2014) fremstiller frikopling som en mulig respons på moderne organisasjonsoppskrifter, dersom oppskriftene ikke er kompatibel eller de ikke passer med organisasjonens verdier. På den ene siden beskrives helseforetak som multistandardorganisasjoner, som kjennetegnes ved at de har løse koplinger. Dermed blir de i stand til å inkorporere ulike og gjensidig utelukkende oppskrifter i seg på samme tid. På den andre siden benyttes formålsrasjonelle styringsverktøy i stadig økende grad – verktøy som stiller krav til sterke koplinger for at planarbeidet skal bli godt, og for at planene skal kunne settes ut i livet.

Røvik (1998) argumenterer imidlertid med at tidsdimensjonen ikke er tilstrekkelig lang ved frikopling, slik at en slags mellomfase i et pågående implementerings- og tilpasningsarbeid kan misoppfattes som en frikopling. Den avgjørende lakmustesten for hvorvidt man står overfor en frikopling eller en translasjon, er å se om det skjer endringer i hvordan organisasjonen virker og om virkningen er i overensstemmelse med den nye oppskriften. Vi får fra våre intervjuer eksemplifisert hvordan operative ledere også oversetter økonomiske styringskrav med å prioritere målperspektiver innen vekst og utvikling som driver for å nå de økonomiske målene på sikt.

Dersom man ser på funnene våre i lys av translasjonsteori, kan vi forstå det slik at oversettelsene som gjøres kan være nødvendig for at helseforetakene faktisk når sine økonomiske mål. Utfordringen består i å jobbe med disse målene på en måte som er i overensstemmelse med de øvrige verdiene i- og forventningene til sykehusene. Denne utfordringen kan anses som en manifestasjon av møtet mellom ekspertorganisasjonen og formålsrasjonelle styringsprinsipper. For å møte denne utfordringen kan ledere bli nødt til å lage skiller mellom retorikk, beslutninger og handling, slik Brunsson (1989) benevner som organisatorisk hykleri.

I Brunssons fremstilling argumenteres det også for at hyklersk adferd kan være nødvendig og rasjonelt for å unngå konflikt og tap av legitimitet blant interessentgrupper ved å utnytte løse koblinger i organisasjonen. Vår forståelse er derfor at budsjetter på operativt ledernivå kan fungere som en legitimering av de formålsrasjonelle styringsprinsipper, mens de operative handlingene i større grad blir frikoblet eller oversatt på bakgrunn av målkonflikter, faglig etiske og profesjonsbaserte verdier. En slik tolkning vil også kunne understøttes av tidligere forskning som viser at ledere på et administrativt nivå anser det som legitimt å ha budsjettoverskridelser så fremt avviket kan forklares (Pettersen et al, 2015:251). Ledernes

rolle i en slik situasjon blir å balansere de ulike og motstridende mål og prinsipper, blant annet ved å skille retorikk, planer, og aktivitet fra hverandre.

### **5.3 Interessekonflikter mellom ledernivåene**

Ledelse av helseforetak innbefatter en lang rekke relasjoner som kan forstås ut fra prinsippal-agentteoriens begreper. Den overordnede lederen innehar en prinsippal posisjon, mens den underordnede lederen blir prinsippalens agent, og forholdene ligger til rette for at informasjonsasymmetri skal oppstå mellom partene. Prinsippal-agentteori kan gi interessante perspektiver på våre funn knyttet til ulikheter mellom ledernivåene.

Til tross for økende rapporteringskrav til operative ledere i helseforetak, fjerner ikke dette tilstedeværelsen av skjulte handlinger, altså at prinsippalen ikke har full oversikt over agentens handlinger. Når de operative lederne i vår undersøkelse ser ut til å prioritere økonomiske mål lavt og vurderer måloppnåelse av økonomiske mål som relativt sett mindre viktig, er det etter vår oppfatning en mulighet for at informasjonsasymmetrien kan medføre moralsk hasardatferd. Altså at man anstrenger seg lite for å unngå et negativt utfall eller oppnå et positivt utfall for prinsippalen. I denne sammenhengen handler det konkret om risikoen for at ledere ikke tar tilstrekkelig hensyn til de økonomiske målene, eller iverksetter nødvendige tiltak for at disse skal nås. Hagen (1990) viser til at agenten ifølge dette teoretiske perspektivet vil handle nyttemaksimerende.

For en profesjonell fagutøver vil preferanser som baseres på etablerte verdier og normer veie tyngst i situasjoner som oppfattes som dilemmaer mellom økonomi og pasientens beste (Busch, 2012). Moralsk hasard på bekostning av økonomiske mål i helseforetak, kan etter vår oppfatning ha ulike former og finne sted på mange nivåer i helseforetak. Eksempler er innleie av ekstravakter, innføring av dyrere behandlingsmetoder, eller etablering av nye tilbud uten at man har budsjettmessig dekning for økte kostnader som følger med.

Et relevant tiltak for å redusere risikoen for moralsk hasard, er å øke kontroll (Hagen, 1990). Våre informanter gir klar tilbakemelding på at krav om rapportering stadig øker, noe som etter vår oppfatning tyder på at helseforetakene beveger seg mot økt grad av kontroll av den enkelte leders og ansattes atferd. En viss grad av kontroll er selvsagt viktig i et prinsippal-agentforhold. Likevel stiller vi spørsmål ved om dette er den mest hensiktsmessige tilnærmingen til problemet. Vi har ut fra våre resultater sett at ledere på lavere nivå oppgir å være ekskludert fra budsjettplanlegging, noe vi antar kan gi grunnlag for en annen form for asymmetrisk informasjon, hvor agenten kan komme til å mangle viktig kunnskap om

bakgrunnen for budsjettmessige beslutninger. Vi mener dette gir et informasjonsgap og en løs kopling til ledere på det operative nivået, som kan fylles gjennom å inkludere operative ledere i større grad i budsjettprosessene. Dette representerer et uforløst potensiale både når det gjelder å få til gode planprosesser i budsjettarbeidet, og når det gjelder å sikre seg at de operative lederne bidrar til å nå de økonomiske målene.

#### **5.4 Fra produsentledere til universelle ledere**

Produsentrollen er knyttet til eksterne omgivelser med fokus på tjenestelevering. Strand (2007) fremhever denne rollen som spesielt relevant for ledere i sykehus, da konteksten av å være en ekspertorganisasjon tilsier at organisasjonen i stor grad er utadvendt. Profesjoners normer og etikk har tradisjonelt hatt stor påvirkning på styring. Tjenestene som skal leveres retter seg mot å tilfredsstille pasientens behov. I så måte kunne vi forvente at vårt utvalg svarte at produsentrollen ble ansett å være viktigst å prioritere, slik også Strand fremstiller det. Produsentrollen er nettopp knyttet til et sterkt prestasjonsfokus og teknisk/faglig ekspertise. Samtidig fremholder Strand (2007) sin modell for lederroller at administrativ- og økonomisk kontroll inngår i en mye større sammenheng, hvor ledere må prioritere mellom mange ulike funksjoner. En liknende multimodalitet kan man gjenfinne i modell for Balansert målstyring (Hoff og Holving, 2015). Hvordan kan vi da forstå våre funn som viser at sykehusledere prioriterer *alle* lederrollene?

For å oppnå bedre effektivitet og kontroll med utgiftsnivået i offentlig sektor, har bedre ledelse vært det mest sentrale virkemidlet sammen med strammere målstyring i reformeringen av det norske helsevesenet de siste tiårene. Ledelse i sykehus har i stor grad gått fra fagstyre (medikrati), til fokus på mer generell, faguavhengig ledelse (Berg, 2006). De ulike lederrollene har med dette fått endret betydning blant sykehusledere gjennom at det i dag stilles andre forventninger til hvilke oppgaver ledere på ulike nivå skal fylle. Strand (2007) fremhever blant annet at krav om rapportering, personalledelse og økonomisk styring og kontroll er sentrale momenter i den nye ledelsen i offentlig sektor, noe som understøttes av våre informanter i denne undersøkelsen. Med andre ord er forventningene større både til perspektiver på vekst og utvikling, interne prosesser og det finansielle. Ut fra en lederrolleforståelse indikerer også dette at reformbølgen NPM medfører økende grad av forventninger til de øvrige rollene i PAIE i ledelse av norske sykehus.

Organisasjoner, også sykehus, har innslag av flere organisasjonstyper i seg (Strand, 2007). Vi mener vårt funn tyder på at sykehus som ekspertorganisasjon i lys av reformutviklingen har

endret seg i retning av å få tyngre innslag av de øvrige organisasjonstypologiene som fremstilles av Strand (2007). Styringskravene til helseforetakene er mange og til dels detaljerte. Dette er styringskrav som operasjonaliseres nedover i ledelsessystemene i sykehusene og gjør at premissleverandørene blir mer tydelige gjennom å stille forventninger til resultater ut fra styringskrav. Styringskravene stiller også større krav til administratorfunksjoner gjennom økende rapporteringskrav. Tolkningen av resultatene, i retning av at sykehuslederne må inkorporere flere roller, støttes av Strand da han påpeker at ledere i offentlig sektor lever i en grunnleggende konflikt mellom politisk definerte oppgaver og borgeres krav på den ene siden, og rasjonell organisering og analyse på den andre siden (Strand 2007:349). Begge perspektiver må ivaretas og det kan medføre rolleklarheter som følge av forventninger om ivaretagelse av mange interessentgrupper.

Vi ser fra vår undersøkelse at det største avviket mellom hvilke lederroller ledere prioriterer og hva de bruker tid på er administratorrollen. Vi kan forstå det som nettopp et uttrykk for balanseutfordringer - at lederne opplever vansker med å finne tid nok til alt de ser at de burde gjøre. Dermed blir de nødt til å gjøre vanskelige prioriteringer. Man kan også tenke seg at lederne i HF-ene opplever balanseutfordringer mellom *lederrollen* og *fagutøverrollen*. Mange, særlig leger, som innehar lederroller, opplever det som sentralt for å beholde sin autoritet at de vedlikeholder sin kliniske kompetanse gjennom klinisk arbeid (Torjesen, 2008). De kan også selv anse klinisk virksomhet som nødvendig for å kunne lede den høyspesialiserte virksomheten de jobber i.

Med utgangspunkt i en prinsippal-agent teoretisk tilnærming kan vi anta at ledere tilhørende profesjoner vil ha en egeninteresse av å la faglige normer og verdier være sentral i ledelse, gjennom at faget legitimerer lederens posisjon. I så måte kan vi oppfatte de ulike styringskravene som prinsippalens incitament til agentene for å påvirke deres handlinger i retning av prinsippalens interesser. Dette gjøres ved å innføre styringskrav og ledelsesansvar som går utover å yte god pasientbehandling, men i tillegg holdes ledere ansvarlig for også måloppnåelse i andre målperspektiver, blant annet økonomisering og effektivisering, slik Strand (2007) fremhever som en tydelig trend i ledelse av offentlig sektor. Vi tolker dette resultatet som et uttrykk for at mål- og resultatstyring som styringsprinsipp endrer ledernes adferd til å bruke vesentlig tid på denne rollen, til tross for deres manglende egennytte av det.

## 5.5 Sykehusledere tilpasser seg ulike rasjonalitetskontekster

I sykehus står ofte profesjonslogikkens faglige verdier i et motsetningsforhold til foretakslogikkens kostnadsbetraktninger. Dette gjør styring og ledelse i sykehus komplisert (Busch 2012; Torjesen 2008). Lederne i undersøkelsen vår er gjennomgående enige om at pasientperspektivet må prioriteres høyest blant de mange målene i sykehus. Vi tolker funnene våre dithen at den rasjonalitetskonteksten sykehusledere i UNN og Finnmarkssykehuset i størst grad identifiserer seg med, er basert på profesjonsbaserte normer og verdier. Sykepleierne representerer i noe større grad foretakslogikken enn legene, men alle lederne synes å representere en profesjonslogikk som delvis skiller seg fra foretakslogikken.

Ledere i sykehus forsøker å fremstå som lojal til virksomhetens mange mål, og fremstille virksomheten som sammenhengende i forhold til retorikk, planer, og handlinger. Men når man havner i en situasjon der man tvinges til å prioritere, får hensynet til pasientene forrang. Busch (2012) fremhever også at det som kjennetegner den profesjonsbaserte rasjonaliteten er at de profesjonelle normene og verdiene brukes for å rettferdiggjøre beslutninger.

Dette er etter vårt syn nytt eksempel på at frikopling, som beskrevet av Røvik (1998) blir en nødvendighet for å kunne fungere effektivt i jobben. Legene, som av Torjesen (2007) beskrives i størst grad å beholde kliniske oppgaver parallelt med lederansvar, vil sannsynligvis oppleve målkonflikten i større grad enn ledere som fjerner seg fra kliniske oppgaver. Legene har i tillegg tradisjonelt hatt en mer rendyrket faglederrolle i sykehusene (Berg, 2011). De ulike perspektivene som er belyst i PAIE-modellen ble tidligere fordelt på flere ledere i samme enhet. De konfliktene som tidligere oppsto mellom lederne i enheten, opptrer nå som en prioriteringskonflikt hos den ene lederen. Vi kan fremdeles se rester av legenes tradisjonelle faglederrolle i måten de utøver ledelse på i dag. Dette tolker vi som en nødvendig tilpasning for å håndtere situasjoner hvor man ikke greier utfordringene knyttet til å innfri multiple mål.



## 6.0 Oppsummering og konklusjon

I vår undersøkelse har vi stilt spørsmål om hvordan vi kan forstå styringsutfordringer knyttet til økonomiske mål i organisasjoner med multiple styringskrav. Vi har valgt å undersøke denne problemstillingen blant ledere i sykehus, nærmere bestemt Finnmarkssykehuset HF og UNN HF, som er eksempler på en slik type organisasjon. Videre har vi ut fra teorier om ledelse og styring som er relevante for temaet, valgt å fokusere på lederroller, profesjoner samt ledernivåer. Ved bruk av spørreskjema, fokuserte intervjuer av ledere, samt dokumentasjon vedrørende økonomisk situasjon og øvrig kontekstbeskrivende data fra helseforetakene vi undersøkte, har vi skaffet oss en omfattende informasjonsmengde om problemstillingen. Vi har tolket funnene i lys av institusjonell og normativ organisasjonsteori, teorier om ledelse og med våre egne erfaringer og kunnskaper som bakteppe.

Undersøkelsen har pekt på at økonomiske mål vurderes som viktig av lederne, men ofte prioriteres lavere enn øvrige mål. Organisasjonenes økonomiske mål prioriteres gradvis lavere fra institusjonelt til operativt ledernivå, samtidig som ledere på operativt nivå i relativt liten grad involveres i budsjettplanleggingen. Disse nivårelaterte variasjonene har vi tolket som et uttrykk for at økonomistyringen har svake koblinger mellom planer og praksis, og medfører frikobling og oversettelser på operativt nivå. Dette synes rasjonelt i lys av mange og dels motstridende styringskrav der behovet for å ivareta legitimitet i et formålsrasjonelt styringssystem, balanseres med faglige vurderinger og profesjonsverdier på det operative nivået.

Vi forstår ut fra resultater knyttet til lederroller, at ledere adopterer og prioriterer flere ulike roller for å imøtekomme styringskrav på mange målperspektiver. Ledere imøtekommer en endret organisasjonskontekst. Vi antyder at lederrollen er i endring fra den tradisjonelle lederrollen i ekspertorganisasjoner. Særlig interessant er det at administratorrollen er den som prioriteres lavest men som lederne bruker mest tid på. Vi ser dette i sammenheng med at en stadig strammere mål- og resultatstyring medfører interessekonflikter mellom ledernivåene. Ledere er nå også ansvarlig for å følge opp forventninger til økonomisk-administrative oppgaver. Ledere gjør dette til tross for at andre profesjonskompatible mål prioriteres høyere. Dernest har vi antydnet at denne endringen er styrt fra top-down, siden resultatene våre viser at lederne i undersøkelsen gjennomgående bruker med tid på arbeid knyttet til økonomiske mål, enn prioriteringene deres skulle tilsi.

Til sist oppfatter vi at økonomistyringen skjer i et skjæringspunkt mellom profesjons- og foretakslogikk. Ledere i sykehus har en rasjonalitetskontekst som samsvarer med en profesjonslogikk der faglige normer og verdier i beslutningssammenhenger er viktig. Økonomiske mål anses som viktige av lederne, men må ofte vike i situasjoner hvor de kommer i direkte konflikt med verdier og normer fra profesjonene.

Våre analyser kan bidra til at nåværende og fremtidige ledere i organisasjoner som må forholde seg til et mangfold av styringskrav, kan bli bedre i stand til å forstå og håndtere disse i en utfordrende lederjobb som i stor grad handler om balansegang mellom ulike krav, verdier og prinsipper.

Undersøkelsen peker også på at sykehusene vil redusere styringsutfordringene knyttet til løse koblinger mellom planer og handlinger ved og i større grad involvere det operative ledernivået i budsjettprosessene.

### ***6.1 Implikasjoner for videre forskning***

Undersøkelsen vår har gitt et bidrag til økt innsikt i hvordan ledere forholder seg til at det stilles mange ulike krav til dem. Våre konklusjoner bør imidlertid tolkes med en viss forsiktighet, da de kun gir et øyeblikksbilde av situasjonen i to helseforetak, sett fra vårt særskilte ståsted. For ytterligere kunnskap på området, kan det eksempelvis gjennomføres et observasjonsstudium av ledere i sin hverdag slik Tengblad (2001), gjorde med hensikt å undersøke holdbarheten tidligere resultater fra Henry Mintzbergs forskning. Tengblad argumenterer også for at observasjonsstudier bør vies plass i forskningen for at ledelsesfaget skal flyttes fremover (Tengblad, 2012).

## Litteraturliste

- Adizes, I. (1980); «*Lederens fallgruver og hvordan man unngår dem*» Oversatt av Nora Hoff. Oslo: A/S Hjemmet fagpresseforlaget
- Berg, O. (2012) «*På leting etter identitet*» Sykepleien (09/2012) <https://sykepleien.no/2012/09/pa-leting-etter-identitet>
- Berg, O. (2011) «*Overlegen: En fortelling i tre avsnitt*» Overlegen Jubileumsnummer –of 50 år (04/2011) <http://legeforeningen.no/PageFiles/4348/her%20.pdf>
- Berg, O. (2006) «*Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitiske utvikling det siste sekel*» Oslo: Den norske lægeforening, 2006
- Brunsson, N. «*The organization of hypocrisy: Talk, decisions and actions in organizations*» (1989) New York: John Wiley & Sons 1989
- Busch, T.. (2012) «*Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*» Oslo: Fagbokforlaget, 2013
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P. G., Røvik, K. A., (2015). «*Organisasjonsteori for offentlig sektor*» Oslo: Universitetsforlaget 3. utgave 2015
- Engesveen, B. O. (2014) «*Lederroller og kontrollspenn. Hvilken betydning har enhetsstørrelsen for utøvelse av lederrollen?*» Diakonhjemmet Høgskole, 2014
- Eriksen, T. H. (2010) «*Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*» Oslo: Universitetsforlaget 2010.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A., Woll, K.(2014). «*Organisasjonsteori*» Oslo: Kappelen Damm Akademisk 2014.
- Fallan, E., Olsen, T-E., Daleq, B., Hobbel, M. A., (2015) «*Bruk av balansert målstyring i norske kommuner*» Magma (8-2015) <https://www.magma.no/bruk-av-balansert-malstyring-i-norske-kommuner>
- Grund, J. (2006). «*Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene?*» Magma (2-2006) <https://www.magma.no/kunnskapsorganisasjoner-hva-er-ledelses-og-styringsutfordringene>
- Hagen, K. P. (1990) «*Prinsipal-agentteori: Implikasjoner for offentlig styring og politikk*» LOS senter. Notat 19/17
- Hippe, J. M. og Trygstad, S. C. (2012); «*Ti år etter; Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*» Fafao-rapport 2012:57 Oslo:FAFO
- Hoff, K. G., Holving, P. A., (2015); «*Balansert målstyring. Strategisk virksomhetsstyring satt i system*» Oslo: Universitetsforlaget 2015.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tuft, P. A. (2011) «*Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*» Oslo: Abstrakt forlag 3. opplag 2011
- Kaplan, R. S. Norton, D. P. (1996) «*The balanced scorecard: Translating strategy into action.*» Boston Massachusetts: Harvard Business school press 1996

Klausen, K. K. (2005) «*Fra Public Administration over New PA til NPM – en fortolkningsramme for reformer*», I «*Modernisering av offentlig sektor*» Redigert av: Busch T., Johnsen E., Klausen K.K., Vanebo J.O. Oslo: Universitetsforlaget

McBurney, D.H. (1994) “*Research Methods*” Pasific Grove, California: Brooks/Cole 1994.

Mintzberg, H. (1975); “*The Manager’s Job: Folklore and Fact*”. Harvard Business Review, Juli-August 1975

Nyland K., Pettersen I. J. (2010): ” *Økonomistyring i staten- Likhet eller mangfold*” Magma (4-2010) <https://www.magma.no/oekonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold>

Nørreklit H. (2005) “*Det balancerede scorecard – En undersøgelse av nogle centrale dimensjoner*” Magma (6-2005) <https://www.magma.no/det-balancerede-scorecard-en-undersogelse-af-nogle-centrale-dimensioner>

Otley, D, T. (1987) *Accounting Control and Organisational Behaviour* London: William Heinemann Ltd

OECD (2011), Health at a glance 2011: OECD indicators, OECD Publishing. [Http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](Http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K og Bjørnenak, T. (2015); «*Økonomi og helse – Perspektiver på styring*» Oslo:Cappelen Damm AS 3. opplag, 2015

Quinn, R. E. (1988) «*Paradox and Transformation: Toward a theory of change in organizations and management*” Cambridge: Ballinger publishing company 1988

Røvik, K. A. (2014) «*Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*» Oslo: Universitetsforlaget 3. opplag 2014

Røvik, K. A. (1998) «*Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved årtusenskifte*» Oslo: Fagbokforlaget 1998

Strand, T. (2007); “*Ledelse, organisasjon og kultur*” Oslo: Fagbokforlaget 2. utgave 2007.

Svartdal, F. (2015) «*Psykologiens forskningsmetoder en introduksjon*» Bergen: Fagbokforlaget 4. utgave 2015

Tengblad, S. “*The Work of Managers, Towards a practice Theory of management*” Oxford University Press. 2012.

Tengblad, S. “*Examining the stability of managerial behaviour: A replication of Henry Mintzberg’s classic study 30 years later*”. GRI report 2001:6. Gøteborg: Gothenburg research institute. 2001.

Torjesen, D. O. (2008) «*Foretak, managment og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*» Bergen: Universitetet i Bergen 2008

### **Offentlige dokumenter:**

Finansdepartementet 2003. «*Hva koster det? Bedre budsjettering og regnskapsføring i staten*» NOU 2003:6 Oslo: Finansdepartementet 2003 <https://www.regjeringen.no>

Finnmarkssykehuset HF (Styresak 30/2016) Investeringer og bærekraftanalyse for 2016-2024  
Helse- og omsorgsdepartementet 2013, Rundskriv nr 1-2/2013:1. Oslo:2013  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>

Helse Nord RHF (Styresak 42/2015) Omstillingsarbeid i foretaksgruppen

Samdata (2014), Samdata spesialisthelsetjenesten 2014. Oslo: Helsedirektoratet.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/989/SAMDATA%202014%20IS-2348.pdf>

Sosial- og helsedepartementet. 1997. «Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus»  
NOU 1997:2. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no>

UNN HF (Styresak 36 og 55/2007) Etablering av et langsiktig utviklings og omstillingsprosjekt (LUO) i UNN HF

### **Figuroversikt:**

Figur 1: Den ideelle økonomiske styringssirkel (Pettersen et al, 2008) (s.8)

Figur 2: Fordeling av faggrupper på ledernivåer (s.32)

Figur 3: Forholdet mellom forventet disponibel investeringsramme, og forventet investeringsbehov (s.38)

Figur 4: Rangering og tidsbruk på finansielle mål (s.41)

Figur 5: Vurdering av budsjettbalansens viktighet, per ledernivå (s.43)

Figur 6: Hyppighet av budsjettoppfølging per ledernivå (s.44)

Figur 7: Grad av involvering i utarbeidelse av budsjett, per ledernivå (s. 46)

Figur 8: Viktighet og tidsbruk på lederroller (s.48)

### **Tabelloversikt:**

Tabell 1: Respondenter fordelt på ledernivå (s.29)

Tabell 2: Beskrivelse av alder, og erfaring som leder (s.30)

Tabell 3: Nøkkeltall for UNN HF og Finnmarkssykehuset HF (s.36)

Tabell 4: Styringskrav (s.37)

Tabell 5: Investeringsplan for Finnmarkssykehuset HF (s.39)

Tabell 6: Prioriteringer av mål blant ledere med og uten helsefaglig utdanning (s.50)

Tabell 7: Sammenstilling av legers og sykepleieres egenrapporterte prioritering, involvering og tidsbruk knyttet til økonomiske mål (s.50)

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv spørreundersøkelse

Kjære ledere!

Vi er fem studenter som går på masterstudiet i helseledelse i regi av Helse Nord RHF og Nord Universitet. Til daglig jobber vi alle som ledere i UNN HF og Finnmarkssykehuset.

I forbindelse med våre masteroppgaver har vi utarbeidet et felles spørreskjema som skal belyse våre problemstillinger. Hensikten er å spare dere for merarbeidet som ligger i å få mange ulike skjema

Denne spørreundersøkelsen skal belyse følgende tema:

- Sammenhenger mellom lederroller og prioritering av økonomiske mål
- Profesjonsbakgrunnens betydning for lederroller og ledelse
- Lederes handlingsrom og sammenheng med lederegenskaper og trivsel

Vi håper du kan ta deg tid til å besvare våre spørsmål. Vi har anstrengt oss for å gjøre spørsmålene korte og konsise, samtidig som de skal gi relevant informasjon.

Resultater fra undersøkelsen vil bli tilgjengelig i masteroppgavene. Vi har ingen personidentifiserende spørsmål. De innsamlede data vil bli behandlet med full anonymitet.

Vi har forståelse for at ledere får mange henvendelser. Vi håper likevel at du kan ta deg tid til å besvare spørreundersøkelsen. Det tar mellom 6 og 8 minutter.

På forhånd tusen takk!

Om du har noen spørsmål knyttet til spørreskjema:

Kontakt [Ruben.sletteng@unn.no](mailto:Ruben.sletteng@unn.no)

Vennlig hilsen

Anita Vaskinn, Janne-Heidi Tunstad, Bente Brataas, Ruben Sletteng og Jostein Bentzen

## Vedlegg 2: Spørreskjema

Undersøkelse om lederroller, prioriteringer og handlingsrom

### Bakgrunnsvariabler:

1. ALDER Svare med tall ....år
2. KJØNN Kvinne Mann
3. PROFESJON ? Lege, sykepleier, annen helsefaglig bakgrunn, ikke helsefaglig bakgrunn (økonom, ingeniør etc)
4. HVOR LENGE HAR DU VÆRT LEDER? Oppgi antall år
5. HVILKET NIVÅ ER DU LEDER PÅ?

Nivå 2 - Klinikksjef eller tilsvarende

Nivå 3 - Avdelingsleder eller tilsvarende

Nivå 4a – Seksjonsleder eller tilsvarende med lederansvar for enhetsleder(e)

Nivå 4b– Seksjonsleder eller tilsvarende uten lederansvar for enhetsleder(e)

Nivå 5 – Enhetsleder

6. **Hvor stor er den organisatoriske enheten du er leder for?**

Under 10

10-20

21- 49

50 – 199

200 – 499

500 og over

7. **Hvilket ansvar har du som leder ?** Ja/nei

Kryss av på ett eller flere alternativer og angi i % hvor mye tid som går med til ansvarsområdene. (summen trenger ikke bli 100)

- personalansvar,
- fagansvar,
- økonomi/budsjettansvar

8. **Har du følgende kliniske oppgaver i jobben din?** Ja/nei

Kryss av på ett eller flere alternativer og angi i % hvor mye tid som går med til arbeidsoppgavene (summen trenger ikke bli 100)

- Direkte pasientkontakt
- Veiledning
- Pre visitt/behandlingsmøter
- Vurdering av henvisninger e.l

9. Hvilken type arbeid gjøres i hovedsak ved din enhet/avdeling?
- pasientrettet arbeid (Undersøkelse, behandling eller andre pasientrettede aktiviteter)
  - administrativt arbeid/støttefunksjoner (ikke direkte pasientarbeid)

### Lederroller

**Mange vil hevde at utøvelse av ledelse innebærer prioriteringer mellom ulike, og til dels motstridende oppgaver. Forskjellige forventninger, målsettinger, og forutsetninger er med på å påvirke lederes valg i prioriteringssituasjoner. Gjennom de neste spørsmålene ønsker vi å få vite mer om dette.**

**1. De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5 ( 1 helt uenig - 5 helt enig).

- Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester
- Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål
- Støtte, utvikle og motivere medarbeidere
- Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige
- Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser
- Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning
- Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere
- Koordinere og sørge for at enkeltheten i arbeidet henger sammen

**2. I det daglige bruker jeg som leder mest tid på:**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5 ( 1 helt uenig - 5 helt enig).

- Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester
- Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål
- Støtte, utvikle og motivere medarbeidere



- Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det dagelige
- Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser
- Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning
- Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere
- Koordinere og sørge for at enkeltheten i arbeidet henger sammen

**3. Nedenfor finner du noen utsagn om måter å være på som passer mer eller mindre godt for ulike ledere.**

Angi hvor godt du synes dette passer for deg på en skala fra 1 til 7 (1 passer ikke i det hele tatt - 7 passer helt)

- Utadvent, entusiastisk
- Kritisk, argumenterende
- Pålitelig, selvdisciplinert
- Stresset, lett opprørt
- Åpen for nye erfaring, iderik
- Reservert, stille
- Sympatisk, varm
- Uorganisert, tilbakelemt
- Rolig, avbalansert
- Konvensjonell, lite kreativ

**4. Nedenfor kommer noen påstander om profesjonsbakgrunn og ledelse**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5 (1 helt uenig - 5 helt enig).

- Min profesjonsbakgrunn har stor betydning for måten jeg utøver ledelse på
- En god leder kan lede hvem som helst uavhengig av profesjonsbakgrunn
- Det er viktig at jeg som leder har samme profesjonsbakgrunn som de jeg er leder for.

**Handlingsrom som leder**

Handlingsrommet til en leder kan defineres som lederens mulighet til å velge hvordan ledelse skal utøves og hvilken påvirkningsmulighet du som leder har.

**5. Hvor stort handlingsrom opplever du at du har?**

Skala 1 til 7 (svært lite, svært stort)

**6. Hvor mange prosent av arbeidstiden din kan du bruke på oppgaver som du velger selv? (angi prosent)**

7. **Under kommer noen påstander om handlingsrom, påvirkningsmulighet og trivsel**  
Angi i hvor stor grad du er enig i påstanden på en skala 1 til 7 (helt uenig, helt enig)

- Jeg opplever at mitt handlingsrommet er passe stort
- Jeg har ansvar for områder som jeg ikke har myndighet til å påvirke
- Jeg kan selv prioritere hvilke arbeidsoppgaver jeg skal vektlegge
- Jeg har stor mulighet til å bruke skjønn i min utøvelse av ledelse
- Jeg liker å være på jobb
- Jeg har en for hektisk arbeidshverdag
- Jeg trives med å være leder
- Jeg mestrer mine lederoppgaver godt
- Jeg opplever stort tidspress i jobben min
- Jeg er tilfreds med min jobbhverdag

8. **I hvilken grad opplever du å kunne påvirke.....**  
Skala 1 til 7 (i svært liten grad, i svært stor grad)

- Bruk av stillingsressurser?
- Hvilket utstyr som skal kjøpes inn?
- Medarbeidernes tilgang på goder (lønn, kursdeltakelse etc)
- Utvelgelse av underordnede/medarbeidere?
- Endring av stillingsinnhold og oppgaver for dine medarbeiderne?
- Faglige fokus og prioriteringer?
- Forbedring og justering av rutiner og prosedyrer?
- Langsiktige planer for virksomheten?
- Gjennomføringer av krav/pålegg fra overordnet nivå?

9. **Er det noen av følgende forhold som du mener begrenser ditt handlingsrom?**

*Kryss av for de faktorene du mener er aller viktigst (maks 3 kryss)*

- Manglende fullmakter
- Manglende nettverk
- Ingen/få å delegere oppgaver til
- Manglende informasjonsgrunnlag
- Manglende lederstøtte
- Manglende lederopplæring
- Manglende kjennskap til organisasjonen
- Manglende ledererfaring
- Manglende legitimitet hos mine medarbeidere/underordnede
- Manglende tillit fra mine overordnede
- Annet: Angi
- Opplever ikke at jeg har et begrenset handlingsrom

## **Prioritering mellom ulike mål:**

### **10. For meg i min jobb er de målområdene som er viktig å prioritere slik:**

Prioritéér områdene fra 1 til 7. 1 er viktigst. 7 er minst viktig.

- At vi når våre økonomiske mål
- At vi driver kostnadseffektivt
- At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter.
- At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov
- At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)
- At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.
- At medarbeidere har muligheter for faglig og personlig utvikling?

### **11. I det daglige bruker jeg mest tid på:**

Prioritéér områdene fra 1 til 7. 1 er den du bruker mest tid på. 7 er den du bruker minst tid på.

- At vi når våre økonomiske mål (budsjettbalanse)
- At vi driver kostnadseffektivt
- At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter.
- At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov
- At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)
- At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.
- At medarbeidere har muligheter for faglig og personlig utvikling?

## **Økonomi og budsjett**

Budsjettarbeid kan gjøres på mange måter. Møter med økonomikonsulent, tematisering i ledermøter, håndtering av henvendelser på mail og muntlig, gjennomgang av budsjett og regnskapsfiler og lignende. Nå følger noen spørsmål om tidsbruk knyttet til slikt arbeid.

### **12. Hvor involvert opplever du å være i planleggingen av neste års budsjett som gjelder den organisatoriske enheten du er ansvarlig for?**

1. i svært liten grad 2. 3. 4. 5. i svært stor grad

### **13. Hvor ofte følger du opp budsjett i formelle sammenhenger (eks planlagte møter)**

Hver dag/ Noen dager i uken/ Noen dager i måneden eller sjeldnere/ aldri

### **14. Hvor ofte følger du opp budsjett i uformelle sammenhenger?**

Hver dag/ Noen dager i uken/ Noen dager i måneden eller sjeldnere/ aldri

**15. Hvor stor betydning mener du budsjettbalanse i din enhet har:**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5

- Budsjettbalanse gir bedre fremtidig kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter
- Budsjettbalanse gjør at vi kan utvikle tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov
- Budsjettbalanse gjør at vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)
- Budsjettbalanse gjør at vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.
- Budsjettbalanse gjør at medarbeidere har muligheter for faglig og personlig utvikling?

**16. I hvor stor grad påvirker andres forventninger din prioritering av økonomiske mål?**

Angi hvor enig du er i følgende påstander på en skala fra 1 til 5( 1 helt uenig - 5 helt enig).

- Jeg opplever ofte en konflikt mellom å holde budsjettet og styrets forventninger til hva vi skal gjøre
- Jeg opplever ofte konflikt mellom å holde budsjettet og pasientens forventninger til hva vi skal gjøre
- Jeg opplever ofte konflikt mellom å holde budsjettet og mine medarbeideres forventninger til hva vi skal gjøre
- Jeg opplever ofte konflikt mellom å holde budsjett og sentrale politiske myndigheters forventninger til hva vi skal gjøre

**17. Kommentarer**

## **Vedlegg 3: Søknad og godkjenning for å gjennomføre spørreundersøkelse**

Masterstudentene Ruben Sletteng, Jostein Bentzen, Anita Mikalsen Vaskinn, Janne Heidi Tunstad, Bente Brataas

Veileder: Professor Inger Johanne Pettersen NORD Universitet

02.02.16

Fag og forskningssenteret, UNN HF

v/Fag og forskningssjef Einar Bugge

### **Søknad om gjennomføring av spørreundersøkelse av ledere i UNN HF**

I forbindelse med MBA i helseledelse søkes det herved om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant ledere i UNN HF. NORD Universitet har ansvar for masterutdanninga på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Det vises til UNN HF sine retningslinjer for gjennomføring av spørreundersøkelse blant ledere i UNN. I retningslinjene etterspørres bakgrunn, formål med undersøkelsen samt planlagt tidsintervall og målgruppe. I det følgende gis det en kort redegjørelse for dette, samt øvrige forhold vi mener er viktig å opplyse om. Vedlagt denne søknaden er spørreundersøkelse og status på nødvendige formelle godkjenninger for gjennomføring av undersøkelsen.

### **Samordning av spørreskjema mellom masterstudenter:**

I forbindelse med at vi er flere studenter som planlegger å gjennomføre spørreundersøkelse til samme utvalg, har vi valgt å koordinere oss for å gi UNN sine ledere minst mulig merarbeid. Materialet vi samler inn utgjør datagrunnlaget til 3 masteroppgaver. Det er utarbeidet en felles del for bakgrunnsopplysninger, hvilket gjør at lederen bare trenger å fylle dette ut én gang.

De spesifikke spørsmålene til hver oppgave er holdt på et absolutt minimum, slik at gjennomføringen totalt på hele besvarelsen tar mindre enn 7 minutter. Spørsmålene er plassert logisk ut fra tema fremfor hvilken oppgave de ulike spørsmålene tilhører.

Nedenfor følger en kort redegjørelse av bakgrunn og formål med undersøkelsene

### **Oppgave 1:**

#### **Bakgrunn:**

Da helseforetaksreformen ble gjennomført fra 2002, gikk sykehusene med store underskudd og var avhengig av betydelige årlige tilleggsbevilgninger for å dekke underskuddene. Samtidig hadde WHO nylig publisert rapporten "Health at a Glance" (WHO, 2001), hvor Norge kom ut med verdens tredje høyeste utgiftsnivå per innbygger på helsetjenester. Det ble meldt om lange ventelister og korridorpasienter på sykehusene. Inntrykket var mangelfull ressursutnyttelse, og manglende økonomistyring.

I løpet av det første tiåret med "Helseforetak" i stedet for "Sykehus", har man gått fra den nevnte situasjonen, til en situasjon hvor mange Helseforetak ikke bare holder budsjettene sine, men også klarer å planlegge fremover og skape økonomisk egenkapital som gjør dem i stand til å tåle store investeringer i nye bygg og utstyr. De regionale helseforetakene hadde i 2014 et

Samlet overskudd på 2,8 milliarder kroner korrigert for eiers styringskrav. Positivt økonomisk resultat har også vært tilfellet de fem foregående årene, dersom en ser de regionale helseforetakene samlet (Samdata, 2014). Selv om kritikere hevder dette i stor grad kan skyldes økte bevilgninger, er det grunn til å tro at økonomistyring generelt har blitt bedre i norske sykehus.

For å imøtekomme strengere krav til budsjett disiplin i sykehus, har et tungt fokus vært lagt på bedre ledelse, slik det har fremkommet gjennom innføring av enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesteloven fra 1999[1] og forslag om krav til «reell» lederkompetanse for å kunne ivareta økonomiske og administrative oppgaver på en tilfredsstillende måte (NOU 1997:2) Dette har hovedsakelig kommet ledere på høyrere nivå i sykehus til gode i form av utvikling av ledelsesfaglig og økonomisk kompetanse. Dette understøttes også av at forskning knyttet til helseledelse i hovedsak er fokusert mot denne gruppen. Det er derfor i denne konteksten mangelfull kunnskap om ledelsesutøvelse på de laveste nivåene i sykehus.

### **Formålet med undersøkelsen:**

Formålet med denne undersøkelsen er å finne svar på hvilke lederroller[2] 1. linjeledere i sykehus identifiserer seg med, og om det er forskjeller i lederroller mellom ulike ledernivå. Videre ønsker vi å undersøke hvorvidt vi kan identifisere forskjeller i prioritering av økonomiske mål blant lederrollene og mellom de ulike ledernivåene. Med å studere disse forholdene ønsker vi å bidra til økt forståelse og kunnskap omkring økonomistyring i sykehus. Dette vil være sentralt for at helseforetakene skal kunne imøtekomme fremtidige utfordringer i en situasjon hvor tilgangen til knappe økonomiske ressurser trolig vil avta, og skal fordeles og disponeres med hensikt å gi best mulige helsetjenester.

### **Oppgave 2**

#### **Bakgrunn:**

Ledelse vil for mange si å lede en organisasjon eller virksomhet etter målene som er satt av øverste organ, og flere forsøker å forske på og finne ut av hva som er god ledelse. Ledelse kan være situasjonsbetenget og ulike rammer krever ulik ledelse for og nå bestemte mål.

Temaet ledelse engasjerer mange og det er alltid sterke meninger om hva god ledelse er. Ledelse er lett å prate om og mene rundt, men det er kanskje vanskeligere å få det til i praksis.

I dag skal en som leder ha innsikt i flere fagfelt enn sitt eget og vi har en formening om at de ulike profesjonene prioriterer ulikt med tanke på utøvelse av sin lederrolle.

Innenfor helsevesenet har mange lederroller på ulike nivåer. Alt fra lederstillinger oppe i systemet til ledelse på førstelinjenivå. Vi har ulike motiver for å ta lederfunksjoner og vi har ulike utdanninger bak oss. At vi er forskjellige som individer og har med oss ulik bagasje er det ingen tvil om, men vil vår profesjonsbakgrunn ha noe å si for hvordan vi utøver ledelse?

#### **Formålet med undersøkelsen:**

Formålet med denne undersøkelsen er å se nærmere på ledere på ulike nivå i helseforetak. Vi ønsker å finne svar på hvilke lederroller[2] ledere med ulik profesjonsbakgrunn identifiserer seg med, og om det er ulik oppfatning av lederroller mellom ulike ledernivå. Videre ønsker vi å undersøke hvor lang ned i ledernivå en kan gå før det blir vanskelig å lede uten å ha helsefaglig bakgrunn.

Med å studere disse forholdene ønsker vi å bidra til mer kunnskap og forståelse rundt ledelse og ulik profesjonsbakgrunn. Vi ønsker se hvor stor betydning bakgrunnen har og mulig få

fram hvorfor det er ulike syn på ledelse. Vil forskjellene være uavhengig av hvilket nivå en er leder på dette eller endres det etter ledernivå.

### **Oppgave 3**

#### *Bakgrunn*

Lederne oppgir ofte at deres oppgave er å planlegge, organisere, koordinere og kontrollere (Mintzberg, 2001 i Martinsen, 2013). Undersøkelser peker imidlertid i retning av at lederne hverdag er preget av kjappe skifter, muntlig kommunikasjon og avgjørelser av her og nå saker (Strand, 2007). Ut fra dette kan det noen ganger se ut som og oppleves som om de mer langsomme prosessene, lesing av dokumenter ikke er mulig å få inn i en hektisk hverdag og at man i liten grad har mulighet til å velge hva man skal bruke dagen til. Ledere, inkludert meg selv, har likevel intensjoner om å påvirke resultatet i virksomheten man leder og har et ønske om å få til endringer. I sykehuset, som kan betraktes som en institusjon, vil endringer ofte kreve langvarige og møysommelige forandingsprosesser. Er det mulig å få til, når det kan se ut til at i ledernes hverdag er det lite rom for langsiktig planlegging?

Ledernes mulighet for å påvirke resultatet og skape endringer avhenger av organisasjonstype, situasjonen organisasjonen står i og ikke minst det handlingsrommet lederen har (Strand, 2007). Her vil mitt fokus være handlingsrom i ekspertorganisasjon med byråkratiske trekk. Det har vært hevdet at ledere i sykehuset har lite handlingsrom og bare er utførere av overordnede bestemmelser. Men er det slik ledere i sykehuset opplever det? Opplevelse av handlingsrom sier noe om hvilken mulighet en leder ser i jobben og derigjennom hvilke endringer en leder faktisk kan få til.

Å være leder medfører krav både fra medarbeiderne og fra overordnet nivå. Ledere må derfor prioritere hva de skal bruke tiden og energien sin på. De fins få klare normer for hvordan en leder skal fylle lederrollen sin. Denne uvissheten gjør at lederyrke kan anses som et risikoryrke og undersøkelser har vist at ledere enten slutter eller tenker på å slutte fordi de opplever lederrollen for belastende (Strand, 2007). Det er derfor interessant å se på trivsel hos ledere. Det er nærliggende å tenke at ledere som opplever at de har handlingsrom og som trives i jobben, vil kunne være ledere over lengre tid. Det er også nærliggende å tro at dette er ledere som vil være mer effektive enn ledere som ikke ser at de har et handlingsrom. Det er en sammenheng mellom personlige egenskaper og effektiv ledelse. I denne sammenhengen kan det derfor være interessant å vite om det er noe sammenheng med personlige egenskaper hos ledere og deres opplevelse av handlingsrom. Personlige egenskaper operasjonaliseres her som Big 5 som har vist seg å ha en høy korrelasjon med effektiv ledelse (Martinsen, 2013).

#### *Formål*

Formålet med undersøkelsen er å se på hvordan ledere i sykehus oppfatter sitt handlingsrom. Det er videre interessant å vite noe om trivsel og stress hos ledere og se om dette samvarierer på noen måte med opplevd handlingsrom. Dette vil kunne gi oss viktig kunnskap om ledernes hverdag og kan være nyttig å ha kjennskap til når nye ledere skal læres opp. Det vil også kunne gi innspill til hvordan helseforetakene kan endre rammebetingelser for lederne slik at vi får ledere som ser muligheter til å bidra over tid og få til endringer som tenkes å være viktig for å møte framtidige utfordringer og krav. Det å se om ledernes personlige egenskaper samvarierer med opplevelse av handlingsrom kan gi viktig kunnskap ifht utvelgelse av ledere.

#### **Utvalget:**

Utvalget er alle ledere i UNN HF innenfor følgende ledernivå: ledernivå 2 (Klinikkjef eller tilsvarende) Ledernivå 3 (avdelingsleder eller tilsvarende) Ledernivå 4 (Sekjonsleder eller tilsvarende) Ledernivå 5 (Enhetsleder eller tilsvarende)

I tillegg distribueres spørreskjemaet til ledere i Finnmarkssykehuset. Det leveres egen søknad dit.

**Planlagt tidsintervall:**

Spørreskjemaet er planlagt distribuert ledere i UNN HF 11.03.16. Spørreundersøkelsen stenges for besvarelse 30.03.16. Det er planlagt 2 purringer i perioden.

Siste frist for levering av masteroppgaven er 20. Juni 2016.

**Metode for å sende ut spørreskjema:**

Questback vil bli brukt til å distribuere spørreskjema via mailgrupper til lederne.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste[3]: (NSD)**

Siden questbackundersøkelse kan spores gjennom IP-nummer, er søknad om godkjenning til gjennomføring av undersøkelsen sent NSD.

Det samles IKKE inn personidentifiserende opplysninger eller bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner.

Spørreundersøkelsens utvalg og innhold gjør at det ikke er nødvendig å søke vurdering hos REK (Regional etisk komitè).

Vedlagt spørreskjema er gjennomgått og godkjent av veileder Professor Inger Johanne Pettersen

Håper at denne søknaden raskt kan bli vurdert, og at tilbakemelding gis følgende epost:

[Ruben.Sletteng@unn.no](mailto:Ruben.Sletteng@unn.no)

[Jostein.Bentzen@unn.no](mailto:Jostein.Bentzen@unn.no)

[Anita.Vaskinn@unn.no](mailto:Anita.Vaskinn@unn.no)

[Bente.Kristin.Brataas@finnmarkssykehuset.no](mailto:Bente.Kristin.Brataas@finnmarkssykehuset.no)

[Janne.Heidi.Tunstad@unn.no](mailto:Janne.Heidi.Tunstad@unn.no)

Med vennlig hilsen masterstudentene

Jostein Bentzen, Ruben Sletteng, Anita Vaskinn, Bente Brataas, Janne-Heidi Tunstad

[1] Spesialisthelsetjenesteloven –LOV-1999-07-02-61 § 3-9

[2] Det teoretisk rammeverket for lederroller er hentet fra Strand (2007) hvor lederroller kategoriseres i Produsent, Administrator, Integrator og Entreprenør (PAIE).

[3] <http://www.nsd.uib.no/>



Fra: Bugge Einar

Sendt: 2. mars 2016 15:55

Til: Bentzen Jostein <[Jostein.Bentzen@unn.no](mailto:Jostein.Bentzen@unn.no)>

Kopi: Brataas Bente Kristin <[Bente.Kristin.Brataas@finnmarkssykehuset.no](mailto:Bente.Kristin.Brataas@finnmarkssykehuset.no)>;

Vaskinn Anita <[Anita.Vaskinn@unn.no](mailto:Anita.Vaskinn@unn.no)>; Sletteng Ruben

<[Ruben.Sletteng@unn.no](mailto:Ruben.Sletteng@unn.no)>; Tunstad Janne Heidi

<[Janne.Heidi.Tunstad@unn.no](mailto:Janne.Heidi.Tunstad@unn.no)>; Ingebrigtsen Tor <[Tor.Ingebrigtsen@unn.no](mailto:Tor.Ingebrigtsen@unn.no)>

Emne: SV: Søknad om utsendelse av spørreskjema til ledere i UNN HF

Hei.

Godkjent!

Dermed er det ok at den sendes ut, men det ligger jo ikke i denne godkjenningen at lederne faktisk *må* svare på undersøkelsen.

Lykke til, jeg håper responsen blir tilfredsstillende.

Vennlig hilsen

Einar Bugge

Konst. Kvalitets- og utviklingssjef

UNN HF

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 985 321 884

Inger Johanne Pettersen  
Handelshøgskolen i Bodø Nord Universitet

8026 BODØ

Vår dato: 05.04.2016

Vår ref: 47609 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47609	<i>Økonomistyring i sykehus - en undersøkelse om lederroller og prioritering av økonomiske mål blant ledere i helseforetak</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Inger Johanne Pettersen</i>
Student	<i>Jostein Bentzen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

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

*Avdelingskontorer / District Offices*  
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrr.swarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrr.swarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [redmasa@svt.uib.no](mailto:redmasa@svt.uib.no)

## Vedlegg 5: Faktoranalyse PAIE

FACTOR

/VARIABLES Q17.1 Q17.2 Q17.3 Q17.4 Q17.5 Q17.6 Q17.7 Q17.8

/MISSING LISTWISE

/ANALYSIS Q17.1 Q17.2 Q17.3 Q17.4 Q17.5 Q17.6 Q17.7 Q17.8

/PRINT INITIAL EXTRACTION ROTATION FSCORE

/PLOT EIGEN

/CRITERIA FACTORS(4) ITERATE(25)

/EXTRACTION PC

/CRITERIA ITERATE(25)

/ROTATION VARIMAX

/METHOD=CORRELATION.

### Factor Analysis

#### Notes

Output Created		13-JUN-2016 13:55:48
Comments		
Input	Data	P:\Master i helseledelse\Spørreskjema\Masterihelseledelse- økonomiansvar.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	163
Missing Value Handling	Definition of Missing	MISSING=EXCLUDE: User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	LISTWISE: Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.

Syntax	<pre> FACTOR /VARIABLES Q17.1 Q17.2 Q17.3 Q17.4 Q17.5 Q17.6 Q17.7 Q17.8 /MISSING LISTWISE /ANALYSIS Q17.1 Q17.2 Q17.3 Q17.4 Q17.5 Q17.6 Q17.7 Q17.8 /PRINT INITIAL EXTRACTION ROTATION FSCORE /PLOT EIGEN /CRITERIA FACTORS(4) ITERATE(25) /EXTRACTION PC /CRITERIA ITERATE(25) /ROTATION VARIMAX /METHOD=CORRELATION. </pre>	
Resources	Processor Time	00:00:01,53
	Elapsed Time	00:00:06,23
	Maximum Memory Required	9080 (8,867K) bytes

[DataSet1] P:\Master i helseledelse\SpørreskjemaMasterihelseledelse-økonomiansvar.sav

#### Communalities

	Initial	Extraction
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester	1,000	,942
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål	1,000	,768
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Støtte, utvikle og motivere medarbeidere	1,000	,864
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige	1,000	,946
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser	1,000	,676
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning	1,000	,815
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere	1,000	,793
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Koordinere og sørge for at enkelthetene i arbeidet henger sammen	1,000	,774

Extraction Method: Principal Component Analysis.

#### Total Variance Explained

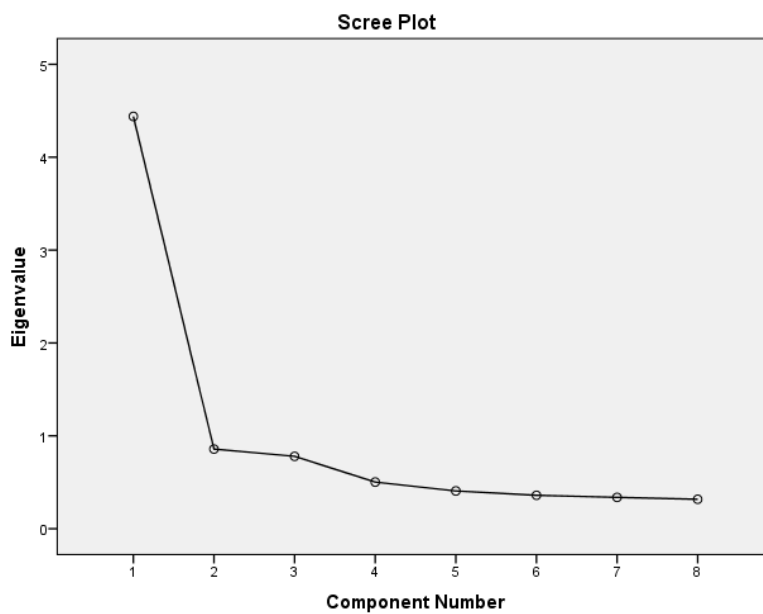
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings	
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance

1	4,439	55,485	55,485	4,439	55,485
2	,858	10,725	66,210	,858	10,725
3	,779	9,743	75,953	,779	9,743
4	,502	6,278	82,231	,502	6,278
5	,407	5,083	87,314		
6	,360	4,503	91,817		
7	,338	4,221	96,038		
8	,317	3,962	100,000		

**Total Variance Explained**

Component	Extraction Sums of Squared Loadings	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	55,485	2,345	29,314	29,314
2	66,210	1,730	21,626	50,941
3	75,953	1,265	15,818	66,758
4	82,231	1,238	15,473	82,231
5				
6				
7				
8				

Extraction Method: Principal Component Analysis.



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester	,609	,587	,384	-,281
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål	,786	,361	-,007	,139
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Støtte, utvikle og motivere medarbeidere	,735	,258	-,344	,372
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige	,634	-,300	,599	,309
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser	,800	-,177	,026	,071
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning	,773	-,289	,057	-,361
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere	,802	-,014	-,341	-,181
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Koordinere og sørge for at enkelthetene i arbeidet henger sammen	,791	-,334	-,185	-,050

Extraction Method: Principal Component Analysis.<sup>a</sup>

a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester	,161	,200	,924	,148
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål	,281	,641	,479	,219
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Støtte, utvikle og motivere medarbeidere	,271	,872	,139	,109
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige	,249	,123	,166	,917
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser	,574	,388	,153	,416
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning	,820	,061	,261	,267
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere	,723	,476	,207	-,022
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å:: Koordinere og sørge for at enkelthetene i arbeidet henger sammen	,762	,352	-,003	,265

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.<sup>a</sup>

a. Rotation converged in 6 iterations.

**Component Transformation Matrix**

Component	1	2	3	4
1	,665	,532	,368	,373
2	-,481	,381	,696	-,374
3	-,269	-,472	,452	,708
4	-,504	,591	-,419	,470

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

**Component Score Coefficient Matrix**

	Component			
	1	2	3	4
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Utvikle og fornye virksomheten og våre tjenester	-,088	-,230	,984	-,119
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Være pådriver for å nå konkrete resultater og oppsatte mål	-,222	,423	,238	,033
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Støtte, utvikle og motivere medarbeidere	-,288	,848	-,239	-,015
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Sørge for at regler og systemer fungerer og dokumentere at de etterleves i det daglige	-,254	-,057	-,101	1,016
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Skape forståelse for virksomhetens oppgaver og sikre støtte og ressurser	,139	,085	-,121	,234
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Bidra til å styre den enkeltes arbeidsinnsats mot en helhetlig oppgaveløsning	,621	-,495	,164	-,095
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Bidra til å skape felles verdier og mål blant mine medarbeidere	,428	,084	,008	-,405
De lederoppgavene som er viktig å prioritere slik jeg ser det er å: Koordinere og sørge for at enkelthetene i arbeidet henger sammen	,420	,000	-,270	-,003

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

**Component Score Covariance Matrix**

Component	1	2	3	4
1	1,000	,000	,000	,000
2	,000	1,000	,000	,000
3	,000	,000	1,000	,000
4	,000	,000	,000	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



## Vedlegg 6: Faktoranalyse Målperspektivene i BSC

FACTOR

/VARIABLES Q28.1 Q28.2 Q28.3 Q28.4 Q28.5 Q28.6 Q28.7

/MISSING LISTWISE

/ANALYSIS Q28.1 Q28.2 Q28.3 Q28.4 Q28.5 Q28.6 Q28.7

/PRINT INITIAL EXTRACTION ROTATION FSCORE

/PLOT EIGEN

/CRITERIA FACTORS(4) ITERATE(25)

/EXTRACTION PC

/CRITERIA ITERATE(25)

/ROTATION VARIMAX

/METHOD=CORRELATION.

### Factor Analysis

#### Notes

Output Created		13-JUN-2016 14:45:59
Comments		
Input	Data	P:\Master i helseledelse\SpørreskjemaMasterihelseledelse-økonomiansvar.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	163
Missing Value Handling	Definition of Missing	MISSING=EXCLUDE: User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	LISTWISE: Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.

Syntax	<pre> FACTOR /VARIABLES Q28.1 Q28.2 Q28.3 Q28.4 Q28.5 Q28.6 Q28.7 /MISSING LISTWISE /ANALYSIS Q28.1 Q28.2 Q28.3 Q28.4 Q28.5 Q28.6 Q28.7 /PRINT INITIAL EXTRACTION ROTATION FSCORE /PLOT EIGEN /CRITERIA FACTORS(4) ITERATE(25) /EXTRACTION PC /CRITERIA ITERATE(25) /ROTATION VARIMAX /METHOD=CORRELATION. </pre>	
Resources	Processor Time	00:00:00,22
	Elapsed Time	00:00:00,45
	Maximum Memory Required	7204 (7,035K) bytes

[DataSet1] P:\Master i helseledelse\SpørreskjemaMasterihelseledelse-økonomiansvar.sav

#### Communalities

	Initial	Extraction
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi når våre økonomisk mål (budsjettbalanse)	1,000	,802
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi driver kostnadseffektivt	1,000	,680
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter	1,000	,998
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov	1,000	,951
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)	1,000	,956
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.	1,000	,782
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At medarbeidere har mulighet for faglig og personlig utvikling	1,000	,699

Extraction Method: Principal Component Analysis.

#### Total Variance Explained

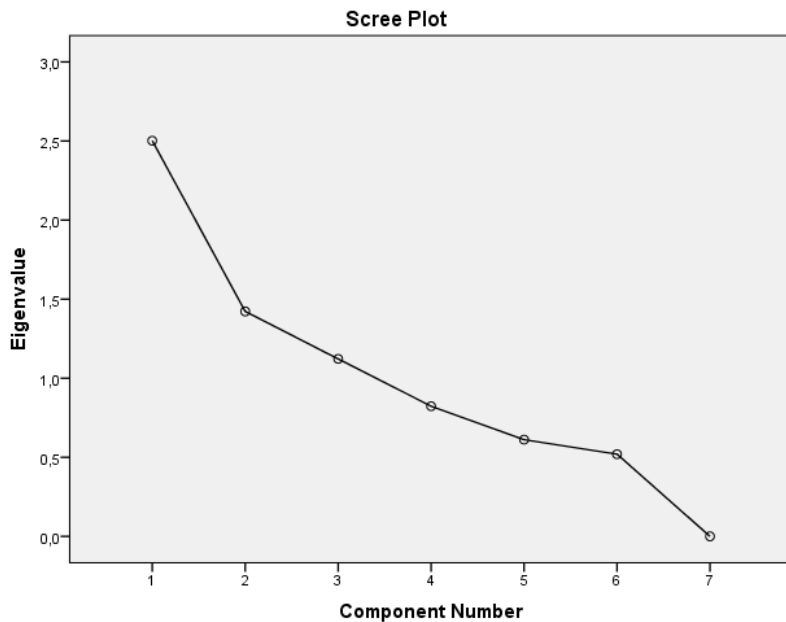
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings	
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance

1	2,502	35,738	35,738	2,502	35,738
2	1,422	20,317	56,054	1,422	20,317
3	1,122	16,030	72,084	1,122	16,030
4	,823	11,756	83,840	,823	11,756
5	,611	8,735	92,575		
6	,520	7,425	100,000		
7	3,134E-017	4,477E-016	100,000		

**Total Variance Explained**

Component	Extraction Sums of Squared Loadings	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	35,738	1,918	27,404	27,404
2	56,054	1,579	22,554	49,958
3	72,084	1,233	17,612	67,570
4	83,840	1,139	16,270	83,840
5				
6				
7				

Extraction Method: Principal Component Analysis.



**Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component			
	1	2	3	4
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi når våre økonomisk mål (budsjettbalanse)	-,667	,364	-,337	-,334
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi driver kostnadseffektivt	-,716	,394	-,075	,084
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter	,385	,171	,783	-,455
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov	,302	-,787	-,388	-,300
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)	-,527	-,513	,407	,500
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.	,673	,440	-,076	,361
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At medarbeidere har mulighet for faglig og personlig utvikling	,758	,171	-,260	,163

Extraction Method: Principal Component Analysis.<sup>a</sup>

a. 4 components extracted.

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component			
	1	2	3	4
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi når våre økonomisk mål (budsjettbalanse)	-,581	,422	-,327	,424
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi driver kostnadseffektivt	-,406	,650	-,305	,019
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter	,043	,021	,995	,081
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov	-,110	-,952	-,167	,063
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)	-,319	,062	-,113	-,915
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.	,854	,136	,057	,175
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At medarbeidere har mulighet for faglig og personlig utvikling	,755	-,221	-,007	,282

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.<sup>a</sup>

a. Rotation converged in 8 iterations.

**Component Transformation Matrix**

Component	1	2	3	4

1	,790	-,453	,345	,227
2	,276	,811	,101	,507
3	-,079	,238	,827	-,503
4	,542	,284	-,433	-,662

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

#### Component Score Coefficient Matrix

	Component			
	1	2	3	4
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi når våre økonomisk mål (budsjettbalanse)	-,336	,141	-,138	,489
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi driver kostnadseffektivt	-,089	,367	-,170	,041
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At det er god kvalitet i Undersøkelse og behandling og fornøyde pasienter	-,200	,037	,882	,111
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi utvikler tjenestetilbudet for å møte morgendagens behov	-,227	-,689	-,142	,162
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi blir mer produktive (At vi undersøker og behandler flere med samme antall medarbeidere)	,035	,062	-,072	-,815
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At vi har medarbeidere som trives og et godt arbeidsmiljø.	,541	,237	-,122	-,038
I det daglige bruker jeg mest tid på:: At medarbeidere har mulighet for faglig og personlig utvikling	,398	-,039	-,161	,115

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

#### Component Score Covariance Matrix

Component	1	2	3	4
1	1,000	,000	,000	,000
2	,000	1,000	,000	,000
3	,000	,000	1,000	,000
4	,000	,000	,000	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

## Vedlegg 7: Korrelasjonsmatriser (må legges til!)

### CORRELATIONS

/VARIABLES=Q5 Q27.1 Budsjettoppfølging Budsjettbetydning

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

### Correlations

### Notes

Output Created		20-APR-2016 10:43:01
Comments		
Input	Data	P:\Master i helseledelse\Spørreskjema\Masterihelseledelse-økonomiansvar.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	163
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS  /VARIABLES=Q5 Q27.1 Budsjettoppfølging Budsjettbetydning  /PRINT=TWOTAIL NOSIG  /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02

**Correlations**

		Hvilket nivå er du leder på?	Involvering i utarbeidelse av budsjett	Budsjettoppfølging
Hvilket nivå er du leder på?	Pearson Correlation	1	-,423**	,190*
	Sig. (2-tailed)		,000	,016
	N	161	155	159
Involvering i utarbeidelse av budsjett	Pearson Correlation	-,423**	1	-,231**
	Sig. (2-tailed)	,000		,004
	N	155	157	154
Budsjettoppfølging	Pearson Correlation	,190*	-,231**	1
	Sig. (2-tailed)	,016	,004	
	N	159	154	160
Budsjettbetydning	Pearson Correlation	-,114	,403**	-,172*
	Sig. (2-tailed)	,157	,000	,033
	N	155	150	154

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

GET

FILE='P:\Master i helseledelse\SpørreskjemaMasterihelseledelse-økonomiansvar.sav'.

DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.