

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Elin Rasmussen Grønvik

---

## Økonomistyring

En kvalitativ studie blant avdelingsledere i  
Helgelandssykehuset HF

---

Dato: 20.06.18

Totalt antall sider: 57



## Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på mitt masterstudium i Helseledelse ved Nord Universitet. Studiet er gjennomført i perioden august 2016 – juni 2018, og utgjør 90 studiepoeng, hvorav denne masteroppgaven utgjør 30 studiepoeng.

Det har vært en krevende tid, men først og fremst kan jeg se tilbake på to givende og lærerike studieår som har gitt meg masse inspirasjon til å jobbe videre som helseleder.

Jeg hadde ikke klart å fullføre dette uten alle gode hjelpere. Først og fremst takk til alle medstudenter på kull -16 for mange hyggelige stunder og lærerike år.

Så vil jeg rette en stor takk til mine informanter for den tillit de viste meg, og for at de villig delte sine erfaringer med meg. Jeg er ydmyk overfor den gode jobben dere gjør.

Takk til min arbeidsgiver Helgelandssykehuset som lot meg delta på dette studiet, og takk til min leder som har vist fleksibilitet slik at jeg har kunnet fullføre dette arbeidet.

Dernest rettes en stor takk til min veileder Kari Nyland for hennes betraktninger rundt temaet, og gode, konstruktive og raske tilbakemeldinger gjennom hele prosessen.

Sist, men ikke minst takk til dere hjemme! Takk for tålmodigheten deres når jeg har prioritert skolearbeid foran dere. Uten deres forståelse hadde jeg ikke kommet i mål.

Mosjøen 20.06.18

Elin Rasmussen Grønvik

## Sammendrag

Førstelinjeledere i sykehus opplever ofte dilemmaet mellom å skulle levere faglige gode tjenester til pasientene, og samtidig innfri krav om å holde seg innenfor knappe økonomiske rammer.

Hensikten med denne studien er å finne ut hvordan lederne opplever det når helseforetaket setter ytterligere fokus på budsjettdisiplin og tettere styring. Det søkes å undersøke om kravene og den tette styringen fra sykehusledelsen fører til endring av praksis på avdelingene.

Studien er gjennomført blant førstelinjeledere i Helgelandssykehuset HF.

Metoden som er brukt i studien er kvalitative intervju med 6 utvalgte ledere i helseforetaket. Data er bearbeidet, fortolket og analysert, og sett i sammenheng med egne erfaringer og aktuell teori.

Hovedfunnene i studien indikerer at det er manglende sammenheng mellom de ulike fasene i økonomistyringsprosessen, og at førstelinjelederne mangler eierforhold og har lite handlingsrom i forhold til budsjettene sine. Budsjettet blir dermed bare delvis styrende for hvordan avdelingene driftes. Funnene tyder likevel på at den økonomiske logikken delvis har trengt nedover i organisasjonen. Ut fra empirien forstår man at økonomi har hatt fokus i lang tid, og lederne forsøker å drifte avdelingen på «billigst mulig måte». Til tross for dette fokuset viser funnene at der lederne kommer i konflikt mellom økonomiske mål og faglige krav fra profesjonene, går faglige hensyn som regel foran økonomiske hensyn.

Når økonomiske mål ikke nås velger man å dekkle, og kravet om budsjettdisiplin oversettes nedover i organisasjonen til et krav om rapporteringsdisiplin.

Kravet om budsjettdisiplin har ikke ført til endring av praksis i avdelingene, og budsjettoverskridelser ser ut til å bli akseptert når man kan forklare avviket med årsaker som ikke lar seg styre, for eksempel økt pasienttilstrømning.

Funnene er ikke overraskende, da tidligere studier og institusjonell teori viser til lignende funn. Likevel kan funnene internt brukes til å utvikle og skape en bedre forståelse mellom den økonomiske verden og den medisinske verden, dette spenningsforholdet som førstelinjeledere opplever å stå i. Førstelinjeledere har en viktig rolle i helseforetaket, og økt kompetanse på økonomistyring og derigjennom gjensidig forståelse for de ulike logikker vil muligens kunne være med å bidra til felles måloppnåelse for organisasjonen.

## Abstract

Clinical leaders in hospitals often experience the dilemma of providing professional services to patients while at the same time meeting the requirement to stay within a tight financial environment.

The purpose of this study is to shed light on the managers' experiences when the health agency places a further focus on budget discipline and closer control. I want to investigate whether the requirements and the tight management from the hospital management lead to a change of practice at the departments.

The study has been conducted among first-line supervisors in Helgeland Hospital HF.

The method used in the study is a qualitative interview with six selected leaders in the healthcare company. Data is processed, interpreted and analyzed, and in conjunction with own experiences and current theory.

The main findings in the study indicate that there is a lack of correlation between the different phases of the financial management process and that the senior executives lack ownership and have little room for action in relation to their budgets. The budget thus only partially controls how the departments operate. However, the findings suggest that the economic logic has partially penetrated the organization. Based on empiricism, it is understood that economics has been focusing for a long time, and the leaders try to operate the department in the "cheapest way possible". In spite of this focus, the findings show that where the leaders conflict between economic goals and professional demands, professional considerations usually go ahead of economic considerations.

When financial goals are not reached, one chooses to decompile and the requirement for budget discipline is translated down into the organization into a claim for reporting disagreement.

The requirement for budget discipline has not led to changes in practice in the departments, and budget overruns seem to be accepted when explaining the deviation of non-controllable causes, such as increased patient flow.

The findings are not surprising, as previous studies and institutional theory indicate similar findings. Nevertheless, the findings can be used internally to develop and create a better understanding between the economic world and the medical world. This excitement that first-line leaders experience to be in. First-level leaders play an important role in the healthcare business, and increased financial management skills and thereby mutual understanding of the

different logics may possibly help to achieve a common goal achievement for the organization.

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>8</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
1.2 PROBLEMSTILLING	9
1.3 BEGREPSAVKLARINGER	9
<b>2. TEORI</b>	<b>10</b>
2.1 TEORIRAMME	10
2.2 ET NORMATIVT PERSPEKTIV PÅ ØKONOMISTYRING	10
2.2.1 DEN IDEELLE STYRINGSSIRKELEN	10
2.2.2 BUDSJETTETS ROLLE I ØKONOMISTYRINGEN	12
2.2.3 NEW PUBLIC MANAGEMENT	14
2.3 TIDLIGERE STUDIER/ ERFARINGER FRA STYRING I SYKEHUS	15
2.4 ET INSTITUSJONELT PERSPEKTIV PÅ ØKONOMISTYRING	18
2.4.1 KONKURRERENDE LOGIKKER I SYKEHUS	18
2.4.2 LEDELSE I ORGANISASJONER MED MOTSTRIDENDE LOGIKKER	20
<b>3. METODE</b>	<b>21</b>
3.1 DESIGN OG VALG AV METODE	21
3.1.1 INTERVJU SOM METODE	22
3.1.2 DATAINNSAMLING OG VALG AV INFORMANTER	23
3.1.3 PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	23
3.1.4 BEARBEIDING AV DATAMATERIALET	24
3.1.5 RELIABILITET OG VALIDITET	24
3.2 METODEKRITISK REFLEKSJON	25
<b>4. EMPIRI</b>	<b>26</b>
4.1 BAKGRUNNSINFORMASJON	26
4.2 STRATEGISK PLANLEGGING/ MÅLSETNING	26
4.2.1 KOBLING MELLOM MÅL OG BUDSJETT	27
4.3 PLANLEGGING/ BUDSJETTERING	28
4.4 AKTIVITET/ HANDLING	30
4.4.1 BUDSJETTETS RELEVANS FOR STYRING AV DRIFT	30
4.4.2 HVILKE KONSEKVENSER HAR BUDSJETTAVVIK?	31

4.4.3 HVLKE AVVEININGER GJØR LEDERNE I DET DAGLIGE?	32
4.4.4 HVORDAN KOMMER DE SKJERPEDE KRAVENE TIL SYNE, OG HAR DET PÅVIRKET DRIFTEN?	33
<b>4.5 RAPPORTERING/ EVALUERING</b>	<b>36</b>
4.5.1 HVORFOR RAPPORTERES DET?	36
4.5.2 RAPPORTERINGSANSVAR ELLER RESULTATANSVAR?	38
<b>4.6 OPPFØLGINGSINTERVJU MED ADMINISTRERENDE DIREKTØR</b>	<b>39</b>
<b>5. ANALYSE OG DRØFTING AV FUNN</b>	<b>39</b>
<hr/>	
5.1 AVDELINGSLEDERNE OPPLEVER KRAVET OM BUDSJETTDISCIPLIN SOM ET KRAV OM BEDRE RAPPORTERING	40
5.2 DE SKJERPEDE KRAVENE HAR IKKE FØRT TIL ENDRING AV DRIFT PÅ AVDELINGENE	41
5.3 AVDELINGSLEDEREN OPPLEVER EN HVERDAG MED KONKURRERENDE LOGIKKER	44
5.4 BUDSJETTOVERSKRIDELSER OPPLEVES IKKE Å FÅ KONSEKVENSER	46
<b>6. KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER</b>	<b>48</b>
<hr/>	
<b>REFERANSER</b>	<b>50</b>
<hr/>	
<b>FIGUROVERSIKT</b>	<b>51</b>
<hr/>	
<b>TABELLOVERSIKT</b>	<b>51</b>
<hr/>	
<b>VEDLEGG 1: SØKNAD OG GODKJENNING OM SPØRREUNDERSØKELSE</b>	<b>52</b>
<hr/>	
<b>VEDLEGG 2: INFORMASJON OM SPØRREUNDERSØKELSE</b>	<b>54</b>
<hr/>	
<b>VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD</b>	<b>56</b>
<hr/>	



## 1. Innledning

13. desember 2017, på Helgelandssykehusets intranettside leser jeg følgende:

*Styret i Helgelandssykehuset vedtok i styremøtet tirsdag denne uka budsjettet for Helgelandssykehuset for 2018. – Budsjettet som er vedtatt er stramt, og det er betydelig behov for effektiviseringstiltak i året som kommer. Det er derfor all grunn til allerede nå be om stram budsjettdisiplin i alle enheter og på alle nivå i sykehuset, sier Fred Mûrer, konstituert administrerende direktør.*

I innboksen til alle lederne tikker samtidig følgende epost inn:

*Styret vedtar tiltaksplanen, og forutsetter at det legges sterk vekt på tiltaksgjennomføring og oppfølging. Dette skal skje i gode prosesser der pasient, ansatt og økonomi står i sentrum.*

*Styret ber om at det månedlig vurderes korrigerende tiltak, med påfølgende rapportering til styret.*

*Målet er at alle ledere og ansatte skal være innforstått med hva som forventes i 2018 både når det gjelder budsjettdisiplin, tiltak og rapportering.*

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom mange år som leder i sykehus har jeg erfart det presset man til tider står i mellom å levere faglige gode tjenester, og samtidig kravene om å holde seg innenfor knappe økonomiske rammer. Sykehusavdelinger ledes stort sett av personer med profesjonsutdanning. Som fagperson skal du som leder på nederste nivå sørge for at faget ivaretas og utvikles, samtidig som du må forholde deg til økonomiske styringskrav fra sykehusledelsen og styret.

Om fagpersoner som ledere sier Jacobsen og Thorsvik følgende: «*Dersom organisasjonens normer og verdier og retningslinjer for arbeidet kommer i konflikt med deres faglige normer, verdier og standarder, er tendensen at profesjonelle vil være mer lojale mot egen profesjonskultur enn mot verdier og normer som er ment å være organisasjonens formelle kultur*» (Jacobsen, Thorsvik, 2016 s. 155)

Avdelingslederne i Helgelandssykehuset har gjennom mange år vært delaktig i utarbeiding av avdelingens budsjett, og oppfølging av dette. De har blitt tillagt et stort ansvar i forhold til å forholde seg til de rammene de har, men jeg har erfart at de har relativt liten påvirkningsmulighet på rammene som fordeles.

Kliniske ledere i sykehus har en viktig rolle med å legge til rette for sosiale og organisatoriske forutsetninger for at fagfolkene skal fungere godt. God ledelse i ekspertorganisasjoner innebærer blant annet å la folk gjøre det de er gode til, og å sørge for faglig legitimitet som leder. Det som bestemmes bør vanligvis grunngis med faglige argumenter.

Dilemmaet til kliniske ledere i ekspertorganisasjoner er ofte forholdet mellom kyndighet og myndighet, mellom fagfolkenes ønsker og den hierarkiske myndigheten organisasjonen er underlagt, som en ledelse eller styre som krever innretning mot markedet og resultater i form av inntjening. Faglederen må hele tiden finne rom for en faglig rettferdiggjøring innenfor de beslutninger som blir tatt for å sikre sin legitimitet som leder. (Strand, 2007)

Når helseforetaket setter ytterligere fokus på budsjettdisiplin og tettere styring, øker sannsynligheten for at ledere i større grad vil oppleve konflikt mellom faglige og økonomiske hensyn. Med dette som bakgrunn tenker jeg at det vil være interessant å undersøke hvordan lederne på klinisk nivå forholder seg til den stramme budsjettdisiplinen, hvordan de håndterer kravene om tettere styring, og hvilke avveininger de gjør i det daglige. Jeg ønsker også å undersøke om det økte fokuset på budsjettdisiplin fører til endring i praksis på avdelingene.

## 1.2 Problemstilling

På bakgrunn av beskrivelsen i innledningen kan det jeg søker å belyse formuleres i følgende problemstilling:

*«Hvordan opplever avdelingsledere i Helgelandssykehuset de skjerpede kravene til budsjettdisiplin?»*

For å kunne besvare problemstillingen har jeg utformet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever avdelingslederne at de skjerpede kravene kommer til uttrykk?
- På hvilken måte opplever de at den tette styringen har ført til endring av praksis og mer effektiv drift på avdelingene?

## 1.3 Begrepsavklaringer

*Opplever:* Personens subjektive oppfatning av en ytre påvirkning, og hvordan dette preger deres tanker, følelser og handlinger. I dette tilfellet hvordan de preges av streng budsjettdisiplin.

*Avdelingsledere:* I Helgelandssykehuset er dette benevnelsen på lederne på laveste nivå, de kliniske lederne. De har utdanning innen det fagområdet de leder. De har personal-, budsjett- og fagansvar i sin avdeling. *Avdeling* er i Helgelandssykehuset det samme som de fleste andre helseforetak benevner som *enhet*. Det er store variabler på størrelsen på avdelingene, men de fleste ligger innenfor 10 – 35 årsverk. Flere avdelinger danner i Helgelandssykehuset et *område*, eksempelvis kirurgisk område, medisinsk område osv., med egen områdesjef, som da er ledernivået over avdelingsleder.

*Budsjettdisiplin:* Forstås som evne og vilje til å holde budsjett. Med budsjett forstås her avdelingens årlige plan for anskaffelse og anvendelse av ressurser.

*Tett styring:* Kan forstås som hvor intenst og omfattende ledelsen utøver styring for å påvirke sannsynligheten for måloppnåelse.

## 2. Teori

### 2.1 Teoriramme

Teorien jeg har valgt er ment å danne et grunnlag for forståelsen av problemstilling og tolkning av funn i undersøkelsen.

Jeg presenterer først teori ut fra et normativt perspektiv. Den ideelle økonomiske styringssirkelen gir et bilde av hvordan økonomistyringen *bør* henge sammen, hvilke prosesser som skal og bør inkluderes i et økonomistyringssystem. Denne angir dermed hvordan vi ut fra læreboka forventer at skjerpede krav vil håndteres.

Deretter presenteres erfaringer/ tidligere studier av økonomistyring i sykehus. Dette gir et bilde av om hvorvidt økt økonomifokus i offentlig sektor har trent ned i sykehusene, og hvordan styringssirkelen kan bli til fire ulike verdener i stedet for en tett sammenkoblet prosess.

Til slutt vil jeg belyse at lærebokteorien ikke alltid følges i praksis. Institusjonell teori tar utgangspunkt i praksis, og denne teorien presenteres for å kunne forstå eventuelle motsetninger mellom formelle strukturer og planer, og hvordan den *egentlig* adferden i praksis oppleves å være.

Det nederste ledernivået i Helseforetakene består nesten utelukkende av fagpersonell med profesjonsutdanning. Sykehus preges av både en medisinsk og en økonomisk logikk, og jeg vil derfor inkludere tidligere studier som diskuterer hvordan ulike, konkurrerende logikker kan prege adferden i sykehus.

### 2.2 Et normativt perspektiv på økonomistyring

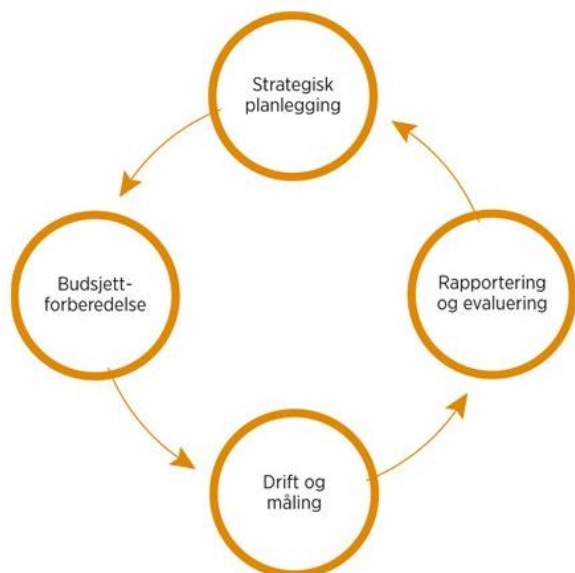
#### 2.2.1 Den ideelle styringssirkelen

Økonomistyring kan beskrives som «*den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsetninger.*» (Pettersen, Magnussen, Nyland, Bjørnenak, 2008)

Økonomistyringen deles tradisjonelt inn i tre nivåer; *Det strategiske nivå, det taktiske nivå og det operative nivå.* Det strategiske nivået i en bedrift har en langsiktig planleggingsramme på 3-5 år, og det er her de overordnede beslutninger og valg tas. Det operative nivået representerer de detaljerte gjennomføringsplanene som skal sørge for at budsjettmålene nås innen budsjettåret

er omme. Det er her de kortsiktige arbeidsoppgavene og tiltakene skal gjennomføres. I mitt case er dette knyttet til avdelingsledernes ansvar. Det taktiske nivået skal binde nivåene sammen, og sikre at summen av de kortsiktige tiltakene bidrar til å nå de langsiktige målene. (Hoff, 2004))

Den ideelle økonomiske styringssirkelen beskrives som en instrumentell tilnærming til økonomistyringen ved å koble sammen sentrale elementer i styringsprosessene slik som strategisk planlegging, budsjettering, aktivitet og regnskap/evaluering. (Pettersen et.al, 2008). Økonomisk styring har utviklet seg fra å være passive verktøy som lederne hersker over, til å bidra til mer aktivitet og bevisstgjøring for mellomledere og ansatte. Styringssirkelen er én av mange måter å se på økonomistyring på, og framstiller det som fire tett sammenkoblede elementer. Sirkelens første fase tar for seg det å legge langsiktige strategier og sette langsiktige mål. Den andre fasen handler om hvordan målsetningene omformes til planer gjennom budsjettprosessen, og hvordan bruke budsjettet til å planlegge og styre knappe ressurser. Strategien utøves i sirkelens tredje fase, og det er her handlingen realiseres og planene settes ut i live. Den siste fasen er evalueringsfasen, og det er her man ser på resultatet og sammenligner mål, tiltak og erfaringer. Denne fasen er videre ment å danne grunnlag for framtidige målsetninger.



Figur 1. Den ideelle økonomiske styringssirkelen (Pettersen, Magnussen, Nyland, Bjørnenak 2008)

Proessen som beskrives ovenfor bygger på antakelsen om at koblingene mellom de enkelte delene i økonomistyringsprosessen er formålsrasjonelle. Det forutsettes at det er samsvar

mellom det som planlegges og det som faktisk gjøres i en organisasjon, at handlingene kommer som en konsekvens av planer, og at det ikke eksisterer interessekonflikter i organisasjonen.

Styringssirkelen bygger på forutsetningen om formålsrasjonalitet. Det vil si at det må være en klar kobling mellom de ulike fasene i modellen, og prosessene må foregå i kronologisk rekkefølge for at modellen skal fungere i praksis. (Pettersen et.al, 2008)

### 2.2.2 Budsjettets rolle i økonomistyringen

Budsjett er en plan for anskaffelse og anvendelse av ressurser, samtidig som det er et viktig kontroll- og oppfølgingsverktøy i virksomhetens økonomistyring. Det er en oppstilling av forventede inntekter og kostnader for en virksomhet. Budsjettet viser de økonomiske konsekvensene av planene for gitte budsjettperiode. (Sending, Tangnes, Gjønnnes, 2007)

For at budsjettet skal fungere som et funksjonsdyktig styringsverktøy og gi de ønskede resultater, er det ifølge styringslitteraturen noen faktorer som må være tilstede. Graden av styringsiver nedover i organisasjonen vil avhenge av toppledelsens vilje og holdninger til styring. Dersom styringsaspektet vektlegges hos lederen, vil han eller hun sørge for at mål klargjøres og at gode rutiner for drift og oppfølging etableres. Dersom lederen viser manglende interesse for de økonomiske styringsaspektene vil dette arbeidet sannsynligvis aldri få den vektleggingen nedover i organisasjonen som er nødvendig.

Organisasjonen må i tillegg ha en struktur som synliggjør ansvar og avgrenser ansvarsområdene for den enkelte budsjettansvarlige. Den må samtidig sørge for at budsjettet ikke blir rene tvangstrøyen, men i stedet oppmuntre til selvstendige og rasjonelle handlinger innenfor de rammer som budsjettet setter. Det overordnede ledd må samtidig være i stand til å følge opp utviklingen og gripe inn dersom utviklingen ikke går som planlagt.

Organisasjonen bør også ha en god kontoplan, det vil si et budsjetteringssystem med flere dimensjoner, som viser både kostnadsart, kostnadssted og aktivitet/formål. En god kontoplan forenkler økonomistyringsarbeidet og øker kvaliteten på tallene og gir grunnlag for f.eks. produktivitetsanalyser.

Den siste faktoren som må være tilstede er planer for hvordan målene skal nås. Alle avdelinger med budsjettansvar må utarbeide detaljerte planer som skal *beskrive de tiltak* som skal igangsettes, *herunder formålet, når* dette skal gjøres, og *hvem* som er ansvarlig. Gjennomarbeidede planer er med på å sikre budsjettallenes kvalitet. (Hoff, Budsjettering – taktisk økonomistyring, 2004)

I følge den ideelle styringssirkelen (figur 1) er budsjettet en operasjonalisering av målsetningene i virksomhetens strategi. Det er en handlingsplan for en gitt periode, for eksempel det kommende året. Budsjettet er et verktøy for å samordne virksomheten i de ulike enhetene slik at aktivitetsnivå og framdrift samlet sett bidrar til total måloppnåelse. I styringssirkelen forutsettes det at faktisk handling følges opp og evalueres i forhold til budsjett. Dersom budsjettet ikke brukes som grunnlag for å diskutere oppnådde resultater, kan det miste sin hensikt.

Budsjettet har blitt sett på som det viktigste styringsredskapet i offentlig sektor. Utarbeidningen av budsjett i offentlig sektor tar som regel utgangspunkt i forrige års budsjett, med justeringer for prisvekst og andre små endringer. På denne måten er det vanskelig å snu eventuelle skjevheter som er etablert tidligere, for eksempel skjev ressursbruk.

Tradisjonelt har budsjettprosessen vært drevet av administrasjonen, det har vært administrasjonens virkemiddel for å knytte virksomhetens aktivitet til eiernes strategi. Slik har ansatte og ledere på klinisk nivå ikke kunnet få eierskap til budsjettet, og budsjettarbeidet de har gjort har derfor blitt oppfattet som en jobb de gjør for administrasjonen. Dette er en velkjent utfordring knyttet til budsjettprosessen i sykehus. (Pettersen et.al, 2008)

Som beskrevet under styringssirkelen ser vi at økonomistyringen består av de fire elementene strategi/mål, planlegging/budsjettering/, aktivitetsoppfølging/handlinger, og rapportering/evaluering. Dette viser at styringsprosessen foregår på forskjellige plan; *det strategiske/overordnede nivå*, der den langsiktige planleggingen ligger. I sykehus defineres det strategiske nivå som sykehusets topledelse. De har ansvar for å utforme strategiske planer. Planene skal være en sammenstilling av planene for alle avdelinger i sykehuset, og den må koordineres med forutsetningene i styringsdokumentene som staten har vedtatt. *Det operative nivå*, der avdelings-/klinikkledelsen har ansvar for å følge opp de strategiske målsetningene gjennom oppfølging av budsjettets forutsetninger. *Det administrative nivå*ets ansvar er å binde strategien og det operative nivået sammen. Trolig vil vi se et økt fokus på økonomistyring på laveste ledernivå, *det operative nivået*. (Pettersen et.al, 2008)

I mitt case er det det de skjerpede kravene, eller det man kan forstå som tettere styring, på nettopp det operative nivået jeg søker å belyse.

Formålet med budsjettstyring er å påvirke, motivere og noen ganger tvinge organisasjonen til å følge de mål som er satt, og dette gjøres gjennom å sette budsjettmål, måle aktivitet og evaluere handlinger i forhold til de mål som er satt. Tett styring dreier seg da om hvor intenst og

omfattende leder utøver styring for å påvirke sannsynligheten for måloppnåelse. (Merchant og Van der Stede, 2012). Hvor tett budsjettstyringen skal være vil være et strategisk valg ledelsen gjør for å påvirke måloppnåelsen i organisasjonen. (Johansson og Siverbro, 2014). Johansson og Siverbro (2014) beskriver budsjett og budsjettstyring som den mest sentrale styringslogikken i offentlig sektor.

### 2.2.3 New Public Management

Tettere økonomisk styring har stått sentralt i modernisering av styring innenfor offentlig sektor. New Public Management (NPM) kan ikke ses på som et teoretisk rammeverk, men som en definisjon på en bølge av reformer som har preget den offentlige sektor de senere årene.

Mål- og resultatorientert styring og ledelse er sentralt i NPM tenkning. Andre kjennetegn ved reformene er vektlegging av profesjonell ledelse med bruk av ledelsesteknikker fra privat sektor, effektiv ressursutnyttelse, kostnadskutt og budsjettdisiplin. (Fafu-rapport 530, 2006)

Utviklingstrekkene i reformene har preget styringen av norske sykehus, og det er derfor av betydning å belyse dette for å kunne forstå problemstillingen i oppgaven.

NPM er en samlebetegnelse på prinsipper og metoder for styring av offentlig virksomhet.

Reformene har hatt som mål å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av styringsprinsipper fra privat sektor. Grunnprinsippet i NPM er at mer markedsorientering vil føre til et mer kostnadseffektivt tilbud av offentlige goder. Stykkprisfinansiering og økende internkonkurransen i sykehus er et av virkemidlene som har blitt brukt for å skulle sikre større samsvar mellom behov og ressursbruk.

NPM regnes som en motsats til byråkratisk eller fagstyrt ledelse. (Bush, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2011)

Hood (1995) har sammenfattet særtrekkene ved det som karakteriseres som New Public Management i syv punkter:

New Public Management	
1	Økt desentralisering i form av separate organisasjonsenheter, hvor hver enhet identifiseres som et separat kostnadssenter
2	Økt konkurranse, både innad i offentlig sektor og ut mot det private næringsliv
3	Økt bruk av styringsmekanismer brukt i det private
4	Større vekt på disiplin og forsiktig bruk av ressurser
5	Større vekt på en synlig og involvert toppledelse
6	Bruke målbare presentasjonsstandarder for offentlig tjenesteproduksjon
7	Mer enhetlig styring basert på outputmål

Tabell 1: Kjennetegn ved NPM (Hood, 1995)

NPM medførte altså økt fokus på kostnadskontroll og ledere som kunne bidra til dette. Som en reaksjon på disse reformene kom begrepet hybridledelse. I en artikkel av Berg, Byrkjeflot og Kvåle (2010) finner man teorier som beskriver hybridledelse som en rolle som kan kombinere fagledelse, generell ledelse og økonomistyring. Det forstås stort sett som medisinskfaglig ledelse kombinert med økonomisk administrativ ledelse. Å være hybridleder innebærer å kunne kombinere ulike forståelsesrammer. For å fungere som hybridleder må man kunne forstå regelsettet i to ulike organisasjonsformer, og man må kunne sjonglere mellom ulike måter å fylle lederrollen på. Det handler videre om å kunne forene motstridende krav, interesser og ulike profesjoner. Man kan dermed si at det skapes en ny form for ledelse, der ulike fagdisipliner som opprinnelig finnes separat smeltes sammen, eller leder blir formidler mellom fag og ledelse. (Berg, Nordstrand, Kvåle, 2010)

### 2.3 Tidligere studier/ erfaringer fra styring i sykehus

Helseforetakenes styringssystem og oppfølging er i stor grad bygd opp med fokus på sammenheng mellom budsjett og regnskap. Pettersen et.al (2008) lister opp en hel del konklusjoner etter undersøkelser ved en rekke sykehus på hvordan dette har fungert. Blant annet er det først og fremst avvik mellom budsjett og regnskap når det gjelder økonomi og aktivitet som blir vektlagt i oppfølgingen. Analyser av kapasitetsutnyttelse, bemanningssammensetning, lønnsnivå og behandlingspraksis er mindre vanlig.

Bruk av regnskap blir oftest brukt i et historisk perspektiv for å forklare avvik, og ikke som argument for å for eksempel endre praksis. Kontrollformålet står sterkere enn beslutningsformålet når det gjelder bruk av denne type styringsinformasjon. Det konkluderes også med at avdelingsledere i sykehus mener det er legitimt å ha budsjettoverskridelse så lenge avviket kan forklares. Lederne opplever i større grad at de bare har et rapporteringsansvar i stedet for et konsekvensansvar. Tradisjonelt sett har fagpersoner som ledere likevel hatt så stor legitimitet at de har kunnet argumentere for sine avvik uten at forklaringene har blitt overprøvd av personer uten fagekspertise. Undersøkelsene viser også at det er en oppfatning av at budsjettavvik ikke fører til økte bevilgninger, eller at strategier og målsetninger endres som følge av overskridelsene.

En slik manglende integrering mellom strategi, budsjett, aktiviteter/handlinger og regnskap tyder på at de fire fasene i styringssirkelen, som vist i figur 1, ikke er koblet sammen. Dette kalles dekobling. Det er brudd mellom styringselementene, og dette illustrerer de økonomiske styringsproblemene vi har i denne sektoren. (Pettersen et.al, 2008).

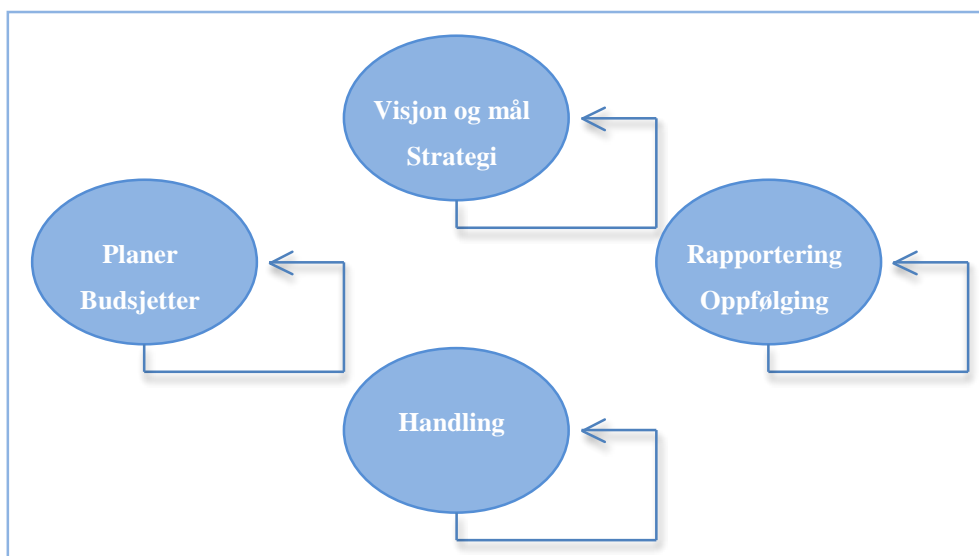


En liknende definisjon på dekobling beskrives av Jacobsen og Thorsvik (2016). Det er en strategi der organisasjonen gir inntrykk av at den har tilpasset seg krav og forventninger fra omgivelsene, samtidig som den gjør noe annet. Utgangspunktet for en slik strategi er at organisasjoners legitimitet i omgivelsene er basert på hvordan de blir oppfattet, ikke alltid hva de faktisk gjør. De benevner det som «organisatorisk hykling» når organisasjonen sier én ting og gjør noe annet. De ansatte i organisasjonen gjennomfører rett og slett arbeidsoppgavene slik de mener det bør gjøres. Uten å ta hensyn til bestemmelser og retningslinjer nedfelt i formelle mål og strukturer. Sannsynligvis foregår en slik dekobling på lavere hierarkiske nivåer i organisasjonen. (Jacobsen, Thorsvik, 2016).

Innenfor offentlig sektor har man registrert problemer med manglende integrering mellom strategi, budsjett, aktivitet/handlinger og regnskap. Den Ideelle Styrings sirkelen som er beskrevet ovenfor blir dermed omdannet til en styringsmodell med fire verdener, hvor hver av fasene lever sitt eget liv. (Pettersen et.al, 2008).

Når det ikke er samsvar mellom det som planlegges og det som faktisk gjøres i en organisasjon, stilles spørsmålet om hvordan helse foretak/ sykehus likevel kan framstå som rasjonelle?

I en studie blant ledere i sykehus på ulike nivå ble det funnet flere eksempler på at målsetninger blir tilpasset faktisk handling i ettertid, slik at beslutninger og handling fremsto som legitime og rasjonelle. Ledere blir ofte stilt overfor mange og motstridende målsetninger, og for å redusere disse motsetningene begrunner man aktiviteter i ettertid med å fremheve den målsetningen som lettest lar seg koble til det som viste seg å bli resultatet av handlingen. Eksempel på dette er argumenter hvor lojaliteten til pasientene blir fremhevet som viktigere enn hensynet til budsjettbalansen. Et annet eksempel er behovet for økt aktivitet for dermed å redusere ventelister, selv om dette går på bekostning av budsjettbalansen. Ledere på ulike nivåer i sykehus bruker denne argumentasjonen. En annen strategi studien peker på er bortforklaringer, det vil si at man f.eks ikke kan styre pasienttilstrømmingen. Ledere erkjenner gapet mellom plan og handling, men uklarheter i årsak og virkning mangel på kontrollerbarhet gjør at avvik og større ressursforbruk aksepteres. I dette ligger at ledere har rapporteringsansvar, men de har ikke et reelt konsekvensansvar. Ekspertene i sykehus har informasjon og kunnskap om hva som har skjedd, og gir ofte informasjon som ikke kan overprøves av ikke-eksperter. Videre blir regnskap sett på mer som kontroll og historisk dokumentasjon, enn som grunnlag for beslutninger og revisjon av strategiske mål. (Pettersen et.al, 2008)



Figur 2: De fire verdener i økonomisk styring (Pettersen et.al, 2008)

En studie av mellomlederens holdninger til økonomistyring gjort av Nyland og Olsen (2017), basert på to tidligere undersøkelser gjort av Riksrevisjonen i 2008 og 2014, viser at økonomistyring har hatt et økt fokus i sykehus de senere årene. Studiene fra riksrevisjonen var basert på intervjuer med avdelingsledere, og bakgrunnen for studien var at man mente at økonomistyringsfokuset ikke var trengt ned i helseforetakene i 2008. Undersøkelsen fra 2008 avdekket forhold som liten grad av forpliktelse og eierskap til budsjetter, forventninger om tilleggsbevilgninger og mangel på økonomikompetanse og styringskapasitet blant mellomledere i helseforetakene. I tillegg var det liten grad av kobling mellom aktivitet og ressursbruk. Studien legger vekt på om mellomledere hadde opplevd at styringen i helseforetakene hadde blitt tettere. Det vil si om koblingen mellom prosessene i styringssirkelen opplevdes sterkere i 2014 enn i 2008. Det refereres blant annet til Johansson og Siverbo (2014) som beskriver budsjett og budsjettstyring som den mest sentrale styringslogikken i offentlig sektor. Studien av Nyland og Olsen kartlegger opplevd tett styring blant avdelingsledere i tidsrommet 2008 – 2014. I hovedtrekk viser funnene at avdelingslederne føler seg mer involvert i budsjettprosessen, og det er en tettere koblet styringsprosess i 2014. Men selv om involveringen opplevdes større, så man ingen endringer når det gjaldt grad av opplevd innflytelse. Studien peker også på at lederne i 2014 i større grad følte at lederne over seg etterspurte forklaring på budsjettet, men ikke når det gjaldt budsjettoppfølging. Studien kan derfor ikke konkludere i forhold til om hvorvidt lederne føler seg mer forpliktet til budsjettene. (Nyland, Olsen, 2017).

## 2.4 Et institusjonelt perspektiv på økonomistyring

Erfaringene viser at den normative teorien ikke alltid kan forklare praksis. I dette kapitlet beskrives et institusjonelt perspektiv på styring for å kunne forstå hvorfor økonomistyringen ikke alltid utøves slik læreboka beskriver at det bør gjøres.

### 2.4.1 Konkurrerende logikker i sykehus

Sykehus preges av en hverdag med fokus på både medisinske og økonomiske målsetninger. Styringsdilemmaet har blitt beskrevet som en kamp mellom den medisinske logikk på den ene siden og den økonomisk-administrative rasjonalitet på den andre siden. Den medisinske rasjonalitet fokuserer på sykehusene gjennom et *nedenfra-opp*-perspektiv, mens den økonomisk-administrative rasjonaliteten fokuserer på sykehusene gjennom et *ovenfra-ned*-perspektiv. Dilemmaet er at kliniske ledere må styre sine avdelinger både etter økonomiske og faglige mål.

Kjernen i den medisinske logikk er at den medisinske utvikling følger sin egen logikk styrt av vitenskapelige metoder og oppdagelser, ny teknologi, behandlingsmuligheter og økt spesialisering.

Kjernen i den administrative logikk er at sykehus er politisk-administrative institusjoner som må tilpasses økonomiske rammer. Nye metoder kan ikke automatisk tas i bruk, fordi det må prioriteres ut fra nytte-kostnad-vurderinger. (Grund, 2007)

Gjennom de senere år har økonomiansvaret kommet stadig lenger ned i sykehusorganisasjonen. I mitt case ser vi at kliniske ledere på nederste nivå har ansvar for utarbeiding og oppfølging av avdelingens budsjett, og det presiseres at de skjerpede kravene fra sykehusledelsen gjelder ledere på alle nivå i helseforetaket.

Sykehus betegnes som profesjonelle fagbyråkrati. De ulike fagprofesjonene har historisk sett arbeidet under en betydelig grad av selvstyre, og er formet av verdier og holdninger opparbeidet gjennom en faglig orientert utdanning. I det daglige arbeidet føler de ulike profesjonene seg først og fremst forpliktet overfor sitt fag, sine pasienter og sine kollegaer. Ledelse i sykehus har i lang tid vært knyttet til faglig ledelse og ledelse for hver enkelt profesjon. Når sykehusene nå i økende grad utsettes for press ovenfra gjennom kravet om økonomisk effektivitetstenkning, oppstår utfordringen med å klare å balansere mellom den økonomisk-administrative logikk og den medisinskfaglige logikk. For å kunne håndtere denne type press trengs det ledelse på alle nivåer som integrerer faglige og administrative tenkesett. Det er nettopp spenningen mellom disse logikkene som gjør lederskap i sykehus så vanskelig. (Grund, 2006)

Forskeren Sue Llewellyn (2001) bruker metaforen «Two-Way Window» i en artikkel, etter å ha gjennomført en studie av leger i rollen som ledere. Metaforen brukes for å forstå hvordan fagpersoner som ledere må agere både i ledelsesverden og den medisinske verden. Hun beskriver dette som utvikling av en ny lederrolle, en grenseledelse mellom fagledelse og generell ledelse. Med et to-veis vindu mener hun at klinikere i lederposisjoner jobber parallelt i to ulike verdener der den medisinske logikken er på den ene siden, og den økonomiske/administrative verden er på den andre siden. Hun beskriver hvordan de kan se inn i, og dermed agere i to verdener: den medisinske verdenen som suppleres med kunnskap fra ledelsesverdenen. De kan på den måten se ting klarere fra begge sider, noe som kan bidra til en bedre gjensidig forståelse mellom de to logikkene. Hun beskriver at ledere med medisinsk bakgrunn kan ta inn ledelsesoppgaver i sitt arbeide, mens ledere uten medisinsk bakgrunn ikke har mulighet til dette. Hun vektlegger at kommunikasjonen i lederarbeidet er av stor betydning når ledere og klinikere har ulik utdanning og erfaring. Klinikere med sin profesjonslogikk har operert ut fra hva som passer dem, mens lederne som har sin bakgrunn fra markedslogikk har vært opptatt av konsekvenser. Dette har gjort det vanskelig å oppnå gjensidig forståelse mellom fagfolk og ledere. De ledere som har evne til å oversette både det medisinske språket og det økonomiske språket vil dermed kunne ha stor betydning i organisasjoner for å sikre felles måloppnåelse. Å skape denne dialogen eller forståelsen er imidlertid utfordrende, og i praksis ser man at dette løses ved hjelp av dekobling. Lederne snakker om økonomi oppover i organisasjonen, men kun om fag nedover til de ansatte. De skjerner altså de to ulike verdener for å unngå denne ambivalensen. De dekoobler i stedet for å koble.

Den leder som i stedet kan klare å skape dialog mellom disse to ulike verdener beskrives som en ny type leder som vil være særdeles viktig for organisasjonen. (Llewellyn, Sue, 2001).

En studie gjort i et stort norsk sykehus av Nyland og Pettersen (2004), undersøkte koblingen mellom budsjett og beslutningsprosesser på både det strategiske nivå og det operative nivå. Funn i studien fra 2004 viste at budsjettene ikke ble vurdert av fagpersonene til å ha stor betydning for avgjørelser som skulle tas. Fagpersonene hadde en sterk lojalitet til pasientene, og opptrådte forskjellig i møte med det kliniske miljøet og ledermiljøet. Denne løse koblingen mellom budsjett og handling symboliserer at det finnes to forskjellige verdener i sykehus, den medisinske verden og ledelsesverden. Funksjonen til de kliniske lederne ble imidlertid vurdert til å være svært viktig som bindeledd mellom de enkelte klinikerne og toppledelsen. (Nyland, Pettersen, 2004).

#### 2.4.2 Ledelse i organisasjoner med motstridende logikker

God ledelse i ekspertorganisasjoner som sykehus innebærer blant annet å la folk gjøre det de er gode til. Fagfolk trenger frihet for å kunne fungere godt. Her har lederne i sykehus en viktig rolle i forhold til å legge til rette de sosiale og organisatoriske forutsetningene for at disse kreftene kan bli utløst og tjene fellesskapet. Fagfolk trenger generelt lite instruksjoner fra ledelsen, og de oppnår resultater direkte gjennom den aktiviteten de bedriver, altså pasientbehandlingen. For ledelsen i ekspertorganisasjoner er det vanskelig å forstå eller få tilgang til den direkte aktiviteten som utøves. Mange ledelsesoppgaver blir derfor nøytralisert i ekspertorganisasjoner. Ekspertorganisasjoner som sykehus er i økende grad underlagt administrative styringssystemer. Budsjettrammer, målstyring og andre administrative prosjekter er forhold som fagfolkene merker, og denne formen for styring og ledelse kan være vanskelig å forene med faglig ledelse. (Strand, 2007)

Konflikter og dilemmaer i og rundt ledelse i ekspertorganisasjoner er ikke til å unngå. Dilemmaet mellom fagfolkenes innsikter og ønsker og den hierarkiske myndigheten som organisasjonen er underlagt i form av offentlige styringsorganer, administrative planleggings- og kontrollorganer eller et styre som krever innretning mot markedet og resultater i form av inntjening kan oppleves som et stort dilemma. Dilemmaet kan noen ganger løses med tvang, der fagfolkene får kniven på strupen med hensyn på å holde budsjetter, levere resultater og akseptere løsninger som er nødvendige for å sikre at organisasjonen overlever. Vanligvis må fagfolkene kunne ha tillit til at deres premisser skal være avgjørende. Ekspertlederen må finne rom for en faglig rettfærdiggjøring innenfor de beslutningene som blir tatt. (Strand, 2007).

Lederen i en ekspertorganisasjon har vist seg å ha en viktig rolle i beslutninger som tas. De kan da få rollen som den som forklarer sine kollegaer hvorfor deres fagsynspunkter må settes til side, og det har vist seg at sterke fageksperter kan avfinne seg med krav til økonomisering, måloppnåelse og lønnsomhet.

Et annet dilemma som faglederen må forholde seg til er om han skal forbli fagperson, eller om han skal søke en karriere som leder. I det siste tilfellet vil fagpersonen i mange tilfeller måtte erkjenne og akseptere en mindre tett tilknytning til faget. Dette er et viktig valg, ettersom lederarbeidet vil føre med seg andre krav enn det fagpersonen ønsker seg og er vant med. (Strand, 2007)

Grund (2007) viser til den verdenskjente organisasjonsforskeren Henry Mintzberg (1997), som beskriver det å drive ledelse i spesialisthelsetjenesten på følgende måte: «Presset fra pasienter

og profesjoner er enormt og det å styre profesjoner som arbeider med liv og død, håp og fortvilelse, smerte og angst er som å prøve å gjete katter» (Grund, 2007).

Videre sier Mintzberg om ledelse i profesjonsorganisasjoner at legenes verden er rettet inn mot behandling, sykepleieres og pleiepersonellens verden er preget av pleie, og ledere og administratorers verden er rettet inn mot styring og kontroll. Mintzberg advarer mot kløftene som kan oppstå mellom ulike verdener hvis ikke partene i større grad greier å ta hverandres perspektiv. Til hjelp i et slikt arbeid kreves det ulike mekanismer for å sikre integrasjon og god samhandling.

Det er en felles utfordring for ledere, medarbeidere, fagforeninger og vernetjeneste å skape et godt og helhetlig samspill mellom nivåer, enheter og «verdener», og å kunne legge opp og bidra i prosesser som skaper større grad av felles virkelighetsoppfatning og større forståelse og respekt for at det innen dette samlede bildet finnes forskjeller i perspektiv. (Grund, 2007).

### 3. Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for mitt vitenskapsteoretiske ståsted, og valg av metode som er brukt for å innhente det empiriske materialet som skal analyseres. Å bruke en metode, av det greske ordet *methodos*, betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan man skal gå fram for å få informasjon om den sosiale virkeligheten, og ikke minst hvordan denne informasjonen skal analyseres, og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold. I samfunnsvitenskapelig forskning skal man altså finne et metode for å sikre bevis, eller belegg, for det man konkluderer med. (Johannesen, Tufte, Christoffersen, 2017).

#### 3.1 Design og valg av metode

Forskningsdesign dreier seg om hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Man skiller mellom kvantitativt og kvalitativt design. (Johannesen, Tufte, Christoffersen, 2017). Skillet mellom disse metodene kan forstås som bruk av ulike verktøy til ulike formål. Kvalitativ forskning har som mål å fortelle om hvordan virkeligheten oppfattes av mennesker. Man søker å få en dybdeforståelse av et fenomen. Ved en kvantitativ metode er man opptatt av å telle opp fenomener, det vil si å kartlegge utbredelse. (Nyeng, 2018).

Det er i min oppgave valgt et kvalitativt design fordi jeg ønsker å få en nyansert og detaljert informasjon om fenomenet jeg skal undersøke.

Det vitenskapsteoretiske grunnlaget til kvalitative metoder bygger på teorier om hermeneutikk (fortolkning) og fenomenologi (menneskelig erfaring). En fenomenologisk tilnærming betyr å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen. Målet er å gi en presis beskrivelse av aktørens egne perspektiver, opplevelse og forståelseshorisont. (Johannesen et.al, 2017).

Det positivistiske synet på vitenskapelig kunnskap består av en sterk vektlegging av observasjon og empiriske bevis. En logisk positivist tror på muligheten til å komme frem til objektiv og universelt gyldig kunnskap.

Det hermeneutiske synet på vitenskapelig forskning handler derimot om å søke forståelse av fenomener. En hermeneutiker vil derfor omformulere positivistens spørsmål om hvordan virkeligheten er, til et spørsmål om hvordan de ulike fenomenene fremkommer og fremstår for forskeren. Hermeneutikken søker å forstå menneskers oppfattelse av virkeligheten og fenomener. I hermeneutikken vil forskeren selv være en del av den sosiale virkeligheten, og vil vanskelig kunne innta en nøytral rolle. Han bør da prøve å være bevisst sitt utgangspunkt, å bli klar over sin egen fortolkningsprosess og innse at han bringer med seg en rekke forkunnskaper og forventninger inn i forskningsprosessen. (Nyeng, 2018)

I min studie er det valgt en kvalitativ, fenomenologisk tilnærming. Jeg ønsker å utforske og studere ledernes opplevelser og tanker rundt temaet, og er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen. Mine egne erfaringer og forkunnskaper om temaet blir brukt for å fortolke og finne mening i det informantene formidler. Å ha forståelse for begreper og kontekst mener jeg kan være med på å styrke troverdigheten i oppgaven.

### 3.1.1 Intervju som metode

Kvalitative intervjuer er den mest brukte måten å samle inn egne data på, og denne metoden gjør det mulig å få fylldige og detaljerte beskrivelser av det vi studerer. I denne oppgaven er det beskrivelsen av avdelingslederens opplevelse av de skjerpede kravene til budsjettdisiplin som er ønskelig å få fram. Om jeg hadde ønsket å finne generelle tendenser i forhold til problemstillingen kunne jeg valgt en kvantitativ metode. Jeg ønsket imidlertid å få dybdekunnskaper om temaet, og ønsket å få fram ledernes subjektive meninger og holdninger i forhold til temaet, og hvilke avveininger de gjør i ulike situasjoner. Valget av metode falt derfor naturlig på kvalitative intervju. Slike intervju gir muligheter for å lære underveis, tilpasse fokus i intervjuene, og eventuelt finne nye informanter underveis. Funnene i intervjuene gjorde at jeg hadde behov for en ytterligere presisering av kravet om budsjettdisiplin som ble formidlet i desember fra administrerende direktør. Dette for å forsikre meg om at budskapet var forstått

på riktig måte. Det ble derfor gjort et kort oppfølgingsintervju/ samtale med administrerende direktør etter at de planlagte intervjuene var gjort og materialet var bearbeidet.

For å få fram de subjektive opplevelsen til informantene, valgte jeg å gjøre et delvis strukturert, *semistrukturert*, intervju. Gjennom semistrukturerte intervju får alle de samme spørsmålene, men metoden åpner opp for en viss fleksibilitet slik at informantene får komme med utdypende svar på det som opptar dem mest. (Johannesen et.al, 2017)

### 3.1.2 Datainnsamling og valg av informanter

Det ble søkt om tillatelse fra NSD til å gjennomføre intervju, se vedlegg.

Informantene ble valgt ut fra noen kriterier. I kvalitative intervjuer der man ønsker å få fram fyldige beskrivelser av temaet er valget av informanter viktig. (Johannesen et.al, 2006). Det var derfor av stor betydning at informantene hadde noe erfaring som leder i Helgelandssykehuset. For å få best mulig data, er rekruttering av informanter til kvalitative undersøkelser viktig. Det bør gjøres et *strategisk utvalg* av kandidater, som sikrer tilstrekkelig data med god nok kvalitet. (Johannesen et.al, 2017). I problemstillingen min peker jeg på at kravene er «skjerpede», det vil si at det har vært en utvikling/ endring. Det var derfor av stor betydning at informantene hadde jobbet lenge nok som leder til å ha erfart denne endringen. Jeg valgte derfor ledere med minimum 3 års erfaring. De aktuelle lederne kjenner sin organisasjon godt, og de ga grundige og nyanserte svar under intervjuene. I og med at vi har tre sykehusenheter med stedlig ledelse valgte jeg to informanter fra hver sykehusenhet. På denne måten kunne jeg også eventuelt få en indikasjon på forskjeller mellom enhetene, spesielt i forhold til hvordan kravene var kommet til uttrykk. Jeg vil videre i oppgaven ikke vektlegge at lederne kommer fra ulike sykehusenheter, da det ikke kom fram i undersøkelsen at det var forskjeller av betydning mellom enhetene.

### 3.1.3 Planlegging og gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i uke 14, 15 og 17 2018. Alle informantene fikk skriftlig informasjon om undersøkelsen på forhånd. De ble informert om anonymitet og muligheten for å trekke seg underveis og i ettertid. Intervjuene var beregnet til maks 1 time, men varigheten ble mellom 37 minutter og 59 minutter. Jeg testet ut intervjuguiden på en leder i eget område for å sikre at spørsmålene var forståelige. Jeg gjorde ingen endringer etter testingen. Det ble brukt en Iphone som lydopptaker, dette fungerte bra. Det ble også tatt notater underveis, men disse ble ikke brukt i ettertid, ettersom lydopptakene fungerte godt og dermed ga meg den informasjon jeg trengte.

På grunn av risiko for gjenkjennelse har jeg valgt å ikke komme med nærmere beskrivelse av arbeidssted eller type avdeling. Dette viste seg heller ikke å være relevant for undersøkelsen.



Dato	Varighet	Informant nr.	Tittel	Antall år som leder
04.04.18	00:37	Informant 1	Avdelingsleder	3 år
04.04.18	00:38	Informant 2	Avdelingsleder	10 år
13.04.18	00:59	Informant 3	Avdelingsleder	14 år
13.04.18	00:56	Informant 4	Avdelingsleder	4 år
23.04.18	00:47	Informant 5	Avdelingsleder	17 år
23.04.18	00:43	Informant 6	Avdelingsleder	10 år
24.05.18	Ikke registrert	Adm. direktør	Konst. Adm. direktør	Ikke registrert

Tabell 2: Utførte intervjuer

### 3.1.4 Bearbeiding av datamaterialet

Etter at intervjuene var gjennomført, ble lydopptakene transkribert til tekst. Analyse av kvalitative data består i å bearbeide tekst. (Johannesen et.al, 2017). Jeg satt igjen med en stor mengde data, og for at dataene skulle bli håndterlig å jobbe med valgte jeg å kategorisere det med utgangspunkt i styringssirkelen som jeg har beskrevet i teorikapittelet. Empirikapittelet er dermed bygd opp etter denne, og jeg mener at det danner en rød tråd i oppgaven, og således er lett å lese og forstå.

### 3.1.5 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet kommer fra det engelske ordet *reliability*, som betyr *pålitelig*. *Reliabilitet* knytter seg til nøyaktigheten og påliteligheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides. Det finnes forskjellige måter å teste reliabiliteten på. En måte er å gjenta samme undersøkelse på samme gruppe på to forskjellige tidspunkt, en annen er å la flere forskere undersøke samme fenomen for å se om de kommer frem til samme resultat. (Johannesen et.al, 2006). I kvantitative studier vil dette kunne la seg gjøre. I min studie har jeg imidlertid brukt kvalitative intervju som er lite strukturerte. I tillegg er det rom for tolkning av den som utfører et semistrukturert intervju, og metoden egner seg derfor dårlig til å gjentas av andre. I den grad jeg kan si at undersøkelsen min har tilfredsstillende reliabilitet, må det baseres på et godt forskningsdesign, at det er tydelig og nøyaktig slik at en annen forsker kunne ha utført samme undersøkelse, og på den måten hatt samme grunnlag for å vurdere resultatene. Måten data er samlet inn på er også med på å styrke påliteligheten. Intervjuene ble gjort ansikt til ansikt, og det kunne stilles oppfølgingsspørsmål underveis. Dette ga grunnlag for å kunne oppklare eventuelle misforståelser. Informasjon til informantene om anonymitet og

mulighet til å trekke seg underveis eller i ettertid mener jeg også ga grunnlag for ærlige og pålitelige data.

Validitet kommer fra det engelske ordet *validity*, som betyr *gyldighet*. Validitet knytter seg til hvor godt, eller relevant, data representerer fenomenet. (Johannesen et.al, 2006). En annen forklaring er om man måler det man ønsker å måle, eller at man undersøker det fenomenet man ønsker å undersøke – og ikke noe annet. For validitet gjelder det samme som for reliabilitet; det egner seg best å vurdere dette i kvantitativ forskning. I den kvalitative forskningen jobber man med å oppdage og forstå begreper, og det utgår ikke fra klart definerte begreper som kan operasjonaliseres. (Nyeng, 2018). Man kan således si at metoden jeg har valgt vanskeliggjør å sikre reliabilitet og validitet. Min erfaringsbakgrunn vil nok kunne påvirke tolkning av data, men jeg har hele tiden vært bevisst på å tolke dataene slik de framsto, og å være kritisk til egen rolle slik at data ikke skulle bli farget av egne erfaringer. Jeg gjorde et strategisk utvalg av informanter slik at alle tre sykehusenhetene var representert. Etersom vi har stedlig ledelse ved hver enhet, kunne det tenkes at oppfatningene rundt fenomenet jeg skulle undersøke var ulik. Det at jeg gjorde denne utvelgelsen mener jeg også er med på å sikre gyldigheten av data. For å sikre at min forståelse av fenomenet var mest mulig korrekt, valgte jeg også å gjøre et kort intervju med administrerende direktør etter at empirien fra informantene var innhentet. Dette mener jeg styrker validiteten ytterligere. Under tiden jeg har arbeidet med studien min har vedkommende gått ut av rollen som konstituert adm. direktør, og dette bemerkes for å unngå eventuelle misforståelser.

### 3.2 Metodekritisk refleksjon

Etersom jeg ønsket å få nyansert og detaljert informasjon om fenomenet jeg skulle undersøke, valgte jeg kvalitativ metode. Det vises til to teknikker som øker sannsynligheten for at forskningen frambringer troverdige resultater: Vedvarende observasjon og triangulering. Ved observasjon investerer man tid til å bli kjent med feltet og opparbeide seg tillit. Triangulering betyr å kombinere ulike metoder, for eksempel både observasjon og intervju. På denne måten kunne troverdigheten i oppgaven blitt enda bedre. (Johannesen, 2017). Omfanget av studien og tidsbegrensning gjorde imidlertid at denne metoden ikke ble vurdert som aktuell i min studie.

For å sikre objektivitet i slike studier er det viktig at funnene ikke er et resultat av forskerens subjektive holdninger. (Johannesen, 2017). Min erfaring som avdelingsleder ville nok kunne ha påvirket tolkningen av empirien. Jeg har derfor gjennom innsamling og tolkning av data hatt fokus på å være selvkritisk til gjennomføringen, slik at data ikke skulle farges av mine

meninger. Mange av funnene i undersøkelsen min støttes dessuten av tidligere studier og institusjonell teori, og dette mener jeg styrker objektiviteten i oppgaven.

## 4. Empiri

I dette kapitlet vil jeg presentere datamaterialet ut fra intervjuene som er gjennomført for å kunne svare på oppgavens problemstilling. Empirien framstilles med utgangspunkt i den ideelle styringssirkelen som er beskrevet i teorien. Empirien er skrevet på bakgrunn av intervjuer med avdelingsledere i Helgelandssykehuset.

Til slutt har jeg med en kort oppsummering etter det påfølgende intervjuet som ble gjennomført med administrerende direktør.

### 4.1 Bakgrunnsinformasjon

Informantene kommer fra ulike avdelinger i Helgelandssykehuset. Virksomhetene de har ansvar for er poliklinikker, dagavdelinger, sengeposter og kliniske serviceavdelinger. Noen har elektiv drift, noen har akutfunksjoner og noen har begge deler. Flere av informantene har direkte lederansvar for flere ulike profesjoner. Antall ansatte varierer fra ca 15 – 55. Lederne jobber i utgangspunktet ikke klinisk selv, men deltar i klinisk arbeid når det er behov i avdelingen.

Lederkompetansen varierer; en har videreutdanning som leder, en har master i ledelse, resten har ingen formell lederkompetanse. Alle har minst 3 års erfaring som leder i Helgelandssykehuset, men variasjonen er fra 3 –17 år. Alle har lang erfaring fra den profesjonen de representerer, fra ca 10 – 30 år.

### 4.2 Strategisk planlegging/ målsetning

De strategiske planene skal være en sammenstilling av planene for alle avdelinger i sykehuset, og den må koordineres med forutsetningene i styringsdokumentene som staten har vedtatt. (Pettersen et.al, 2008).

Avdelingslederne i Helgelandssykehuset er ansvarlig for utarbeiding og oppfølging av budsjettet knyttet til den avdeling de leder. Det vil her være relevant å undersøke om avdelingslederne er kjent med helseforetakets målsetninger og strategi, og på hvilken måte de er involvert i arbeidet med å følge opp disse målene. Jeg ønsker også å kartlegge om avdelingens målsetninger og budsjettet som planlegges for avdelingene er sammenfallende med de målene som Helseforetaket har satt, om det ses en tettere styring i forhold til koblingen mellom målsetninger og budsjettet.

Gjennom intervjuene får jeg inntrykk av at lederne i varierende grad kjenner til helseforetakets målsetninger. De fleste er kjent med at det fins et oppdragsdokument, men de kjenner innholdet i dette dårlig. Informantene opplever heller ikke at det er noen endring i hvordan dette er formidlet i år, i motsetning til tidligere år:

*«Nå må jeg virkelig tenke meg om ..., nei, jeg kan ikke gjengi hva som er målsetningene. Jeg kjenner jo til at det er et oppdragsdokument, men jeg husker ikke hva det står der.»*

-Informant 5

Flere av informantene oppgir imidlertid at innholdet i oppdragsdokumentet er forsøkt formidlet videre til dem, men det varierer i forhold til hvor mye oppmerksomhet de har viet dette, og hvorvidt de har brukt det aktivt i utarbeiding av egne mål i sin avdeling. Informant 3 uttrykker det slik:

*«Helgelandssykehusets mål? Jeg kan ikke si at jeg kan referere til dette, men jeg har jo hørt om de. Man har fått de fortalt på ledermøte. Man har jo fått en bestilling ja. Vi jobber ikke så aktivt akkurat med de tingene nei, det har vi aldri gjort egentlig. Der er vi nok ikke så flink, det har ikke vært fokus.»*

#### 4.2.1 Kobling mellom mål og budsjett

I henhold til den ideelle styringssirkelen bør overordnet strategi og mål ligge til grunn for budsjettet. Det må være en klar kobling mellom de ulike fasene i modellen, og prosessene må foregå i kronologisk rekkefølge for at modellen skal fungere i praksis. De fleste av informantene opplever ikke at det er noen sammenheng mellom strategiske planer og budsjett. De oppgir også at målene som kommer via oppdragsdokumentet blir gjort kjent etter at budsjettet er lagt for avdelingene. I planene og målsetningene til helseforetaket stilles det blant annet krav om kvalitetsforbedring, reduksjon av ventelister og reduksjon av fristbrudd. Dette foregår på samme måte som det har gjort tidligere år. De fleste informantene uttrykker frustrasjon over at det stilles nye krav, uten at det følger penger med i budsjettet. Budsjettet utarbeides og godkjennes også før disse kravene kommer:

*«Vi blir pålagt nye ting, men det følger ikke nødvendigvis med nye penger når vi pålegges nye oppgaver. Det forventes at du må ta det innenfor ditt budsjett. Og når man ikke er klar over dette når budsjettprosessen starter, så sliter man jo litt da. Og oppdragsdokumentet kommer sent; februar, mars. Budsjettet lages jo før det.»*

-Informant 3

Informant 2 uttrykker det slik:

*«Kravene vi får, for eksempel om kvalitet, diskuteres lite i budsjettprosessen. Det er jo tallene da ..., det må jeg si. Som avdelingsleder vet du jo hva kravene innebærer, men det er ikke noe tema i budsjettprosess. Det skulle det nok ha vært.»*

I forhold til styringssirkelens første fase viser empirien at overordnet strategi og mål oppleves å ha lite fokus hos de fleste avdelingslederne. De opplever at de er lite involvert i dette arbeidet, og de opplever at det har lite relevans for hvordan deres eget budsjett utarbeides. De uttrykker at det skulle vært jobbet mye bedre med dette, slik at det var sammenheng mellom økte krav og budsjetttramme. Dette viser at det er en løs kobling mellom overordnet strategi og budsjett.

### 4.3 Planlegging/ budsjettering

Avdelingslederne er som innledningen beskriver pålagt stram budsjett disiplin dette året. Det er derfor relevant å kartlegge hvordan de jobber med utarbeiding av avdelingens budsjett, i hvilken grad de er involvert i budsjettarbeidet og om de opplever at budsjettet er realistisk for deres avdeling. Det er også relevant å kartlegge om den tette styringen i år kommer til syne i form av økt involvering og medvirkning i utarbeiding av budsjettet.

Budsjettprosessen for kommende år starter på høsten. Informantene oppgir at den lokale økonomirådgiveren har en sentral rolle i dette arbeidet. De siste årene har prosessen vært litt ulik, men oppfatningen om at de har liten reell innvirkning på budsjettet er ganske entydig. Informant 2 uttrykker seg slik:

*«Det er jo litt spesielt dette ... I prosessen for to år siden ble det bare satt opp noen tall. For 2017 var tallene satt inn på forhånd av noen andre, så da fikk vi jo ikke sagt noe om hvordan det burde settes opp. Men tidligere, og i år, har jeg satt opp et forslag slik jeg synes det burde se ut, og så har man justert litt etter spørsmål fra økonomirådgiveren. Så har jeg måtte korrigere og kutte mer etterpå. Jeg har rett og slett bare måtte kutte for å få ned bunnlinjen fordi den var for høy. Selv om det ikke stemte med virkeligheten. Det er nå sånn det har foregått, vi har nå vært med, men vi har kanskje ikke hatt så mye å si.»*

Sitatet viser at de i utgangspunktet er involvert i arbeidet, og at det i starten av prosessen er rom for å komme med innspill og ønsker ut fra det de mener de har behov for. Dette skjer før den økonomiske rammen er fordelt. Da utarbeides det et forslag som de synes er rimelig realistisk. Etter hvert i prosessen kommer det krav om innsparing og kutt i budsjettet, og de opplever til

slutt at den reelle innvirkningen ikke er tilstede. Informantene uttrykker ikke at det har vært en endring i forhold til involvering og medvirkning, det er stort sett slik det har vært tidligere år. Men de merker at det er gjort forsøk på tettere styring:

*«I fjor følte jeg at jeg hadde et realistisk budsjett. Vi hadde en økonomirådgiver som var veldig klar på at vi skulle ha et realistisk budsjett. Men i år er det endret. Vi er mer bundet på hender og føtter nå. Vi har fått beskjed at vi må skjerpe inn. Og jeg vet jo at budsjettet mitt ikke er reelt nå. Det er jo slik at de på øverste hold skjærer ned, så ser vi jo bare at det er kuttet på poster. Av og til har vi kunnet komme med innspill, men vi har ikke siste ordet i det.»*

-Informant 6

*«Vi var egentlig ferdig med budsjettet for 2018, og vi var kommet i null. Men til tross for det fikk vi beskjed i siste time at vi måtte redusere antall årsverk. Og nå sliter vi jo da, det er ikke noe hemmelighet. Vi var nødt til å gjøre ting vi ikke hadde tro på.»*

-Informant 4

Alle informantene opplever at de ikke har reell medvirkning på budsjettet, men at det på en annen side er viktig at de er involvert fordi det er ingen andre som formidler de behovene de har. De mener det er viktig at noen formidler disse behovene, og håper i det lengste at de skal bli hørt:

*«Det er jo kun denne kanalen vi har for å formidle de behovene vi har da. For eksempel at vi har behov for mer personell. Men samtidig, når man ikke har så mye man skulle ha sagt, er det jo ikke så viktig. Jeg skulle ønske at prosessen hadde vært bedre. Det er litt sånn at nå er det budsjettprosess, så da må man bare skynde seg å komme gjennom den. Det er ikke noe god, reell prosess egentlig.»*

-Informant 5

En annen faktor som må være tilstede i planleggingen av budsjett er en plan som viser hvilke tiltak som skal settes i verk for å oppnå de målene som er satt. De fleste informantene oppgir at de ikke har en tiltaksplan knyttet til sitt budsjett. Noen oppgir at det er laget en tiltaksplan på overordnet nivå, som de har fått presentert:

*«Ja, vi fikk jo en plan i fjor. Det ble blant annet innkjøpsstopp og reisestopp. Om det var en tiltaksplan eller panikkplan er jeg faktisk usikker på. Man sparer vel kanskje*

*noen kroner da ... Men ja, direktøren satt i gang en rekke tiltak da. Så fikk vi den presentert, den var ferdigtygd.»*

-Informant 4

#### 4.4 Aktivitet/ handling

Det er i denne fasen av styringssirkelen at planene skal settes ut livet. Jeg ønsker å kartlegge om den tette styringen og kravet om budsjettdisiplin har medført endring av praksis i avdelingene. Det er av stor betydning å undersøke om det er samsvar mellom det som planlegges og det som faktisk gjøres i organisasjonen. Avdelingslederne jeg har intervjuet har alle en fagprofesjon, og de forholder seg til medarbeidere med ulike profesjoner, og pasienter i avdelingene. Det har derfor også relevans for problemstillingen å kartlegge hvilke avveininger de tar i hverdagen i forhold til fag/ kvalitet og økonomi, og hvor deres lojalitet ligger; til faget og pasientene, eller til økonomi. Eller om de klarer å inneha rollen som bindeledd mellom fag og økonomi.

##### 4.4.1 Budsjetts relevans for styring av drift

Av intervjuene framgår det at budsjettet i varierende grad oppleves å være styrende for driften. De fleste informantene svarer at det til en viss grad er styrende, men at det er så mange faktorer man ikke rår over, og at det derfor er en nesten umulig oppgave å skulle styre etter et budsjett:

*«Nei, altså. Det er jo en avdeling der aktiviteten ikke er planlagt. Så det er jo behovet i avdelingen, pasientene, som styrer hvordan vi skal drifte. Hvis det er pasienter med økt behov så har det en kostnad, og den må vi bære. Og i den grad jeg kan si at budsjettet styrer hvordan vi drifter avdelingen, så ja, du har jo noen økonomiske føringer som tilsier at du må velge billigste mulig måte å løse ting på. Men det er ikke sann at jeg unngår..., hvis det er et behov, så er det ikke budsjettet som styrer.»*

-Informant 1

Informant 3 uttrykker det slik:

*«Jeg har det vel litt i bakhodet, men jeg må vel bare ta til takke med det budsjettet jeg har fått, så må jeg prøve å forklare så godt som mulig hvis det ikke går. Det er vel der jeg føler at jeg er.»*

Alle informantene oppgir at de styrer avdelingen etter antall faste årsverk man har fått lønnsmidler til i budsjettet. Men de opplever en uforutsigbarhet i forhold til antall pasienter og hvilke behov de har til enhver tid. I tillegg er det faktorer som for eksempel sykefravær som

gjør at det er vanskelig å planlegge. De forholder seg altså til faste årsverk i bemanningsplanen, men når det gjelder innleie av vikarer og overtid hos eget personell oppgir de fleste at det ikke er tilstrekkelig budsjett til å dekke opp dette. I slike situasjoner er det altså hensynet til pasientene og de ansatte som styrer driften, ikke hensynet til økonomien:

*«Det er på grunn av at vi ikke har fått ansatt nok folk, og da må man leie inn på overtid, ergo er utgiftene fordoblet. Vi ser jo at når det er snakk om at vi bruker for mye overtid ..., da får jeg ofte spørsmål om vi er nødt til å leie inn når det er sykdom. Ja, det er vi, fordi det er så marginalt bemannet. Så om noen er borte må de erstattes. Da er det de som jobber fast som må jobbe ekstra, ergo blir det hundre prosent overtid. Hadde vi hatt buffere, så hadde vi sluppet å leie inn på overtid.»*

-Informant 6

Sitatet viser at det er en lojalitet til budsjettet når det gjelder faste årsverk. Men når det gjelder innleie på overtid, altså variable kostnader, er det behovet i avdelingen som styrer til enhver tid, ikke økonomien.

#### 4.4.2 Hvilke konsekvenser har budsjettavvik?

Av intervjuene framkommer det at de fleste avdelingslederne har bemerket seg de skjerpede kravene til budsjettdisiplin. I kravet lå det både forventning om budsjettdisiplin, men også krav om effektiviseringstiltak og korrigerende tiltak der det ble avvik. De fleste kunne likevel ikke gjengi innholdet i bestillingen fra administrerende direktør, annet enn at de var klar over at det generelt sett ble stilt større krav. Flere av informantene hadde avvik i forhold til planlagt budsjett hittil i år, men ingen av dem hadde fått pålegg om å komme med korrigerende tiltak:

*«Nei, det har jo ikke noen andre konsekvenser enn at jeg må forklare det. Altså, det har jo vært forklart i alle år, men hittil i mine år, har det aldri vært gjort noe. Så det er jo det, man skal rapportere, men det har aldri kommet noen tilbakemeldinger på det man rapporterer. Jeg har spurt meg: Er det noen som leser disse? Det har heller ikke blitt etterspurt dersom de ikke har blitt levert.»*

-Informant 1

De som ikke hadde hatt budsjettavvik, hadde likevel gjort seg noen tanker om det kunne få konsekvenser:

*«Jeg har jo fått beskjed om at jeg skal holde budsjettet, og helst ha overskudd. Det hadde jeg jo en gang i en lederavtale. Nå er jo ikke den videreført da. Men jeg har jo holdt*



*budsjettet, så jeg vet faktisk ikke hva som skjer hvis jeg ikke gjør det. Jeg håper jeg slipper å oppleve det. At det skjer noe, det tror jeg jo, men jeg frykter jo at det ikke er så mange tiltak å sette i verk dersom vi ikke klarer det. Altså, aktiviteten stiger jo, det ser jeg, men vi har jo ikke noe mer personellressurser. Så det vil jo bare gå til et visst punkt, og jeg tror ikke vi er langt unna maks.»*

-Informant 2

Min erfaring er også at de skjerpede kravene fra sykehusledelsen medfører en del forventninger fra avdelingslederne. Dette framkommer også i svarene fra informantene. Når de kommer med forslag til tiltak for å redusere budsjettoverskridelser forventer de at de blir hørt på dette.

#### 4.4.3 Hvilke avveininger gjør lederne i det daglige?

På spørsmål om avdelingslederne opplever at krav fra fagmiljøet kommer i konflikt med økonomiske krav, forteller de at de ofte gjør det. Noen av informantene oppgir likevel at de sjelden føler seg presset. De gjør ofte selvstendige vurderinger i forhold til kravene som kommer fra fagmiljøet, og opplever ikke at dette er spesielt vanskelig, selv om de ikke kan imøtekomme alle kravene:

*«Jo, det kommer jo stadig krav fra ansatte om at det og det må vi ha, men jeg kjenner ikke på presset likevel. Det er klart, jeg vil jo også gjerne ha topp moderne utstyr, men det må jo være en forutsetning at vi har bruk for utstyret. Først må jeg sjekke selv hva dette er, og om det er noe vi egentlig har behov for. Hvis jeg får gode argumenter for at dette gir bedre kvalitet, tenker jeg jo kanskje at vi må ha dette likevel. Men jeg må jo få det forankret lenger opp hvis det medfører en kostnad.»*

-Informant 3

Uttalelsene fra informant 1 støtter også dette, og viser at selv om lederne opplyser at de velger kvalitet foran økonomi, så betyr det ikke at de utelukkende lar være å tenke på økonomi når de tar avgjørelser:

*«Ja altså, mine ansatte er jo opplært til at vi skal gi god kvalitet på den behandlingen vi skal gi. Så hvis jeg skal velge, så velger jeg kvalitet. Ja, selv om jeg vet at det går ut over budsjettet. Altså, skal du ha god kvalitet, så går det noen ganger ut over budsjettet. Men jeg vil uansett ikke si at man er ukritisk. Det er mange ting jeg kunne tenke meg å gjøre som fremmer kvalitet, som har kunnet gjort oss bedre, men som ikke gjøres på grunn av økonomiske forutsetninger. Det er jo kvalitetsmessig godt nok til lavest mulig pris som gjelder.»*

Alle informantene opplever at de daglig må gjøre avveininger i forhold til bruk av personellressurser. I svarene framkommer det at hensynet til ivaretagelsen av personalet veier tungt, og at de som regel ikke styres av budsjettet når det gjelder innleie av ekstra personell:

*«Det er ikke økonomien som styrer om vi skal leie inn ekstra personell, det er behovet i avdelingen.»*

-Informant 1

Alle informantene opplever at de har liten grunnbemanning, og at det derfor må leies inn ekstra personell når noen er fraværende. De oppgir at det er liten forståelse i ledelsen høyere opp for denne problematikken:

*«Jeg synes jo at det er litt forutinntatt, det er ikke noen forståelse for de utfordringene vi har. Nesten litt sånn at det her er et budsjettavvik som kommer på bakgrunn av noe som kanskje ikke er et behov. Det er jo ikke sånn at vi har flust med ressurser, og at noen kan være borte uten at det merkes. Det må inn noen ja, og det koster»*

-Informant 1

Samtidig oppgir noen av informantene at de i tidligere situasjoner har valgt å ta hensyn til økonomi og latt være å leie inn ekstra personell, men at dette har hatt sin pris i form av høyt konfliktnivå og sykefravær blant de som er igjen på jobb, og at de av slike årsaker velger å ikke la økonomien styre dette:

*«Hvis det går på bekostning av kvalitet er økonomien mindre viktig, helt klart. Det er ikke dermed sagt at det er uviktig, men det er mindre viktig. Om det hadde gjort det hadde det jo blitt et holoi uten like. Et eksempel er innleie av personell; I fjor kunne jeg sikkert har spart noen kroner på mindre innleie, men da får du jo sykemeldinger fra resten som er igjen på jobb. Nå de står i skvisen mellom arbeidsoppgaver og kapasitet, så er det ikke økonomien de skal være nødt til å tenke på.»*

-Informant 4

#### 4.4.4 Hvordan kommer de skjerpede kravene til syne, og har det påvirket driften?

Informantene oppgir at de har vært involvert i budsjettarbeid og økonomioppfølging tidligere år også. De fleste kunne vise til at de var kjent med at det kom skjerpede krav fra Administrerende direktør i forbindelse med budsjettarbeidet i 2017. Lederne har merket de skjerpede kravene, men ut fra svarene de gir i intervjuet opplever de kravene mer som et rapporteringskrav enn et resultatkrav. Det er strammet inn i forhold til at det skal rapporteres

på egne skjema, og det er korte frister for rapportering som skal overholdes. Det er sågar blitt lagt inn frister for rapportering i ledernes kalender for å sikre at rapporteringen kommer til riktig tid. De opplever altså i stor grad at kravet dreier seg om rapportering av avvik, og at dette er den viktigste endringen:

*«Det ble jo varslet veldig tidlig at det skulle være veldig tett styring og oppfølging i forhold til økonomi og rapportering, og det ser jeg jo at det har blitt. Det er blitt mer struktur rundt den biten at det må rapporteres månedlig, men jeg vet ikke om jeg vil si at det har blitt noe tettere oppfølging sammenlignet med fjoråret.»*

-Informant 1

*«Fokuset har jo økt. Og fokuset blir jo negativt, det er innsparing og innsparing, og problemene er jo når det kommer i konflikt med driften. Du skal ha personell, og du skal ha en beredskap som fungerer, og du skal ha utstyr og så videre. Så er det jo det at det ikke går på bekostning av driften. Det er hele tiden denne balansegangen du jobber med. Jeg har jo merket at det har vært et økt fokus i det siste. Direktøren har tatt noen grep, og varslet at det kommer til å bli strengere, og det kommer til å bli tettere økonomioppfølging. Jeg fikk faktisk påminnelse i dag om at alle lederne skal ha opplæringskurs i økonomirapportering.»*

-Informant 5

Informantene er ganske entydige i at de skjerpede kravene i stor grad oppleves som krav til rapportering, mer enn et krav om å holde seg til de gitte budsjettammer. Så lenge de kan rapportere om årsaker til budsjettavvik, oppfatter de at de har aksept for avvikene. Slik har det vært tidligere, og slik oppfatter de at det fortsatt er:

*«Vi har alltid måttet forklare oss, og det har jo vært fokus på at vi må holde linja. Men så føler jeg jo at det er forståelse hvis vi må gå utenfor ramma, så lenge vi kan forklare hvorfor. Det kan være uforutsette ting man ikke har planlagt, og da er det greit.»*

-Informant 4

Om hvorvidt det har påvirket driften kommer det fram av intervjuene at de i mange år har hatt et fokus på å drive mest mulig effektivt for minst mulig penger. De opplever ikke at de har så mye å gå på i forhold til å kunne drive mer effektivt. Som informant 1 sier om det å drive mer effektivt:

*«Ja, det er jo allerede gjort mange grep, slått sammen til større avdelinger blant annet. Vi vet jo om økonomien, og de utfordringer som ligger, og vi prøver jo så langt som mulig å se muligheter til å løse dette her innenfor minst mulig ressurser. Men jeg opplever ikke per i dag at det er veldig stort spillerom, her er ingen slingringsmonn.»*

Informant 3 uttrykker også at man forsøker så godt man kan å holde fokus på økonomi, men lar ikke de skjerpede kravene i år få så stor betydning. Det følgende sitatet beskriver at økonomi har hatt fokus i lang tid, og at det ikke er noe nytt at man skal drifte avdelingen innenfor de rammene man har, men at det er noen faktorer som ikke lar seg styre i en avdeling med øyeblikkelig hjelp-funksjon:

*«Endringer? Altså, jeg kan jo ikke styre aktiviteten. De aller fleste pasientene kommer jo hit som ø-hjelp. Det blir litt sånn; «Jeg hører hva du sier, men lukker ørene litt». Jeg prøver å holde orden på økonomien så godt som jeg kan, og jeg leier ikke inn ekstra hvis vi ikke trenger det, jeg ser på andre muligheter først. Men jeg sier til de ansatte at står det på hodet her på kveld, natt eller helg, så leier de bare inn. Sånn må det være. Det kan ikke gå på bekostning av liv og helse. Men jeg sier jo også til de ansatte at de må kunne prioritere hvilke oppgaver de må gjøre. Så lenge pasientene får det de trenger så må det være greit. Det er ikke alltid vi kan gi noe ekstra ut over det, og det må vi også tåle. Ekstraomsorgen får vente til neste dag når ting har roet seg ned. Det må de lære seg å være bekvem med, de er nødt til å prioritere. Sånn er det bare.»*

-Informant 3

De fleste informantene oppgir at budsjettavvikene de har hatt i sin avdeling skyldes årsaker som ikke lar seg styre uten at det går ut over kvaliteten på pasientbehandlingen. De oppgir at faglige argumenter stort sett går foran økonomiske krav. De oppgir heller ikke at det har blitt krevd tiltak eller stilt tydelige krav om at driften må endres på områder der det er avvik, for eksempel innenfor valg av legemidler. En av informantene viser derimot til at helseforetaket har satt i verk en del felles endringer og tiltak som alle må forholde seg til:

*«Altså, de avvikene jeg har hatt har det jo vært en årsak til, for eksempel legemidler. Det er jo noen fagmiljø det kan være litt vanskelig med. Det er jo det å få legene til å forholde seg til bestemmelser som kommer, for eksempel om valg av legemidler som vi har avtale på. Legene mener at det er pasienten først, og at retningslinjene er for strenge for valg av legemidler. Og så går de utenfor det som er på avtale. Det er vanskelig å*

*gjøre noe med dette, for det er jo spesialister som bruker sin fagkompetanse. Men det har ikke vært krevd tiltak på min avdeling. De tiltakene som har vært her gjelder for hele foretaket, for eksempel reisestopp og sånne ting. Så vidt jeg kommer på.»*

-Informant 4

#### 4.5 Rapportering/ evaluering

I dette avsnittet ønsker jeg å kartlegge hvordan rapporterings- og evalueringsfasen foregår. Det er av betydning å finne ut av hvordan de skjerpede kravene kommer til syne i forhold til rapportering og evaluering, og om rapportering og evalueringen påvirker nye planer/ budsjett som legges. Det er av relevans å se på om det er kobling mellom denne fasen i styringssirkelen og nye planer som legges.

Avdelingslederne oppgir at de er pålagt å sende inn rapporteringsskjema etter at det månedlige regnskapet er klart. Det rapporteres på standardskjema som skal beskrive inntekter, utgifter, aktivitet, og personellrelaterte faktorer som påvirker driften, for eksempel sykefravær. Årsaker til avvik skal beskrives, og man skal også komme med tiltak som kan bidra til å bringe driften i balanse. Til slutt skal det anslås prognose for året.

##### 4.5.1 Hvorfor rapporteres det?

I intervjuene framkommer det at ingen vet riktig hvordan rapporteringen brukes videre opp i sykehusledelsen. Informantene oppgir at økonomirådgiveren er mottaker av rapporteringsskjemaet, og at det muligens brukes når denne skal rapportere videre til foretakets ledelse. De opplever at det har blitt strengere krav om rapportering, og at det i større grad etterspørres dersom du ikke leverer innen fristen som er varslet. Flere av informantene oppgir at det er lagt inn varsel i kalenderen deres for å sikre at det rapporteres innen frist. De oppgir at det kun er et par dager fra regnskapet er ferdig, til rapporteringsfrist. Det oppleves som kort tid, og det er dermed vanskelig å få gjort en god jobb på dette.

Om opplevelsen av økt fokus på rapportering utdyper informant 4 det slik:

*«Vi rapporterte muntlig i fjor. I år har vi begynt, så det har blitt en endring der ja. I år har vi startet med skriftlig rapportering. Selv om vi hadde en muntlig kommunikasjon rundt dette i fjor tror jeg det fungerte bra. Men som sagt, i år prøver vi å dokumentere at vi har fokus på dette, slik det ble sagt i brevet fra direktør.»*

Informant 4 uttrykker samtidig noe om formålet med rapporteringen:

*«Jeg forstår det slik at økonomirådgiveren informerer videre til ledergruppen. Jeg vil tro at de da går etter avvikene, dessverre, for å si det sann. Jeg vet det jo egentlig ikke, men jeg tror de ser etter avvikene. Jeg skulle jo ønske at de også hadde fokus på det som gikk bra da.»*

En annen informant uttrykker at formålet med rapporteringen er å få godkjenning, eller aksept for avvik. Informanten får sjelden eller aldri tilbakemelding på rapporteringsskjemaet, og tolker dette som at det er «godkjent»:

*«Ikke at jeg vet det, men jeg regner med at det er noen over meg som går gjennom rapportene. Det viktigste for meg er at de vet hvorfor det er avvik hos meg. Så lenge jeg ikke får tilbakemelding på disse, så tenker jeg at da har de tatt det til etterretning, og de har på en måte godkjent avviket og forklaringen.»*

-Informant 6

Informantene oppgir altså at det blir stilt krav i form av rapportering og rapporteringsfrister, men opplever ikke at innholdet har noe særlig verdi i forhold til videre planlegging. En av dem uttrykker at motivasjonen for å gjøre denne jobben svekkes når ikke tilbakemeldingene tas med i videre planlegging:

*«Vi har nå skrevet rapporten, men det har jo ikke skjedd noe særlig etterpå. Man bør jo kjenne at det er noe vits at man gjør det, jeg kan ikke si at jeg har sett noe særlig endring tidligere. Det er nå blitt etterspurt at man gjør det, men hvis jeg ikke har gjort det, er det ingen som har etterspurt det likevel. Så det motiverer jo ikke så veldig da. Litt av poenget blir jo borte når vi bare skal skrive den, men så skjer det ikke noe etterpå. Jeg håper at noen kan se på hvordan vi kan løse tingene vi har rapportert på. Jeg kan jo ha rapportert på den samme tingen et helt år, at det blir overforbruk på grunn av sann og sann, men det skjer jo ikke noe. Jeg har prøvd å si at vi må se på at ikke samme avvik kommer på neste budsjett, men det er jo ikke alltid det blir tatt hensyn til. Jeg håper noen kan se på dette nå, og at vi kan få gehør for endringer.»*

-Informant 2

Dette sitatet viser at det er en forventning om at det skjer endringer. Som en følge av at det blir stilt krav til avdelingslederne om rapportering, følger det også med forventninger fra avdelingslederne om at rapporteringen blir tatt med når det lages nye planer. De har ikke en oppfatning av at forslag som beskrives blir tatt med i det videre arbeidet. Det blir mer en opplevelse at det rapporteres for rapporteringens skyld:

*«Nei, jeg har ikke inntrykk av det det vi rapporterer blir tatt med videre i arbeidet med nye planer. For hvis de har sett det jeg rapporterte om i fjor skulle budsjettet mitt sett annerledes ut. Jeg har ikke erfart at det vi rapporterer blir brukt videre i planleggingen. Budsjettet bygger på gamle planer, tidligere budsjett, det du hadde i fjor.»*

-Informant 1

#### 4.5.2 Rapporteringsansvar eller resultatansvar?

Det er en felles oppfatning blant avdelingslederne at det er legitimt med budsjettoverskridelse så lenge man kan forklare årsakene til dette. Alle informantene oppgir at så lenge de forklarer avvikene, og det er begrunnet med årsaker som de mener de ikke har innvirkning på er det akseptert. Slike årsaker oppgir de blant annet kan være pasienttilstrømning, kostbare legemidler og sykefravær blant personalet. Likevel har de oppfattet kravene om budsjettdisiplin som kom dette året.

*«Det er jo et strengere krav ja, men jeg tror ikke de får så mye ut av det enn tidligere. Jeg tror ikke vi får en bedre økonomi selv om disse kravene er kommet i år. Jeg har ikke endret driften i avdelingen etter at kravene kom. Jeg kan ikke se at vi har så mye å hente. Hvis vi hadde jobbet ineffektivt hadde jeg skjönt at vi måtte gjøre noe. Det eneste jeg har endret på er måten jeg rapporterer på. Der er det jo innskjerpet. Vi blir nok flinkere til å rapportere! For min avdeling er det ikke mer å hente, vi har drevet effektivt lenge. Det er liksom nok nå at vi forklarer hvorfor vi har avvik.»*

-Informant 2

Informant 3 uttrykker det samme på følgende måte:

*«Jeg føler jo at jeg har grei styring med det jeg kan ha styring på. Jeg har ikke opplevd at presset har blitt noe høyere enn det har vært. Vi holder nå fokus på de samme tingene som vi alltid har holdt fokus på. Det er ikke noe særskilt i år. Vi får ikke gjort så mye annerledes, rett og slett, enn å holder fokus på det samme som vi alltid har holdt fokus på.»*

Sitatene viser at kravet om budsjettdisiplin og det tette styringen oppleves av avdelingslederne som et rapporteringsansvar mer enn som et resultatansvar. De fleste informantene oppgir i intervjuet at de driver effektivt, og at de ikke har mer å gå på i forhold til å effektivisere ytterligere. De oppgir at budsjettoverskridelser ikke har fått konsekvenser, selv om det var varslet at det kom til å få det. De fleste mener at de styrer avdelingen slik de alltid har gjort, og de har generelt lite bekymringer i forhold til budsjettavvik. En oppsummerende betraktning fra

en av informantene viser ganske tydelig at de skjerpede kravene ikke oppleves å ha så stor betydning:

*«For å være helt ærlig må jeg bare si at budsjettet er den minste bekymringen jeg har som avdelingsleder. Personaloppfølging tar vel sytti prosent av tiden min som leder. Det er jo den daglige driften det handler om for meg. Så kommer dette med økonomi, det er jo litt sånn man gjør fordi man må. Jeg må nok si at økonomi har en liten plass i min hverdag, dessverre. Man har heller ikke så mye myndighet i forhold til økonomi. Du får en ramme, så blir du bedt om å forholde deg til den. Du har jo ikke noe handlingsrom. Jeg vet ikke.., men jeg har jo veldig lite eierforhold til budsjettet. Jeg har jo heller egentlig ingen utdanning eller opplæring i hvordan jeg skal forvalte mange millioner som jeg har i mitt budsjett. Det blir jo sikkert litt deretter og da..»*

-Informant 5

#### 4.6 Oppfølgingsintervju med administrerende direktør

I samtale med direktøren var det behov for å avklare om kravet om budsjettdisiplin var ment som et reelt krav, eller om det faktisk var et krav om bedre rapportering, slik det har blitt tolket nedover i organisasjonen.

Det ble i samtalen presisert fra direktør at han hadde forventninger om at lederne skulle forholde seg til de tildelte budsjetttrammene, og at god rapportering ikke kunne kompensere for manglende budsjettdisiplin. Det kom også fram i samtalen at det i det videre arbeidet med økonomi og budsjett ville bli stilt de samme kravene.

### 5. Analyse og drøfting av funn

I dette kapittelet foretas det en analyse av den innsamlede empirien med utgangspunkt i teorien som er presentert i kapittel 2. Hovedfunnene presenteres både i lys av et normativt og et institusjonelt perspektiv på teorien.

De viktigste funnene presenteres først. Funn 1 og 2 er direkte svar på forskningsspørsmålene i oppgaven, mens funn 3 og 4 gir en forklaring på hvordan de to første funnene kan forstås, og gir dermed et svar på problemstillingen.

Funn 1: Avdelingslederne opplever kravet om budsjettdisiplin som et krav om bedre rapportering.



Funn 2: Det skjerpede kravene har ikke ført til endring av drift på avdelingene.

Funn 3: Avdelingslederen opplever en hverdag med konkurrerende logikker.

Funn 4: Budsjettoverskridelser oppleves ikke å få konsekvenser.

### 5.1 Avdelingslederne opplever kravet om budsjettdisiplin som et krav om bedre rapportering

Empirien viser at det har vært fokus på forbedring av rapporteringen. Det kan se ut som dette er det kravet som lederne oppfatter som mest håndterbart, i motsetning til budsjettdisiplin og korrigerende tiltak ved avvik. Opplevelsen hos informantene er at rapportering er viktig. De har merket seg at det er et økt fokus på dette, og de tilstreber å forholde seg til frister som er satt.

I følge den ideelle styringssirkelen er rapportering ment å danne grunnlag for framtidige målsetninger. (Pettersen et.al, 2008). Informantene opplever i stor grad at rapporteringen brukes til dokumentasjon av historiske fakta, i stedet for å danne grunnlag for utvikling av nye planer. For at økonomistyringsprosessen skal fungere i praksis må de ulike fasene i styringssirkelen henge tett sammen. (Pettersen et.al, 2008). I dette tilfellet viser empirien at koblingen mellom rapportering/evaluering og nye planer ikke alltid henger sammen, og kan være en forklaring på at det er vanskelig å oppnå eierforhold og lojalitet til budsjettene.

Lederne opplyser at de ofte rapporterer om budsjettoverskridelser i forhold bruk av personell. Min erfaring er at det ved budsjettoverskridelser blir etterspurt tilleggsbevilgninger til for eksempel økte personellressurser, dette viser også empirien. Spørsmålet er om det er mulig å ta hensyn til de tiltakene som avdelingslederne foreslår. Ut fra erfaring og empiri er det her ikke en felles forståelse av hva som forventes gjennomført for å unngå budsjettoverskridelser. Adm. direktør presiserer i intervjuet at lederne er pålagt å komme med tiltak ved budsjettoverskridelser, det er ikke tilstrekkelig med god rapportering. Dette er også i tråd med NPM tenkning, der effektiv ressursutnyttelse, kostnadskutt og budsjettdisiplin er sentralt. (Faforapport 530, 2006). I praksis er det her ikke samsvar mellom hva de ulike aktørene, sykehusledelsen og avdelingslederne, forstår og legger i begrepet budsjettdisiplin.

Det pekes i teorien på begrepet hybridledelse, en ledelsesform som innebærer at leder må kunne forstå regelsettet i ulike organisasjonsformer, og som må kunne forene motstridende krav og interesser. (Berg, Byrkjeflot, Kvåle, 2010). Det kan i mange tilfeller se ut som denne rollen er vanskelig å inneha for ledere på laveste nivå, da hensynet til kvalitet, faget og profesjonene i stor grad kommer før hensynet til økonomi.

Funnene i empirien understøttes også av teorien fra Pettersen et.al (2008), om at regnskap oftest blir brukt i et historisk perspektiv for å forklare avvik, og ikke som argument for å for eksempel endre praksis. (Pettersen et.al, 2008).

Min tolkning av kravet om budsjettdisiplin er at hensikten ikke bare var mer fokus på, og bedre rapportering. Hensikten var etter det jeg erfarer å skape endringer, slik at budsjettet skulle gå i balanse. Dette bekreftes også i samtale med adm. direktør, der han presiserer at kravet om budsjettdisiplin ikke var et krav om bedre rapportering på årsaker til budsjettoverskridelser. Det kan her se ut som det ikke har skjedd endringer i handlinger, kun endringer i rapporteringsdisiplin. Dette funnet underbygger teorier om at rapportering blir brukt som historisk informasjon i stedet for som grunnlag for beslutninger og revisjon av strategiske mål. En slik manglende integrering mellom de ulike fasene i styringssirkelen indikerer at det kan være et styringsproblem. (Pettersen et.al, 2008).

## 5.2 De skjerpede kravene har ikke ført til endring av drift på avdelingene

I innledningen viser jeg til et tydelig krav fra toppledelsen om budsjettdisiplin hos ledere på alle nivå. Jeg tolker dette som tettere styring og høy grad av NPM tenkning, i tråd med utviklingen som har vært i offentlig sektor de senere år. New Public Management (NPM) tenkning vektlegger ledelsesformer fra privat sektor. (Fafo-rapport 530, 2006). Hood (2011) peker på flere særtrekk ved det som karakteriseres som NPM, der toppstyring og stadig større vekt på kostnadskutt og budsjettdisiplin er noen av kjennetegnene.

Informantene oppgir at økt pasienttilstrømning, ekstra krevende pasienter og sykefravær blant personalet er faktorer som fører til budsjettoverskridelser. Så selv om det er blitt tettere styring og krav om budsjettdisiplin, tolker jeg informantene slik at de ikke har gjort noen endringer i den daglige driften. De fleste oppgir at de har for lav grunnbemanning, og at budsjettet deres ikke er realistisk, og dermed tolker jeg det slik at det blir vanskelig å ta på alvor at det skal strammes inn ytterligere. Dette er en kjent strategi. Ledere på ulike nivå i sykehus bruker strategien med å bortforklare avvik, det vil si at man fore eksempel ikke kan styre pasienttilstrømningen.

Lederne erkjenner gapet mellom plan og handling, men avvik og større ressursforbruk aksepteres. I dette ligger det at lederne i realiteten ikke har et konsekvensansvar, men er et rapporteringsansvar. (Pettersen et.al, 2008). Jeg finner i min empiri klare funn som bekrefter denne teorien.

Samtidig tolker jeg svarene slik at lederne opplever å ha lite handlingsrom. Noen oppgir at de bare får utdelt et budsjett som de må forholde seg til, andre har vært mer delaktig i budsjettarbeidet, men har måttet kutte på poster for å få det godkjent. Slik har prosessen vært over flere år. Når det så i år kommer strengere krav om budsjettdisiplin, opplever noen av informantene at det er liten forståelse for de utfordringene de har fordi de mener de har drevet effektivt over mange år allerede, og de erkjenner derfor at de ikke har gjort endringer selv om dette er et krav.

Nyland og Olsen (2017) viser i sin studie til Riksrevisjonens funn fra 2008, som avdekket forhold som liten grad av forpliktelse og eierskap til budsjetter, og forventninger om tilleggsbevilgninger. Mine erfaringer er at det er forhold som tyder på at det fortsatt finnes slike forventninger hos lederne, spesielt i forhold til personellressurser. Funn fra empirien viser at budsjettet i de fleste tilfeller har liten relevans for avdelingslederne i forhold hvordan avdelingen styres. De oppgir at de allerede driver avdelingen sin effektivt, at de har gjennomført innsparingstiltak tidligere, og at det ikke er mer å gå på i forhold til å kutte ytterligere. Flere av informantene oppgir at de har et urealistisk budsjett, og de har hatt liten innvirkning på budsjettet sitt.

De oppgir at de er involvert i budsjettprosessen, og i begynnelsen av prosessen er det mulig å komme med innspill for å få et realistisk budsjett. Men etter hvert i prosessen kommer det krav om nedskjæringer. Noen oppgir også at andre har vært inne i deres budsjett og gjort kutt uten at de selv har vært informert. Lederne gir derfor uttrykk for å ha lite eierforhold til budsjettet sitt. Manglende eierforhold til budsjett i sykehus peker Pettersen et.al (2008) på som en velkjent utfordring. Tradisjonelt sett har budsjettarbeidet blitt oppfattet som en jobb man gjør for administrasjonen. (Pettersen et.al, 2008).

Det kan i dette tilfellet se ut som sykehusledelsen har gjort et forsøk på å endre dette ved å involvere ledere på nederste nivå i større grad, muligens for nettopp at de skal få et større eierforhold til budsjettene sine, og dermed klare å drifte mer kostnadseffektivt. Spørsmålet blir da hvordan dette er mulig når lederne ikke opplever å ha innvirkning på budsjettet? Vi ser helt klart her at det mangler en felles forståelse av hvorvidt budsjettet skal være styrende for hvordan man drifter avdelingen. Empirien viser at lederne gjør så godt de kan for å drifte innenfor gitte rammer, men legger ikke særlig vekt på endring dersom de har budsjettoverskridelser som skyldes faktorer som de mener ikke er mulig å påvirke.

Igjen ser man at det er utfordrende å klare å lykkes med å kombinere ulike forståelsesrammer, slik som Berg, Nordstrand og Kvåle (2010) beskriver hybridledelse. Spørsmålet her blir da hvilke forutsetninger lederne har for å kunne klare å forene disse to regelsettene. Bare to av

informantene har formell lederkompetanse. En av informantene oppgir at det er utfordrende å skulle disponere et budsjett på mange millioner fordi vedkommende mangler kompetanse på området, og heller ikke har fått god opplæring i hvordan dette skal håndteres. Lederen oppgir samtidig at det er lite handlingsrom og eierforhold til budsjettet, og at «det blir litt deretter da...». Pasient- og personaloppfølging tar ifølge informanten sytti prosent av tiden som leder. Man må da stille spørsmålet om hvorvidt avdelingslederne har forutsetninger for å kunne klare å fungere som hybridledere.

Når budsjettmidlene og nivået på foretakenes budsjetter ikke stemmer overens, hender det relativt ofte at de opprinnelige budsjettene må reduseres. Ofte gjøres det på den måten at enhetenes budsjetter reduseres med en viss prosentandel, og da legges det ikke alltid konkrete planer for hvordan dette skal oppnås. Denne måten å jobbe på er med på å redusere koblingen mellom plan og budsjett ytterligere, og budsjettet oppfattes dermed som urealistisk å skulle forholde seg til. (Pettersen et.al. 2008)

Gjennom datainnsamlingen framkommer det at målene til Helgelandssykehuset er lite kjent, og de tillegges liten rolle i forbindelse med budsjettarbeid. Noen avdelinger har utarbeidet egne målsetninger, som bare er delvis sammenfallende med foretakets mål. Avdelingslederne har ansvar for å utarbeide budsjett for sin avdeling, da ofte i samarbeid med økonomirådgiverne. Det er stort sett fokus på tall, og det tas utgangspunkt i fjorårets planer. Det er i denne prosessen lite fokus på strategi og mål.

Som beskrevet i teorikapittelet bygger den ideelle styringssirkelen på fire faser, der det forutsettes at det er en klar kobling mellom sirkelens faser. Budsjettet må bygge på organisasjonens målsetninger for at det skal være formålstjenlig. (Pettersen et.al, 2008). Pettersen et.al (2008) viser til at det innenfor offentlig sektor er registrert problemer med manglende integrering mellom strategi og planer, og slik jeg ser det mangler det en klar kobling mellom disse fasene i styringssirkelen. Funnene viser at det er manglende integrering mellom strategi og budsjett, og jeg tolker det dithen at foretaket kan ha et styringsproblem som følge av dette.

Man kan spørre seg om det er mulig at kliniske ledere kan involvere seg, eller bli involvert på en måte som sikrer denne koblingen? Det er også en mulighet for at det faktisk finnes en kobling mellom planer og budsjett, eller i hvert fall mellom planer og tildelte budsjetttrammer, men at dette ikke er godt nok forankret og kjent lengst nede i organisasjonen. Det er der vi finner lederne med ansvar for fag, en stor mengde personell, og daglig drift. Man kan også snu på det,

og spørre om det er hensiktsmessig at disse lederne blir stilt overfor kravene om streng budsjett disiplin når de har såpass liten kjennskap til mål, og muligheter til å påvirke rammene.

Hvor tett styring det skal være er et strategisk valg ledelsen gjør. (Merchant og Van der Stede, 2012). Funnene i undersøkelsen indikerer at ledelsen utøver tettere styring, og at lederne føler at de er mer involvert i budsjettprosessen. Men selv om involveringen oppleves større, ser man ingen endringer i opplevelsen av innflytelse eller endring av praksis.

Disse funnene samsvarer også med funnene fra Riksrevisjonens studier fra 2008 og 2014. Avdelingslederne har heller ikke utarbeidet planer og beskrivelse av tiltak og formål som samsvarer med overordnede planer, noe som Hoff (2004) sier er faktorer som må være tilstede for å sikre budsjettets kvalitet.

De oppgir at de har utarbeidet egne mål og planer, der de selv har definert hva som er viktig for sin avdeling, for eksempel i forhold til kvalitet. Når oppdragsdokumentet blir gjort kjent for dem, er allerede budsjettet godkjent, og det har ikke vært mulig å bruke kravene og målene der som et grunnlag. Jeg tolker det likevel slik at de gjør sitt beste for å innfri kravene som kommer fra helseforetaket når de blir gjort kjent, selv om de oppgir at de ikke har et budsjett som tar høyde for aktivitetsøkning eller andre kvalitetskrav som krever mer ressurser.

Slik jeg ser det blir det allerede i denne fasen av styringssirkelen litt tilfeldig om man har et grunnlag for å kunne drifte avdelingen innenfor gitte budsjett rammer.

### 5.3 Avdelingslederen opplever en hverdag med konkurrerende logikker

Empirien viser at avdelingslederne ofte står overfor dilemma mellom det å skulle ivareta pasientens behov og det å forholde seg til økonomiske rammer. Informantene er imidlertid ganske tydelige på at de ikke lar økonomien komme foran kvalitet og forsvarlighet, hensynet til pasientene veier tyngst.

Teori rundt styringsdilemma i sykehus har blitt beskrevet som en kamp mellom den medisinske logikk på den ene siden og den økonomisk – administrative logikk på den andre siden. For kliniske ledere i sykehus oppstår utfordringen med å klare å balansere mellom disse logikkene. (Grund, 2006).

Mine informanter oppgir at de aldri lar økonomi komme foran forsvarlighet. Jeg tolker det slik at med forsvarlighet mener de at det alltid må være tilstrekkelig og kvalifisert personell på jobb for å sikre at pasientene får den behandling og pleie som de har krav på. Om noen er fraværende må de erstattes, selv om dette generer overtid som de ikke har dekning for i sitt budsjett. Det framkommer også at de tenker strategisk i forhold til å skåne personellet som er igjen på jobb, for å unngå at de sliter seg ut, noe som erfaringsvis kan øke sykefraværet ytterligere. Dette

stemmer godt med det som Nyland og Pettersen (2004) i sin studie av et stort norsk sykehus avdekket, at fagpersoner har en sterk lojalitet til pasientene, og at budsjettet ikke ble vurdert av fagpersonene til å ha stor betydning for avgjørelser som skulle tas. Det at lederne tenker at de skal skåne personalet for å unngå ytterligere fravær, som igjen fører til ytterligere kostnader, tolker jeg dit at de viser evne til strategisk tenkning. De etterlyser jo nettopp at de skulle vært mer involvert i planlegging i forbindelse med budsjettarbeid, og dette er funn som kan tyde på at det ville vært fornuftig med større involvering og påvirkningsmuligheter.

Samtidig som de oppgir at økonomi aldri går foran forsvarlig pasientbehandling, viser likevel empirien at de gjør egne selvstendige avveininger i forhold til krav som kommer fra fagfolket de leder.

De oppgir at budsjettet ikke er styrende når det gjelder innleie av personell, men at det er styrende i en del andre situasjoner. En av informantene trekker fram innkjøp av utstyr som et eksempel. Han står overfor krav fra fagfolket om nytt utstyr, men lar seg ikke automatisk presse til å argumentere for at avdelingen skal få nytt utstyr. Han gjør egne avveininger før han eventuelt prøver å få forankring i sykehusledelsen for innkjøpet. I dette tilfellet viser lederen en lojalitet til økonomien, ikke bare til fagfolket. Dette viser at den økonomiske logikken på enkelte områder har trengt ned i organisasjonen.

Teorien til Strand (2007) sier at faglederen i en ekspertorganisasjon har en viktig rolle i beslutninger som tas. Den viktige rollen går ut på å kunne forklare sine kollegaer hvorfor deres fagsynspunkter må settes til side på grunn av krav om økonomisk måloppnåelse. (Strand, 2007). På den andre siden opplever en av informantene at det er utfordrende å få fagfolk til å forholde seg til det som er bestemt. Informanten viser for eksempel til vedtatte innkjøpsavtaler på kostbare legemidler. Han oppgir at han er klar over at enkelte faggrupper ikke forholder seg til avtalen, men sier at det er vanskelig å gjøre noe med når fagpersonene bruker sin fagkompetanse til å overprøve bestemmelsen som er gjort.

Her opplever lederen dilemma mellom det å forholde seg til administrative bestemmelser eller la hensynet til fagfolket og pasienten komme først. Det er vanskelig for lederen som ikke har samme fagprofesjon som alle ansatte å skulle overprøve de ansatte i slike tilfeller. Dette illustrerer de utfordringene som avdelingslederne står overfor i det daglige, og viser som Grund (2006) beskriver, spenningen mellom de to logikkene som gjør lederskap i sykehus så vanskelig. I teorien beskriver Grund (2006) at kjernen i den medisinske logikk er at den medisinske utvikling følger sin egen logikk styrt av vitenskapelige metoder og oppdagelser, ny teknologi, behandlingsmuligheter og økt spesialisering. Kjernen i den økonomiske logikk er at

sykehus er politisk-administrative institusjoner som må tilpasses økonomiske rammer. Nye metoder kan ikke automatisk tas i bruk, fordi det må prioriteres ut fra nytte-kostnad-vurderinger. (Grund, 2006).

Sue Llewellyn (2001) bruker metaforen «Two-Way Window» for å forstå hvordan fagpersoner som ledere må agere både i ledelsesverden og den medisinske verden. Hun beskriver denne rollen som en grenseledelse mellom fagledelse og generell ledelse. Mine funn i empirien viser at lederne stadig står overfor slike dilemmaer.

På den ene siden oppgir de at det er så mange faktorer som de ikke rår over, som styrer hvordan de må drifte avdelingen. På den andre siden har de krav om budsjettdisiplin til rammer de ikke opplever å ha særlig innvirkning på. Det å klare å være en god leder som kan fungere som en oversetter mellom den medisinske verden og ledelsesverden har jeg erfart kan være vanskelig, og det understøttes også av empirien min. Llewellyn (2001) viser til at lederne velger å dekkoble i stedet for å koble. De snakker om økonomi oppover i organisasjonen, men kun om fag nedover til de ansatte. De skjærer de ulike verdenene for å unngå en slik ambivalens.

#### 5.4 Budsjettoverskridelser oppleves ikke å få konsekvenser

Innledningsvis viser jeg til melding på intranett og e-post til alle lederne, der krav om budsjettdisiplin, korrigerende tiltak ved avvik og påfølgende rapportering.

Som tidligere beskrevet viser jeg til at lederne har lagt stor vekt på rapportering, og mindre vekt på korrigerende tiltak. Det kan synes som at ledelsen også har vektlagt dette kravet, bevisst eller ubevisst. Det er i hvert fall blitt oppfattet slik av alle informantene.

Ettersom det er lagt inn en del føringer på dette området, for eksempel varsel i kalender om rapporteringsfrist, og korte frister for rapportering, så kan det virke som at dette har hatt størst fokus, og at korrigerende tiltak har blitt mindre viktig.

Ingen av informantene har opplevd at budsjettoverskridelser har fått konsekvenser så langt. Så lenge budsjettoverskridelsene skyldes forhold som kan forklares, oppgir informantene at det er en aksept for dette.

Studien av Nyland og Olsen (2017) viser at Riksrevisjonens funn fra 2014 peker på at det i økt grad ble etterspurt *forklaringer* på budsjettavvik, men ikke *oppfølging* av avvik. Dette er sammenfallende med det jeg har erfart. Ut fra intervjuet med adm. direktør var det ikke dette som var hensikten. Her har budskapet blitt tolket på en annen måte, og det kan se ut som det er behov for å skape en felles forståelse av det opprinnelige budskapet.

Pettersen et.al (2008) viser til at regnskap oftest blir brukt i historisk perspektiv for å forklare avvik, og ikke som et argument for å for eksempel endre praksis. (Pettersen et.al, 2008).

Min erfaring er at budsjettoverskridelser i mange tilfeller skyldes forhold som kan forklares ut fra krav om kvalitet og forsvarlighet i pasientbehandlingen.

Samtidig oppgir noen av informantene at de har lite kompetanse på økonomi, de har ingen utdanning eller opplæring i hvordan de skal forvalte mange millioner, som en av dem oppga i intervjuet. Lederne opplever også å ha lite muligheter til å endre praksis fordi de oppgir knapphet på ressurser i utgangspunktet. Når det da skjer endringer i pasienttilstrømning eller de får krav om å unngå fristbrudd står de i dilemmaet mellom å gi forsvarlig god pasientbehandling med de konsekvenser det får for budsjettet, eller forholde seg til budsjettet. De velger i slike tilfeller utelukkende å la hensynet til pasientene komme først.

Ut fra et pasientperspektiv er dette bra, men spørsmålet er om man klarer å etablere en felles forståelse av dette, slik at hele lederlinjen kan forstå dette likt. Så lenge man opplever at budsjettoverskridelser ikke får konsekvenser vil man etter det jeg har erfart heller ikke endre praksis.

Llewellyn (2001) peker på viktigheten av gjensidig forståelse mellom fagfolk og ledere. Tradisjonelt har klinikere med sin profesjonslogikk operert ut fra hva som passer dem, mens lederne som har sin bakgrunn fra markedslogikk har vært opptatt av konsekvenser. Dette har gjort det vanskelig å oppnå gjensidig forståelse mellom fagfolk og ledere. (Llewellyn, 2001). Jeg tolker informantene slik at det er vanskelig å skulle endre praksis nettopp fordi de allerede opplever at de styrer avdelingen innenfor knappe ressurser.

En av informantene nevner at kravet som kom i år virker forutinntatt, og at det er manglende forståelse for de utfordringene de har. Spørsmålet er da om man ikke har klart å formidle dette til sykehusledelsen, eller om det mangler en felles forståelse for de utfordringene som finnes. Llewellyn (2001) peker i sin studie på en ny type ledere som har evne til å oversette både det medisinske språket og det økonomiske språket, som skaper dialog mellom de to ulike verdener for slik sett å kunne bidra til å sikre felles måloppnåelse. (Llewellyn, 2001).

I organisasjonen jeg studerer er økonomiansvaret i stor grad lagt på kliniske ledere på nederste nivå. Min erfaring er at flere andre organisasjoner ikke har lagt dette ansvaret på kliniske ledere. Pettersen et.al (2008) peker på at man trolig vil se et økt fokus på økonomistyring på laveste ledernivå, det operative nivået. (Pettersen et.al, 2008). Dette er også i tråd med NPM tenkning og det som Berg, Nordstrand og Kvåle (2010) beskriver som hybridledere.

Spørsmålet er igjen om lederne på dette nivået har forutsetninger for å kunne være en slik oversetter, eller om ansvaret burde vært skjøvet lenger opp i lederlinjen. Klarer disse lederne å



ta et helhetsansvar, eller blir de seg selv nærmest fordi de kun kjenner sin egen avdeling godt nok?

Empirien viser at kliniske ledere står overfor mange krav, og at kvalitet i pasientbehandlingen alltid har førsteprioritet. Jacobsen og Thorsvik (2016) snakker om «organisatorisk hykling», når de ansatte gjør arbeidsoppgavene slik de mener det bør gjøres, uten å ta hensyn til bestemmelser og retningslinjer nedfelt i formelle mål og strukturer. De hevder at det sannsynligvis pågår en slik dekobling på lavere hierarkiske nivåer i organisasjoner.

En av informantene oppga i intervjuet at det blir litt sånn at «jeg hører hva du sier, men lukker ørene litt». Dette utsagnet tolker jeg som et symbol på at man hevder å ha tatt en bestemmelse til orientering, men man gjør likevel som man alltid har gjort. Jeg tolker det slik at årsakene til en slik holdning ikke nødvendigvis ligger i manglende *vilje* til å gjøre endringer, men derimot manglende *evne*; de har ikke forutsetninger til å gjøre endringer fordi de oppgir at budsjettet allerede er så stramt at det ikke er rom for ytterligere besparelser.

I teorien beskrives rapporteringsansvar versus et reelt konsekvensansvar. Ledere i sykehus erkjenner gapet mellom plan og handling, men uklarheter i årsak og virkning, og mangel på kontrollbarhet gjør at avvik og større ressursforbruk aksepteres. De sitter med informasjon og kunnskap om hva som har skjedd, og gir ofte forklaringer som ikke kan overprøves av andre. (Pettersen et.al, 2008)

## 6. Konklusjon og implikasjoner

I min undersøkelse har jeg stilt spørsmål om hvordan avdelingsledere opplever de skjerpede kravene til budsjettdisiplin, hvordan de skjerpede kravene kommer til uttrykk og om den tette styringen har ført til endring av praksis på avdelingene. Studien er gjort blant et utvalg avdelingsledere ved Helgelandssykehuset HF. Mine analyser vil forhåpentligvis kunne bidra til at ledere på ulike nivå i organisasjonen kan bli bedre i stand til å forstå hverandres utfordringer, og kanskje utvikle arena der man både tar inn den medisinske logikk og den økonomiske logikken, og utvikler de viktige lederne som kan være oversettere av de ulike språkene. Mine konklusjoner må imidlertid tolkes med en viss forsiktighet, da det er et relativt lite materiale, og kun gir et øyeblikksbilde av situasjonen.

For å forstå hvordan økonomistyringen ut fra et normativt perspektiv bør henge sammen valgte jeg å ta utgangspunkt i den ideelle økonomiske styringssirkelen. Undersøkelsen viser at de fire fasene ikke oppleves som sammenkoblede, slik det ideelt sett burde vært, vi finner en dekobling mellom fasene. Dette er i tråd med institusjonell teori, som viser hvordan praksisen *egentlig* er.

Det er ingen tvil om at avdelingslederrollen er krevende. Å skulle sjonglere mellom kravene fra de ansatte og pasienter, og kravene fra sykehusledelsen. Disse oppleves mange ganger som motsetningsfylte. Lederne etterspør forståelse for deres hverdag, og de ulike dilemmaene de opplever.

Ut fra empiri og analyse ser man at kravene om budsjettdisiplin har trent ned i organisasjonen. Men til tross for de skjerpede kravene, oppgir lederne at de alltid har forsøkt å drifte avdelingen med lavest mulig kostnad. De opplever i stor grad at kravene ikke er forenlig med allerede begrensede budsjetttrammer. De opplever å ha liten påvirkningsmulighet og lite handlingsrom i forhold til sine budsjetter. Altså, de mangler eierskap til budsjettene sine. De gir også uttrykk for at de mangler kompetanse innenfor økonomistyring, og heller ikke har hatt noe særlig opplæring i hvordan de skal forvalte sitt budsjett.

I noen tilfeller velger de da å dekkle seg, de registrerer kravene som kommer, men praksisen endres ikke. Det viktigste funnet i undersøkelsen viser at de da velger å levere på det området de har best kontroll over – rapporteringen. De har god oversikt over historiske data, og prioriterer å gjøre denne jobben. De opplever at dette blir akseptert, til tross for strenge føringer om budsjettdisiplin i kravet som kom. I rapporteringen vises det til årsaker til budsjettoverskridelser, og det ligger også forventninger om tilleggsbevilgninger. Praksis endres i liten eller ingen grad, og de opplever heller ikke at budsjettoverskridelser får konsekvenser. Her ser vi at budskapet om budsjettdisiplin er blitt oversatt nedover i organisasjonen til «rapporteringsdisiplin».

Dersom avdelingslederne fortsatt skal stilles overfor samme ansvar framover tenker jeg ut fra mine funn at det er viktig å skape en felles forståelse for de målene helseforetaket skal nå. Det bør utvikles en arena for læring og kompetanseheving innenfor økonomistyring, der oversetting og operasjonalisering av kravene står sentralt, slik at de får en mening for hver enkelt avdelingsleder.

Funnene i undersøkelsen viser også at avdelingslederne opplever at toppledelsen har liten forståelse for de utfordringene de står overfor i presset mellom å levere faglig gode tjenester, og stram budsjettdisiplin. For å kunne skape felles forståelse for målene vil det være av stor betydning at alle ledernivå blir lyttet til, og slik sett kan klare å jobbe mot samme mål.

## Referanser

- Berg, Laila Nordstrand, Byrkjeflot, Haldor, & Kvåle, Gro «Hybridledelse i sykehus-en gjennomgang av litteraturen» Nordiske Organisasjonsstudier, 3, 2010.
- Bush T., Johnsen K., Klausen K. Klaudi, og Vanebo J.O «Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser». Universitetsforlaget, 2011. 3. utgave
- Fafo-rapport 530 «Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990 – 2004», 2006
- Grund, Jan «Sykehusledelse og helsepolitikk – dilemmaenes tyranni». Universitetsforlaget, 2006.
- Grund, Jan «Styring og ledelsesutfordringer i norske sykehus». 2007
- Hoff, Kjell Gunnar «Budsjettering – taktisk økonomistyring». Universitetsforlaget, 2004. 3. utgave
- Hood, Christopher «The «New Public Management» in the 1980s: Variations on a theme» Accounting, Organisations and Society, Vol. 20, No 2/3, pp 93-109. 1995.
- Jacobsen, Thorsvik «Hvordan organisasjoner fungerer». Fagbokforlaget, 2016. 4. utgave.
- Johannesen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. «Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode». Abstrakt forlag, 2016. 5. utgave.
- Johansson, T og Siverbo, S «The appropriateness of tight budget control in public sector organizations facing budget turbulence» Management Accounting Research, 25(4), 271-283. 2014
- Llewellyn, Sue «Two-way Windows”: Clinicians as Medical Managers. Organization Studies, 2001, vol. 22/4.
- Merchant, K.A og Van der Stede, W.A «Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives» Pearson Education, Harlow, UK. 2012.
- Nyeng, Frode «Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori». Fagbokforlaget, 2018. 2. opplag.

Nyland, K, Olsen, T.E «*Tettere styring i helseforetakene?*» En studie av mellomlederes holdninger til økonomistyring 2008 – 2014. 2017.

Nyland, K, Pettersen, I.J «*The control gap: The role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings*». Health Organisation Research Norway . HORN Working paper 2004:5.

Pettersen, Magnussen, Nyland, Bjørnenak «*Økonomi og helse*». Cappelen akademisk, 2008. 1. utgave.

Sending, Tangnes, Gjønnnes «*Driftsregnskap og budsjettering*». Fagbokforlaget, 2007. 2. utgave.

Strand, Torodd «*Ledelse, organisasjon og kultur*». Fagbokforlaget, 2007. 2. utgave

## Figuroversikt

Figur 1: Den ideelle økonomiske styringssirkelen (Pettersen et.al, 2008) s. 11

Figur 2: De fire verdener i økonomisk styring (Pettersen et.al, 2008) s.16

## Tabelloversikt

Tabell 1: Kjennetegn ved NPM (Hood, 1995) s. 14

Tabell 2: Utførte intervjuer, s. 23

## Vedlegg 1: Søknad og godkjenning om spørreundersøkelse



Til  
Administrerende direktør Helgelandssykehuset HF

### **Forespørsel om forskningsundersøkelse**

I forbindelse med mitt masterstudie, MBA Helseledelse ved Nord Universitet, henvender jeg meg til deg med forespørsel om å få tillatelse til å gjennomføre intervju av 6 avdelingsledere i Helgelandssykehuset. Det vil være kvalitative intervju, og hvert intervju er berammet med 60 minutter. Jeg ønsker å ha intervjuobjekter fra alle tre sykehusenhetene, og vil velge ut ledere med minimum 2 års erfaring som leder i Helgelandssykehuset.

Alle intervjuobjektene må samtykke til deltakelse.

Tema for min masteroppgave er Økonomistyring, og jeg ønsker å studere hvordan ledere på laveste nivå, det vil si avdelingsledere i Helgelandssykehuset, utøver økonomistyring. Jeg ønsker å vite hvilken kompetanse de har, og hvordan de forholder seg til de økonomiske kravene til helseforetaket.

Hovedproblemstillingen min er som følger:

«Økonomistyring – Hvilken kompetanse har avdelingslederne, og hvordan utøves økonomistyringen?»

I oppgaven, og i forbindelse med utarbeidelse av intervjuguide ønsker jeg å bruke en del av de dokumentene som er utsendt til alle ledere i forbindelse med budsjettarbeidet 2018, blant annet budsjettdokument fra desember 2017 utsendt fra økonomisjef. Håper at dette også er i orden.

Jeg setter pris på en rask tilbakemelding.

På forhånd tusen takk!

Mvh

Elin Rasmussen Grønvik  
Mastergradsstudent helseledelse  
Nord Universitet

Grønvik Elin Rasmussen

Deres ref.: Vår ref.:  
2018/541

**Svar på forespørsel om forskningsundersøkelse**

Viser til din forespørsel av 02.02.2018.

Saken ble formelt behandlet i ledermøte 6. mars og godkjent.

Vi ønsker gjerne en kopi av din masteroppgave når denne er ferdigstilt.

Jeg ønsker deg lykke til med studiet.

Med vennlig hilsen

Fred A. Mürer

konst. adm. dir

## Vedlegg 2: Informasjon om spørreundersøkelse

### **Forespørsel om deltakelse på intervju i forbindelse med masteroppgave**

Jeg er student ved Nord Universitet, og tar studiet MBA – Helseledelse, samtidig som jeg jobber som områdesjef kirurgi ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Jeg jobber nå med min masteroppgave der tema er økonomistyring hos kliniske ledere i Helgelandssykehuset.

I den forbindelse ønsker jeg å gjennomføre intervjuer med utvalgte avdelingsledere med bred erfaring fra jobb som leder i Helgelandssykehuset.

Problemstillingen i oppgaven er som følger:

«Hvordan opplever avdelingsledere i Helgelandssykehuset de skjerpede kravene til budsjettdisiplin?»

#### **Bakgrunn og formål**

Gjennom min mangeårige arbeidshverdag som leder i sykehus har jeg erfart det presset man tidvis står i mellom å levere faglige gode tjenester og samtidig holde seg innenfor knappe økonomiske rammer. Sykehusavdelinger ledes stort sett av personer med profesjonsutdanning. Som fagperson skal du som leder sørge for at faget ivaretas og utvikles, samtidig som du som leder må forholde deg til økonomiske styringskrav.

På bakgrunn av dette ønsker jeg å finne ut av hvordan de skjerpede kravene til budsjettdisiplin oppleves hos de kliniske lederne, *avdelingslederne*.

#### **Hva innebærer deltakelsen**

Det vil bli gjennomført et intervju på ca 60 minutter. Tid og sted blir vi enige om, men mitt ønske for gjennomføring av samtalene vil være mellom uke 15-17. Det vil bli gjort opptak og tatt notater under intervjuet. Det er søkt om godkjenning av dette arbeidet til administrerende direktør i Helgelandssykehuset, og denne er godkjent.

Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Notater vil bli tilintetgjort og lydopptak slettes etter at oppgaven er ferdig.

Min rolle i denne sammenhengen er student.

Deltakelsen er frivillig, og du vil når som helst ha mulighet til å trekke deg underveis uten å måtte begrunne dette. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD.

Veileder er Kari Nyland, professor ved NTNU, Trondheim, tlf. 92850786.

Jeg håper du svarer positivt på min henvendelse!

Om du har spørsmål kan jeg kontaktes på telefon 99251664, eller på epost

[Elin.rasmussen.gronvik@helgelandssykehuset.no](mailto:Elin.rasmussen.gronvik@helgelandssykehuset.no)

Vedlagt følger en samtykkeerklæring som jeg ber deg underskrive, og sende tilbake til meg.

Jeg vil også ta kontakt med deg pr. telefon etter at du har fått denne skriftlige forespørselen.

Med vennlig hilsen

Elin Rasmussen Grønvik

Masterstudent i helseledelse

Nord Universitet.



## Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Inger Johanne Pettersen  
Postboks 1490  
8049 BODØ

Vår dato: 12.04.2018 Vår ref: 59971 / 3 / BGH Deres dato: Deres ref:

### Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.03.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

#### Vurdering

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

#### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

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

#### Veiledning

##### Krav til informert samtykke

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

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

59971 Økonomistyring hos kliniske ledere i Helgelandssykehuset

Behandlingsansvarlig Nord universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Inger Johanne Pettersen

Student Elin Rasmussen Grønvik

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

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

Forskningsetiske retningslinjer

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

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema. Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet. Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#). Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt. Ved prosjektslutt 20.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

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

Hvis utvalget har taushetsplikt

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

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

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

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

Vennlig hilsen  
Marianne Høgetveit Myhren  
Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / [Lasse.Raa@nsd.no](mailto:Lasse.Raa@nsd.no)