

Helene Vatn Takala

# Økonomistyring i helseforetak

En kvantitativ studie av utviklingen i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen

## Management accounting in health enterprises

A quantitative study of the development within middle manager's attitude towards the management accounting process

**MASTEROPPGAVE - Økonomi og administrasjon/siviløkonom**

**Trondheim, mai 2016**

Hovedprofil: Økonomistyring

Veileder: Kari Nyland og Tor-Eirik Olsen



**NTNU**

Handelshøyskolen i Trondheim

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.

Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.



## Forord

Denne avhandlingen er skrevet som en avslutning på et toårig masterstudium i økonomi og administrasjon ved Handelshøyskolen i Trondheim. Avhandlingen utgjør 30 studiepoeng av fordypningsprofilen økonomistyring.

Arbeidet med avhandlingen har vært krevende, spennende og lærerikt, og gjennom prosessen har jeg fått et interessant innblikk i utviklingen av økonomistyring i helsesektoren, hovedsakelig tilknyttet endringer i mellomleders holdninger til økonomistyringsprosessen.

Jeg vil gjerne rette en stor takk til mine to veiledere, Kari Nyland og Tor-Eirik Olsen, som har stilt opp gjennom hele prosessen med gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger. De har bistått med mye informasjon, gode råd og vist interesse for avhandlingen. Videre ønsker jeg å takke Helene Stjern Flakne og Liv-Anita Grette for gode samtaler og hyggelige stunder på grupperommet gjennom prosessen. Til slutt ønsker jeg å takke mamma, pappa, mine to lillesøstre, og min samboer, for å ha holdt ut med meg, støttet meg og kommet med gode ord og innspill underveis i prosessen.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, mai 2016

---

Helene Vatn Takala



## Sammendrag

Utgifter til helsetjenesten har utgjort en stor andel av de offentlige utgiftene i Norge i mange år. Helsesektoren har vært en sektor preget av store underskudd, noe som ikke er bærekraftig. I perioden 2002 til 2008 overskred de regionale helseforetakene samlet sett eiers økonomiske styringskrav. Riksrevisjonen (2009a), Riksrevisjonen (2009b) finner at det er uakseptabelt at de regionale helseforetakene over flere år ikke tilpasser seg de økonomiske rammene, og peker på at økonomien i helseforetakene ikke er tilfredsstillende. De siste 20 årene har helsemyndighetene vist en sterk reformiver, for å løse utfordringene i helsesektoren og tydeliggjøre ansvar i helseforetakene.

Helsesektoren har i flere år vært preget av styringsutfordringer, hvor det har vært fokus på reformer for å prøve å løse disse. Fra 2009 har helseforetakene samlet sett gått med overskudd. Årsaken til et slikt skifte kan være flere, men formålet med denne studien er å finne indikasjoner på endringer i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen i perioden 2008 til 2014. Følgende problemstilling er formulert:

*Hvilke endringer kan vi observere i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen i helseforetak?*

Min studie bygger på to spørreundersøkelser gjennomført av Riksrevisjonen i 2008 og 2014. Disse sekundærdataene blir analysert ved hjelp av metodeverktøyet SPSS.

Studien gir indikasjoner på at det i en viss grad har skjedd endringer i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen i perioden 2008 til 2014. Funnene viser at mellomleders forutsetninger til å kunne oppnå god økonomistyring har endret seg, hvor en større andel mellomledere rendyrker lederrollen i større grad. Mellomlederne opplever i større grad å både ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å styre enhetens økonomi, og opplever økonomimedarbeideren mer som en ressurs. Andelen av mellomledere med lederavtaler har økt, men likevel er det ingen forskjell i hvorvidt de opplever at avtalen bidrar til effektiv styring. Hovedfunnene er at mellomleder i større grad opplever forpliktelse til budsjettprosessen, gjennom økt opplevd planmessighet i prosessen og større grad av medvirkning. Det er ingen indikasjoner på at mellomleder oppfatter budsjettprosessen som mer realistisk. Mellomleder opplever større grad av formalisme i oppfølgingen, men det er ingen forskjell i hyppighet i oppfølgingen innen andre områder. Videre viser funnene at mellomleder opplever sin leder som mer proaktiv ved budsjettavvik og at det er et større fokus på læring når slike avvik oppstår.



## **Abstract**

In Norway, the costs of health care have accounted for a large share of public expenditure for several years. The health sector has been characterized by large deficits, which is unsustainable. The financial requirements from the Norwegian government was exceeded from 2002 to 2008. The survey on management control in health enterprises carried out by Riksrevisjonen finds that it is unacceptable that the regional health enterprises over several years do not adapt the financial framework. In addition, they point at the economy of the health enterprises as not satisfactory. However, during the last 20 years the Norwegian government has introduced large changes in the management of hospitals. With these reforms they have tried to solve the challenges in the health sector and clarify responsibilities in the health enterprises.

As mentioned, the health sector has in several years been characterized by governance issues and reforms, which focus have been on resolving these issues. The health enterprises have collectively been profitable since 2009. There are several possible reasons for this change. However, the purpose of this paper is to find indications of changes in the middle management's attitude regarding the management accounting process in the period 2008 to 2014. The following problem has been addressed:

*Which changes can we observe in middle manager's attitude towards the management accounting process within the health enterprises?*

My paper is based on two surveys carried out by Riksrevisjonen in 2008 and 2014. These secondary data were analyzed by using the statistical tool SPSS.

The study indicates a change in the attitude of middle managers regarding the management accounting process between 2008 and 2014. The findings show that the middle managers qualification to achieve good management accounting has changed, where a bigger share cultivates leadership. The middle managers experience greater expertise and capacity to govern the economy. In addition, they regard the economy employee as a resource. My main findings show among other things that middle managers experience greater commitment to the budget process. However, there are no indications that they perceive the budget process as more realistic. Middle managers experience a greater degree of formalism in the follow-up, however, there is no difference in the frequency of follow-up in other areas. The findings also show that the middle managers perceive their leader as more proactive and that there is a greater focus on learning.





# Innholdsfortegnelse

Forord .....	I
Sammendrag .....	III
Abstract .....	V
Tabelloversikt .....	IX
Figuroversikt .....	IX
1 Innledning .....	1
1.1 Konkretisering av oppgaven og begrepsavklaring .....	3
1.2 Oppgavens struktur .....	4
2 Teori .....	5
2.1 Økonomistyring i helseforetak – prosesser og utfordringer .....	5
2.1.1 Strategisk planlegging .....	7
2.1.2 Planlegging og budsjett .....	7
2.1.3 Handling (drift og måling) .....	7
2.1.4 Rapportering og evaluering (oppfølging) .....	8
2.1.5 Styringsutfordringer i helseforetak .....	8
2.2 Ulike syn på mellomleders rolle i økonomistyringen .....	11
2.3 Tiltak – økt fokus på ansvar og økonomistyring .....	13
2.4 Operasjonalisering av problemstillingen .....	14
3 Metode .....	19
3.1 Forskningsdesign og –metode .....	19
3.2 Datamateriale .....	20
3.2.1 Populasjon og utvalg .....	21
3.3 Operasjonalisering av variabler .....	22
3.3.1 Operasjonalisering av mellomleders forutsetninger .....	23
3.3.3 Operasjonalisering av planleggings- og evalueringsfasen .....	25

4	Resultat og analyse.....	31
4.1	Kartlegging av forutsetninger ved mellomleder .....	31
4.1.1	Oppsummering av mellomleders forutsetninger .....	35
4.2	Kartlegging av mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen.....	36
4.2.1	Planleggingsfasen.....	37
4.2.2	Evalueringsfasen .....	40
5	Konklusjon .....	43
5.1	Begrensninger og videre forskning.....	45
6	Referanseliste .....	47
7	Vedlegg .....	51
7.1	Spørsmålsoversikt.....	51
7.2	Notesystem .....	53
7.3	T-tester.....	67

## **Tabelloversikt**

Tabell 1 – Utvalg og svarprosent .....	21
Tabell 2 – Forpliktelse: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test .....	25
Tabell 3 – Forpliktelse: Roterte faktorladninger .....	26
Tabell 4 – Realistisk: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test .....	27
Tabell 5 – Realistisk: Roterte faktorladninger .....	27
Tabell 6 – Tettere oppfølging: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test .....	28
Tabell 7 – Tettere oppfølging: Faktorladninger .....	28
Tabell 8 – Konsekvenser og oppfølging: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test.....	29
Tabell 9 – Konsekvenser og oppfølging: Roterte faktorladninger .....	29
Tabell 10 – Fordeling mellom klinisk arbeid og ledelse - Leger/sykepleiere .....	31
Tabell 11 – Opplever mellomleder å ha tilstrekkelig kompetanse? .....	32
Tabell 12 – Opplever mellomleder å ha tilstrekkelig kapasitet? .....	33
Tabell 13 – Opplever mellomleder økonomimedarbeideren som en ressurs? .....	34
Tabell 14 – Opplever mellomleder at lederavtalen bidrar til effektiv styring? .....	35
Tabell 15 – Planmessighet og medvirkning .....	37
Tabell 16 – Erfaring og aktivitet og kapasitet .....	39
Tabell 17 – Formalisme og hyppighet i oppfølging .....	40
Tabell 18 – Proaktivitet og læring .....	41

## **Figuroversikt**

Figur 1 – Korrigert økonomisk resultat for regionale helseforetak (2002-2014).....	2
Figur 2 – Den ideelle økonomiske styringsprosessen (Anthony og Young (2003)).....	6
Figur 3 – Tilpasset versjon av den ideelle økonomiske styringsprosessen .....	36



# 1 Innledning

Helsetjenester utgjør en stor andel av de offentlige utgiftene i Norge. I 2016 utgjør utgifter til regionale helseforetak omtrent 11,3 % av de totale utgiftene i Statsbudsjettet (Prop. 1 S (2015-2016), 2015). Dette er nesten tre ganger forsvarets budsjett, og mer enn det som er totalt avsatt til transport og kommunikasjon, høyere utdanning og fagskoler, barnetrygd og kontantstøtte, og påtalemyndighetene. Disse tallene viser at helsesektoren utgjør en stor og viktig del av samfunnet vårt, og det er viktig at midlene forvaltes på en god måte. I helsesektoren møter den økonomiske tankegangen profesjonens verden og det er nødvendig å integrere økonomisk teori i de faglige disposisjonene.

«Økonomistyring i helseforetakene er ikke tilfredsstillende» (Riksrevisjonen, 2009b).

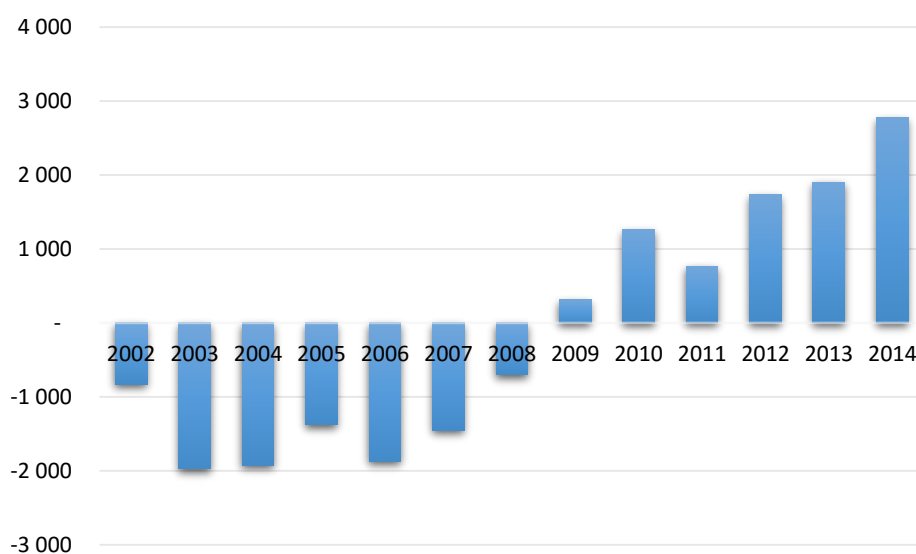
I perioden 2002 til 2008 har de regionale helseforetakene samlet sett overskredet eiers økonomiske styringskrav. Riksrevisjonen (2009b) finner at det ikke er akseptabelt at de regionale helseforetakene over flere år ikke tilpasser seg de økonomiske rammene som Stortinget årlig vedtar å bruke til spesialhelsetjenesten. De har vist til flere utfordringer med økonomistyringen i helsesektoren (Riksrevisjonen, 2009a). Det er lav forpliktelse til budsjettprosessen, noe som preger hvorvidt ledere får større eierskap til eget og helseforetakets budsjett. Forventninger om tilleggsbevilgninger gjør at de økonomiske rammene ikke oppfattes som endelige, og at budsjettprosessen ikke tas tilstrekkelig alvorlig. Et annet problem er mangel på kompetanse innen økonomi, og kapasitet blant mellomledere for å oppnå god økonomistyring. I tillegg pekes det på at planleggingen ikke er tilstrekkelig, og at det er behov for å i større grad ta i bruk indikatorer som kobler informasjon om aktivitet og ressursbruk. Videre påpekes viktigheten av at det kliniske personellet har forståelse og aksept for, og vilje til å gjennomføre nødvendige endringer. Det vil si at profesjonens normer og verdier vil ha stor betydning for mange beslutninger som også påvirker økonomien i helseforetakene.

For å løse utfordringene i helsesektoren og tydeliggjøre ansvar i helseforetakene, har helsemyndighetene de siste 20 årene vist en sterk reformiver (Hagen og Kjerstad, 2001). I 2002 gjennomgikk helsesektoren i Norge en omfattende reform, blant annet for at staten skulle få kontroll på helseforetakenes stadig økende pengebruk. En av de viktigste formålene med denne reformen var å skape flere ansvarslinjer for det økonomiske ansvaret. Reformen skulle legge til rette for en helhetlig styring av spesialhelsetjenesten, sette klarere ansvarslinjer mellom staten som eier og helseforetakene, få en bedre organisering av helseforetakene og øke

produktiviteten. Reformene har medført en endret praksis i bransjen, hvor man har fått et større fokus på opplæring blant ledere (St.meld. nr. 25 (2005-2006), Lederutdanning: helse og omsorg, 2013) og det er endrede krav for tilleggsbevilgninger (Riksrevisjonen, 2013). Dette er i stor grad svar på det Riksrevisjonen (2009a) har pekt på som problematisk.

«Dette er en milepæl. For første gang kan vi vise til et samlet overskudd» (NTB, 2010).

Etter innføringen av reformen i 2002 hadde helsesektoren fortsatt store utfordringer, før trenden snudde i 2009. De senere årene har helseforetakene samlet sett gått med overskudd, som vist i figur 1.



Figur 1 – Korrigert økonomisk resultat<sup>1</sup> for regionale helseforetak i millioner kroner, 2002-2014  
(Helsedirektoratet, 2016)

<sup>1</sup> Frem til og med 2006 ble det brukt to resultatbegrep for å måle utviklingen i økonomien i de regionale helseforetakene, hvor det korrigerede årsresultatet er det resultatmålet eier har styrt etter (Iversen et al., 2008). Det korrigerede årsresultatet gjenspeiler at bevilgningene til helseforetakene ikke har vært tilstrekkelig til å gjennanskaffe og opprettholde verdien på bygg og utstyr som ble overtatt i 2002. I 2007 gikk man bort fra dette begrepet, uten at inntektsrammen og forutsetningene knyttet til avskrivningene ble endret, noe som medførte at det ble akseptert regnskapsmessig underskudd hos helseforetakene (Iversen et al., 2008). Dette skyldes at det ikke var tatt høyde for å dekke avskrivningskostnadene i basisrammen.

Nyland og Østergren (2008) viste til tidligere studier som viste at det var vanskelig å skape økonomisk ansvarlighet i omsorgsrelaterte grupper, noe som tilsier at det kan være vanskelig å implementere økonomisk ansvarlighet på avdelingsnivå i sykehussektoren. Helsesektoren har i flere år vært preget av styringsutfordringer, men har gått med overskudd de siste årene. Riksrevisjonen (2009a) understreker betydningen av at helseforetakene gjennom god økonomistyring bidrar til å sikre kostnadskontroll og eiers krav til økonomisk resultat. For å oppnå dette innebærer det at den økonomiske tenkningen blir forankret på alle nivåene i helseforetakene. Årsakene til skiftet fra underskudd til overskudd, men det vil her være interessant å undersøke hvorvidt mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen har endret seg ved dette skiftet. Jeg ønsker derfor å besvare følgende problemstilling:

*Hvilke endringer kan vi observere i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen i helseforetak?*

## **1.1 Konkretisering av oppgaven og begrepsavklaring**

For å besvare problemstillingen vil jeg se på de styringsutfordringene litteraturen har pekt på, for så å undersøke om det kan observeres endring i mellomleders holdninger knyttet opp mot disse utfordringene. Utgangspunktet vil være å se på hva som tidligere er pekt på som svakheter i økonomistyringen i helseforetak, og prøve å finne indikasjoner på hvordan dette har endret seg.

Det vil si at jeg vil se på hva som tidligere er pekt på som svakheter i økonomistyringen i helseforetak, og prøve å finne indikasjoner på hvordan dette har endret seg.

*Mellomledere* er bindeleddet mellom topp og bunn i organisasjonen. Mellomledere i helseforetak vil i dette tilfellet forstås som de lederne med budsjettansvar som ligger under direktør, økonomidirektør og klinikkleder, og over sengepostleder. De er overordnede ledere og enhetsledere på lavere nivå. I helsesektoren vil det daglig være faglige mål og ønsker som kommer i strid med økonomiske rammer. Det vil derfor være nødvendig at også fagpersonell i helsesektoren tar ansvar for økonomisk styring, og ikke overlater dette til kun økonomene. Den økonomiske tankegangen må eksistere hos ledere på alle nivåer i alle daglige beslutninger, da de er ansvarlige for store budsjetter og ressurser som må utnyttes på best mulig måte. For å undersøke om økonomifokuset har trengt ned i organisasjonen, vil det være interessant å undersøke utviklingen på mellomledernivå.

Formålet med studien er å finne indikasjoner på utviklingen av mellomleders holdning. Begrepet holdning vil her måles gjennom hvordan mellomledere opplever/oppfatter ulike deler av økonomistyringsprosessen.

*Økonomistyringsprosessen* vil her være satt sammen av fire ulike prosesser, med utgangspunkt i den ideelle styringsprosessen av Anthony og Young (2003). En detaljert beskrivelse av denne prosessen gis i kapittel 2.1.

Problemstillingen vil bli belyst ved å benytte sekundærdata fra Riksrevisjonens undersøkelser av økonomistyring i helseforetakene fra 2008 og 2014 (Riksrevisjonen, 2009a, Riksrevisjonen, 2015). For å besvare problemstillingen vil jeg derfor undersøke utviklingen mellom 2008 og 2014.

## **1.2 Oppgavens struktur**

*Kapittel 2* presenterer det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for studien. Her skilles det mellom normativ og deskriptiv teori. I tillegg presenteres tidligere forskning på området.

*Kapittel 3* beskriver metodisk tilnærming for studiet.

*Kapittel 4* presenterer resultatene og det vil bli gitt en tolkning av funnene i lys av de utvalgte teorien, tidligere forskning og Riksrevisjonens konklusjoner.

*Kapittel 5* oppsummerer og konkluderer funnene i analysen. Kapittelet vil inneholde refleksjoner, og forslag til videre forskning.

*Kapittel 6* gir en oversikt over de kildene som er benyttet i studien.

*Kapittel 7* inkluderer vedlegg.



## 2 Teori

Hensikten med studien er å undersøke hvorvidt mellomleders holdninger til økonomistyringsprosessen har endret seg i en periode hvor det tyder på en bedring av økonomistyringen i norske helseforetak. For å analysere studiens problemstilling kan det være nyttig å ta utgangspunkt i ulike funksjoner knyttet til økonomistyringen. Studien vil ta utgangspunkt i den ideelle økonomiske styringsprosessen (Anthony og Young, 2003), som man finner innen den normative tilnærmingen til økonomistyring. For å forstå mellomleders rolle i økonomistyringsprosessen vil ulike syn på mellomleders rolle bli beskrevet. Videre vil de tiltak som er gjennomført for å endre praksisen i helsesektoren presenteres. Til slutt vil problemstillingen operasjonaliseres, hvor forventet utvikling blir presisert.

### 2.1 Økonomistyring i helseforetak – prosesser og utfordringer

Økonomistyring er et begrep som blir benyttet i mange sammenhenger, og det gjør det vanskelig å gi en klar og entydig definisjon på hva økonomistyring er. Det skilles mellom å ha et normativt og deskriptivt syn på styring, hvor den normative tilnærmingen beskriver oppbyggingen av systemet, mens den deskriptive tilnærmingen fokuserer mer på atferden til brukerne.

Den normative tilnærmingen til styring legger til grunn at styringssystemenes funksjon er knyttet til beslutning og kontroll i organisasjonen (Mauland og Mellempvik, 2004). Det forutsettes at organisasjoner fungerer som en maskin og derfor kan kontrolleres på en mekanisk måte for å oppfylle organisasjonens mål. Styringssystemets oppgave er å sikre tilgang på informasjon for å bidra til å redusere usikkerhet knyttet til beslutning og kontroll. Det legges til grunn at organisatorisk læring inngår som element i styringen av organisasjonen (Mauland og Mellempvik, 2004).

«... den prosessen som skal sikre at ressursene er anskaffet og disponert effektivt i arbeidet med å nå virksomhetens mål» (Anthony, 1965, s. 17).

Med utgangspunkt i Anthonys (1965) klassiske definisjon er økonomistyring en prosess bestående av fire elementer som til sammen utgjør den ideelle økonomiske styringsprosessen, og har en normativ tilnærming til økonomistyring. Anthony og Young (2003) mener denne prosessen bør følges for at styringen i en organisasjon skal fungere mest mulig hensiktsmessig. Økonomistyringsprosessen består av både formelle og uformelle system. Det uformelle systemet består blant annet av møter, samtaler og andre signaler. Den formelle delen av

Økonomistyringsprosessen har fire prinsipielle faser, som vist i figur 2. Prosessen starter med utforming av en strategisk plan, som bygger på organisasjonens overordnede mål. Videre etableres planer og budsjetter, som kan forstås som bindeleddet mellom det strategiske og operative styringsnivået. Deretter kommer regnskapsinformasjon og annen informasjon under handling, før denne informasjonen blir koblet til budsjetter og planer. De fire prosessene oppstår regelmessig i en kontinuerlig loop (Anthony og Young, 2003). Rundt de fire prosessene bygges organisasjonens styringssystem, som har til hensikt å skape tette koblinger mellom de ulike elementene (Nyland og Pettersen, 2010). Hvordan økonomistyringsfunksjonen fungerer er påvirket av organisasjonens interne og eksterne omgivelser (Anthony og Young, 2003). Økonomistyringen må tilpasse seg både de eksterne omgivelsene (begrensninger, samfunnsnormer og –krav) og interne omgivelsene (organisasjonsstruktur, atferd, informasjonssystem og kulturelle normer).



Figur 2 – Den ideelle økonomiske styringsprosessen (basert på Anthony og Young (2003))

### **2.1.1 Strategisk planlegging**

Den økonomiske styringsprosessen starter med utformingen av en strategisk plan, hvor ledelsen bestemmer hvilke tiltak organisasjonen skal gjennomføre i kommende periode og hvilke ressurser som kreves. I helseforetakene vil den strategiske planen være en virksomhetsplan, det vil si en samlet plan for alle avdelingene i helseforetakene og fungere som et utgangspunkt for budsjettet som skal utformes (Nyland og Pettersen, 2010). Planene i alle avdelinger må koordineres med forutsetningene i de styringsdokumentene eieren har vedtatt (Pettersen et al., 2008). I helsesektoren kommer de overordnede målene fra Helsedepartementet, videre blir de strategiske planene utformet av toppledelsen, mens mellomlederne har ansvaret for å følge opp den strategiske planen gjennom oppfølging av budsjettets forutsetninger (Pettersen et al., 2008).

### **2.1.2 Planlegging og budsjett**

Etter den strategiske planen er utformet skal budsjettet planlegges. Her blir målene oversatt til termer som henger sammen med ansvarsområdene for de lederne som skal implementere dem (Anthony og Young, 2003). Budsjettene skal reflektere organisasjonens strategiske mål, og skal vise hvordan ressurser fordeles og hvordan målene skal oppnås. Denne typen plan er uttrykt i finansielle termer, og er bindeleddet mellom det strategiske og operative styringsnivået. I denne fasen får avdelinger og klinikker i helseforetakene tildelt ressurser for å planlegge de aktiviteter som er nødvendig for å nå de strategiske målene. Det er mellomlederne som har det operative ansvaret for oppfølging av budsjetter.

Budsjett og budsjettering har blitt sett på som det viktigste styringsverktøyet i offentlig sektor (Pettersen et al., 2008). Budsjettet er fremtidsrettet og derfor et viktig plandokument. Gjennom budsjettet får enhetene en slags autorisasjon til å bruke en viss mengde ressurser, det vil si at budsjettet har en autoriseringsfunksjon. For å oppnå god økonomistyring i helseforetakene må budsjettet også være i fokus på det nivået hvor kostnadene genereres. Budsjettprosessen må fange opp både fortid, nåtid og fremtid, for at budsjettet skal kunne benyttes som et fornuftig styringsverktøy.

### **2.1.3 Handling (drift og måling)**

I den tredje fasen av prosessen overvåker lederne hva som skjer under videre drift og regnskapspersonalet holder oversikt over transaksjoner (Anthony og Young, 2003). I denne fasen er det løpende oppfølging og måling av innsats og resultat, og det skilles mellom finansiell kontroll og prestasjonskontroll (Nyland og Pettersen, 2010). Gjennom oppfølging fra leder kan

mellomledere få grunnlag for å evaluere ressursbruken og motivere sine arbeidere (Pettersen et al., 2008)

I offentlig sektor er prestasjonsmåling sentralt, og sikter på å vise omgivelsene at ressursene brukes på en hensiktsmessig måte (legitimering). Mens finansiell kontroll handler om at budsjettet brukes som grunnlag for handlinger som blir gjennomført i organisasjonen. Den finansielle målingen skal sikre en tett kobling mellom budsjett og aktivitet i organisasjonen. Budsjettet legger rammene for de ulike aktivitetene som skal gjennomføres i perioden, og de finansielle transaksjonene registreres inn i et styringssystem. Deretter vil de som er ansvarlig for aktiviteten bli kontrollert for å se om de har holdt seg innenfor budsjettets rammer (Anthony og Young, 2003).

#### **2.1.4 Rapportering og evaluering (oppfølging)**

I rapporterings- og evalueringsfasen oppsummeres, analyseres og rapporteres regnskapsinformasjon og annen informasjon til de ansvarlige. Informasjonen i rapportene gjør det mulig for ledere å gjøre sammenligninger og koble dette til den strategiske planleggingen for neste periode. I følge Anthony og Young (2003) har rapporten tre formål:

1. Rapporten bidrar til at ledere får koordinert og kontrollert aktiviteten. Ved hjelp av rapporten og eventuell annen informasjon får ledere en oversikt over om ting går som planlagt og kan gjøre endringer/tilpasninger dersom det er nødvendig.
2. Rapporten brukes som grunnlag for å evaluere driftsprestasjon. Dette gjør det mulig for lederne å se forbedringspotensial i driften av det de har ansvar for.
3. Rapporten kan brukes som et grunnlag for tiltaksevaluering.

#### **2.1.5 Styringsutfordringer i helseforetak**

For at den ideelle styringsprosessen skal fungere i praksis må det være en klar kobling mellom de ulike fasene i modellen. De forskjellige fasene er viktige, men det er også sammenhengen mellom de. Modellen bygger på forutsetningen om formålsrasjonalitet, og problemet med modellen er at det kan oppstå mål- og interessekonflikter underveis i prosessen (Nyland og Pettersen, 2010). De mål som settes må reflekteres i budsjettet og videre bli omgjort til handling, som igjen må ha kobling til det som rapporteres. Nyland og Pettersen (2010) viser i sin studie til at det ved mangel på formålsrasjonalitet vil være vanskelig å oppnå kravene til den ideelle styringsprosessen. Slike brudd mellom de ulike fasene fører til styringsproblemer, og disse kan oppstå i ulike faser i styringsprosessen. Uforutsigbarheten som ligger i de organisatoriske løse

koblingene indikerer et styringsproblem, fordi forståelsen av årsak-virkningsforholdet er hemmet av tvetydig informasjon (Pettersen og Nyland, 2006). En slik situasjon hemmer helseforetakets evne til å gjennomføre strategisk planlegging og diagnostiske tiltak for å tilpasse seg fremtidig eksterne krav.

Pettersen (1995) fant en systematisk dekobling mellom budsjett og faktiske data i norske helseforetak, det vil si løse koblinger mellom beslutninger og handling. Dette er en mangel på sammenheng som utgjør en spillsituasjon hvor styring og ledelse er oppløst fra tjenesteproduksjon – et skille som fører til at organisatorisk læring blir hindret. Et problem er at budsjetter har blitt betraktet som kontekstuelle situasjoner, heller enn input for strategiske beslutninger (Nyland og Pettersen, 2004). Mellomlederes etterlevelse av budsjetttrammer ble ansett som viktig, men det ble observert at budsjetter i virkeligheten ikke var en del av økonomistyringssystemet, og at budsjettevaluering ikke fikk hemme legers kreativitet (Nyland og Pettersen, 2004). En slik oppfatning førte til at budsjettunderskudd ikke nødvendigvis ble oppfattet som uakseptabelt. Retorikken var at budsjetter var viktige, men at underskudd eller avvik ikke hadde noen effekt på evaluering av avdelingsledernes prestasjon.

Det har vært en klar tendens til at budsjettene videreføres fra et år til et annet, og i offentlig sektor har utarbeidelsen av budsjettet som regel tatt utgangspunkt i foregående års budsjett (Pettersen et al., 2008). Inkrementell budsjettering brukes som begrep for å forklare en slik økonomistyring hvor nye budsjett bygger på tidligere års budsjett. Problemet med inkrementell budsjettering er at prioriteringer blir skjult og at systematiske skjevheter videreføres. I tillegg har Riksrevisjonen (2009a) pekt på at en viktig årsak til manglende realisering av omstillingstiltak er intern motstand i enheten og dårlig planlegging. De setter spørsmålsteget ved om budsjettansvarlige ikke er tilstrekkelig involverte i budsjettprosessen, og at budsjettprosessen ikke oppfattes som godt planlagt. Helseforetakene kan redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav ved at mellomledere i større grad føler seg forpliktet til budsjettprosessen, og oppfatter budsjettet som realistisk (Riksrevisjonen, 2009a).

Riksrevisjonen (2009a) påpekte at helseforetakene tradisjonelt har fokusert på budsjettavvik i den økonomiske oppfølgingen, men uten å se avviket i sammenheng med andre styringsindikatorer. Det er vanskelig å svare på spørsmål om hvordan budsjettavvik har oppstått og hva det består i, uten å undersøke og følge opp avvikene. Budsjettavvik kan oppstå når omgivelsene endres eller viktige forutsetninger for budsjettet endres. Nyland og Østergren

(2008) sin undersøkelse omkring avdelingsleders holdninger til økonomiansvar viste at mange avdelingsledere som opplevde budsjettoverskridelser, oppfattet sitt opprinnelig budsjett som urealistisk.

Hvis budsjettet ikke oppleves som relevant, vil det heller ikke være relevant for økonomistyringen. For at budsjettet skal oppleves som relevant, må budsjettavviket dekomponeres for å finne ut hva avviket faktisk skyldes (Pettersen et al., 2008). Gjennom å få en forståelse av hvorfor avvik har oppstått, kan man bruke denne informasjonen til læring og evaluering av virksomheten. Synliggjøring av avvik kan medføre at mellomledere blir ansvarliggjort i forhold til å rette opp avvikene (Pettersen et al., 2008). I et velfungerende system vil det bli gitt informasjon om budsjettavvik med forslag på tiltak i den økonomiske styringsprosessen.

Budsjettavvik som skyldtes høyere aktivitetsnivå enn planlagt, ble tidligere ofte brukt som et argument blant budsjettansvarlige ledere i helseforetakene for å få tilført mer ressurser (Riksrevisjonen, 2009a). I perioden hvor de regionale helseforetakene gikk med underskudd ble deler av underskuddene håndtert med tilleggsbevilgninger. Gjentatte tilleggsbevilgninger førte til en forventning om tilleggsbevilgninger, der budsjettet ble tilpasset faktisk aktivitet og ikke motsatt (Riksrevisjonen, 2009a). Gjennom tilleggsbevilgninger reduseres muligheten for å gjennomføre reell budsjettstyring i helseforetakene, og gjør at brudd i koblingen mellom plan (budsjett) og kontroll aksepteres (Pettersen et al., 2008). En slik praksis viser at eier praktiserer myke budsjettbetingelser. Konsekvensen av dette er at plan (budsjett) blir tilpasset handling, og ikke motsatt slik forutsatt under betingelsene for rasjonell styringspraksis. Dette utfordrer den ideelle styringsprosessen. Riksrevisjonen (2009a) peker også på at utstrakt bruk av tilleggsbevilgninger reduserer budsjettets funksjon med hensyn til kostnadskontroll i helseforetakene. Gjentatte tilleggsbevilgninger kan oppfattes som signaler om at opprinnelige budsjetttrammer vil kunne justeres, og skaper ikke et realistisk budsjett (Riksrevisjonen, 2009a). Budsjettet mister mye av sin betydning for å oppnå god kostnadskontroll.

Den ideelle styringsprosessen har i realiteten brudd mellom de fire fasene, og vil være løst koblet sammen (Pettersen et al., 2008). Økonomistyring kan også forstås på en annen måte med en deskriptiv tilnærming.

## 2.2 Ulike syn på mellomleders rolle i økonomistyringen

I helsesektoren er det mange styringsutfordringer grunnet uklare mål og usikre omgivelser. Siden økonomisk rasjonalitet ikke nødvendigvis vil være målsettingen til alle interessenter ved et helseforetak, vil ikke den normative tilnærmingen til økonomistyring nødvendigvis forklare virkeligheten fullt ut. I budsjettprosessen er målkonfliktene synlige, hvor aktører med ulike mål forhandler om fordelingen av knappe ressurser (Nyland og Pettersen, 2010). Den deskriptive tilnærmingen legger til grunn at organisasjonen ikke fungerer som en maskin, men at det også ligger andre funksjoner bak. Fokuset i denne tilnærmingen ligger på atferden. Den normative tilnærmingen har sagt noe om hvordan det bør være, mens dette kapitlet vil se på den deskriptive tilnærmingen, knyttet opp mot hvordan mellomleders rolle oppleves i praksis.

De tjenester som leveres i helsesektoren har stor samfunnsøkonomisk betydning. En utfordring er at vi har å gjøre med to kulturer, den kliniske og den administrative. Det har tradisjonelt vært et skille i ansvar, hvor helsepersonell har vært ansvarlig for tjenesteproduksjon og administrasjonen har hatt økonomisk ansvar. Som en konsekvens har avstanden derfor ofte blitt stor mellom administrasjonen, faglig ledelse og helsepersonell (Pettersen et al., 2008). Utfordringen med en slik todeling er å klare å kombinere strategisk og operativt nivå.

Helseforetak er komplekse organisasjoner, og for å oppnå god økonomistyring er det nødvendig at den økonomiske tankegangen trenger ned i organisasjonen. Nyland og Pettersen (2004) viser til at kliniske ledere bringer sammen klinisk kunnskap og lederansvar i en person, som en type formidlingspersoner som jobber med ideer både innen ledelse og klinisk praksis. Llewellyn (2001) bruker metaforen toveis vindu for å forstå ambisjonene og aktivitetene til helsepersonell med lederansvar. Slike ledere jobber som nevnt både med ideer fra klinisk praksis og fra ledelse, og deres rolle muliggjør et nytt ekspertiseområde – medisinsk ledelse. Det viser seg at slike ledere lett kan ta denne rollen som oppstår gjennom formidling av både medisin og ledelse. Problemet er dersom de i denne rollen har mangel på økonomisk styringskompetanse, noe som gjør posisjonen veldig sårbar. Mellomleder kan på så måte være en som åpner de to verdener eller være en som stenger de igjen. Helseforetak har høye krav til spesialkompetanse på lavere nivåer i organisasjonen. For å sikre god kostnadskontroll i en organisasjon som er preget av sterk fagkultur må fagpersonellet involveres i alle prosesser (Riksrevisjonen, 2009a). Det vil derfor være nødvendig å ha mellomledere som har tilstrekkelig økonomikompetanse, fordi det er en viktig forutsetning for kvaliteten på økonomistyringen.

Et kjennetegn ved personer som hører til en profesjon, er at de gjerne identifiserer seg mer med profesjonen enn med den organisasjonen de er ansatt i (Grund, 2006). Profesjonene er helseforetakenes nøkkelressurs som bidrar til identitet og selvfølelse, men også faglig integritet og stolthet. Dette gjør at profesjonelle yrkesgrupper har vanskeligheter med å akseptere kritikk og motta ordre ovenfra. For at organisasjonen skal nå sine mål er toppledelsens håndtering av de ulike fagmiljøene avgjørende (Grund, 2006).

Ansvarlighet og handlekraftige ledere er avgjørende for å få robuste og endringsorienterte helseforetak. Evnen til profesjonsuavhengig lederskap vil være et kritisk punkt spesielt på avdelingsnivå (Grund, 2006). Det viser seg at sykepleiere finner seg mer til rette med sterkere økonomisk styring enn legene, og det har oppstått et skille mellom legene og den nye administrative profesjonen (Jespersen, 1999). Kulturen preges av legenes forkjærlighet for det akutte, og sykepleiernes omsorgsidentitet. For legene gir det kliniske arbeidet status blant fagkolleger (Grund, 2006). Forskjellen mellom leger og sykepleiere i lederrollen er at leger oftere tar rollen som både fagperson og leder, mens sykepleierne i større grad konsentrerer seg om å utøve ledelse.

Kurunmaki et al. (2003) peker på at et problem med økonomistyringen i helsesektoren er manglende integrasjon av helsepersonell inn i økonomistyringsprosessen. De viser til flere studier som har pekt på ineffektivitet i økonomistyringsprosessen, der fokuset har vært på manglende evne til å koble relevant informasjon til viktige beslutninger i helseforetak. Det er derfor behov for regnskapsinformasjon for å bidra til å gjøre helseforetak gjennomtsiktige. Følgelig har regnskapsbegrepet blitt mer synlig i sykehusene, og dette perspektivet har blitt kalt *accountingization* (Power og Laughlin, 1992). Med *accountingization* trenger regnskapsinformasjon, -rutiner og -prosedyrer dypt inn i kjernen av organisasjonen, det vil si helsepersonellet. Mellomleder kan ta en rolle som er veldig preget av økonomitenkning.

*Accountingization* er et alternativ til legitimeringsbegrepet. Legitimering handler om at helsepersonell allierte seg med regnskapspersonell, som historisk dokumenterte behovet for budsjettoverskridelser. Regnskapspersonellet ble en slags forsvarer av klinisk praksis, i motsetning til ved *accountingization*, hvor de brukte regnskapsinformasjon for å planlegge aktiviteten. Regnskapsinformasjon og kostnadskontroll kom inn som en integrert del av helsepersonellets drift av helseforetak. Denne informasjonen ble håndtert av klinisk personell som hadde større fokus på det, og som ga føringer til hvordan det kliniske ble prioritert. De fokuserer på økonomi hvor de gjør beregninger, for å så bestemme sine planer og prioriteringer.



Den globale trenden som påvirker helsevesenet, kalles New Public Management (NPM). Fenomenet er særegne tolkninger, og praksis, av økonomistyring i helsesektoren. Ledere og klinikere bygger på ulike kunnskapsbaser og bringer derfor ulike perspektiv til økonomistyringen. Den teoretiske konstruksjonen av accountingization kan bli sett på som en forklaring av det som vanligvis regnes som NPM (Hood, 1995) i praksis. Accountingization kan forstås som en samlebetegnelse for et ønske om å synliggjøre, bryte ned og kategorisere aktivitetskostnader. Noe som tidligere har vært mindre viktig, og mer eller mindre udefinert.

### **2.3 Tiltak – økt fokus på ansvar og økonomistyring**

Helsesektoren i Norge har gjennomgått flere store endringer for å komme bort fra ikke tilfredsstillende økonomistyring. Det er flere forhold som illustrerer at sykehussektoren har mer enn et ressursproblem, og at behovet for reformer er til stede (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), 2001). Det var en stor økning i overføringer til helsesektoren, men likevel var det økonomiske problemer. I tillegg var det fortsatt lange ventelister, og mangel på helsepersonell. Venteproblematikken viste også til et annet problem – manglende samarbeid.

En av Norges mest omfattende omstruktureringer innen offentlig sektor kom i form av Sykehusreformen, som trådte i kraft i 2002. Da overtok staten ansvaret for alle helseforetakene, der alle sykehusene skulle organiseres som autonome foretak i en form for konsernmodell (Nyland og Østergren, 2009). De viktigste argumentene for den omfattende reformen var å utvikle en styringsform som kunne forbedre økonomistyringen i spesialhelsetjenesten (Pettersen et al., 2008), samt å skape en klar og tydelig ansvarfordeling mellom staten som eier, de regionale helseforetakene som oppdragsgiver og de lokale helseforetakene som tjenesteprodusenter (Nyland og Østergren, 2009). Hensikten var å tilstrebe lik behandling og lik fordeling av helseressurser til alle deler av Norge og mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsevesenet på landsbasis (Haug, 2009).

Selv om en av de viktigste målene bak reformen var å gjøre sykehus mer ansvarlig for sin økonomiske prestasjon, viser en undersøkelse utført av Aasland et al. (2007) at sykehuslegene gjennomgående var meget kritiske til sykehusreformens effekter. Meningene blant sykehuslegene var blant annet at reformen ikke hadde ført til bedre organisering, likeverdig tilbud og bedre kvalitet, og noen mente også at man var fjernere fra målet om klarere ansvarsforhold og bedre kvalitet (Aasland et al., 2007).

Reformene som er gjennomført i helsesektoren av eieren av helseforetakene (staten ved Helse- og omsorgsdepartementet), er begrunnet med at de ønsker økt gjennomsiktighet som følge av ny regnskapspraksis. De ønsker et helhetlig syn på bruken av innsatsfaktorene arbeidskraft og kapital, og tydeligere rollefordeling og ansvarfordeling som forutsetninger for å bedre styringen (Pettersen et al., 2008).

Gjennom sykehusreformen ble det fremmet nye ideer og forslag for organisering av sykehusene og spesialhelsetjenesten basert på ideene fra NPM. Dette hadde sine røtter i omorganisering og privatisering av offentlig virksomhet. Helseforetakene ble egne juridiske enheter, hvor staten som eier utøver den øverste myndigheten i foretaket. Denne formen for desentralisering er et sentralt kjennetegn ved NPM (Hood, 1995).

## **2.4 Operasjonalisering av problemstillingen**

Det er flere forhold som illustrerer at helsesektoren har hatt mer enn et ressursproblem, og at behovet for reformer har vært til stede (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), 2001). På tross av en økning i utgifter til helsesektoren, vedvarte likevel de økonomiske problemene. Det har blitt satt i gang en rekke tiltak for å skape en klar og tydelig ansvarsfordeling. Nå går helseforetakene samlet sett med overskudd, som er et resultat av flere sammensatte årsaker. Fokuset i dette studiet er rettet mot mellomlederes holdninger til økonomistyringsprosessen, og jeg ønsker å undersøke hvorvidt det har skjedd en endring i disse i samme periode hvor det har skjedd en positiv utvikling i helseforetakenes økonomi. Knyttet opp mot den ideelle styringsprosessen (Anthony og Young, 2003) og de styringsutfordringene som det er pekt på i helseforetak, ønsker jeg å teste forventet utvikling i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen, mellom 2008 og 2014.

For å oppnå god økonomistyring i helseforetakene, må budsjettet være i fokus på det nivået hvor kostnadene genereres. Økonomifokuset må trenge ned i organisasjonen, og det er derfor behov for å ha mellomledere som kan formidle dette fokuset, og som har forståelse for sin rolle. Forutsetningen for at de skal kunne innta denne rollen, er at de har forståelse og aksept for budsjettet, slik at de føler eierskap til budsjettprosessen. Mellomledere må derfor være en del av planleggingsfasen i økonomistyringsprosessen. Videre inn i evalueringsfasen er det lederne som overvåker det som skjer under drift, i tillegg til at regnskapsinformasjon dokumenterer handlinger og danner grunnlaget for evaluering, ved at det sammenlignes med planene. Denne fasen av økonomistyringsprosessen er viktig for å oppnå forståelse og læring i organisasjonen.


Det handler om å nyttiggjøre seg av den informasjonen som er tilgjengelig, slik at man har mulighet til å gjøre endringer etter hvert som situasjoner oppstår.

Riksrevisjonen (2009a) har pekt på flere utfordringer med økonomistyringen i helsesektoren. Budsjettprosessen tas ikke tilstrekkelig alvorlig, som en konsekvens av at det er lav forpliktelse til budsjettprosessen. På bakgrunn av Nyland og Pettersen (2004) sin studie av bruk av budsjettinformasjon i økonomistyringsprosessen, vil det være interessant å undersøke om det finnes indikasjoner på om mellomledere føler større forpliktelse til budsjettprosessen. Riksrevisjonen (2009a) peker på at det blir avsatt for lite tid til budsjettprosessen, slik at den ikke blir godt planlagt. I tillegg er det lav involvering av mellomledere i prosessen – noe som er utfordrende, da det viser seg at ledere som er involverte i større grad mener budsjettprosessen gir en god fordeling av ressurser mellom enhetene i helseforetakene. For å oppnå ansvarlighet på mellomledernivå er det viktig at budsjettene oppfattes som reelle. I 2008 var situasjonen preget av at mellomledere hadde lav forpliktelse til budsjettprosessen. I tråd med utviklingen i helseforetakenes økonomistyring vil det være forventet at det har skjedd en endring i deres holdninger til budsjettprosessen, og at de i 2014 opplever i større grad å ha forpliktelse til denne.



Pettersen (1995) fant en systematisk dekobling mellom budsjett og faktiske data i norske sykehus. Denne mangelen på sammenheng mellom budsjett og handling blir preget av at mellomledere ikke oppfatter budsjettet som realistisk. For at de nedover i organisasjonen skal kunne benytte budsjettet som et godt verktøy for økonomisk styring, må de føle lojalitet til budsjettet. En tilnæringsmåte til den ideelle styringsprosessen har vært inkrementell budsjettering, hvor man endrer budsjettbetingelsene framfor å følge fasene i styringsprosessen. Konsekvensen ved bruk av inkrementell budsjettering er blant annet at prioriteringer blir skjult og systematiske skjevheter videreføres, i tillegg til at budsjettet ikke nødvendigvis vil gjenspeile realiteten. Budsjettprosessen bør ha fokus både på fortid, nåtid og framtid. For å oppnå lojalitet til budsjettet, må budsjettprosessen og budsjettet bli oppfattet som realistisk. Nyland og Østergren (2008) sin undersøkelse viste at mellomledere som opplevde budsjettoverskridelser,

oppfattet sitt opprinnelig budsjett som urealistisk. I tråd med utviklingen i helseforetakenes økonomistyring vil det være forventet at det har skjedd en endring i mellomlederes holdninger til budsjettprosessen, og at de i 2014 i større grad opplever prosessen som realistisk.



Mellomleder opplever budsjettprosessen som mer realistisk i 2014.


I en periode hvor helseforetakene har gått fra underskudd til overskudd vil det være interessant å undersøke endringer i hyppighet av oppfølging av mellomleder. Økonomistyringsprosessen består ifølge Anthony og Young (2003) også av løpende oppfølging og måling av innsats og resultat. Å ha gode oppfølgingsprosesser vil bidra til god økonomistyring. Riksrevisjonen (2009a) viser til at den økonomiske oppfølgingen av ledere på alle nivåer i helseforetakene har blitt tettere, men at det er en stor utfordring at mange ledere ikke har kapasitet til å følge opp underordnede ledere på en systematisk måte. I tråd med utviklingen i helseforetakenes økonomistyring vil det derfor være forventet at det har skjedd en endring i mellomleders holdninger til hyppighet i oppfølgingen, og at de opplever tetter oppfølging fra leder i 2014.



Mellomleder opplever tettere oppfølging fra leder i 2014.

Budsjettavvik kan oppstå som en konsekvens fra feil i planleggingsfasen. Når det har oppstått et budsjettavvik vil det være nødvendig å skaffe informasjon om avviket og nyttiggjøre seg av denne informasjonen. Budsjettet er et viktig styringsverktøy og dersom avvik forekommer må informasjonen formidles til de som har behov for denne. På denne måten vil avvik kunne rettes opp videre til neste budsjettprosess. Budsjettavvik kan muliggjøre en kreativ prosess mellom leder og mellomleder, hvor de i samarbeid kan jobbe for å rette opp avviket og skape en læringsprosess. Riksrevisjonen (2009a) pekte på at helseforetakene har fokus på budsjettavvik

i oppfølgingen, men at informasjonen ikke ble sett i sammenheng med andre styringsindikatorer. I tråd med utviklingen i helseforetakenes økonomistyring vil det være forventet at det har skjedd en endring i mellomleders holdninger knyttet til konsekvenser ved budsjettavvik, og at de opplever et større fokus på læring og evaluering ved budsjettavvik i 2014.



Mellomleder opplever at det er et større fokus på konsekvenser og oppfølging ved budsjettavvik i 2014.

Disse fire påstandene er knyttet opp mot den ideelle styringsprosessen, hvor prosessen er delt i to faser; planleggings- og evalueringsfasen. De to første påstandene kommer under planleggingsfasen, og de to siste påstandene er en del av evalueringsfasen. Utviklingen i mellomleders holdninger kan ikke kun ses i sammenheng med den ideelle styringsprosessen, da deres holdninger også kan bli påvirket av deres forutsetninger tilknyttet økonomistyring. Derfor vil det også være interessant å undersøke om hvorvidt det har vært endringer i mellomleders forutsetninger, som kan ha hatt innvirkning på utviklingen fra 2008 til 2014.

Riksrevisjonen (2009a) pekte på flere utfordringer i økonomistyringen i helseforetak i 2008. Et problem var mangel på kompetanse innen økonomi og kapasitet blant mellomledere for å oppnå god økonomistyring. En slik mangel på økonomikompetanse gjorde deres posisjon veldig sårbar. Forventet utvikling vil være at mellomledere i 2014 i større grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens økonomi på en effektiv måte, enn i 2008. Denne positive utviklingen forventes også når det gjelder hvorvidt mellomleder opplever å ha tilstrekkelig kapasitet, som de må ha for å kunne styre enheten på en effektiv måte.

Videre vil både kompetanse og kapasitet være knyttet opp mot mellomleders oppfatning av økonomimedarbeideren. I rapporten på undersøkelsen fra 2008 ble det påpekt at de fleste mellomledere hadde tilgang på økonomimedarbeider, men at medarbeiderne hadde liten kapasitet til å følge opp, og derfor i liten grad ble oppfattet som en ressurs. Det forventes at mellomledere i større grad opplever å ha økonomikompetanse i 2014, og på bakgrunn av det er

det naturlig å forvente også en positiv utvikling i forhold til hvorvidt mellomleder opplever økonomimedarbeideren som en ressurs.

Det har blitt mer vanlig å formalisere styringskrav ved å inngå skriftlige lederavtaler (Riksrevisjonen, 2009a). En viktig årsak til å inngå slike avtaler er å tydeliggjøre ledernes ansvar. I tråd med utviklingen i helseforetakenes økonomistyring vil det være å forvente at antall lederavtaler har økt, og at disse avtalene i større grad oppleves å bidra til effektiv styring. Hvis mellomlederne ikke opplever at lederavtalen bidrar til effektiv styring, vil de ikke ha noe klart formål. Forventet utvikling i mellomleders forutsetninger blir oppsummert nedenfor.



### **3 Metode**

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått fram for å besvare problemstillingen, hvilke metodiske valg jeg har tatt og bakgrunnen for disse valgene. Avslutningsvis vil variablene bli operasjonalisert.

I løpet av forskningsprosessen er det tatt flere valg som kan påvirke studiets kvalitet. Det vil derfor være viktig å drøfte om jeg har målt det jeg ønsker å måle, det vil si at undersøkelsen er gyldig (valid) og i tillegg om undersøkelsen er til å stole på (reliabel). Det skilles mellom forskjellige typer validitet: indre og ytre validitet, og begrepsvaliditet (Jacobsen, 2015). Indre validitet er knyttet til i hvor stor grad undersøkelsens funn kan generaliseres fra utvalget til populasjonen (Jacobsen, 2015). Begrepsvaliditet dreier seg om relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og de konkrete dataene (Johannessen et al., 2011). Dette er en av de store utfordringene ved bruk av spørreskjema med faste svaralternativer – det å sikre at spørsmålene faktisk måler de fenomenene en ønsker å undersøke. Validitet og reliabilitet vil diskuteres underveis der det er relevant.

#### **3.1 Forskningsdesign og –metode**

Det er nødvendig å finne det undersøkelsesopplegget som er best egnet til å belyse den problemstillingen man ønsker å undersøke. Formålet med studien er å kartlegge hvilke endringer vi kan observere i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen i helseforetak. For å besvare problemstillingen ble det benyttet både et deskriptivt og eksplorativt forskningsdesign. Deskriptivt i det at det er fremmet påstander ut i fra litteraturen og teorien som jeg ønsker å utforske, i tillegg er det eksplorativt ved at jeg utforsker et nytt område, da utviklingen i mellomleders holdninger til økonomistyringsprosessen i norske helseforetak er et lite utforsket område.

Videre ble det tatt stilling til om studien skulle ha et ekstensivt eller intensivt undersøkelsesopplegg, det vil si gå i bredden eller dybden, og er et valg som omhandler antall respondenter og detaljgrad. Intensive opplegg retter seg mot å få en detaljert og grundig forståelse, mens målet med ekstensive opplegg er å få frem hvor vanlig eller uvanlig et fenomen er (Jacobsen, 2015). Etersom jeg ønsket å finne indikasjoner på hvorvidt mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen har endret seg og indikasjoner på eventuelle endringer i forutsetninger, var det naturlig å bruke et ekstensivt design. Ved et ekstensivt opplegg blir mange enheter studert, men man er fokusert på noen få variabler (Jacobsen, 2015).

Deretter ble det bestemt hvordan informasjonen om virkeligheten skulle innsamles. Valget av en blanding mellom deskriptivt og eksplorativt forskningsdesign og et ekstensivt forskningsopplegg, for å få fram flere nyanser, la føringer for avhandlingens forskningsmetode. Det er mye diskusjon rundt hvilken type data som er best – kvalitativt eller kvantitativt – men utgangspunktet er pragmatisk: dataene er like gode, men de egner seg til å belyse ulike problemstillinger (Jacobsen, 2015). I denne studien er informasjonen innhentet som sekundærdata, det vil si at den baserer seg på opplysninger som er samlet inn av andre. Datagrunnlaget er hentet fra Riksrevisjonen, og studien har en kvantitativ tilnærming. Fordelen med en slik tilnærming er at informasjonen enkelt kan behandles, og man får en oversikt som gjør det enklere å se det store bildet. Ulempen med denne tilnærmingen er at det er undersøkeren som definerer hva som er relevant informasjon, og at respondentene kun tar stilling til de allerede definerte spørsmålene og svarene. Dette gjør at undersøkelsen kan ha problemer med begrepsvaliditet, det vil derfor være viktig å ha god begrepsoperasjonalisering for å forhindre dette problemet. Begrepsoperasjonalisering vil jeg komme tilbake til senere i kapittelet.

## **3.2 Datamateriale**

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å basere studien på data samlet inn fra Riksrevisjonen (sekundærdata), dette for å kunne finne indikasjoner på hvilke endringer i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen som kan observeres i helseforetak. Studien bygger på data fra to spørreundersøkelser utført av Riksrevisjonen i 2008 og 2014. Formålet med undersøkelsen i 2008 var å belyse økonomistyringen i helseforetakene for å bidra til en bedre nasjonal kostnadskontroll i spesialhelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2009a). I 2014 var formålet å belyse hvordan styringen bidrar til effektiv bruk av pleiepersonalet i helseforetakene, for å oppnå Stortingets forutsetning om effektiv ressursutnyttelse (Riksrevisjonen, 2015).

Fokuset i oppgaven er å undersøke hvilke endringer som kan observeres i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen. Mellomledere er her definert som overordnet leder og enhetsleder på nivå 3 og 4. For å gjøre datasettene sammenlignbare, er datasettet blitt avgrenset til å inkludere mellomledere som jobber ved medisinske og kirurgiske poster. Dette for å sikre at de data som skal analyseres er reliable. Mellomlederne i utvalget er ledere med budsjettansvar, som ligger under direktør, økonomidirektør og klinikkleder, og over sengepostleder.



### 3.2.1 Populasjon og utvalg

Formålet med studien er å undersøke om det finnes indikasjoner på at det har skjedd en holdningsendring blant mellomledere i helseforetak, i forhold til økonomistyringsprosessen. I Norge har vi fire regionale helseforetak, med flere helseforetak under disse. Begge undersøkelsene omfatter de fleste av landets helseforetak, og helseforetak fra de fire regionale helseforetakene. Det er store forskjeller i utvalgsstørrelsen i de to undersøkelsene, men når det gjelder fordelingen av respondentene med hensyn til helseforetak disse to årene, ser vi at det er flere respondenter fra samtlige av de regionale helseforetakene.

Spørreskjemaet fra 2008 ble sendt ut til alle direktører, økonomidirektører og ledere for henholdsvis medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk klinikk, samt et utvalg budsjettansvarlige ledere på alle nivåer ved de tre kliniske enhetene (Riksrevisjonen, 2009a). I 2014 ble spørreskjemaet sendt ut til sengepostledere, deres overordnede ledere og administrasjonen ved medisinske og kirurgiske poster. Utvalget i 2014 omfatter også pasientgrupper som behandles i de fleste sykehus og sengeposter som i størst mulig grad er sammenlignbare på tvers av sykehus (Riksrevisjonen, 2015).

Når det kommer til hvilke respondenter som skulle inkluderes i det nye datasettet, var det nødvendig å ta noen valg for å sikre troverdigheten, som nevnt i delkapittel 3.2. Jeg valgte derfor å inkludere mellomledere ved kirurgiske og medisinske poster. Av disse valgte jeg å ekskludere de respondentene som hadde annen profesjon enn lege og sykepleier, da det var forskjellen mellom de med denne bakgrunnen som var interessant.

	2008	2014
Antall mellomledere som mottok undersøkelsen	450	97
Antall mellomledere ved medisinsk og kirurgisk avdeling	72	-
Antall mellomledere med annen utdanningsbakgrunn	10	2
Antall mellomledere inkludert fra undersøkelsen (utvalg)	368	95
Antall ikke besvart	114	20
Antall svar på undersøkelsen	254	75
Svarprosent	69,0 %	78,9 %

Tabell 1 – Utvalg og svarprosent

Tabell 1 viser at svarprosenten i utvalget i 2008 er noe lavere enn i 2014, men begge svarprosentene gir et svært godt utgangspunkt for den videre analysen. På grunn av manglende

informasjon angående populasjonen, det vil si utvalget i forhold til populasjonen, er det vanskelig å si noe om generaliserbarheten. Høye svarprosent (det vil si 80 % eller høyere) er ønskelige fordi de vanligvis eliminerer behovet for å ta opp spørsmålet om mulig skjevhet fra de som ikke har svart (Diamond, 2000). Den høye svarprosenten er knyttet til utvalget og ikke populasjonen, og på grunn av mangel på informasjon om utvalget i forhold til populasjonen er det ikke mulig å gjennomføre frafallsanalyse. Selv om dette hadde vært ønskelig, vil det likevel være mulig å bruke datasettet til å finne indikasjoner som kan besvare problemstillingen.

### **3.3 Operasjonalisering av variabler**

Denne delen av metodekapittelet tar for seg operasjonalisering av variablene som benyttes i analysen, her vil jeg knytte variablene opp mot utfordringene i litteraturen. Da datainnsamlingen er gjennomført med spørreskjema er operasjonalisering viktig for å sikre god begrepsvaliditet. Det er nødvendig å finne spørsmål som fungerer som indikatorer for de mer teoretiske begrepene (Jacobsen, 2015).

For å sammenligne datasettene fra undersøkelsene gjennomført i 2008 og 2014, var det nødvendig å trekke ut spørsmål som kunne brukes som indikatorer for å besvare problemstillingen, i tillegg til at spørsmålene var inkludert i spørreskjemaene i begge undersøkelsene. Det ble trukket ut spørsmål som kan knyttes til mellomleders forutsetninger, men også spørsmål som kan knyttes opp mot de ulike fasene i den ideelle styringsprosessen. Vedlegg 1 viser en oversikt over de 30 spørsmålene som ble trukket ut fra spørreskjemaene.

Underveis i prosessen ble det tatt flere valg for å gjøre dataene sammenlignbare, noe som kan ha innvirkning på resultatet av studiet. Studien er basert på grunnlag av data fra to undersøkelser som er gjennomført med til dels ulike formål. Den jobben som er gjort for å gjøre undersøkelsene sammenlignbare når det gjelder både spørsmålsformulering og svaralternativer, er presentert i vedlegg 2. På grunn av det komparative fokuset i studien, hvor jeg prøver å finne indikasjoner på utviklingen mellom 2008 og 2014, har jeg gjennomgående valgt å kjøre t-tester<sup>2</sup> på påstandene for å undersøke om det finnes signifikante forskjeller.

---

<sup>2</sup> Her er det også tatt høyde for å anta lik varians, jf. Levenes Test. Vedlegg 3 – T-tester

### **3.3.1 Operasjonalisering av mellomleders forutsetninger**

I det følgende gis en beskrivelse av de ulike forutsetningene knyttet til mellomleder, som kan ha innvirkning på deres opplevelse av økonomistyringsprosessen.

#### **Ledererfaring**

Variabelen baserer seg på spørsmål 1 som omhandler hvor mange år respondenten har vært i nåværende lederstilling. Respondenten fikk her mulighet til å krysse av mellom tre ulike svaralternativ; under 1 år, mellom 1 og 3 år, og mer enn 3 år. Da respondentene fikk alternativer og selv ikke oppga antall år, er dette en kategorivariabel.

#### **Opplæring**

Denne variabelen er utledet fra spørsmål 2, om hvorvidt respondenten har fått opplæring/ hatt kurs i ledelse, og behandles som en dikotom variabel.

Mellomleder har fått opplæring/hatt kurs i ledelse (ja) = 1

Mellomleder har ikke fått opplæring/hatt kurs i ledelse (nei) = 0

#### **Fagprofesjon**

Variabelen er utarbeidet fra spørsmål 3, der respondenten måtte velge mellom to alternativ; lege og sykepleier. Dette er en kategorivariabel.

Lege = 1

Sykepleier = 2

#### **Leder på heltid**

Variabelen er utledet fra spørsmål 4 der respondentene svarte ja og nei på spørsmålet om de bruker deler av sin arbeidstid på klinisk arbeid, og behandles som en dikotom variabel.

Mellomleder bruker av sin arbeidstid på klinisk arbeid (ja) = 1

Mellomleder bruker ikke av sin arbeidstid på klinisk arbeid (nei) = 0

#### **Andel av arbeidstid på klinisk arbeid**

Variabelen ble utarbeidet fra spørsmål 5, og ble stilt til de respondentene som svarte ja på spørsmål 4. Siden respondentene oppga hvor stor andel av sin arbeidstid de brukte på klinisk arbeid er dette en kontinuerlig variabel.

## **Kompetanse**

Variabelen er basert på spørsmål 25. Dette spørsmålet er målt på en Likert-skala fra 1 til 5, hvor 1 er «helt uenig» og 5 er «helt enig». Respondentene skulle i dette spørsmålet oppgi hvor enige eller uenige de var i om de hadde tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens økonomi på en effektiv måte.

## **Kapasitet**

Denne variabelen er utledet fra spørsmål 26. Spørsmålet er målt på en Likert-skala fra 1 til 5, hvor 1 er «helt uenig» og 5 er «helt enig». Respondentene skulle her oppgi hvor enige eller uenige de var i om de hadde tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi på en effektiv måte.

## **Tilgang på økonomimedarbeider**

Variabelen er utarbeidet fra spørsmål 27, der respondentene skulle svare på om de hadde tilgang på økonomimedarbeider som kunne hjelpe de med styringen av enhetens økonomi. Denne variabelen har kun to verdier, og behandles derfor som en dikotom variabel.

Mellomleder har tilgang på økonomimedarbeider (ja) = 1

Mellomleder har ikke tilgang på økonomimedarbeider (nei) = 0

## **Økonomimedarbeider oppfattes som en ressurs**

Variabelen baseres seg på spørsmål 28. Her ble respondentene bedt om å svare på en skala fra 1 til 5 i hvilken grad de oppfatter medarbeideren som en ressurs i styringen av enhetens økonomi, hvor 1 er «i svært liten grad» og 5 er «i svært stor grad».

## **Lederavtale**

Variabelen er utledet av spørsmål 29 om hvorvidt respondenten har lederavtale. Dette er en dikotom variabel.

Mellomleder har lederavtale (ja) = 1

Mellomleder har ikke lederavtale (nei) = 0

## Lederavtalen bidrar til effektiv styring

Denne variabelen er basert på spørsmål 30. Her skulle respondentene oppgi på en skala fra 1 til 5 i hvilken grad de mener lederavtalen bidrar til effektiv styring, der 1 er «i svært liten grad» og 5 er «i svært stor grad».

### 3.3.3 Operasjonalisering av planleggings- og evalueringsfasen

For å validere de spørsmålene (måleinstrumentene) som er valgt som indikatorer på de teoretiske begrepene har jeg valgt å gjennomføre en faktoranalyse for å se om det jeg ønsker å måle faktisk blir målt. En prinsippal komponentanalyse kan påvise mønstre i korrelasjonene mellom et sett av variabler med sikte på å undersøke om indikatorene måler en eller flere dimensjoner av et fenomen (Johannessen, 2009).

#### *Forpliktelse*

Variabelen er utledet av fem spørsmål knyttet til om mellomlederen deltar og har innflytelse i budsjettprosessen på overordnet enhet, samt om mellomleder mener at det er avsatt nok tid til budsjettprosessen, at den er godt planlagt og at budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser. Forpliktelse er et begrep som måles gjennom mange spørsmål. For å validere måleinstrumentet ble det derfor gjennomført en prinsippal komponentanalyse, som er en statistisk prosedyre som har som formål å danne faktorer som forklarer maks varians i data, og er et mye brukt verktøy i forbindelse med datareduksjon. Det må være en viss statistisk sammenheng mellom variablene for å se om datareduksjon er aktuelt.

#### Faktoranalyse

Kaiser-Meyer-Olkin - mål på utvalgstilstrekkelighet		0,633
Bartlett's sfæretest	Kji-kvadratverdi	206,015
	Frihetsgrader	10
	P-verdi	0,000

Tabell 2 – Forpliktelse: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ser på hvorvidt utvalget er tilstrekkelig, og bør være minst 0,50 (Kaiser, 1974) for at faktoranalysen skal være god. Bartlett's test må være signifikant på 5 % nivå (Johannessen, 2009). Tabell 2 viser KMO-verdi lik 0,633, som ifølge Kaiser (1974) anses som middelmådig, men er likevel en indikasjon på at datareduksjon er fornuftig. Videre bekrefter Bartlett's sfæretest (p-verdi = 0,000) at faktoranalysen er egnet.

Basert på egenverdikriteriet trekker faktoranalysen ut to faktorer. Disse to faktorene vil til sammen forklare 61,3 prosent av den totale variansen i data. Faktorladningene ble rotert med varimax for å få fram et tydelige mønster og forenkle tolkningen av faktorene. Tabell 3 viser de roterte faktorladningene de ulike spørsmålene har til de to faktorene.

		Komponent	
		1	2
6.	Deltagelse i budsjettprosessen for overordnet enhet.	-0,001	<b>0,813</b>
7.	Innflytelse i budsjettprosessen for overordnet enhet.	0,246	<b>0,762</b>
8.	Avsatt nok tid til budsjettprosessen.	<b>0,730</b>	-0,067
9.	Budsjettprosessen er godt planlagt.	<b>0,834</b>	0,193
10.	Budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser.	<b>0,621</b>	0,326

Tabell 3 – Forpliktelse: Roterte faktorladninger

Den første faktoren lader høyt på spørsmål 8-10. Disse spørsmålene omhandler hvorvidt mellomleder opplever at det blir satt av nok tid til budsjettprosessen, at den er godt planlagt og at den gir en rettferdig fordeling av ressurser. De tre spørsmålene måler alle det man kan kalle planmessighet, og jeg velger derfor å navngi faktor 1 «Planmessighet». Videre lader spørsmål 6 og 7 høyt på faktor 2. Spørsmålene omhandler hvorvidt mellomleder opplever å delta og ha innflytelse i budsjettprosessen for overordnet enhet. Faktor 2 blir navngitt «Medvirkning». Disse to faktorene gir en indikasjon på større forpliktelse hvis mellomleder opplever høyere planmessighet og grad av medvirkning i budsjettprosessen.

Det ble til slutt gjennomført en reliabilitetsanalyse for å ytterligere validere gjennomføringen av prinsippal komponent analysen, samt de to faktorene analysen resulterte i. Dette ble gjort ved å undersøke Cronbachs Alpha. Ifølge Eikemo og Clausen (2012) kan en Cronbachs alfa lik 0,7 benyttes som en nedre grense for tilfredsstillende intern konsistens. Faktor 1 og 2 gir Cronbachs alfa lik henholdsvis 0,601 og 0,442. Disse verdiene er noe lave, men vil likevel godtas da det er indikasjoner som er interessant her.

### ***Realistisk budsjett***

Variabelen er utledet fra fire spørsmål knyttet til hva budsjettprosessen tar utgangspunkt i. Om budsjettprosessen oppfattes som realistisk kan måles gjennom flere spørsmål, og det vil derfor bli gjennomført en faktoranalyse ved datareduksjon.

### **Faktoranalyse**

Kaiser-Meyer-Olkin - mål på utvalgstilstrekkelighet		0,604
Bartlett's sfæretest	Kji-kvadratverdi	272,277
	Frihetsgrader	6
	P-verdi	0,000

*Tabell 4 – Realistisk: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test*

Tabell 4 viser en KMO på 0,605, som er en indikasjon på at man kan gjennomføre en god faktoranalyse. Videre bekrefter Bartlett's sfæretest (p-verdi = 0,000) at faktoranalysen er egnet. Basert på egenverdikriteriet trekket faktoranalysen ut to faktorer, som til sammen vil forklare 79,7 prosent av den totale variansen i data.

		Komponent	
		1	2
11.	Utgangspunkt i tidligere budsjett.	<b>0,903</b>	0,029
12.	Utgangspunkt i tidligere regnskap.	<b>0,859</b>	0,250
13.	Utgangspunkt i planlagt behandlingsaktivitet.	0,370	<b>0,778</b>
14.	Utgangspunkt i analyser av kapasitetsutnyttelse.	-0,020	<b>0,910</b>

*Tabell 5 – Realistisk: Roterte faktorladninger*

Faktor 1 inkluderer spørsmål 11 og 12 og omhandler hvorvidt mellomleder tar utgangspunkt i tidligere budsjett og tidligere regnskap i budsjettprosessen. Jeg velger å navngi faktor 1 «Erfaring». Videre lader spørsmål 13 og 14 høyt på faktor 2, som blir navngitt «Aktivitet og kapasitet». Hvorvidt mellomleder oppfatter budsjettet (budsjettprosessen) som realistisk baseres på erfaring og «Aktivitet og kapasitet». Ved gjennomført reliabilitetsanalyse på faktor 1 og 2, ga dette Cronbachs alfa på henholdsvis 0,766 og 0,652.

### ***Tettere oppfølging***

Variabelen er utledet av seks spørsmål, hvor et spørsmål handler om formell oppfølging fra leder, mens fem av spørsmålene går på oppfølging innen andre områder. Den første indikatoren, som viser til spørsmål 15, hvor ofte mellomledere har formelle møter med leder, er navngitt «Formalisme». Videre vil jeg kjøre en faktoranalyse på spørsmål 16-20 for å undersøke muligheten for datareduksjon.

### **Faktoranalyse**

Kaiser-Meyer-Olkin - mål på utvalgstilstrekkelighet		0,661
Bartlett's sfæretest	Kji-kvadratverdi	228,056
	Frihetsgrader	10
	P-verdi	0,000

*Tabell 6 – Tettere oppfølging: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test*

Tabell 6 viser at mål på utvalgstilstrekkeligheten er lik 0,661, som er en indikasjon på at man kan gjennomføre en god faktoranalyse. Videre bekrefter Bartlett's sfæretest (0,000) dette. Basert på egenverdikriteriet trekker faktoranalysen ut én faktor, som til sammen vil forklare 44,8 prosent av den totale variansen i data. Faktoren vil likevel godtas, da det er indikasjoner som er interessant her.

		Komponent 1
16.	Oppfølging innen aktivitet (antall DRG-poeng).	<b>0,718</b>
17.	Oppfølging innen ventetider/ventelister.	<b>0,668</b>
18.	Oppfølging innen sykefravær.	<b>0,674</b>
19.	Oppfølging innen bemanning.	<b>0,587</b>
20.	Oppfølging innen regnskap.	<b>0,692</b>

*Tabell 7 – Tettere oppfølging: Faktorladninger*

Faktor 1 inkluderer spørsmål 16 til 20, som går på oppfølging av leder innen ulike områder. Jeg velger å navngi faktoren «Oppfølging». En reliabilitetstest på faktor 1 ga en Cronbachs alfa på 0,666.



### **Konsekvenser og oppfølging**

Variabelen er utledet av fire spørsmål som går på konsekvenser og oppfølging fra leder ved budsjettavvik. Det vil bli gjennomført en faktoranalyse for å se om det er mulig med datareduksjon.

Kaiser-Meyer-Olkin - mål på utvalgstilstrekkelighet		0,504
Bartlett's sfæretest	Kji-kvadratverdi	117,999
	Frihetsgrader	6
	P-verdi	0,000

Tabell 8 – Konsekvenser og oppfølging: Kaiser-Meyer-Olkin og Bartlett's test

Målet på utvalgstilstrekkeligheten er 0,504. Verdien er lavere enn 0,60 som Johannessen (2009) hevder er grensen for å gjøre en god faktoranalyse, men ifølge Kaiser (1974) kan KMO-verdien godtas, og er en indikasjon på at variablene egner seg for datareduksjon. Bartlett's sfæretest (p-verdi = 0,000) bekrefter dette ytterligere. Faktoranalysen trekker ut to faktorer basert på egenverdikriteriet, som forklarer 66,9 prosent av den totale variansen i data.

		Komponent	
		1	2
21.	Leder er fokusert på at overforbruk forklares.	0,064	<b>0,780</b>
22.	Leder aksepterer overforbruk hvis årsaker forklares.	0,071	<b>0,752</b>
23.	Leder forventer forslag til konkrete tiltak for å redusere merforbruket.	<b>0,852</b>	0,117
24.	Leder følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt.	<b>0,867</b>	0,036

Tabell 9 – Konsekvenser og oppfølging: Roterte faktorladninger

Tabell 1 viser at faktor 1 inkluderer spørsmål 23 og 24 som går på hvor proaktiv leder er, og faktoren blir derfor navngitt «Proaktivitet». Spørsmål 21 og 22 utgjør faktor 2, og handler om å finne ut hva som er gjort feil. Faktor 2 er navngitt «Læring».

Det ble gjennomført en reliabilitetsanalyse for å ytterligere validere de to faktorene faktoranalysen resulterte i. Dette måles med Cronbachs alfa som gir en verdi på 0,642 for faktor 1 og 0,308 for faktor 2. Disse verdiene er også lavere enn ønsket verdi, men igjen så er det indikasjoner som er interessant her. Slutningene som tas på bakgrunn av disse faktorene må derfor regnes som noe usikre.



## 4 Resultat og analyse

Formålet med dette kapittelet er å analysere og diskutere resultatene fra datasettet. Jeg har valgt å integrere diskusjonen i analysen, da jeg mener det er mest hensiktsmessig for fremstillingen av studiets resultater. Jeg vil først presentere resultatene fra kartleggingen av mellomleders forutsetninger, før jeg videre vil analysere og diskutere de fire påstandene som er knyttet til den ideelle styringsprosessen.

### 4.1 Kartlegging av forutsetninger ved mellomleder

Riksrevisjonen (2009a) pekte i sin rapport på at det var tradisjon i helseforetakene at flinke leger ble rekruttert til lederstillinger, som gjorde at ledere derfor var mer opptatt av det kliniske faget enn å konsentrere seg om å være leder. Det har vist seg å være vanskelig å kombinere rollen mellom ledelse og klinisk arbeid. Analysen viser en tendens til at det er færre ledere som bruker av sin arbeidstid på klinisk arbeid i 2014. I 2008 svarte omtrent tre av fire (74 prosent) mellomledere at de brukte av sin arbeidstid på klinisk arbeid. Kun i overkant av hver tredje (35 prosent) mellomleder i 2014 svarte at de fortsatt brukte tid på klinisk arbeid. Dette kan tyde på at mellomledere i større grad konsentrerer seg om å utøve ledelse, og at de fokuserer mer på deres økonomiske ansvar. I følge Grund (2006) vil evnen til profesjonsuavhengig lederskap være et kritisk punkt for økonomistyringen, spesielt på avdelingsnivå.

(2014 i parentes)	Klinisk arbeid	Leder på heltid
Lege n = 59 (n = 25)	89,8 % (96,0 %)	10,2 % (4,0 %)
Sykepleier n = 180 (n = 49)	67,8 % (6,1 %)	32,2 % (93,9 %)

Tabell 10 – Fordeling mellom klinisk arbeid og ledelse - Leger/sykepleiere

Jespersen (1999) pekte på at sykepleiere finner seg mer til rette med sterkere økonomisk styring enn legene. Nærmere analyser viser at det fortsatt er stor variasjon mellom leger og sykepleier i hvor stor andel av sin arbeidstid de bruker på ledelse og styring. Tabell 10 viser at en større andel ledere med legebakgrunn fortsatt bruker tid på klinisk arbeid i 2014, mens det er færre enn hver tiende (6 prosent) av mellomlederne med sykepleierbakgrunn som fortsatt bruker tid på klinisk arbeid i 2014. Dette gir en indikasjon på at leger fortsatt oftere tar rollen som både fagperson og leder, mens sykepleierne i større grad konsentrerer seg om å utøve ledelse (Grund, 2006).

Videre analyser viser at leger som fortsatt bruker tid på klinisk arbeid, bruker en mindre andel av sin arbeidstid på slikt arbeid. I 2008 brukte mer enn hver andre (62 prosent) mellomleder med legebakgrunn mer enn halvparten av sin arbeidstid på klinisk arbeid. I 2014 er det kun hver tredje (33 prosent) mellomleder som bruker over halvparten av sin tid på klinisk arbeid. Utviklingen for sykepleierne er også positiv fra et økonomisk perspektiv. I 2008 brukte hver fjerde (25 prosent) mellomleder med sykepleierbakgrunn mer enn halvparten av sin arbeidstid på klinisk arbeid. Data fra 2014 viser at mellomledere med sykepleierbakgrunn som fortsatt bruker tid på klinisk arbeid, kun bruker mindre enn 40 prosent av sin arbeidstid på klinisk arbeid. Disse resultatene viser en tendens til at mellomledere med legebakgrunn fortsatt tar rollen som fagperson og leder, men i mindre grad enn tidligere. Mellomledere med sykepleierbakgrunn konsentrerer seg i større grad om å utøve ledelse.

Mellomleder opplever i større grad å ha tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens økonomi i 2014.

Et annet problem som ble fremhevet i Riksrevisjonen (2009a) sin rapport var at mellomledere manglet økonomikompetanse, som er en viktig forutsetning for å oppnå god økonomistyring.

(2014 i parentes)	Enig	Uenig	Gj.snitt (std.avvik)	
			2008	2014
Kompetanse n = 253 (n = 70)	67,6 % (88,5 %)	30,8 % (7,1 %)	3,41 (1,161)	4,31 (0,910)

Tabell 11 – Opplever mellomleder å ha tilstrekkelig kompetanse?

Testing av denne påstanden viser en signifikant forskjell på 1 % nivå (p-verdi = 0,000). Dette viser at mellomledere i 2014 i større grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse enn i 2008. Resultatene viser at færre enn hver tidene (7 prosent) mellomleder i 2014 opplever å ikke ha tilstrekkelig kompetanse, sammenlignet med nesten hver tredje (31 prosent) av mellomlederne i 2008. Mangel på kompetanse i den rollen mellomleder innehar, kan gjøre posisjonen sårbar. Funnet gir en indikasjon på at mellomledere i 2014 i større grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse, og mellomledere kan da fungere som en formidlingsperson som åpner de to verdener; den kliniske og administrative (Llewellyn, 2001).

Nærmere analyser viser at mellomledere med mer enn tre års ledererfaring i 2008 i større grad er enige i at de har tilstrekkelig kompetanse. Mens det viser seg at over halvparten (53 prosent) av de som har mindre enn et år ledererfaring ikke opplever å ha tilstrekkelig kompetanse. I 2014 viser analysen at mellomledere uavhengig av antall år ledererfaring i større grad mener de har tilstrekkelig kompetanse. Disse resultatene gir ingen indikasjon på at antall år med ledererfaring nødvendigvis påvirker opplevd grad av kompetanse. Det vil kunne være andre faktorer som kan gi indikasjoner på denne utviklingen.

En større andel (89 prosent) av respondentene i 2014 har fått opplæring, mot omtrent 80 prosent i 2008. Noe som kan ha hatt en påvirkning på at flere mellomledere i 2014 opplever å ha tilstrekkelig kompetanse. Analysen viser at omtrent 89 prosent av mellomlederne som har fått opplæring i 2014 opplever å ha tilstrekkelig kompetanse, mot omtrent 72 prosent i 2008.

Mellomledere opplever i signifikant større grad å ha tilstrekkelig kompetanse i 2014 enn i 2008. Likevel er det ikke mulig å si hva dette skyldes. Analysen gir indikasjoner på at dette ikke har sammenheng med økt ledererfaring, men at det kan ha sammenheng med at en større andel ledere i 2014 har fått opplæring.

Mellomleder opplever i større grad å ha tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi i 2014.

For at mellomledere skal kunne styre enhetens økonomi på en effektiv måte, er det ikke tilstrekkelig med kompetanse, de må også ha tilstrekkelig kapasitet til å kunne bruke denne kompetansen. Ledere må ha tid og evne til å kunne planlegge en effektiv drift. Mangel på tilstrekkelig -kompetanse og kapasitet vil kunne føre til at driften bare fortsetter som før.

(2014 i parentes)	Enig	Uenig	Gj.snitt (std.avvik)	
			2008	2014
Kapasitet n = 252 (n = 71)	48,4 % (53,5 %)	51,2 % (35,2 %)	2,93 (1,276)	3,25 (1,180)

Tabell 12 – Opplever mellomleder å ha tilstrekkelig kapasitet?

Testing av påstanden gir signifikant forskjell på 5 % nivå ( $p$ -verdi = 0,046). Det vil si at mellomledere i 2014 i større grad opplever å ha tilstrekkelig kapasitet enn i 2008. Det er likevel kun halvparten (54 prosent) av respondentene i 2014 som mener de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enheten. En årsak til dette kan være at mellomledere fortsatt bruker deler av sin arbeidstid på annet arbeid enn ledelse. En konsekvens av at få mellomledere opplever å ha tilstrekkelig kapasitet er at de ikke nødvendigvis har kapasitet til å planlegge og evaluere økonomistyringsprosessen, slik den er beskrevet av (Anthony og Young, 2003).

Mellomleder opplever i større grad økonomimedarbeideren som en ressurs i 2014.

(2014 i parentes)	Enig	Uenig	Gj.snitt (std.avvik)	
			2008	2014
Ressurs n = 235 (n = 71)	47,2 % (13,6 %)	66,2 % (25,3 %)	3,32 (0,748)	3,72 (1,267)

Tabell 13 – Opplever mellomleder økonomimedarbeideren som en ressurs?

I 2008 har omtrent 95 prosent av mellomlederne tilgang til økonomimedarbeider, mens i 2014 svarer alle mellomlederne at de har tilgang. Likevel var det kun omtrent halvparten (47 prosent) av mellomlederne i 2008 som oppfattet medarbeideren som en ressurs. Utviklingen er positiv, og viser at mellomlederne i 2014 i større grad oppfatter medarbeideren som en ressurs, hvor to av tre (66 prosent) mellomledere sier seg enige i at medarbeideren er en ressurs. Testing av påstanden bekrefter at det er signifikant forskjell på 5 % nivå ( $p$ -verdi = 0,013), med forventet utvikling. Det kan være flere årsaker til at økonomimedarbeideren oppleves mer som en ressurs – både det at de faktisk har blitt bedre, men det kan også være påvirket av at mellomlederne har fått økt kompetanse.

(2014 i parentes)	Enig	Uenig	Gj.snitt (std.avvik)	
			2008	2014
Effektiv styring n = 104 (n = 43)	43,2 % (34,9 %)	17,3 % (30,2 %)	3,24 (0,919)	3,12 (1,199)

Tabell 14 – Opplever mellomleder at lederavtalen bidrar til effektiv styring?

Mellomleder opplever i større grad at lederavtalen bidrar til effektiv styring i 2014.

I 2008 svarte 42 prosent av mellomlederne at de hadde lederavtale, mot hele 62 prosent i 2014. Undersøkelsen viser at det har blitt mer vanlig å formalisere styringskrav ved å inngå skriftlige avtaler. Hvorvidt dette kan påvirke mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen må undersøkes i forhold til om lederavtalen oppleves å bidra til effektiv styring. Tabell 14 viser at det er liten forskjell mellom 2008 og 2014, og ved testing av påstanden er det ikke signifikant forskjell i hvilken grad mellomleder opplever at lederavtalen bidrar til effektiv styring. Under halvparten av mellomlederne både i 2008 og 2014 (43 og 35 prosent) opplever at lederavtalen bidrar til effektiv styring. Dette er et overraskende funn, da det er flere som har inngått lederavtaler, men fortsatt er det få mellomledere som opplever at avtalen faktisk bidrar til effektiv styring.

#### 4.1.1 Oppsummering av mellomleders forutsetninger

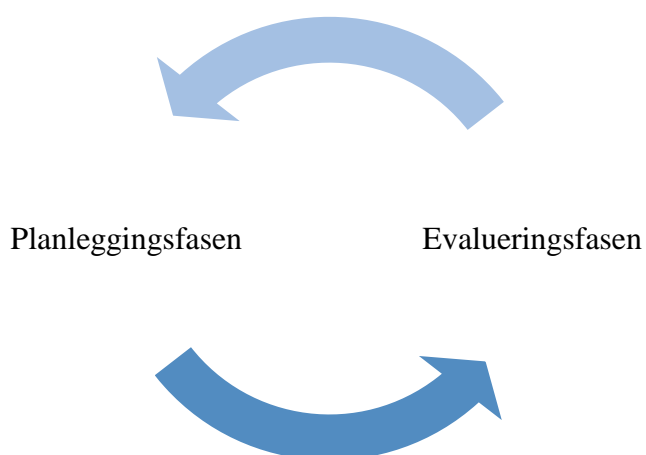
Resultatene gir en indikasjon på at forutsetningene ved mellomleder knyttet til økonomistyring har endret seg. Kartleggingen av mellomleders forutsetninger viser at flere mellomledere i 2014 rendyrker lederrollen, og at de som fortsatt bruker tid på klinisk arbeid gjør dette i mindre grad enn tidligere. Videre viser analysen at det fortsatt er et skille mellom leger og sykepleiere, der det ser ut til at en større andel av lederne med sykepleierbakgrunn fortsatt konsentrerer seg om ledelse, enn de med legebakgrunn.

Et interessant funn som gir en indikasjon på at mellomledere skal ha et bedre utgangspunkt for å oppnå bedre økonomistyring er at mellomledere i 2014 i større grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse. Det finnes ikke tegn i datasettet på at denne utviklingen skyldes ledererfaring, men analysen viser at opplæring kan være en årsak. Videre viser resultatene at mellomledere i 2014 i større grad opplever å ha tilstrekkelig kapasitet enn respondentene i 2008. Likevel er det kun i overkant av halvparten av mellomlederne i 2014 som mener de har tilstrekkelig kapasitet.

I perioden 2008 til 2014 viser det seg at alle respondentene har fått tilgang på økonomimedarbeider, og at de i 2014 i større grad opplevde medarbeideren som en ressurs. At medarbeideren i 2014 oppfattes som en ressurs i større grad enn i 2008, kan ha sammenheng med at mellomledere i større grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse. Resultatene viste også at en større andel av mellomlederne i 2014 hadde lederavtale, men likevel var det ingen forskjell på hvorvidt de opplevde at avtalen førte til effektiv styring. Færre enn halvparten av respondentene i 2008 og 2014 mente at lederavtalen bidro til effektiv styring. Disse forutsetningene vil videre ses i forhold til de funn ved mellomleders holdning som kan knyttes opp til den ideelle styringsprosessen.

## 4.2 Kartlegging av mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen

Det har blitt pekt på flere styringsutfordringer i helseforetak. For å avdekke hvordan mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen har endret seg, ble det ut i fra disse fremmet fire påstander som kan knyttes opp mot den ideelle økonomiske styringsprosessen (Anthony og Young, 2003). Anthony og Young (2003) beskrev den ideelle styringsprosessen som en prosess som bør følges for at styringen i en organisasjon skal fungere mest mulig hensiktsmessig. For å kategorisere spørsmålene fra datasettet, har jeg valgt å dele prosessen i to faser:



Figur 3 – Tilpasset versjon av den ideelle økonomiske styringsprosessen



## 4.2.1 Planleggingsfasen

Budsjettet fungerer som bindeleddet mellom det strategiske og operative styringsnivået, og må være i fokus på det nivået der kostnadene genereres for å oppnå god økonomistyring (Pettersen et al., 2008). Ved at mellomledere i større grad føler seg forpliktet til budsjettprosessen og oppfatter prosessen som realistisk, vil dette kunne redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav. Forventninger om tilleggsbevilgninger har tidligere ført til at budsjettprosessen ikke har blitt oppfattet som endelig og blitt tatt tilstrekkelig alvorlig (Riksrevisjonen, 2009a).

Mellomleder opplever å ha større forpliktelse til budsjettprosessen i 2014.

For å avdekke endringen i mellomleders opplevelse av forpliktelse til budsjettprosessen ble dette målt gjennom hvordan mellomleder opplever budsjettprosessens planmessighet og i hvilken grad de har medvirkning i prosessen. En utfordring med økonomistyringen i helseforetak var i 2008 at det var lav forpliktelse til budsjettprosessen, noe som preget hvorvidt ledere får større eierskap til eget og helseforetakets budsjett (Riksrevisjonen, 2009a). Et forventet funn i data fra 2014 er at mellomleders forpliktelse til budsjettprosessen har hatt positiv utvikling.

(2014 i parentes)	Gj.snitt (std.avvik)	
	2008	2014
Mellomleder opplever planmessighet i budsjettprosessen. n = 249 (n = 72)	2,69 (0,842)	2,97 (0,909)
Mellomleder opplever medvirkning i budsjettprosessen. n = 233 (n = 71)	2,72 (0,820)	3,14 (0,846)

Tabell 15 – Planmessighet og medvirkning

Ved å se på gjennomsnittsverdiene for planmessighet, som er 2,69 for 2008 og 2,97 for 2014, gir dette en indikasjon på at mellomledere i 2014 i større grad opplever planmessighet i budsjettprosessen enn mellomledere i 2008. Denne forskjellen er signifikant på 5 % nivå (p-verdi = 0,017). Mellomleders opplevelse av medvirkning i budsjettprosessen har gjennomsnittsverdiene 2,72 og 3,14, for henholdsvis 2008 og 2014. Dette gir en indikasjon på

at mellomledere i 2014 i større grad opplever medvirkning i budsjettprosessen enn mellomledere i 2008. Denne forskjellen er signifikant på 1 % nivå (p-verdi = 0,000).

Riksrevisjonen (2009a) viste til at budsjettansvarlige mente det ble avsatt for lite tid til budsjettprosessen og at prosessen ikke ble oppfattet som godt planlagt, i tillegg opplevde mellomledere en mangel på rettferdig fordeling, som også hang sammen med liten grad av deltagelse i prosessen. Analysen viser at mellomledere i 2014 i signifikant større grad opplever planmessighet i budsjettprosessen. En annen av styringsutfordringene i helseforetak var at mellomledere ikke ble tilstrekkelig involvert i budsjettprosessen. Mellomledere opplevde i 2014 i signifikant større grad at de har medvirkning i budsjettprosessen. I følge Riksrevisjonen (2009a) er det at ledere har medvirkning i budsjettprosessen et godt utgangspunkt for å kunne redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav.

Oppsummert gir dette en indikasjon på at det har skjedd en holdningsendring blant mellomledere, der de i 2014 opplever å ha større forpliktelse til budsjettprosessen. Riksrevisjonen (2009a) pekte på at det var nødvendig at mellomledere følte forpliktelse til prosessen for å oppnå god kostnadskontroll, og at det var nødvendig at mellomlederne hadde tilstrekkelig kompetanse for å oppnå dette. Analysen viser at mellomledere i 2014 i signifikant større grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse enn i 2008, og denne utviklingen er som forventet. At mellomleder opplever større forpliktelse til budsjettprosessen kan føre til at budsjettet legger føringer til hvordan det kliniske blir prioritert, og ikke motsatt. Det vil si et skifte bort fra at budsjettet brukes som en legitimeringsfunksjon og mer mot accountingization. Dette kan ses i sammenheng med at flere mellomledere i 2014 bruker all eller mer av sin tid på ledelse og styring, og kan tyde på at mellomleder tar en rolle som i større grad er påvirket av økonomitenkning.

## Mellomleder opplever budsjettet som mer realistisk i 2014.

Endringen i hvorvidt mellomleder opplever budsjettet som mer realistisk i 2014 ble målt gjennom i hvilken grad budsjettprosessen baseres på erfaring og aktivitet og kapasitet.

(2014 i parentes)	Gj.snitt (std.avvik)	
	2008	2014
Mellomleder opplever at budsjettprosessen baseres på erfaring. n = 232 (n = 72)	3,99 (0,770)	3,92 (0,700)
Mellomleder opplever at budsjettprosessen baseres på aktivitet og kapasitet. n = 207 (n = 71)	3,42 (0,864)	3,48 (0,781)

Tabell 16 – Erfaring og aktivitet og kapasitet

Selv om gjennomsnittsverdien tyder på at mellomleder i mindre grad opplever at budsjettprosessen bygger på erfaring i 2014, er det ingen signifikant forskjell (p-verdi = 0,533) mellom 2008 og 2014. Budsjettprosessen har lenge vært preget av inkrementell budsjettering, og resultatene gir indikasjoner på at dette fortsatt forekommer. Dette kan være problematisk ved at prioriteringer blir skjult og systematiske skjevheter videreføres. Nyland og Østergren (2008) pekte på at oppfatningen av urealistisk budsjett, ofte var knyttet til budsjettoverskridelser. I 2014 gikk helseforetakene med overskudd, likevel indikerer resultatene at mellomlederne ikke oppfattet budsjettprosessen som mer realistisk enn i 2008.

Riksrevisjonen (2009a) pekte på behovet for å i større grad ta i bruk indikatorer som kobler informasjon om aktivitet og ressursbruk. Likevel viser analyse at det er ingen signifikant forskjell (p-verdi = 0,629) i hvilken grad mellomleder opplever at budsjettprosessen baseres på aktivitet og kapasitet.

For at økonomifokuset skal forankres nedover i organisasjonen og de på lavere nivå skal kunne benytte budsjettet som et godt verktøy for økonomisk styring, må de føle lojalitet til budsjettet. En del av denne lojaliteten er at budsjettet må oppfattes som realistisk.

Disse resultatene gir ingen indikasjon på hvorvidt mellomleders holdning har endret seg i forhold til om budsjettprosessen oppfattes som realistisk. Dette kan tyde på at budsjettet fortsatt oppfattes mer som kontekstuelle situasjoner i 2014, heller enn som input for strategiske

beslutninger (Nyland og Pettersen, 2004). Budsjettet er et viktig styringsverktøy, og for å knytte dette opp mot den ideelle styringsprosessen må det være en kobling mellom budsjettet og faktiske data. Ifølge Nyland og Pettersen (2004) var det ofte de som hadde budsjettoverskridelser som oppfattet budsjettet som urealistisk. Resultatene viser at det ikke er noen endring i mellomleders holdning til om budsjettprosessen er realistisk. Dette kan tyde på at inkrementell budsjettering fortsatt forekommer, og at det ikke er større fokus på både nåtid, fortid og fremtid i budsjettprosessen. På tross av at mellomledere i 2014 i signifikant større grad opplever å ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, opplever de ikke budsjettet som mer realistisk.

#### 4.2.2 Evalueringsfasen

I evalueringsfasen overvåker lederne hva som skjer under videre drift, i tillegg til videre oppfølging (Anthony og Young, 2003). Her bør det bli gjennomført løpende oppfølging og måling av innsats og resultat for å oppnå god økonomistyring. Gjennom oppfølging fra leder kan mellomledere få grunnlag for å evaluere ressursbruken og motivere sine medarbeidere (Pettersen et al., 2008).

**Mellomleder opplever tettere oppfølging fra leder i 2014.**

Påstanden om tettere oppfølging fra leder i 2014 måles gjennom hvorvidt mellomleder opplever større grad formalisme i oppfølgingen og hyppigere oppfølging i 2014.

(2014 i parentes)	Gj.snitt (std.avvik)	
	2008	2014
Mellomleder opplever større grad av formalisme i oppfølgingen i 2014. n = 249 (n = 63)	2,80 (0,959)	1,90 (0,893)
Mellomleder opplever større grad av oppfølging fra sin leder i 2014. n = 191 (n = 71)	1,30 (0,470)	1,28 (0,396)

Tabell 17 – Formalisme og hyppighet i oppfølging

Gjennomsnittsverdiene for hyppighet av formalisme er lavere i 2014 enn i 2008, 1,90 mot 2,80. Dette tyder på at mellomleder i 2014 opplever hyppigere formalisme i oppfølgingsprosessen enn mellomledere i 2008, denne forskjellen er signifikant på 1 % nivå (p-verdi = 0,000). Nesten

to av fem (38 prosent) mellomledere opplever å ha formelle møter med leder ukentlig i 2014, mot kun omtrent en av ti (11 prosent) i 2008. I 2014 er det i overkant av en av fem (22 prosent) som kun opplever formalisme i oppfølgingen månedlig eller sjeldnere. Gjennomsnittsverdiene for hyppighet i oppfølgingen tyder på ingen forskjell, og ved testing er det ingen signifikant forskjell mellom undersøkelsene.

Riksrevisjonen (2009a) viste til at den økonomiske oppfølgingen av ledere på alle nivåer i helseforetakene var tettere, men at det var en stor utfordring at ledere ikke hadde kapasitet til å følge opp på en systematisk måte. Resultatene viser at mellomledere i 2014 i signifikant større grad opplever hyppigere formalisme i oppfølgingen. Mellomleder kan gjennom slik oppfølging få informasjon som kan forbedre driften og videreformidle nødvendig informasjon ned i organisasjonen. I følge Anthony og Young (2003) er løpende oppfølging en del av økonomistyringsprosessen, og det å ha gode oppfølgingsprosesser vil bidra til god økonomistyring. Selv om mellomledere i 2014 opplever formalisme hyppigere i oppfølgingen, viser resultatene at mellomledere i 2008 og 2014 ikke opplever forskjellig grad av hyppighet innen oppfølging av andre områder. Dette kan ha sammenheng med at det er en lav andel av mellomledere både i 2008 og 2014 som opplever at deres lederavtale bidrar til effektiv styring. Disse resultatene tyder på at mellomleders holdning til oppfølgingsfasen kun delvis har endret seg fra 2008 til 2014, hvor mellomleder opplever større grad av formalisme i oppfølgingen i 2014, men det er ingen signifikant forskjell i hyppighet i oppfølgingen generelt.

**Mellomleder opplever at leder har større fokus på konsekvenser og oppfølging ved budsjettavvik i 2014.**

Påstanden er målt gjennom hvorvidt mellomleder opplever at leder er mer proaktiv og mer opptatt av læring ved budsjettavvik.

(2014 i parentes)	Gj.snitt (std.avvik)	
	2008	2014
Mellomleder opplever at sin leder er mer proaktiv ved budsjettavvik i 2014. n = 250 (n = 73)	3,91 (0,900)	4,17 (0,746)
Mellomleder opplever at sin leder er mer opptatt av læring ved budsjettavvik i 2014. n = 250 (n = 73)	3,93 (0,745)	4,23 (0,662)

Tabell 18 – Proaktivitet og læring

Tabell 18 viser en økning i gjennomsnittsverdiene fra 2008 til 2014 både innen proaktivitet og læring. Testing av den første påstanden viser at mellomledere i 2014 opplever at sin leder er mer proaktiv enn mellomledere i 2008, og denne forskjellen er signifikant på 5 % nivå (p-verdi = 0,023). Mellomledere i 2014 opplever i større grad at leder er opptatt av læring ved budsjettavvik enn i 2008, og denne forskjellen er signifikant på 1 % nivå (p-verdi = 0,002).

Budsjettavvik kan oppstå som en konsekvens av mangler i planleggingsfasen, og kan forstås som et brudd i den ideelle styringsprosessen (Anthony og Young, 2003). Budsjettet er et viktig styringsverktøy i helsesektoren og dersom avvik forekommer må denne informasjonen nyttiggjøres for at feilene ikke videreføres. Budsjettavvik kan skape en læringsprosess, hvis leder og mellomleder i samarbeid går gjennom en kreativ prosess for å rette opp avviket. Ved at mellomleder opplever at leder er mer proaktiv og mer opptatt av læring i 2014, virker det som at det er et økt fokus på konsekvenser ved budsjettavvik i 2014. Dette kan føre til at budsjettet oppfattes som mer relevant.

Riksrevisjonen (2009a) pekte på at helseforetakene tradisjonelt har fokusert på avvik i den økonomiske oppfølgingen, men uten å se avviket i sammenheng med andre styringsindikatorer. Basert på analysen av undersøkelsen i 2014 virker det som at denne trenden har snudd, og mellomledere opplever et større fokus på konsekvenser ved budsjettavvik i 2014 enn i 2008. Den utviklingen som vises i mellomleders holdninger til denne delen av styringsprosessen, gir en indikasjon på at det arbeides mot økt forståelse for hva som har skjedd ved avvik, og i større grad bruker informasjonen til læring og evaluering. Gjennom et større fokus på synliggjøring av avvik kan mellomledere bli ansvarliggjort til å rette opp disse (Pettersen et al., 2008). Denne ansvarliggjøringen av mellomledere gir en indikasjon på at fokuset på ansvarliggjøring på lavere nivå i helsesektoren kan ha fungert.

## 5 Konklusjon

Hensikten med studiet er å finne indikasjoner på hvilke endringer som kan observeres i mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen i en periode hvor helseforetakene har gått fra underskudd til overskudd. Utviklingen i helseforetakene fra vedvarende underskudd til overskudd fra 2009 kan tyde på bedre økonomistyring. På bakgrunn av dette har det derfor vært interessant å undersøke om fokuset på økonomistyring har forankret seg nedover i organisasjonen, til mellomledernivå.

Konklusjonen er at det finnes tydelige og signifikante forskjeller knyttet til utviklingen av mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen i perioden 2008 til 2014. Funnene tyder blant annet på at mellomledere i 2014 har bedre forutsetninger til å være i stand til å ha et sterkere fokus på styring enn i 2008. En større andel av mellomlederne med sykepleierbakgrunn rendyrker lederrollen i større grad. Mens tendensen blant mellomledere med legebakgrunn er at en stor andel i 2014 fortsatt bruker deler av sin arbeidstid på klinisk arbeid, men i mindre grad enn i 2008.

Materialet tyder på at mellomledere i 2014 i signifikant større grad opplever å både ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet knyttet til å styre enhetens økonomi. I 2014 er det ingen indikasjoner på at økt kompetanse har sammenheng med ledererfaring, men resultatene viser at en større andel av mellomlederne har fått opplæring. Økt kompetanse blant mellomlederne i 2014 kan ha vært en medvirkende faktor knyttet til det at økonomimedarbeideren i signifikant større grad oppleves som en ressurs. Det kan tyde på at det i større grad ligger til rette for kompetanseoverføring mellom mellomledere og økonomimedarbeidere. En større andel av mellomledere i 2014 har lederavtale, men de opplever ikke i større grad enn i 2008 at avtalen bidrar til effektiv styring. Selv om det er færre enn halvparten av lederne i 2014 som opplever at lederavtalen bidrar til effektiv styring, kan den likevel være en positiv bidragsyter gjennom tydeliggjøring av ansvar og oppgaver, uten at den oppleves som et direkte bidrag til effektiv styring.

Samlet sett gir disse funnene en indikasjon på at mellomledere i 2014 har bedre forutsetninger til å være i stand til et sterkere fokus på økonomistyring. Resultatene tyder på at det i stor grad har skjedd en positiv utvikling innen flere områder som Riksrevisjonen (2009a) pekte på som utfordrende.

Det framgår fra undersøkelsen at det i perioden 2008 til 2014 har vært en positiv utvikling av mellomleders holdninger til økonomistyringsprosessen innen de fleste områder. Under planleggingsfasen viser funn at mellomleder i større grad opplever forpliktelse til budsjettprosessen, gjennom større grad av opplevd planmessighet i prosessen og større grad av medvirkning. Riksrevisjonen (2009a) pekte på at budsjettprosessen var preget av dårlig planlegging og at budsjettansvarlige ikke var tilstrekkelig involvert i prosessen. Analysen tyder på at denne situasjonen er forbedret i 2014. Datamaterialet viser ingen tegn til at mellomleder oppfatter budsjettet som mer realistisk i 2014. Dette er overraskende, da det er forventet at budsjettet i større grad oppfattes som realistisk når budsjettet overholdes.

Videre over i evalueringsfasen opplever mellomleder signifikant større grad av formalisme i oppfølgingen, men det er ingen signifikant forskjell i oppfølgingen innen andre områder. Dette viser tendenser til en økt formalisme mellom mellomleder og leder, men materialet gir ingen indikasjon på at det er tettere oppfølging utover dette. Videre viser funnene at mellomleder opplever sin leder som mer proaktiv ved budsjettavvik og at det er større fokus på læring når slike avvik oppstår. Dette gir en indikasjon på at det er et større fokus på konsekvenser ved budsjettavvik i 2014 enn det var i 2008. Det økte fokuset på konsekvenser kan tyde på at man går bort fra budsjettet som legitimeringsfunksjon, og i større grad mot accountingization, hvor man i større grad tilpasser seg de gitte rammene.

Funnene gir indikasjoner på at en større andel av mellomledere i helseforetak har tatt på seg en helhetlig økonomitenkning (accountingization), og har fått et mer bevisst forhold til økonomistyringen. At holdningene til mellomleder knyttet til økonomistyringsprosessen stort sett har en positiv utvikling er som forventet med hensyn på utviklingen i helsesektoren fra underskudd til overskudd. De områdene der man ikke kan observere denne positive utviklingen, som det at få mellomledere opplever at lederavtalen bidrar til effektiv styring, og at budsjettprosessen ikke oppleves som mer realistisk, virker som områder som har potensiale for forbedring. Knyttet opp mot den ideelle styringsprosessen til Anthony og Young (2003), gir resultatene indikasjoner på at mellomleder har endret holdningene sine i positiv retning innen deler av de ulike fasene. Likevel er det ikke mulig å si noe om deres holdninger knyttet til koblingene mellom de ulike fasene.



## 5.1 Begrensninger og videre forskning

Denne studien gir kun indikasjoner på et overordnet bilde av situasjonen, det vil si av endringer i mellomleders holdninger til økonomistyringsprosessen. Det er ikke mulig å generalisere disse funnene til å si noe om funnene kan gjelde for alle mellomledere i helsesektoren. Spørsmålene er tilpasset til formålet med studiet, og jeg har vært prisgitt de dataene som har vært tilgjengelig. For å kunne koble utviklingen i mellomleders holdninger opp mot den ideelle styringsprosessen kan det være nyttig å gå dypere inn i hver del av prosessen, og undersøke om koblingene faktisk eksisterer og om fokuset på disse koblingene er forankret lenger ned i organisasjonen.

Studien er basert på sekundærdata fra Riksrevisjonen, hvor de har gjennomført spørreundersøkelser. Fordelen med spørreundersøkelser er at det er mulig å innhente svar fra mange enheter, og risikoen for at ekstreme synspunkter påvirker resultatene blir redusert. Samtidig binder spørreskjema respondentene til bestemte spørsmål og svar, og begrenser derfor muligheten til å få fram flere sider ved et fenomen. Det er ikke mulig å si med sikkerhet hvordan respondentene har tolket spørsmålene. Metodisk bør studien derfor følges opp av en dybdestudie ved bruk av intervju, for å få en forståelse av utviklingen på mellomledernivå. Gjennom dybdeintervju vil det også være mulig å se om økonomiforståelsen, –tankegangen og –fokuset faktisk har trengt ned i organisasjonen.

Da det er benyttet sekundærdata, har det ikke vært mulig med oppfølgingsspørsmål, i tillegg til at det ikke har vært mulig å undersøke andre interessante faktorer som også påvirker mellomleders holdning. Videre må det igjen påpekes at denne studien kun undersøker om det finnes indikasjoner på at mellomleders holdning til økonomistyringsprosessen har endret seg i perioden 2008 og 2014, og studien sier ingenting om hvorfor utviklingen i sektoren har vært som den har vært. Likevel er funnene interessante, både de som har utviklet seg i forventet retning, og de tilfellene hvor det ikke er signifikant forskjell. Det vil være interessant å undersøke alle funnene videre, for å få en dypere forståelse for hvordan mellomleder i helseforetak har utviklet seg, og om hvorvidt det stemmer at de faktisk har endret holdning til økonomistyringsprosessen.



## 6 Referanseliste

- Aasland, O. G., Hagen, T. P. og Martinussen, P. E. (2007) Medisin og Vitenskap - Sykehuslegenes syn på sykehusreformen, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 127 (17), s. 2218-2221.
- Anthony, R. N. (1965) *Planning and control systems: a framework for analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Anthony, R. N. og Young, D. W. (2003) *Management control in nonprofit organizations*. 7. utg. Boston, Mass: McGraw-Hill/Irwin.
- Diamond, S. S. (2000) Reference guide on survey research, *Reference manual on scientific evidence*, 221, s. 228.
- Eikemo, T. A. og Clausen, T. H. (2012) *Kvantitativ analyse med SPSS: en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. 2. . utg. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Grund, J. (2006) *Sykehusledelse og helsepolitikk: Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, K. P. og Kjerstad, E. (2001) Styring og regulering av helsesektoren. I: Askildsen, J. E. og Haug, K. (red.), *Helse, økonomi og politikk - Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Haug, K. (2009) Verdens beste helsevesen? . I: Haug, K., Kaarbøe, O. M. og Olsen, T. E. (red.), *Et helsevesen uten grenser?* . 2. utg. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Helsedirektoratet. (2016) *Kostnadsutviklingen: Resultat for helseforetakene* [Internett]. Tilgjengelig fra: [https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd\\_ContentId=8af6b846-01fd-48fe-97f1-5c757ecde821&Dd\\_ContentType=Dashboard](https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=8af6b846-01fd-48fe-97f1-5c757ecde821&Dd_ContentType=Dashboard) 2016).
- Hood, C. (1995) The “New Public Management” in the 1980s: Variations on a theme, *Accounting, organizations and society*, 20 (2), s. 93-109.
- Iversen, T., Bryne, H., Trommald, M., Nyland, K., Skribeland, N. O., Økland, S. og Kalseth, J. (2008) *Årsrapport 2007*. Oslo: Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-info/bus-rapport-2008.pdf?id=2088756>.
- Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. . utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Jespersen, P. K. (1999) New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen I: Bentsen, E. Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. og Sahlin-Andersson, K. (red.), *Når styringsambitioner møder praksis: Den svære omstilling av sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Johannessen, A. (2009) *Introduksjon til SPSS: Versjon 17*. 4 utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kaiser, H. F. (1974) An index of factorial simplicity, *Psychometrika*, 39 (1), s. 31-36.
- Kurunmaki, L., Lapsley, I. og Melia, K. (2003) Accountingization v. legitimation: A comparative study of the use of accounting information in intensive care, *Management Accounting Research*, 14 (2), s. 112-139.
- Lederutdanning: helse og omsorg. (2013) *Nasjonalt oppdrag fra Helsedirektoratet* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://lederutdanning-helse-omsorg.no/nasjonalt-oppdrag-fra-helsedirektoratet/> 2016).
- Llewellyn, S. (2001) Two-way windows': Clinicians as medical managers, *Organization Studies*, 22 (4), s. 593-623.
- Mauland, H. og Mellemvik, F. (2004) *Regnskap og økonomistyring i kommuner*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- NTB. (2010) Helse-Norge går i pluss for første gang, TV2 11.03. Tilgjengelig fra <http://www.tv2.no/2010/03/11/nyheter/innenriks/3157178>
- Nyland, K. og Pettersen, I. J. (2004) The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings, *Financial Accountability & Management*, 20 (1), s. 77-102.
- Nyland, K. og Pettersen, I. J. (2010) Økonomistyring i staten; Likhhet eller mangfold?, *Magma*.
- Nyland, K. og Østergren, K. (2008) *Økonomisk styring i helseforetak: Avdelingslederens holdning til økonomiansvar*. Tilgjengelig fra: [http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_23254](http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_23254)
- Nyland, K. og Østergren, K. (2009) Hvilken funksjon har de lokale helseforetaksstyrene? . I: Haug, K., Kaarbøe, O. M. og Olsen, T. E. (red.), *Et helsevesen uten grenser?* 2. utg. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). (2001) *Om lov om helseforetak m. m. (helseforetaksloven)* Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Tilgjengelig fra:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdfa/otp200020010066000dddpdfa.pdf>.
- Pettersen, I. J. (1995) Budgetary control of hospitals - Ritual rhetorics and rationalized myths?, *Financial Accountability and management*, 11 (3), s. 207-221.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. og Bjørnenak, T. (2008) *Økonomi og helse*. 2. utg. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Pettersen, I. J. og Nyland, K. (2006) Management and control of public hospitals - The use of performance measures in Norwegian hospitals: A case-study, *The International journal of health planning and management*, 21 (2), s. 133-149.
- Power, M. og Laughlin, R. (1992) Critical theory and accounting. I: Alveson, M. og Wilmott, H. (red.), *Critical Theory and Accounting*. London: Sage.
- Prop. 1 S (2015-2016). (2015) *Statsbudsjettet* Oslo: Finansdepartementet. Tilgjengelig fra:  
[http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett\\_2016/dokumenter/pdf/gulbok.pdf](http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2016/dokumenter/pdf/gulbok.pdf).
- Riksrevisjonen. (2009a) *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene: Dokument 3:3 (2009-2010)*. Oslo: Riksrevisjonen. Tilgjengelig fra:  
<https://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2009-2010/Dokument%203%203%202009%202010.pdf>.
- Riksrevisjonen. (2009b) *Økonomistyringen i helseforetakene er ikke tilfredsstillende* [Internett]. Tilgjengelig fra:  
<https://www.riksrevisjonen.no/presserom/Pressemeldinger/Sider/helseforetakene.aspx> 2016).
- Riksrevisjonen. (2013) *Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget: Dokument 3:1 (2013-2014)* Oslo: Riksrevisjonen. Tilgjengelig fra:  
[https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase\\_3\\_1\\_2013\\_2014.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_1_2013_2014.pdf).
- Riksrevisjonen. (2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene: Dokument 3:12 (2014-2015)*. Oslo: Riksrevisjonen. Tilgjengelig fra:  
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2014-2015/StyringPleieressurseneHelseforetakene.pdf>.

St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2006) *Mestring, muligheter og mening* Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>.

## 7 Vedlegg

### 7.1 Spørsmåloversikt

- 1 Hvor mange år har du vært i nåværende lederstilling?
- 2 Har du fått opplæring/hatt kurs i ledelse?
- 3 Hvilken fagprofesjon tilhører du?
- 4 Bruker du en del av din arbeidstid på klinisk arbeid?
- 5 Anslå hvor stor andel av din arbeidstid du bruker på klinisk arbeid.
- 6 I hvilken grad deltar du i budsjettprosessen for overordnet enhet?
- 7 I hvilken grad har du innflytelse i budsjettprosessen for overordnet enhet?
- 8 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen: Det blir avsatt nok tid til budsjettprosessen?
- 9 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen: Budsjettprosessen er godt planlagt?
- 10 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen: Budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser mellom helseforetakets enheter?
- 11 I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i tidligere års budsjetter i budsjettprosessen?
- 12 I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i tidligere års regnskap i budsjettprosessen?
- 13 I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i planlagt behandlingsaktivitet i budsjettprosessen?
- 14 I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i analyser av kapasitetsutnyttelse i budsjettprosessen?
- 15 Hvor ofte har du formelle møter med din leder?
- 16 Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen aktivitet (antall DRG-poeng)?
- 17 Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen ventelister/ventetider?
- 18 Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen sykefravær?
- 19 Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen bemanning?
- 20 Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen regnskap?
- 21 Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder er fokusert på å at jeg forklarer overforbruket?
- 22 Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder aksepterer overforbruket hvis jeg kan forklare årsakene?
- 23 Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder forventer forslag til konkrete tiltak for å redusere merforbruket?
- 24 Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt?
- 25 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens personalressurser/økonomi på en effektiv måte?
- 26 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Jeg har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens personalressurser/økonomi på en effektiv måte?
- 27 Har du tilgang på økonomimedarbeider som kan hjelpe deg med styringen av enhetens økonomi?
- 28 I hvilken grad oppfatter du medarbeideren som en ressurs i styringen av enhetens økonomi?
- 29 Har du en lederavtale?
- 30 I hvilken grad mener du lederavtalen bidrar til effektiv styring?





## 7.2 Notesystem

*For å sikre sammenligningsgrunnlaget vil n variere mellom de ulike spørsmålene, hva n er vil bli presisert underveis i resultat- og analysekapittelet.*

### **Spørsmål 1 – Hvor mange år har du vært i nåværende lederstilling?**

2008: Antall år du har vært i nåværende lederstilling.

Under 1 år – Mellom 1 og 3 år – Mer enn 3 år

2014: Hvor mange år har du vært leder for enheten?

Svar i antall år.

Undersøkelsen fra 2008 har svaralternativ, mens i 2014 skulle respondentene svare i antall år. Løsningen ble å omkode svarene fra 2014 til de tre svaralternativene som ble benyttet i 2008.

### **Spørsmål 2 – Har du fått opplæring/hatt kurs i ledelse?**

2008: Har du fått kurs i ledelse/styring?

Ja – Nei

2014: Hvilken opplæring har du i ledelse?

Formell utdanning – Gjennomført lederutviklingsprogram – Kortere kurs i ledelse – Ingen

I undersøkelsen fra 2014 ble «Gjennomført lederutviklingsprogram» og «Kortere kurs i ledelse» trukket ut som å ha fått kurs i ledelse/styring («Ja»). Det vil si at «Formell utdanning» settes som «Nei», da dette ikke fanges opp av spørsmålet fra 2008. «Ingen» blir også omkodet til «Nei».

### **Spørsmål 3 – Hvilken fagprofesjon tilhører du?**

2008: Hva er din utdanningsbakgrunn?

Lege – Sykepleier – Annet

2014: Hvilken fagprofesjon tilhører du?

Sykepleier – Lege – Annet

#### **Spørsmål 4 – Bruker du en del av din arbeidstid på klinisk arbeid?**

2008: Anslå hvor stor andel av din arbeidstid du bruker på ledelse/styring av enheten

Svar i prosent.

2014: Bruker du en del av din arbeidstid på klinisk arbeid?

Ja – Nei

Svarene på spørsmålet fra 2008 ble omkodet slik at de som svarte «100» ble kodet til «Nei», og de svarene som var opp til «99» ble kodet til «Ja».

#### **Spørsmål 5 – Anslå hvor stor andel av din arbeidstid du bruker på klinisk arbeid.**

2008: Anslå hvor stor andel av din arbeidstid du bruker på ledelse/styring av enheten.

I prosent.

2014: Anslå hvor stor andel av din arbeidstid du bruker på klinisk arbeid.

I prosent.

Begge undersøkelsene ble besvart med prosent, men spørsmålene er stilt forskjellig. Svarene på 2008 ble endret til å svare på andel tid på klinisk arbeid: 100 – «andel i prosent på ledelse/styring». Hva som ligger i begrepet «klinisk arbeid» kan variere mellom respondentene. I dette tilfellet vurderes «klinisk arbeid» som alt annet arbeid enn det som er knyttet til ledelse/styring. Problemet her kan være at de undersøkte ikke tolket dette på samme måte.

#### **Spørsmål 6 – I hvilken grad deltar du i budsjettprosessen for overordnet enhet?**

2008: I hvilken grad deltar du i budsjettprosessen for overordnet enhet?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad – Vet ikke

2014: I hvilken grad deltar du i budsjettprosessen for overordnet enhet?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad

### **Spørsmål 7 – I hvilken grad har du innflytelse i budsjettprosessen for overordnet enhet?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen: Enhetens meninger blir hørt i budsjettprosessen i overordnet enhet?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: I hvilken grad: Har du innflytelse i budsjettprosessen for overordnet enhet?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad

Det å ha innflytelse eller om ens meninger blir hørt kan forstås som det samme. Det er benyttet ulik skal de to årene. Skalaen gjøres om til grad-skala med 4 punkter, der «I liten grad» og «I noen grad» slås sammen til «I liten/noen grad». Dette er en antagelse hvor jeg antar det er mer riktig å koble disse to sammen, enn å koble sammen «I stor grad» og «I noen grad». Det er ikke blitt undersøkt hvorvidt dette er korrekt.

### **Spørsmål 8 – Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen: Det blir avsatt nok tid til budsjettprosessen?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen: Det blir satt av for liten tid til budsjettprosessen?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om helseforetakets budsjettprosess: Det blir satt av for liten tid (ressurser) til budsjettprosessen?

Helt uenig – Uenig – Verken enig eller uenig – Enig – Helt enig – Vet ikke

Spørsmålet stilles likt i de to undersøkelsene, men er negativt ladet, slik at spørsmålet blir omformulert og skalaen snudd for å kunne benyttes i faktoranalysen. Størrelsen på skalaen i de to undersøkelsene er også forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 9 – Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen:**

**Budsjettprosessen er godt planlagt?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om budsjettprosessen:

Budsjettprosessen er godt planlagt?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om helseforetakets budsjettprosess:

Budsjettprosessen er godt planlagt?

Helt uenig – Uenig – Verken enig eller uenig – Enig – Helt enig – Vet ikke

Her er størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 10 – Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om budsjettprosessen:**

**Budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser mellom helseforetakets enheter?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om budsjettprosessen:

Budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser mellom helseforetakets enheter?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om helseforetakets budsjettprosess:

Budsjettprosessen gir en rettferdig fordeling av ressurser mellom enheter i sykehuset?

Helt uenig – Uenig – Verken enig eller uenig – Enig – Helt enig – Vet ikke

Her er størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 11 – I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i tidligere års budsjettet i budsjettprosessen?**

2008: I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i følgende informasjon i budsjettprosessen for 2008: Tidligere års budsjett?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad – Vet ikke

2014: I hvilken grad bruker du følgende informasjon når den økonomiske rammen for sengepostene blir fastsatt: Tidligere års budsjett?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad

**Spørsmål 12 – I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i tidligere års regnskap i budsjettprosessen?**

2008: I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i følgende informasjon i budsjettprosessen for 2008: Tidligere års regnskap?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad – Vet ikke

2014: I hvilken grad bruker du følgende informasjon når den økonomiske rammen for sengepostene blir fastsatt: Tidligere års regnskap?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad

**Spørsmål 13 – I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i planlagt behandlingsaktivitet i budsjettprosessen?**

2008: I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i følgende informasjon i budsjettprosessen for 2008: Planlagt behandlingsaktivitet?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad – Vet ikke

2014: I hvilken grad bruker du følgende informasjon når den økonomiske rammen for sengepostene blir fastsatt: Planlagt/forventet pasientbelegg?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad

**Spørsmål 14 – I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i analyser av kapasitetsutnyttelse i budsjettprosessen?**

2008: I hvilken grad tar enheten utgangspunkt i følgende informasjon i budsjettprosessen for 2008: Analyser av kapasitetsutnyttelse?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad – Vet ikke

2014: I hvilken grad bruker du følgende informasjon når den økonomiske rammen for sengepostene blir fastsatt: Statistikk/analyser som viser forholdet mellom bemanning og pasientbelegg?

I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad

**Spørsmål 15 – Hvor ofte har du formelle møter med din leder?**

2008: Hvor ofte er det etablert formelle møter med overordnet enhet i forbindelse med styringsdialogen?

Ukentlig – Hver 14. dag – Hver måned – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri

2014: Hvor ofte har du formelle møter med din leder?

Ukentlig – Hver 14. dag – Hver måned – Sjeldnere

Spørsmålet er formulert på forskjellig måte i de to undersøkelsene, hvor det i 2008 er inkludert at de formelle møtene gjelder i forbindelse med styringsdialogen. Det kan derfor være tilfelle at noen av respondentene i 2014 ville svart annerledes dersom spørsmålet hadde blitt stilt som i 2008. Her er svaralternativene i en viss grad like, her blir «Hvert tertial», «Sjeldnere enn hvert tertial» og «Aldri» kodet om til «Sjeldnere».

**Spørsmål 16 – Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen aktivitet (antall produserte DRG-poeng)?**

2008: Angi hvor ofte overordnet enhet følger opp styringsparametere ved din enhet innen følgende områder: Antall produserte DRG poeng?

Ukentlig – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri – Ikke relevant for min enhet

2014: Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen følgende områder: Aktivitet (DRG-poeng)?

Ukentlig – Hver 14. dag – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri

«Ukentlig», «Hver 14. dag» og «Månedlig» slås sammen til «Månedlig eller hyppigere». På den måten blir det sammenlignbart og alle typer svar blir inkludert på samme måte.

**Spørsmål 17 – Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen ventelister/ventetider?**

2008: Angi hvor ofte overordnet enhet følger opp styringsparametere ved din enhet innen følgende områder: Ventelister/ventetider?

Ukentlig – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri – Ikke relevant for min enhet

2014: Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen følgende områder: Ventetider?

Ukentlig – Hver 14. dag – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri

«Ukentlig», «Hver 14. dag» og «Månedlig» slås sammen til «Månedlig eller hyppigere». På den måten blir det sammenlignbart og alle typer svar blir inkludert på samme måte.

### **Spørsmål 18 – Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen sykefravær?**

2008: Angi hvor ofte overordnet enhet følger opp styringsparametere ved din enhet innen følgende områder: Sykefravær?

Ukentlig – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri – Ikke relevant for min enhet

2014: Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen følgende områder: Sykefravær?

Ukentlig – Hver 14. dag – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri

«Ukentlig», «Hver 14. dag» og «Månedlig» slås sammen til «Månedlig eller hyppigere». På den måten blir det sammenlignbart og alle typer svar blir inkludert på samme måte.

### **Spørsmål 19 – Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen bemanning?**

2008: Angi hvor ofte overordnet enhet følger opp styringsparametere ved din enhet innen følgende områder: Bemanning?

Ukentlig – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri – Ikke relevant for min enhet

2014: Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen følgende områder: Bemanning?

Ukentlig – Hver 14. dag – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri

«Ukentlig», «Hver 14. dag» og «Månedlig» slås sammen til «Månedlig eller hyppigere». På den måten blir det sammenlignbart og alle typer svar blir inkludert på samme måte.



### **Spørsmål 20 – Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen regnskap?**

2008: Angi hvor ofte overordnet enhet følger opp styringsparametere ved din enhet innen følgende områder: Regnskap?

Ukentlig – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri – Ikke relevant for min enhet

2014: Oppgi hvor ofte din enhet følges opp av din leder innen følgende områder: Regnskap?

Ukentlig – Hver 14. dag – Månedlig – Hvert tertial – Sjeldnere enn hvert tertial – Aldri

«Ukentlig», «Hver 14. dag» og «Månedlig» slås sammen til «Månedlig eller hyppigere». På den måten blir det sammenlignbart og alle typer svar blir inkludert på samme måte.

### **Spørsmål 21 – Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder er fokusert på at jeg forklarer overforbruket?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Rapportering til overordnet enhet er i stor grad fokusert på å forklare avviket?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Min leder er fokusert på at jeg forklarer overforbruket?

Helt uenig – Delvis uenig – Verken enig eller uenig – Delvis enig – Helt enig

I dette tilfellet antas det at rapportering, som det vises til i undersøkelsen fra 2008, er et krav fra leder, slik at det er leder som forventer slik rapportering, og at spørsmålene med bakgrunn i dette kan sammenlignes. Her er størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 22 – Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder aksepterer overforbruket hvis jeg kan forklare årsakene?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Overordnet ledelse aksepterer avvik hvis jeg kan forklare dem årsakene?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Min leder aksepterer overforbruket hvis jeg kan forklare årsakene?

Helt uenig – Delvis uenig – Verken enig eller uenig – Delvis enig – Helt enig

Her er størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 23 – Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder forventer forslag til konkrete tiltak for å redusere merforbruket?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Ved budsjettavvik forventer ledelsen forslag til konkrete tiltak?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Min leder forventer forslag til konkrete tiltak for å redusere merforbruket?

Helt uenig – Delvis uenig – Verken enig eller uenig – Delvis enig – Helt enig

Her er størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 24 – Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Min leder følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Overordnet ledelse følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Min leder følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt?

Helt uenig – Delvis uenig – Verken enig eller uenig – Delvis enig – Helt enig

Her er størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 25 – Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens økonomi på en effektiv måte?**

2008: Hvor enig er du i følgende påstand: Som enhetsleder har jeg tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens økonomi?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Jeg har tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens personalressurser på en effektiv måte?

Helt uenig – Delvis uenig – Verken enig eller uenig – Delvis enig – Helt enig

Spørsmålene blir stilt på forskjellig måte, da spørsmålet viser til økonomi i 2008 og personalressurser i 2014. Likevel er personalressurser den største posten i et helseforetaks økonomi, og i denne studien vil det bli antas det at disse spørsmålene kan sammenlignes, da formålet er å finne indikasjoner. Her er også størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 26 – Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Jeg har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi på en effektiv måte?**

2008: Hvor enig er du i følgende påstand: Som enhetsleder har jeg tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi?

Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Jeg har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens personalressurser på en effektiv måte?

Helt uenig – Delvis uenig – Verken enig eller uenig – Delvis enig – Helt enig

Spørsmålene blir stilt på forskjellig måte, da spørsmålet viser til økonomi i 2008 og personalressurser i 2014. Likevel er personalressurser den største posten i et helseforetaks økonomi, og i denne studien vil det bli antas det at disse spørsmålene kan sammenlignes, da formålet er å finne indikasjoner. Her er også størrelsen på skalaene forskjellig. Her settes «Vet ikke» lik «Verken enig eller uenig», da jeg antar at de som svarer «Verken enig eller uenig» i 2014 ville svart «Vet ikke» i 2008, da dette er eneste mulighet dersom de ikke er enige eller uenige. Det var få respondenter som svarte «Vet ikke» i 2014, slik at denne blir kodet om til «Verken enig eller uenig» for å oppnå samsvar mellom 2008 og 2014.

**Spørsmål 27 – Har du tilgang på økonomimedarbeider som kan hjelpe deg med styringen av enhetens økonomi?**

2008: Hvilken tilgang har enheten på økonomimedarbeidere?

Ansatt sentralt, men øremerket enheten – Ansatt sentralt, men stilles til disposisjon for enheten – Ansatt i enheten eller i overordnet enhet – Ingen tilgang på økonomimedarbeidere

2014: Har du tilgang på økonomimedarbeider/-konsulent som kan hjelpe deg med styringen av enhetens økonomi?

Ja, ansatt sentralt, men øremerket enheten – Ja, ansatt sentralt, men stilles til disposisjon – Ja, ansatt i enheten eller overordnet enhet – Ingen tilgang på økonomimedarbeider

Her blir de tre første svaralternativene omkodet til «Ja» og det siste til «Nei».

**Spørsmål 28 – I hvilken grad oppfatter du økonomimedarbeideren som en ressurs i styringen av enhetens økonomi?**

2008: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Økonomimedarbeideren har tilstrekkelig kompetanse til å bistå enheten i økonomistyring og økonomimedarbeider har tilstrekkelig kapasitet til å bistå enheten i økonomistyringen?  
Helt uenig – Delvis uenig – Delvis enig – Helt enig – Vet ikke

2014: I hvilken grad oppfatter du denne medarbeideren som en ressurs i styringen av enhetens økonomi?  
I svært liten grad – I liten grad – Verken enig eller uenig – I stor grad – I svært stor grad

Fra undersøkelsen i 2008 blir to spørsmål trukket ut og slått sammen for å få frem lik informasjon som det man får fra spørsmålet i 2014. Om medarbeideren oppfattes å ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, kan forstås på samme måte som de oppfatter den som en ressurs i styringen. Svaralternativproblematikken er løst ved at det er funnet gjennomsnitt fra svarene fra de to spørsmålene fra 2008.

**Spørsmål 29 – Har du lederavtale?**

2008: Har du som leder av din enhet formelt akseptert målene for driften, for eksempel gjennom kontrakter, driftsavtaler etc.?  
Ja – Nei

2014: Har du lederavtale?  
Ja – Nei

**Spørsmål 30 – I hvilken grad mener du lederavtalen bidrar til effektiv styring?**

2008: I hvilken grad bidrar kontrakten/driftsavtalen som definerer målene for driften, til effektiv styring?  
I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad – Vet ikke

2014: I hvilken grad mener du lederavtalen bidrar til effektiv styring av din enhet?  
I svært liten grad – I liten grad – I noen grad – I stor grad – I svært stor grad



## 7.3 T-tester

### T-tester av forutsetninger

**Group Statistics**

	Undersøkelsen ble gjennomført	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens økonomi/personalressurser på en effektiv måte	2008	253	3,42	1,161	,073
	2014	70	4,31	,910	,109
Tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi/personalressurser på en effektiv måte	2008	252	2,93	1,276	,080
	2014	71	3,25	1,180	,140
Økonomimedarbeideren er en ressurs	2008	235	3,32	,748	,049
	2014	71	3,72	1,267	,150
Lederavtalen bidrar til effektiv styring	2008	104	3,24	,919	,090
	2014	43	3,12	1,199	,183

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tilstrekkelig kompetanse til å styre enhetens økonomi/personalressurser på en effektiv måte	Equal variances assumed	16,616	,000	-5,964	321	,000	-.895	,150	-1,191	-.600
	Equal variances not assumed			-6,838	137,556	,000	-.895	,131	-1,154	-.636
Tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi/personalressurser på en effektiv måte	Equal variances assumed	6,655	,010	-1,926	321	,055	-.325	,169	-.657	,007
	Equal variances not assumed			-2,013	120,109	,046	-.325	,161	-.645	-.005
Økonomimedarbeideren er en ressurs	Equal variances assumed	48,908	,000	-3,294	304	,001	-.399	,121	-.638	-.161
	Equal variances not assumed			-2,525	85,253	,013	-.399	,158	-.713	-.085
Lederavtalen bidrar til effektiv styring	Equal variances assumed	3,584	,060	,679	145	,498	,124	,183	-.237	,485
	Equal variances not assumed			,609	63,343	,545	,124	,204	-.283	,532

## T-tester av forventet utvikling

### Group Statistics

	Undersøkelsen ble gjennomført	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Planmessighet	2008	249	2,6934	,84200	,05336
	2014	72	2,9676	,90928	,10716
Medvirkning	2008	233	2,7189	,81958	,05369
	2014	71	3,1408	,84593	,10039
Erfaring	2008	232	3,9871	,77000	,05055
	2014	72	3,9236	,70040	,08254
Aktivitet og kapasitet	2008	207	3,4227	,86396	,06005
	2014	71	3,4789	,78119	,09271
Formalisme	2008	249	2,7992	,95875	,06076
	2014	63	1,9048	,89288	,11249
Oppfølging	2008	191	1,3026	,47010	,03402
	2014	71	1,2761	,39622	,04702
Proaktivitet	2008	250	3,9080	,90043	,05695
	2014	73	4,1712	,74638	,08736
Læring	2008	250	3,9280	,74501	,04712
	2014	73	4,2329	,66187	,07747

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Planmessighet	Equal variances assumed	,629	,428	-2,390	319	,017	-,27415	,11473	-,49988	-,04843
	Equal variances not assumed			-2,290	108,661	,024	-,27415	,11971	-,51142	-,03688
Medvirkning	Equal variances assumed	,001	,969	-3,770	302	,000	-,42196	,11194	-,64224	-,20168
	Equal variances not assumed			-3,706	112,983	,000	-,42196	,11385	-,64752	-,19640
Erfaring	Equal variances assumed	,078	,781	,624	302	,533	,06346	,10175	-,13677	,26368
	Equal variances not assumed			,656	128,687	,513	,06346	,09679	-,12805	,25497
Aktivitet og kapasitet	Equal variances assumed	1,055	,305	-,484	276	,629	-,05617	,11604	-,28461	,17227
	Equal variances not assumed			-,508	133,094	,612	-,05617	,11046	-,27465	,16231
Formalisme	Equal variances assumed	1,707	,192	6,705	310	,000	,89443	,13340	,63194	1,15693
	Equal variances not assumed			6,996	101,294	,000	,89443	,12785	,64082	1,14805
Oppfølging	Equal variances assumed	,753	,386	,423	260	,672	,02656	,06274	-,09699	,15011
	Equal variances not assumed			,458	147,542	,648	,02656	,05804	-,08813	,14125
Proaktivitet	Equal variances assumed	2,115	,147	-2,279	321	,023	-,26323	,11551	-,49048	-,03598
	Equal variances not assumed			-2,524	138,945	,013	-,26323	,10428	-,46941	-,05705
Læring	Equal variances assumed	,391	,532	-3,151	321	,002	-,30488	,09674	-,49521	-,11455
	Equal variances not assumed			-3,362	129,985	,001	-,30488	,09067	-,48426	-,12550