

Tettere styring i helseforetakene?

En studie av endringer i mellomlederes holdninger til økonomistyring (2008-2014)

Kari Nyland og Tor-Eirik Olsen

Handelshøgskolen NTNU

Sammendrag

På bakgrunn av to separate spørreskjema innhentet av Riksrevisjonen i 2008 og 2014, viser studien at det er flere indikasjoner på at økonomifokuset i større grad har trengt ned i helseforetakene. Blant annet tyder resultatene på at avdelingsledere i helseforetakene i økende grad føler seg kompetente til å styre enhetenes økonomi samtidig som oppfølgingen fra nærmeste leder er tettere enn tidligere. Det er også indikasjoner på at ledelsesoppgavene og oppfølging av enhetenes økonomi vektlegges i større grad enn tidligere, dette gjelder spesielt for avdelingsledere med sykepleierbakgrunn. Studien og dens funn bidrar i så måte til den voksende litteraturen omkring accountingization i sykehussektoren (Kurunmäki, 2004).

Nøkkelord: tettere økonomistyring, accountingization, styringskompetanse, formalisert lederrolle, helseforetak.

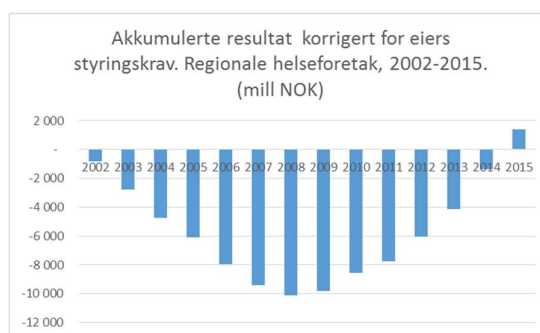
«Økonomistyringen i helseforetakene er ikke tilfredsstillende... Det er uakseptabelt at de regionale helseforetakene over mange år ikke tilpasser seg de økonomiske rammene som Stortinget årlig vedtar å bruke til spesialisthelsetjenester.» (Riksrevisjonen, 2009 a)

Dette var hovedbudskapet i Riksrevisjonens pressemelding etter at deres undersøkelse av styringsprosessen i helseforetakene ble overlevert Stortinget i november 2009 (Riksrevisjonen 2009 b). På dette tidspunktet hadde de regionale helseforetakene siden 2002 generert et akkumulert underskudd på ca. 10 mrd. kroner sammenlignet med resultatkravet¹ fra eier. Stortinget har gjennom mange år framhevet at de regionale helseforetakene skal ha god kostnadskontroll. Vedvarende underskudd bidrar til å redusere helseforetakenes økonomiske handlingsfrihet og vil dermed redusere deres evne til å ivareta viktige helsepolitiske målsettinger om effektiv ressursutnyttelse og lik tilgang til spesialisthelsetjenester av god kvalitet.

Behovet for kostnadskontroll var en sentral målsetning bak flere reformelementer implementert i 2002. Her ble landets sykehus organisert i større, autonome helseforetak, organisert i fire regionale helseforetak (morselskap) med en felles eier (staten). Innføring av regnskapsprinsippet skulle gi en entydig bunnlinje, og helseforetakene skulle selv foreta rasjonelle avveininger mellom drift og investering. Slik ønsket myndighetene å tydeliggjøre ansvarslinjene og legge til rette for bedre økonomistyring.

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2009 bekreftet tidligere studier om at økonomistyringsfokuset ikke riktig hadde trengt ned i helseforetakene (se for eksempel Nyland og Pettersen, 2004). Undersøkelsen pekte på forhold som lav grad av forpliktelse og eierskap til budsjetter, forventinger om tilleggsbevilgninger og en grunnleggende mangel på økonomikompetanse og styringskapasitet blant mellomledere i helseforetakene. I tillegg ble styringssystemene i helseforetakene kritisert for at de i for liten grad bidro til å koble informasjon om aktivitet og ressursbruk.

Etter 2008 ser bildet imidlertid ut til å ha snudd, og helseforetakene har i økende grad rapportert positive regnskapsmessige resultat (se figur 1). Etter 2013 har ingen av de regionale helseforetakene hatt negative regnskapsmessige resultat, og i 2015 viste de regionale helseforetakene for første gang et samlet positivt akkumulert regnskapsmessig resultat (korrigert for eiers styringskrav) for perioden etter 2002.



Figur 1 Akkumulert resultat Regionale helseforetak, 2002-2015 (Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA 2015)

Det kan være mange forhold som ligger bak en slik utvikling. I denne artikkelen ønsker vi å analysere hvorvidt økonomistyringen i helseforetakene har endret seg siden 2008. Helseforetak er store og komplekse organisasjoner sammensatt av en rekke enheter som i seg selv kan ses på som virksomheter. Det er i de ulike avdelingene kostnader drives og inntekter skapes. Vi ønsker derfor å analysere økonomistyringen på dette nivået i helseforetakene med

¹ Akkumulert regnskapsmessig resultat viste på samme tid et underskudd som var *betydelig større*. En del av dette underskuddet var imidlertid et styrt regnskapsmessig underskudd (hovedsakelig på grunn av underfinansierte avskrivninger og pensjonskostnader).

spesielt fokus på hvilke endringer vi kan observere i mellomlederes holdninger til økonomistyringsprosessen.

Datagrunnlaget for vår studie er samlet inn i forbindelse med Riksrevisjonens undersøkelser i 2008 og 2014 av henholdsvis økonomistyring og forvaltning av personellressurser i helseforetak (Riksrevisjonen, 2009 og 2014). Begge undersøkelsene omfattet spørreskjema til enhetsledere med en del sammenfallende spørsmål omkring holdninger til økonomistyringsprosessen. På grunnlag av disse dataene vil vi undersøke mellomlederes vektlegging og erfaringer fra styringsprosessen og hvilke endringer vi kan observere mellom de to datasettene. Vi vil spesielt fokusere på hvorvidt mellomledere opplever at styringen i helseforetakene har blitt tettere.

Videre i artikkelen vil vi gjøre kort rede for vår definisjon av økonomistyringsprosessen og hvordan tettere styring kan forstås. Dette gjør vi ved å vise til relevante studier i styringslitteraturen. I metodekapitlet avklarer vi hvilke data som er benyttet og vurderer sammenlignbarheten mellom de to datasettene. Deretter beskriver vi hvilke endringer vi kan observere i mellomledernes holdninger til økonomistyringsprosessen og diskuterer hvordan vi kan forstå disse utviklingstrekkene.

Hvordan kan vi forstå «tett økonomistyring» i offentlig sektor?

Økonomistyring kan defineres som den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger (se for eksempel Anthony og Young, 2003). Med utgangspunkt i en slik definisjon beskriver lærebøker ofte økonomistyring som en rasjonell modell med prosesser som foregår kontinuerlig over tid og med tette koblinger mellom prosessene. Anthony og Young (2003) trekker fram fire prosesser som anses som spesielt viktige for styring i offentlig sektor: Definisjon av strategi og overordnede mål, planlegging og budsjettering, aktivitet og måling av aktivitet, og rapportering og evaluering. Rasjonell styring fordrer tette koblinger mellom disse prosessene som illustrert i styringssirkelen (figur 2).

Forskning med utgangspunkt i en slik normativ modell fokuserer ofte på utforming og bruk av det formelle styringssystemet som skal bidra til tette koblinger mellom de fire prosessene. I denne studien vil vi se nærmere på om styringsprosessen kan karakteriseres som tettere, dvs. om koblingene mellom disse delprosessene oppleves som sterkere i 2014 enn hva tilfellet var i 2008.



Figur 2 Styringssirkelen. (Basert på Anthony og Young, 2003)

Budsjett og budsjettstyring er hevdet å være den mest sentrale styringslogikken i offentlig sektor (se for eksempel Johansson og Siverbo, 2014). Formålet med budsjettstyring vil være å påvirke, motivere, og noen ganger tvinge organisasjonens medlemmer til å følge de målsetninger som er satt for organisasjonen (Merchant og Van der Stede, 2012), og dette gjøres gjennom å sette budsjettmål, måle aktivitet og evaluere handlinger i forhold til organisasjonens målsetninger. Tett budsjettstyring vil i denne sammenhengen handle om hvor intenst og omfattende ledere utøver styring for å påvirke sannsynligheten for måloppnåelse

(Merchant and Van der Stede, 2012), for eksempel gjennom å vektlegge oppnåelse av budsjettmål (budsjettbalanse), å ikke akseptere budsjettkorrigeringer, å følge opp spesifikke budsjettposter nøye og å vektlegge kommunikasjon omkring budsjettsituasjonen i organisasjonen. Hvor tett budsjettstyringen skal være, vil altså være et strategisk valg ledere gjør for å påvirke måloppnåelsen i organisasjonen (Johansson og Siverbo, 2014).

Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyringen i helseforetak i 2008 tegnet et bilde av organisasjoner med en relativt «løs» styringsprosess der mellomledere etter riksrevisjonens vurdering, følte seg lite forpliktet til å oppnå satte budsjettmål, og der evnen til å realisere vedtatte omstillingstiltak ikke var tilfredsstillende (Riksrevisjonen, 2009 b). Riksrevisjonens funn finner støtte i flere tidligere studier av styringsprosessen i sykehus, også internasjonalt. En studie av enhetsledere i engelske sykehus viste at mangel på økonomisk styringskompetanse blant ledere med klinisk bakgrunn, kan være et betydelig hinder for deres styringsevne, og at ledere som kun baserer seg på sin kliniske kunnskap og erfaring i sitt lederskap, vil hindre kommunikasjon mellom den administrative og den kliniske logikken i sykehus (Llewellyn, 2001). Mangel på økonomisk kompetanse og styringskapasitet hos mellomledere kan dermed være en forklaring til løst koblede styringsprosesser og manglende forpliktelse til budsjettmål blant profesjonene i sykehus. Tilsvarende funn er også gjort i norske studier (se for eksempel Nyland og Pettersen, 2004, Pettersen and Nyland, 2012).

Kurunmäki (2004) finner at mellomledere med legebakgrunn i Finland og i Storbritannia er forskjellige mht. vektlegging av økonomistyring i sin lederfunksjon. Hun hevder at bruken av regnskapsbaserte styringsmekanismer har blitt en integrert del av det å være lege i Finland og at dette har gjort legerollen til en hybrid, dvs. en sammensetning mellom en kliniker og en administrator. Disse hybridrollene hevdes å kunne bidra til tettere koblinger mellom den administrative og den kliniske logikken i sykehus.

I vår studie ønsker vi å undersøke om mellomledere oppfatter økonomistyringen som tettere i økonomistyringens planleggings - og evalueringsprosess. Vår forståelse av tetthet bygger på litteraturen vi har referert til over. Når det gjelder planleggingsprosessen, vil vi undersøke ledernes holdning til egen deltakelse og innflytelse i budsjettprosessen da dette vil kunne si noe om forpliktelse til satte budsjettmål. Når det gjelder tett styring i evalueringsprosessen, vil vi se på endringer knyttet til kommunikasjon med nærmeste leder om ulike budsjettmål og oppfølgingen av disse, krav til tiltak og oppfølging av tiltak. Vi vil også undersøke om mellomledernes oppfatning av egen kompetanse og kapasitet for å drive økonomistyring i egen virksomhet har endret seg, slik at de har et bedre grunnlag for å kunne bidra til en tettere koblet styringsprosess.

Metode

Artikkelen er basert på data samlet inn av Riksrevisjonen gjennom to ulike spørreundersøkelser gjennomført i henholdsvis 2008 og 2014. Undersøkelsen i 2008 rettet fokus mot økonomistyring og kostnadskontroll i helseforetakene (Riksrevisjonen, 2009 b) mens formålet for undersøkelsen i 2014 var å belyse hvordan styring bidrar til effektiv bruk av helsepersonell i helseforetakene (Riksrevisjonen, 2014). Selv om undersøkelsene hadde noe ulike formål, var økonomistyringsprosessen sentral i begge undersøkelsene og på dette området inneholder undersøkelsene sammenfallende spørsmål. Vi har derfor identifisert de

spørsmålene som kan belyse graden av tett styring og som samtidig gir et godt sammenligningsgrunnlag mellom de to datasettene².

Respondentene i begge undersøkelsene er mellomledere med budsjettansvar. 2008-undersøkelsen ble rettet mot ledere på nivå 3 og 4, dvs. avdelingsledere og ledere for enheter under avdelingsnivå i helseforetak. Spørreskjemaet ble sendt til et bredt utvalg mellomledere blant alle norske helseforetak, og svarprosenten var høy (69,8 prosent). 2014-undersøkelsen rettet seg mot ledere av sengeposter og deres ledere, dvs. nivå 4 (sengeposter) og 3 (avdelingsledere), og i noen tilfeller 3,5 da nærmeste leder for sengepostledere ikke nødvendigvis er en avdelingsleder. Det siste kan forekomme i store helseforetak, og slike ledere vil kunne sammenlignes med avdelingsledere ved noe mindre helseforetak når det gjelder budsjettstørrelse og antall ansatte/antall årsverk de har ansvar for. Vi har ikke muligheten til å si noe om hvor mange av våre respondenter som tilhører hhv nivå 3 eller 3,5 i 2014-materialet. 2014-undersøkelsen ble sendt til de samme helseforetakene som 2008-undersøkelsen, og svarprosenten her var 79,4 prosent. For å sikre størst mulig sammenlignbarhet mellom datasettene, har vi inkludert *kun* avdelingsledere og ledere av flere sengeposter i vårt utvalg, dvs. ledere på nivå 3 (2008 og 2014) og på nivå 3,5 (2014). Disse omtales videre som avdelingsledere.

Undersøkelsen i 2008 ble rettet mot ulike avdelinger, mens 2014 undersøkelsen kun rettet seg mot kliniske, somatiske enheter. Vi har derfor fjernet svar fra avdelingsledere av psykiatriske enheter og medisinske serviceavdelinger fra vårt 2008-materiale. Våre datasett omfatter svar fra 108 avdelingsledere i 2008 og 75 avdelingsledere i 2014.

Siden studien tar sikte på å analysere endringer i avdelingsledernes holdninger til økonomistyringsprosessen, hadde det vært interessant å følge de samme respondentene over tid, men det er altså ikke tilfellet i denne studien. Her gjør vi altså en tverrsnittsundersøkelse på to ulike tidspunkt. Vi kan dermed få fram endringer i generelle trender blant disse avdelingslederne som gruppe, ikke endringer hos individuelle ledere. Datamaterialet kan likevel sies å være representativt i den forstand at samtlige helseforetak er inkludert i begge undersøkelsene.

Karakteristikker av avdelingsledere og formalisering av lederrollen

For å kunne analysere hvorvidt forholdene ligger til rette for tettere styring, har vi basert på funnene i f.eks. Llewellyn (2001) valgt å fokusere på egenskaper ved avdelingslederne samt trekk ved lederrollen. Når det gjelder egenskaper ved lederne har vi valgt å karakterisere disse ved hjelp av utdanningsbakgrunn (leger og sykepleiere), erfaring (antall år i nåværende stilling), og opplæring i forhold til ledelse. Når det gjelder erfaring i nåværende lederstilling, ble dette målt gjennom tre gjensidig utelukkende alternativer i 2008; 1) mindre enn 1 år, 2) mellom 1 og 3 år, og 3) mer enn 3 år. I 2014 ble respondentene bedt om å skrive inn antall år. For å kunne sammenligne datamaterialene ble svarene fra 2014 kodet om til formatet fra 2008. Når det gjelder opplæring i forhold til ledelse, ble det i 2008 spurt om et ja/nei spørsmål mens det i 2014-undersøkelsen ble skilt mellom ulike typer opplæring. For å sikre et godt sammenligningsgrunnlag har vi konstruert en dummy-variabel som fanger opp hvorvidt respondentene har vært gjenstand for kurs/opplæring i ledelse eller ikke. Vi har følgelig ikke skilt mellom ulike typer kursing/opplæring.

² Vi vil gjerne takke Helene Vatn Takala, tidligere masterstudent ved Handelshøyskolen i Trondheim, for god hjelp til å identifisere sammenlignbare spørsmål i de to datasettene.

I tråd med funnene i Llewellyn (2001) og viktigheten av kapasitet og ikke minst kompetanse knyttet til styring, har vi også inkludert variabler om dette. Respondentene ble i den anledning bedt om å ta stilling til påstander knyttet til opplevd kompetanse og kapasitet (to separate spørsmål) mht. å styre enhetens økonomi på en tilstrekkelig måte. Her var imidlertid graderingen av svaralternativene noe ulike. I 2008 ble det benyttet en 4-punkts skal fra helt enig til helt uenig samt et alternativ for «vet ikke». I 2014-undersøkelsen ble det derimot benyttet en 5-punkts skala fra helt uenig til helt enig med «verken enig eller uenig» som midtkategori. Kategorien «vet ikke» i 2008 ble kodet som «verken enig eller uenig» for å harmonisere skalaene.

I tilknytning til lederens egen kompetanse og kapasitet, har vi også sett nærmere på økonomimedarbeideren som en ressurs i styringen av enheten, dvs opplevd nytte av økonomimedarbeideren som en ressurs i styringen av enhetens økonomi. Også her var det noe problematisk å gjøre datasettene sammenlignbare grunnet ulike spørsmålsformuleringer og svaralternativer i de to undersøkelsene. Førstnevnte forhold var imidlertid mest problematisk, men samtidig brukes variabelen «økonomimedarbeideren som en ressurs» med omhu i analysen. For å overkomme denne utfordringen valgte vi å slå sammen to spørsmål fra 2008-undersøkelsen, som hhv. gikk på økonomimedarbeiderens kompetanse og kapasitet, til et mål på nytten av økonomimedarbeideren. De ulike graderingene av svaralternativene har den implikasjon at vi ser bort fra t-tester ved analysen av endring.

For å fange opp formaliseringen av lederrollen, har vi valgt å inkludere fire variabler. Den første tar for seg andelen av avdelingsledere som bruker tid på klinisk arbeid det enkelte år (dummy-variabel) mens den andre ser på andelen av arbeidstiden som brukes på ledelse/styring av de som også jobber klinisk (målt i prosent av total arbeidstid). I forlengelsen av dette har vi også sett nærmere på andelen respondenter som har en formell lederavtale. Også denne variabelen er en dummy-variabel som er kodet som 1 dersom respondenten har lederavtale, og 0 ellers. Den siste variabelen som nyanserer formaliseringen av lederrollen er ment å gi en ytterligere indikasjon på «tett styring». Her ble respondentene bedt om å indikere hvor ofte de hadde formelle møter med nærmeste leder. Også her var svaralternativene i 2008 og 2014 noe ulike. Siden hensikten med denne variabelen var å fange opp intensiteten i forhold til styring, har vi valgt å skille mellom formelle møter ukentlig, hver 14. dag, månedlig samt sjeldnere.

Hvordan vil vi måle «tett styring» i planleggingsfasen?

Tett styring i planleggingsfasen defineres i vår studie som avdelingslederens opplevelse av selve budsjettprosessen, herunder deltakelse og innflytelse i budsjettprosessen samt grunnlag for framstilling av budsjettet. Felles for disse spørsmålene er muligheten til å si noe om forpliktelse og eierskap til budsjettprosessen.

Avdelingslederne ble bedt om å indikere på en skala fra 1-5 i hvilken grad de deltar i budsjettprosessen for overordnet enhet, hvor 1 var «i svært liten grad» og 5 var «i svært stor grad».

Spørsmålene knyttet til innflytelse i budsjettprosessen var noe ulikt stilt samtidig som graderingen av svaralternativene var ulike. Vi har derfor valgt kun å benytte oss av deskriptiv statistikk for ytterpunktene.

Når det gjelder de øvrige spørsmålene relatert til selve budsjettprosessen, så ble respondentene her bedt om å ta stilling til hvorvidt de følte at budsjettprosessen var godt planlagt, og hvorvidt budsjettprosessen førte til en rettferdig fordeling av ressurser mellom

helseforetakets enheter. For begge spørsmålene ble det benyttet en likert skala fra 1-5, hvor 1 indikerer «helt uenig» og 5 «helt enig». I tillegg ble respondentene spurt i hvilken grad enheten tar utgangspunkt i tidligere års budsjetter og regnskap (to separate spørsmål) samt planlagt behandlingsaktivitet, og analyser av kapasitetsutnyttelsen. Disse spørsmålene ble operasjonalisert ved hjelp av en likert skala fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad).

Hvordan vil vi måle «tett styring» i evalueringsfasen?

For å kunne analysere endringer i evalueringsfasen, har vi valgt å se nærmere på endringer tilknyttet kommunikasjon, herunder hyppighet av møter med nærmeste leder rundt budsjettavvik og oppfølgingen av disse. Vi har også inkludert spørsmål som omhandler utarbeidelse av konkrete tiltak og oppfølgingen av disse tiltakene.

Hyppighet av møter er målt ved hjelp av tre svaralternativer, nærmere bestemt at møtevirkosomheten foregår ukentlig, månedlig eller hyppigere (i 2014 var også hver 14. dag et alternativ, dette er slått sammen med månedlig for å sikre sammenligningsgrunnlag), hvert tertial samt sjeldnere. For å fange opp kommunikasjon med nærmeste leder i tilknytning til budsjettavvik, ble respondentene bedt om å ta stilling til følgende påstander:

«Dersom det forekommer budsjettavvik, hvor enig eller uenig er du i følgende påstander: Min leder

- *er fokusert på at jeg forklarer overforbruket*
- *aksepterer overforbruket hvis jeg kan forklare årsakene*
- *forventer forslag til konkret tiltak for å redusere merforbruket*
- *følger systematisk opp at tiltakene blir iverksatt»*

I samtlige tilfeller ble en likert skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) benyttet. Her var imidlertid svaralternativene noe ulike i de to datasettene. I 2014 var «verken enig eller uenig» et svaralternativ, mens det i 2008 var mulig å krysse av for «vet ikke». Som tidligere har vi valgt å kode «vet ikke» som verdien 3 (midtkategorien) for å sikre sammenligningsgrunnlag mellom de to undersøkelsene.

Hvilke endringer kan vi observere i avdelingslederes holdninger til økonomistyringsprosessen?

Vi ønsker å dele vår analyse inn i ulike trinn. Først vil vi ta for oss karakteristikker av avdelingslederne og hvordan disse har endret seg som gruppe, både når det gjelder utdanningsbakgrunn (lege eller sykepleier), om de har fått opplæring/kurs innenfor ledelse og styring, hvor lang ledererfaring de har og hvordan de vektlegger klinisk arbeid i sin lederrolle. Deretter ønsker vi å beskrive endringer i formalisering av lederrollen, dvs. hvorvidt avdelingslederne har en formell lederavtale, hvor tett kontakt de har med sine nærmeste ledere og deres tilgang til økonomimedarbeidere. Disse to delene danner grunnlag for å analysere hvor tett styringen er i hhv planleggings- og evalueringsfasen.

Karakteristikk av avdelingsledere og formalisering av deres lederrolle

I tabell 1 (under) har vi samlet deskriptiv statistikk for karakteristikk av avdelingslederne og formalisering av lederrollen. Tabellen viser at det er en noe større andel sykepleiere i materialet for 2014, og at respondentene i 2014 har mindre ledererfaring enn respondentene i 2008. Dette kan være et resultat av at 2014-materialet omfatter en del ledere på nivå 3,5. Betydningen av dette kjenner vi ikke, men vi tar med oss denne usikkerheten når vi analyserer materialet videre.

90 prosent av lederne i 2014-materialet oppgir at de har fått opplæring/kurs i ledelse/styring. Dette er en noe større andel enn i 2008-materialet (81 prosent). Avdelingslederne i 2014 arbeider i langt mindre grad klinisk som en del av sin lederstilling (35 vs. 74 prosent i 2008). Andelen av arbeidstiden som benyttes til ledelse/styring blant de som faktisk også jobber klinisk, er høyere (66 % i 2014 mot 58 % i 2008). Det kan altså se ut som om lederoppgaver vektlegges i større grad av avdelingslederne i 2014.

Nærmere analyser viser imidlertid store forskjeller mellom ledere med ulik utdanningsbakgrunn. Dette gjelder både nivå og omfang av klinisk arbeid. I 2008 var andelen avdelingsledere som også arbeidet klinisk, hele 92 prosent blant legene, mens tilsvarende andel blant sykepleiere var 62 prosent. I 2014 var disse andelenene hhv 96 prosent og 6 prosent. Mens stort sett alle leger i 2014-materialet bruker en andel av sin arbeidstid til klinisk arbeid, er denne praksisen så godt som ikke-eksisterende for sykepleierne. Legene har riktignok redusert omfanget av klinisk arbeid (fra 52 til 36 prosent), men fortsatt er det altså slik at avdelingsledere med legebakgrunn også har en omfattende klinisk praksis som del av sin arbeidstid. Om dette betyr at lege-lederne bruker mindre tid på styring og ledelse enn ledere med sykepleierbakgrunn, er vanskelig å si. I 2014 hadde avdelingsledere med legebakgrunn i gjennomsnitt 40 prosent lengre arbeidsuker enn ledere med sykepleierbakgrunn. Vi mangler tall for legenes gjennomsnittlige arbeidstid i 2008 og kan derfor ikke si noe om endringer i timetall som benyttes til lederoppgaver. Men det vi kan si noe om, er at avdelingsledere med sykepleierbakgrunn ser ut til å ha endret sin praksis mht prioritering av arbeidstid betydelig, mens denne endringen er betydelig mindre blant ledere med legebakgrunn.

	2008	2014
Andel som har bakgrunn som sykepleier (lege)	56,5 % (40,7 %)	65,3 % (33,3 %)
Andel med mer enn 3 års erfaring i nåværende stilling	66,7 %	41,6 %
Andel med opplæring/kurs i ledelse/styring	81 %	90 %
Andel som bruker arbeidstid på klinisk arbeid	74 %	35,1 %
Av disse: Andel av arbeidstid til ledelse/styring	57,8 %	65,9 %
Andel med lederavtale	48,6 %	63,0 %
Andel med formelle møter med nærmeste leder ukentlig eller hyppigere (månedlig eller hyppigere i parentes)	12,1 % (77,6 %)	39,1 % (93,8 %)
Andel med tilgang til økonomimedarbeider	95 %	100 %

Tabell 1 *Deskriptiv statistikk: Karakteristikk av avdelingslederne og formalisering av lederrollen*

Diskusjonen over tabellen indikerer at avdelingslederrollen i større grad oppfattes som en ren lederrolle i 2014 enn i 2008. Denne fortolkningen støttes av at en høyere andel i 2014-materialet har en formalisert lederavtale (63 % i 2014 mot 49 % i 2008). Hyppigheten av formelle møter med nærmeste leder er også av en annen karakter i 2014 hvor 39 prosent av avdelingslederne har formelle møter ukentlig eller hyppigere, sammenlignet med 12 prosent i 2008. Økningen her kan også i stor utstrekning tilskrives ledere med sykepleierbakgrunn. I

2014 er andelen med ukentlige møter nokså lik uavhengig av utdanningsbakgrunn. Dette tyder på at avdelingslederrollen og kontakten opp mot nærmeste leder er mer formalisert i 2014.

VI ser altså en utvikling i retning av større vektlegging av styrings- og ledelsesoppgaver, økt formalisering av lederrollen samt at samtlige avdelingsledere i 2014 har tilgang til en økonomimedarbeider. Et viktig spørsmål blir da om denne utviklingen har ført til at avdelingslederne opplever økt egenkompetanse og kapasitet i forhold til styring/ledelsesoppgaver, noe som ifølge Llewellyn (2001) kan bidra til tettere koblinger i styringsprosessen.

Tabell 2 viser at avdelingslederne opplever at de er mer kompetente i 2014 (4,31) sammenlignet med 2008 (3,48). Denne forskjellen er statistisk signifikant (p-verdi = 0,000). Ytterligere analyser viser imidlertid at endringen i opplevd kompetanse er drevet primært av sykepleierne (4,50 sammenlignet med 3,86 for leger). Avdelingslederne opplever også at deres kapasitet knyttet til styring og ledelse har økt (dog ikke statistisk signifikant). Lederne opplever imidlertid *ikke* at denne økte kapasiteten er tilstrekkelig i forhold til å styre enheten på en effektiv måte.

	Gjennomsnitt (standardavvik) 2008	Gjennomsnitt (standardavvik) 2014
Kompetanse	3,48 (1,164)	4,31 (0,914)
Kapasitet	3,04 (1,318)	3,30 (1,17)

Tabell 2 Opplevd kompetanse og kapasitet, 2008 og 2014. Verdien 1 (5) indikerer at respondentene er helt uenig (helt enig) i at de har tilstrekkelig kompetanse/kapasitet til å styre enhetens økonomi

I tillegg til egen kompetanse og kapasitet, kan avdelingslederen spille på sin økonomimedarbeider. Så å si samtlige avdelingsledere i 2008 og 2014 hadde tilgang til en eller flere økonomimedarbeidere (henholdsvis 95 % og 100 %). Avdelingslederne verdsetter i stor grad økonomimedarbeideren som en viktig ressurs. Verdsettelsen av økonomimedarbeideren som en ressurs i styringen av enhetens økonomi er imidlertid lavere i 2014 enn i 2008. Om lag ¼ av lederne oppfatter i liten eller svært liten grad økonomimedarbeideren som en viktig ressurs i 2014 (6,7 % i 2008).

Hvilke endringer kan vi identifisere i planleggingsfasen?

Så langt har analysen avdekket en rekke interessante forhold. Det gjennomgående trekket er at det synes å være et økt fokus på styring/ledelse, og flere «rene» ledere i 2014 enn i 2008. Avdelingslederne, og da i særdeleshet sykepleierne, føler seg i tillegg mer kompetente i forhold til styringsoppgaver. I forlengelsen av dette er det interessant å analysere endringer i holdningen til budsjettprosessen. En sammenstilling av en rekke elementer ved budsjettprosessen er gjengitt i tabell 3. Ved første øyekast er det tydelig at avdelingslederne i 2014 i signifikant større grad opplever at de deltar i selve budsjettprosessen. Hva angår innflytelse, så svarer rundt 66 % i 2008 at deres meninger i stor eller svært stor grad blir hørt i budsjettprosessen. I 2014 er rundt 65 % enten helt enig eller delvis enig i at enhetens mening blir hørt i budsjettprosessen. Det er derfor tilsynelatende ingen endring å spore når det gjelder innflytelse i budsjettprosessen. Bortsett fra at tidsbruken i budsjettprosessen oppfattes som noe mer rimelig, kan vi ikke spore noen endringer i holdningen til budsjettprosessen. Budsjettet tar fortsatt i stor utstrekning utgangspunkt i både tidligere års regnskap og

budsjetter. En rekke av utfordringene ved selve budsjettprosessen synes derfor å være like gjeldende i 2014 som i 2008, til tross for økt deltakelse.

	2008: Gjennomsnitt (standardavvik)	2014: Gjennomsnitt (standardavvik)
Deltakelse: Enhetens meninger blir hørt i budsjettprosessen i budsjettprosessen	2,66 (1,254)	3,77 (1,061)
Det blir satt av for lite i budsjettprosessen	3,40 (1,304)	3,04 (1,128)
Budsjettprosessen er godt planlagt	3,32 (1,227)	3,38 (1,113)
Budsjettprosessen gir rettferdig fordeling av ressurser	2,50 (1,216)	2,52 (1,029)
I hvilken grad tok enheten utgangspunkt i følgende informasjon i budsjettprosessen:		
Tidligere års budsjetter	4,11 (0,723)	3,91 (0,720)
Tidligere års regnskap	4,03 (0,810)	3,95 (0,890)
Planlagt behandlings-aktivitet	3,85 (0,821)	3,91 (0,797)
Analyser av kapasitetsutnyttelsen	3,19 (1,045)	3,07 (1,038)

Tabell 3 Holdninger til budsjettprosessen, 2008 og 2014. (Spørsmål 1-4: 1= helt uenig, 5 helt enig. Spørsmål 5-8: 1=i svært liten grad, 5=i svært stor grad.)

Hvilke endringer kan vi spore i evalueringsfasen?

Når det gjelder evalueringsfasen av styringsprosessen, så viser tabell 4 at det er hyppig oppfølging i både 2008 og 2014. På de fleste områder kan det se ut som at det er en svak økning i andel ledere som blir fulgt opp månedlig eller oftere. Unntaket er her området bemanning. Hovedbildet er imidlertid at den formelle prosessen når det gjelder oppfølging og evaluering, er nokså uforandret.

	2008	2014
Oppfølging av aktivitet	89,1 % (4,4 %)	91,9 % (4,1 %)
Oppfølging ventelister	74,7 % (11,6 %)	85,3 % (8,0 %)
Oppfølging sykefravær	81,9 % (4,8 %)	83,8 % (6,8 %)
Oppfølging bemanning	68,0 % (21,0 %)	64,0 % (26,6 %)
Oppfølging regnskap	92,5 % (6,5 %)	94,7 % (2,7 %)

Tabell 4 Hyppighet av oppfølging (den prosentvise andelen gjenspeiler månedlig eller hyppigere oppfølging, ingen oppfølging i parentes). 2008 og 2014.

Selv om vi ikke kan observere store endringer når det gjelder hyppighet av oppfølging, kan det fortsatt være tettere evaluering. Tabell 5 bekrefter også dette på ett område: ved eventuelt overforbruk i forhold til budsjett, legges det enda større vekt på at avdelingsleder evner å

forklare årsakene til overforbruket (statistisk signifikant, p-verdi = 0,000) samt at avdelingsleder kommer med konkrete forslag til tiltak. Avdelingsleder synes følgelig å ha fått en mer proaktiv rolle i 2014. Også nærmeste leder er mer «aktiv» i den forstand at det i større grad synes å være en systematisk oppfølging av at tiltak iverksettes. Når det gjelder aksept ved budsjettavvik (overforbruk), er situasjonen noenlunde den samme som i 2008 ved at det fremdeles er aksept så lenge avdelingsleder kan redegjøre for årsakene til budsjettavviket. Her er det likevel verdt å merke seg at den eneste statistisk signifikante endringen fra 2008 til 2014 omhandler fokuset på å forklare årsakene til budsjettavvik. Nærmere analyser mht. utdanningsbakgrunn viser imidlertid at leger i 2014 i sterkere grad opplever at nærmeste leder systematisk følger opp at tiltak iverksettes (p-verdi = 0,045).

	2008: Gjennomsnitt (standardavvik)	2014: Gjennomsnitt (standardavvik)
Nærmeste leder er fokusert på at overforbruk forklares	3,89 (0,975)	4,44 (0,775)
Nærmeste leder aksepterer overforbruk dersom det forklares	3,94 (0,940)	3,99 (0,966)
Nærmeste leder forventer forslag til konkrete tiltak for å redusere overforbruk	4,21 (0,919)	4,42 (0,737)
Systematisk oppfølging fra nærmeste leder av at tiltak iverksettes	3,71 (1,055)	3,89 (0,938)

Tabell 5 Holdninger til forhold i evalueringsfasen, 2008 og 2014. Verdien 1 (5) er helt uenig (helt enig)

Drøfting og implikasjoner

I denne artikkelen undersøker vi om vi har fått tettere økonomistyring i helseforetakene. I styringslitteraturen har mangel på økonomisk styringskompetanse blant mellomledere blitt trukket fram som et hinder for styringsevnen (Llewellyn, 2001; Kurunmäki, 2004). Vi har derfor undersøkt om avdelingsledernes vurdering av egen kapasitet og kompetanse på styringsområdet har endret seg på en måte som kan tilsi bedre grunnlag for tettere styring. I følge litteraturen vil valg av hvor tett budsjettstyringen skal være, være et viktig strategisk valg (Merchant og Van der Stede, 2012, Johansson og Siverbo 2014). Vi har derfor sett nærmere på hvordan avdelingsledere oppfatter oppfølgingen fra sin nærmeste leder både når det gjelder planleggings- og evalueringsprosessen i budsjettstyringen. Vi ser her etter endringer som kan tolkes dithen at økonomistyringen i helseforetakene kan karakteriseres som tettere.

Data fra spørreundersøkelsene i 2008 og 2014 viser en interessant endring i forhold til avdelingsledernes arbeidspraksis. Blant avdelingsledere med sykepleierbakgrunn observerer vi en betydelig endring fra at 62 prosent benytter en betydelig del av sin arbeidstid til klinisk arbeid i 2008, til at de i 2014 så godt som utelukkende fokuserer på styring og ledeleseoppgaver. Sykepleielederne har altså blitt «rene» ledere. Blant avdelingsledere med legebakgrunn ser vi en helt annen utvikling. Her har lederne fortsatt en betydelig andel klinisk arbeid i sin stilling. Imidlertid har denne gruppen ledere betydelig lengre arbeidstid, slik at antall arbeidstimer til styrings- og ledelsesoppgaver neppe er lavere i denne gruppen. For

avdelingslederne totalt (både leger og sykepleiere) er andelen tid til disse oppgavene blitt betydelig større. I vår sammenheng er dette interessant i den grad dette gir uttrykk for større evne og kapasitet til styringsoppgaver i tråd med Llewellyns (2001) argument om behov for styringskapasitet og kompetanse for å kunne være et bindeledd mellom den økonomisk-administrative- og den kliniske logikken i sykehuset. Dette er ikke en selvfølge. Det å ta del i klinisk virksomhet vil også kunne gi mellomleder viktig informasjon og en arena for å utøve ledelse.

Våre data viser at avdelingslederne i 2014-materialet føler seg langt mer kompetente til å lede enhetens økonomi på en effektiv måte enn tilfellet var i 2008. Dette kan ha sammenheng med endringen i praksis (over), men også økt kursing knyttet til ledelses og styringsoppgaver. Også her skilte sykepleierne seg ut med sterkere vekst i vurdert egenkompetanse. Avdelingslederne i 2014 føler også at de har noe større kapasitet til å styre økonomien sammenlignet med 2008. Selv om denne økte kapasiteten ikke oppfattes som tilstrekkelig, indikerer våre funn at grunnlaget for en tettere koblet styringsprosess i større grad er til stede enn tidligere pga større kompetanse og kapasitet blant avdelingslederne.

I Riksrevisjonens analyse av 2008-data ble det pekt på flere svakheter i forhold til budsjettprosessen, som for eksempel lav involvering av mellomledere, lav forpliktelse til budsjettet og mangelfull oppfølging av omstillingstiltak. Vår analyse viser riktignok at avdelingslederne føler seg mer involvert i budsjettprosessen, men vi ser ingen endringer når det gjelder grad av oppfattet innflytelse. Når det gjelder evalueringsprosessen, ser vi en signifikant økning i oppfatningen av at nærmeste leder etterspør en forklaring på eventuelle budsjettavvik. Det er imidlertid ingen endring når det gjelder hvorvidt budsjettavvik blir akseptert, kravet til tiltak eller grad av oppfølging av tiltak. På grunnlag av dette er det derfor ikke grunnlag for å si at forpliktelsen til budsjettet skulle være større.

Selv om den formelle budsjettprosessen ikke ser ut til å ha endret seg, er det ett utviklingstrekk som står fram som viktig, nemlig det at avdelingslederne har betydelig tettere kontakt med nærmeste leder. Kommunikasjon med nærmeste leder virker dermed å være av en helt annen karakter i 2014 enn i 2008 både gjennom at langt flere avdelingsledere har lederavtale og at møtepunktene er langt flere. En hyppigere frekvens av formelle møter og mer formaliserte forventninger fra nærmeste leder, indikerer et større fokus på ansvarliggjøring og oppfølging av avdelingslederne. Hyppigere kontakt vil gi grunnlag for økt kommunikasjon mellom nivåene i hierarkiet, noe som igjen kan gi grunnlag for større innslag av interaktiv styring (Simons, 2013). Våre funn indikerer derfor at avdelingslederne er gjenstand for tettere styring fra nærmeste leder samtidig som avdelingslederne forventes å ha en mer proaktiv rolle i den økonomiske styringen av enheten.

Implikasjoner

Studien har identifisert flere indikasjoner på at det er tettere styring og tettere koblinger i helseforetakene og kan på den måten bidra til den voksende litteraturen omkring "accountingization" (Kurunmäki, 2004). I dette begrepet ligger at kjerneverdier hos avdelingslederne endres over tid, noe som kan påvirke hvordan ulike interesser (som for eksempel fokus på økonomistyring) blir vektlagt i helseforetaket (Power and Laughlin, 1992). Våre funn tyder på at avdelingsledere i helseforetakene i økende grad føler seg kompetente til å styre avdelingens økonomi, og blir tettere fulgt opp av sin nærmeste leder. Med dette som utgangspunkt kan det se ut som om økonomifokuset i større grad har trengt ned i sykehusorganisasjonen. Vår studie kan dermed bidra til større forståelse for *hvordan* kjerneverdier hos avdelingsledere over tid kan endres.

Studien har enkelte begrensninger som primært er relatert til sammenlignbarheten mellom de to datasettene. For enkelte spørsmål har dette vært problematisk som drøftet i metodekapitlet i tilknytning til noe ulike spørsmålsformulering og ulik gradering av svaralternativer (og i enkelte tilfeller ulike skalaer). Sammenligningene er likevel gjennomført med omhu, og vi har bevisst utelatt t-tester i de tilfeller hvor sammenligningsgrunnlaget har vært utilstrekkelig. Når det er sagt, så er studiens hovedfokus sentrert rundt å identifisere indikasjoner på tettere koblinger og tettere styring. I så måte er utfordringene knyttet til sammenligningsgrunnlaget ikke av en prekær karakter.

Referanser

- Anthony, R.N. og D.W. Young. 2003. *Management Control in Nonprofit Organizations*. McGraw-Hill/Irwin Inc., Boston.
- Johansson, T. og S. Siverbo. 2014. «The appropriateness of tight budget control in public sector organizations facing budget turbulence.» *Management Accounting Research*, 25 (4), 271-283.
- Kurunmäki, L. 2004. «A hybrid profession – The acquisition of management accounting expertise by medical professionals. ». *Accounting, Organizations and Society*, 29 (?), 327-347.
- Llewellyn, S. 2001. «(Re)spect, Visibility and “Two-way” Windows: Clinicians as Managers in Medical Organisations. » *Organisation Studies*, 4 (?), 593-623.
- Merchant, K.A. og W.A. Van der Stede. 2012. *Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. Pearson Education, Harlow, UK.
- Nyland, K. og I.J. Pettersen. 2004. «The control gap: The role of budgets, accounting information and (non) decisions in hospital settings.» *Financial Accountability & Management*, 20 (1), 77-102.
- Riksrevisjonen. 2009a. «Økonomistyringen i helseforetakene er ikke tilfredsstillende.» *Publisert 10.11.2009 12:45, lastet ned 06.12.2016.*
<https://www.riksrevisjonen.no/Presserom/Pressemeldinger/Sider/helseforetakene.aspx>.
- Riksrevisjonen. 2009b. «Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene.» Dokument 3(3), 2009-2010.
- Riksrevisjonen. 2014. «Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.» Dokument 3(12), 2014-2015.
- Simons, R. 2013. *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business Press.
- Pettersen, I.J. og K. Nyland. 2012. «Reforms and clinical managers’ responses: a study in Norwegian hospitals.» *Journal of Health Organization and Management*, 26 (1), 15-31.
- Power, M. and Laughlin, R. (1992), «Critical theory and accounting», Ch 6, 113-135 in Willmott, H. (Ed.). *Critical Management Studies*, Sage.

Helsedirektoratet. 2015. «*SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015.*» Lastet ned 06.12.2016.
<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata#finn-tall-og-figurer>