



U i T

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Handelshøgskolen

En studie av sammenhengen mellom budsjett og aktivitet i spesialisthelsetjenesten

—

Sondre Fjelltun Hansen

Haakon Kristian Våge Støyle

Masteroppgave i økonomi og administrasjon, Juni 2017



Forord

Denne masteavhandlingen markerer avslutningen på studenttilværelsen i økonomi og administrasjon ved Norges arktiske universitet – campus Tromsø. Avhandlingen er skrevet som avslutning på et toårig masterstudium i økonomi og administrasjon, og utgjør 30 studiepoeng i fordypningsprofilen finans og økonomisk analyse.

Avhandlingens fokus ligger i forholdet mellom budsjett og aktivitet i et offentlig helseforetak, og målet er å studere hvordan budsjettet benyttes til å styre aktivitet. Arbeidet med dette har vært både interessant og lærerikt.

Først og fremst ønsker vi å takke alle informantene ved Universitetssykehuset i Nord-Norge for å stille til intervju, samt kontaktpersonene som har bidratt med nyttig informasjon om sykehusdriften, og lagt til rette for gjennomføringen av intervjuene ved å sette oss i kontakt med respondentene.

Sist, men ikke minst, vil vi rette en stor takk til veileder Anita Michalsen, førsteamanuensis ved Handelshøgskolen i Tromsø. Tusen takk for all konstruktiv kritikk, og særlig for god oppmuntring underveis i prosessen.

Innholdet i denne avhandlingen står for forfatterens regning.

Tromsø, 31. mai, 2017

Haakon Kristian Vaage Støyle og Sondre Fjelltun Hansen

Sammendrag

Bakgrunnen for denne avhandlingen bygger på utfordringene i helsesektoren, som tar en stadig økende andel av bruttonasjonalproduktet. Innen økonomistyring er det svært mange ulike faktorer som kan analyseres for å bidra til å belyse denne problematikken. Vår avhandling fokuserer på forholdet mellom det som blir ansett som det viktigste styringsverktøyet i offentlig sektor, budsjettet, opp mot aktivitetsnivået.

Ut fra forutsetningen om budsjett som styringsverktøy og aktivitet som et mål for resultat, har vi utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan benyttes budsjettet til å styre aktivitetsnivået i et offentlig helseforetak?

I denne avhandlingen har vi brukt Universitetssykehuset i Nord-Norge som case, med det formål å kunne si noe om forholdet mellom budsjett og aktivitet i et offentlig helseforetak. Avhandlingen fokuserer på tidligere litteraturgjennomgang og teorier for å forklare hvordan budsjett styrer aktivitet.

Avhandlingen er en kvalitativ studie, med en hermeneutisk tilnærming til forskning. Informasjonsgrunnlaget er innhentet ved hjelp av sju dybdeintervju, der vi har sett på to klinikker og gått vertikalt gjennom ledelseskjeden og gjennomført intervjuer av de ledelsesnivå med budsjettansvar.

Funnene i denne oppgaven tyder først og fremst på at det er løse koblinger mellom budsjettet og aktiviteten. På denne måten brukes ikke budsjettet som et styringsverktøy for å styre aktiviteten slik det i utgangspunktet er ment for, men i større grad som et kontrollverktøy for å holde seg innenfor de rammene budsjettet setter. Samtidig viser studien store forskjeller internt i organisasjonen, både hva angår selve budsjettbruken, men også på hvordan budsjettet tjener de formål det er tiltenkt. Noen av funnene gir budsjettkritikerne delvis rett i sine antakelser om at budsjettet har mistet mye av sin relevans.

Abstract

The background for this study is based on the challenges in the health sector, which is taking an increasing share of gross national product. Within financial management, there are many different factors that can be analysed to help elucidate this issue. Our study focuses on the relationship between what is considered the most important government tool in the public sector, the budget, and the level of activity in the organisation.

Based on the assumption of budget as a management tool and activity as a target for results, the following question is to be answered:

How is the budget used to control the level of activity in a public health company?

The University Hospital in Northern Norway is used as case in this study, with the purpose of being able to say something about the relationship between budget and activity in a public health company. The study focuses on previous literature reviews and theories to explain how the budget governs activity.

This paper is based on a qualitative study, with a hermeneutical approach to research. The information base was obtained by means of seven depth interviews, where we have seen two clinics and walked vertically through the management chain to conducted interviews of all the management levels with budget responsibility.

The findings in this study primarily indicate that there are loose links between the budget and the activity. The budget is not used as a management tool to control the activity as intended, but more to extent as a control tool to stay within the limits the budget sets. At the same time the study shows great differences within the organization, both in terms of how they use the budget to governs activity, but also in terms of how the budget serves the purposes for which it is intended. Some of the findings can be related to the budget critics, partly in its assumptions that the budget has lost much of its relevance.

Innhold

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
Figurliste	VI
Tabelliste	VI
Vedleggsliste.....	VI
1 Innledning.....	1
1.1 Aktualisering og bidrag	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avhandlingens struktur	4
2 Teori- og litteraturgjennomgang.....	5
2.1 Økonomistyring.....	5
2.2 Styrings sirkelen.....	6
2.2.1 Strategisk planlegging	7
2.2.2 Planer og budsjetter	7
2.2.3 Aktivitet (drift og måling)	7
2.2.4 Rapportering og oppfølging	8
2.3 Budsjett.....	9
2.3.1 Budsjettets formål.....	10
2.3.2 Kritikk av budsjett	12
2.4 Økonomistyring i helseforetak	13
2.5 Agent-prinsipal-teori	16
2.6 Forskningsmodell	18
3 Metode	20
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	20
3.2 Forskningsdesign.....	21
3.2.1 Tidsaspekt.....	22
3.2.2 Intensiv eller ekstensiv studie.....	22
3.2.3 Casestudier	23
3.2 Metodevalg.....	24
3.4 Forskningsprosessen.....	25
3.5 Studiens kvalitet	27
3.5.1 Intern gyldighet	27
3.5.2 Overførbarhet (ekstern validitet)	27
3.5.3 Pålitelighet (relabilitet).....	28

3.5.4 Forskningens kvalitet.....	29
3.6 Forskningsetiske avveininger	29
4 Casebeskrivelse	32
4.1 Beskrivelse av organisasjonen.....	32
4.2 Aktivitetsnivå	35
5 Resultat og analyse.....	37
5.1 Hvor godt egnet er budsjettet til å styre aktivitetsnivået?	37
5.1.1 Løse koblinger.....	38
5.1.2 Aktivitetsplanlegging	41
5.2 Er det interne forskjeller på hvordan budsjettet styrer aktivitetsnivået?	43
5.2.1 Lederteamets rolle (koordinering, kommunikasjon og motivasjon).....	44
5.2.2 Ansvarliggjøring.....	47
5.2.3 Ressursallokering, oppfølging og kontroll	48
5.2.4 Forskjell mellom klinikkene	51
5.2.5 Agent-prinsippalproblemet.....	52
6 Avslutning	56
6.1 Konklusjon	56
6.2 Forslag til videre forskning	58
7 Referanseliste	60
Bøker:	60
Artikler	61
Nettsider	62
Lover	62
Rapporter	63
Annet:	63
Vedlegg.....	64

Figurliste

Figur 1 - Problemtree	3
Figur 2 - Styrings sirkelen (Anthony and Young, 2003)	6
Figur 3 - Forskningsmodell	19
Figur 4 - UNNs organisasjonsstruktur	33
Figur 5 - Klinikk 1 sin organisasjonsstruktur	34
Figur 6 - Klinikk 2 sin organisasjonsstruktur	34

Tabelliste

Tabell 1 - Sammenhengen mellom mål og middel i budsjett- og markeds koblede virksomheter (Nyland og Pettersen, 2010)	2
Tabell 2 - Case-design	23
Tabell 3 - Oversikt over lengden på intervjuene	26
Tabell 4 - Respondentoversikt	31

Vedleggsliste

Vedlegg 1 - Informasjonsbrev intervju	65
Vedlegg 2 - Intervjuguide (økonomirådgivere)	66
Vedlegg 3 - Intervjuguide (Klinikk sjef, avdelingsleder og seksjonsleder)	69

1 Innledning

1.1 Aktualisering og bidrag

Ved å se på offentlige virksomheter i et historisk perspektiv, har helseforetakene i Norge blitt preget av store underskudd, med lav grad av forpliktelse ovenfor den budsjetttrammen som eier har bevilget i statsbudsjettet (Riksrevisjonen, 2009). Det har derimot vært et skifte i den negative trenden med store underskudd, og fra 2009 har det samlet sett vært et økonomisk overskudd innad i helseforetakene (Helsedirektoratet, 2017). Samtidig som man ser en positiv utvikling i resultatregnskapet til helseforetakene, viser studien fra de la Maisonneuve og Oliveira (2013) et interessant fenomen og et varsku til fremtidig helseforetak. Studien viser at andelen av brutto nasjonalprodukt (BNP) per innbygger som går til helseforetak, vil øke frem mot 2030. Helseutgiftene forventes med dette å ha en sterkere vekst enn BNP. Denne utviklingen støttes av statistisk sentralbyrå, som viser at utviklingen fra studien til Maisonneuve og Oliveria ble publisert i 2013 frem til 2016, vises det en andels-økning på 1,5 prosent av helseutgifter på BNP (Statistisk Sentralbyrå, 2017).

Lyspunktet i utredningen til de la Maisonneuve og Oliveira (2013) er at den slår fast at etter 2030 vil veksten frem mot 2060 korrigere seg mot null, altså lik vekst mellom helseutgifter og BNP, men at forutsetningen for denne korrigeringen er en sterk kostnadskontroll.

For å få bukt med det økonomiske underskuddet i helsevirksomheter, ble en omfattende helsereform satt i gang i 2002, formålet var å tydeliggjør ansvarsforholdet mellom staten og helsevirksomheter, samt en sterkere ansvarlighetsfordeling innad i helsevirksomhetene. Det ble blant annet gjennom lov fastsatt at «*Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer...*» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Samtidig viser Nyland og Østergren (2008) gjennom en rapport fra Samfunn- og næringslivsforskning (SNF) (2008) at det er vanskelig å skape økonomisk ansvarlighet i omsorgsrelaterte yrker, der avdelingsledere først og fremst føler et rapporteringsansvar, men i liten grad et konsekvensansvar. Videre konkluderer forskningsrapporten med at det er løse koblinger mellom de ulike delene av styringssløyfen, og at formålet om økt økonomisk ansvarlighet på rapporteringstidspunktet ikke var oppfylt.

En annen betraktning når det gjelder styring av offentlige virksomheter, kommer frem i en artikkel av Kari Nyland og Inger Johanne Pettersen publisert i Magma (2010). Den viser til at ett av kjennetegnene for offentlige virksomheter er at de styres av ulike målsetninger, der målsetningene ofte havner i konflikt med hverandre.

	<i>Budsjettkoblede virksomheter</i>	<i>Markedskoblede virksomheter</i>
<i>Mål</i>	<i>Aktivitet</i>	<i>Penger</i>
<i>Middel</i>	<i>Penger</i>	<i>Aktivitet</i>

Tabell 1 - Sammenhengen mellom mål og middel i budsjett- og markedskoblede virksomheter (Nyland og Pettersen, 2010)

Nyland og Pettersen (2010) påpeker i sin artikkel at i virksomheter som er budsjettkoblede, vil formålet være å skape aktivitet, mens virkemiddelet for å skape denne aktiviteten er penger som de har til rådighet. Problematikken med penger som virkemiddelet til å skape aktivitet, er at aktiviteten i offentlige virksomheter «*i begrenset grad kan operasjonaliseres og uttrykkes i målbare størrelser.*» En av de store utfordringene for offentlige organisasjoner er altså å måle resultatet basert på den tradisjonelle markedsbaserte metoden. Forskjellen er at markedsbaserte bedrifter bruker samlet aktivitet som et middel for å oppnå ønsket profitt, mens i offentlige virksomheter, vil penger være virkemiddelet for å oppnå ønsket aktivitet. Dette betyr at det innen offentlige virksomheter må aktiviteten måles opp mot ressursinnsatsen for å kunne si noe om resultatet til virksomheten.

Det som er spesielt interessant ved å lese artikkelen til Nyland og Pettersen er problematikken med å måle aktiviteten til en offentlig virksomhet, samtidig som at budsjettet ligger til grunn for ressursstyring. Når det gjelder offentlige sykehus blir aktiviteten målt ut i fra diagnoserelaterte grupper, mer eksakt DRG-poeng. Dette leder oss inn på diskusjonen om hvordan måling av aktivitet samspiller med budsjettet. Samtidig er det av interesse å se dette i perspektiv med SNF-rapporten til Nyland og Østergren (2008), som tidligere nevnt påpeker at det er vanskelig å skape økonomisk ansvarlighet i helserelaterte virksomheter. Ved å belyse forholdet mellom budsjett og aktivitet, kan denne oppgaven bidra med en økt forståelse for dynamikken mellom budsjett og aktivitet, og i den grad oppnå de la Maisonneuve og Oliveira (2013) målsetning om utjevning i helseutgifter i forhold til BNP innen 2060.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i sammenhengen mellom aktivitet og budsjett, vil vi i denne case-studien belyse følgende problemstilling:

Hvordan benyttes budsjettet til å styre aktivitetsnivået i et offentlig helseforetak?

Hensikten med denne problemstillingen er å få innsikt i hvilken grad budsjettet påvirker aktivitetsnivået i en kompleks offentlig organisasjon, og om dette varierer ut fra klinikk, avdeling og seksjonsnivå, samt om man kan se likheter eller ulikheter på tvers av klinikkene.

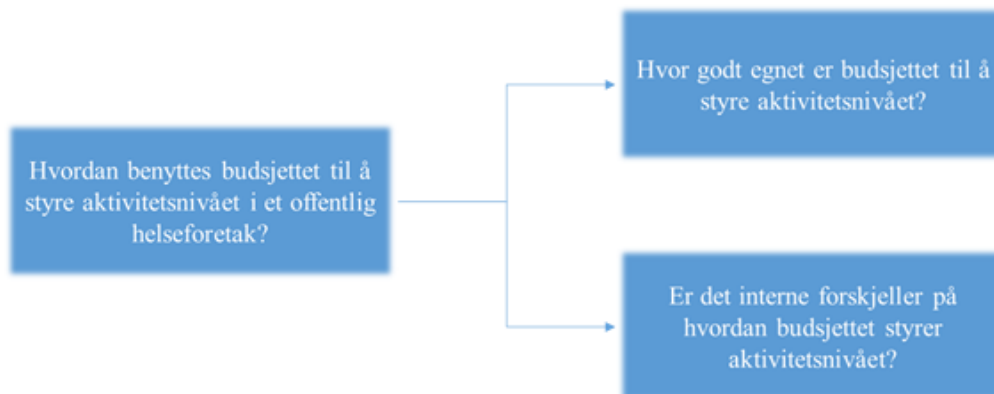
For å kunne svare på hovedproblemstillingen, er vi avhengig av å få innsikt i hvilken grad budsjettet faktisk påvirker aktivitetsnivået i et helseforetak. Vi vil derfor besvare følgende underordnede forskningsspørsmål:

Hvor godt egnet er budsjettet til å styre aktivitetsnivået?

Det andre underliggende forskningsspørsmålet vi vil besvare, er i hvilken grad koblingen mellom budsjett og aktivitet varierer ut i fra hierarkisk nivå, og på tvers av klinikker. Ved å utforske dette kan case-studie gi noen indikasjoner på om det er fellesfaktorer for hvor godt egnet budsjettet er for å styre aktivitetsnivået, eller om det varierer ut i fra det hierarkiske nivået det blir benyttet. Det andre underordnede forskningsspørsmålet er med dette:

Er det interne forskjeller på hvordan budsjettet styrer aktivitetsnivået?

Problemstillingen med følgende forskningsspørsmål resulterer i følgende problemtre:



Figur 1 - Problemtree

1.3 Avhandlingens struktur

Avhandlingens videre struktur består av fem kapitler, i tillegg til referanseliste og vedlegg.

Kapittel to er teori- og litteraturgjennomgang, her vil aktuelle teorier og litteratur bli gjennomgått. Bakgrunnen for dette er å gi en generell forståelse og innblikk som kan danne fundamentet for analysen av de funn som fremkommer senere i avhandlingen. Avslutningsvis i kapitlet presenteres en forskningsmodell som er utarbeidet for å synliggjøre hovedmomentene avhandling bygger på.

I kapittel tre vil den vitenskapsteoretiske grunnmuren som avhandlingen bygger på, bli presentert. Videre vil dette kapitlet beskrive metoden som er benyttet for innhenting av analyserbar data. Før studiens kvalitet gjennomgås. Til slutt i kapitlet presenteres forskningsetetiske avveininger

Kapittel fire vil gi en casebeskrivelse. Kapitlet er todelt og består av en del hvor organisasjonen Universitetspsykehuset i Nord-Norge (UNN) beskrives, før en gjennomgang av hva som definerer aktivitetsbegrepet i helseforetak.

Kapittel fem er et sammenslått resultat- og analysekapittel. Her vil resultater av intervjuundersøkelsen fremkomme, med en fortløpende analyse av funnene. Resultat og analyse kunne vært inndelt i to separate kapitler, men vi har valgt å slå sammen disse to for bedre flyt i teksten. At analysen kommer i direkte sammenheng med funnene gjør det enklere for leseren å beholde oversikten. Kapitlet er inndelt etter de forskningsspørsmål som ligger til grunn for studien.

Kapittel seks er avslutningskapitlet som består av konklusjon forslag til videre forskning. Her vil det trekkes konklusjoner på grunnlag av analysen i kapittel fem.

2 Teori- og litteraturgjennomgang

Gjennom dette kapittelet skal vi presentere studiens teori- og litteraturgrunnlag. Vi starter med en generell gjennomgang av oppgavenes tema, økonomistyring. Deretter vil vi gå igjennom en helt sentral figur innen økonomistyring, styringssirkelen. Denne forklarer prosessen fra fastsettelse av strategi frem til gjennomføring av aktiviteten som skal føre til resultater. Innen styringssirkelen, er en helt sentral del av modellen er budsjett, samtidig som det er det mest brukte styringsverktøyet i offentlige virksomheter. For å nyansere bildet av budsjett som styringsverktøy, har vi valgt å gjennomgå budsjettkritikken, spesielt for å fremme tidligere forskning som sier noe om budsjettets rolle opp mot aktivitetsstyring. Som en oppsummering av de ulike delkapitlene, vil vi gjennom det fjerde delkapittelet gjennomgå forskning som er rettet mot økonomistyring i helsesektoren. Til slutt har vi med utgangspunkt i teori- og litteraturgjennomgangen, utarbeidet en forskningsmodell. Denne modellen er fundamentet for å analysere informantene i denne casestudien.

2.1 Økonomistyring

Økonomi- og virksomhetsstyring er et fagfelt som i utgangspunktet dreier seg om å sette virksomheter best mulig i stand til å takle konkurranse, gjennom god beslutningsstøtte og god ressurs- og prestasjonsstyring (Gjønnes og Tangenes, 2014, s. 24). Videre beskrives tre delvis overlappende komponenter som omfatter økonomi- og virksomhetsstyring, og disse er prestasjonsstyring, beslutningsstøtte og ressursstyring. Førstnevnte i form av utvikling, tilrettelegging og anvendelse av mekanismer for styring av atferd for å understøtte verdiskapningsprosessen. Med beslutningsstøtte refererer forfatterne til fremskaffelse, analyse og kommunikasjon av verdiskapningsrelevant informasjon til beslutningsformål. Den siste komponenten, ressursstyring, omfatter bruk og utvikling av virksomhetens ressurser (Gjønnes og Tangenes, 2014, s. 25).

Ellers i litteraturen er det vanlig å skille mellom å ha et normativt og deskriptivt syn på økonomistyring. Den normative tilnærmingen vil da beskrive hvordan systemet skal eller bør være oppbygd, mens den deskriptive tilnærmingen fokuserer på selve atferden til brukerne. (Mellempvik og Olson, 1996) Med andre ord skiller en mellom hvordan systemet er oppbygd rent formelt, og dets funksjoner, og hvordan brukernes atferd vises i forhold til handlinger av den art som gir økonomiske konsekvenser for virksomheten.

Robert N, Anthony (1965) utarbeidet følgende definisjonen av økonomisk styring, som senere er sitert i mange verk av andre forfattere:

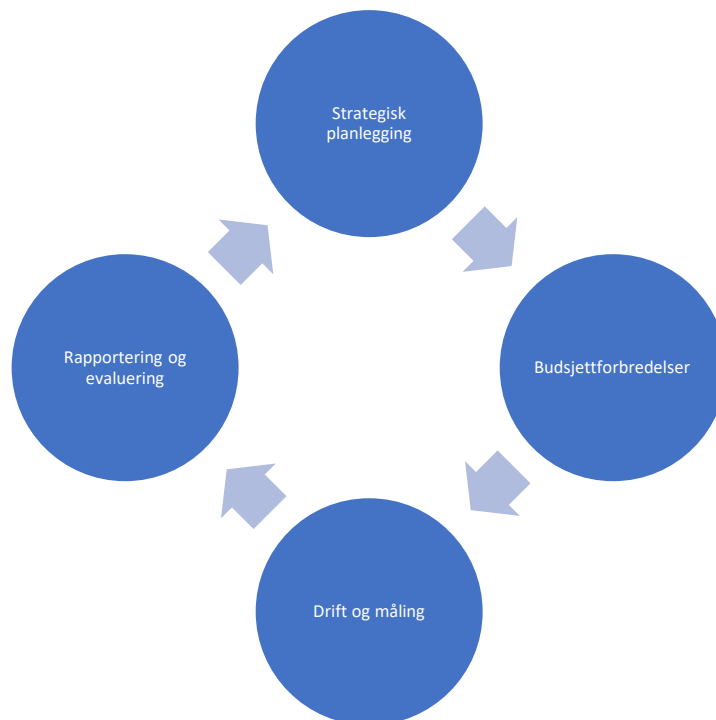
The process by which managers assure that resources are obtained and uses effectively and efficient in the accomplishment of the organization's objective.

(Anthony, 1965. s.27)

Økonomistyring omhandler altså hvordan en bedrift eller organisasjon oppnår sine mål mest mulig effektivt med tanke på de ressurser og den økonomi som er gitt.

2.2 Styringssirkelen

Antony and Young (2003) skiller mellom formelle og uformelle system i økonomistyringsprosessen. Det uformelle består først og fremst av møter, samtaler og andre signaler, mens det formelle er det vi kjenner som styringssirkelen og dens fire faser:



Figur 2 - Styringssirkelen (Anthony and Young, 2003)

Styringssirkelens er et verktøy som viser hvordan de ulike delene av en organisasjon skal se ut, når de fire prosessene er koblet sammen. Formålet er at er at man skal få tettere koblinger mellom de ulike prosessene i organisasjonen, sånn at ressursinnsatsen gjenspeiler aktiviteten. Om et av elementene ikke er knyttet sammen, vil modellen ikke ha noen virkning, og man kan si at fraværet fra sammenheng fører til ineffektivitet i en eller flere av prosessene. Til slutt vil

styringsmodellen gi et signal til organisasjonen, om hva som må endres på for å kunne oppnå et bedre resultat/aktivitet til neste periode.

2.2.1 Strategisk planlegging

Strategisk planlegging omhandler at ledelsen avgjør de tiltak en organisasjon skal gjennomføre en gitt periode med bakgrunn i hvilke ressurser som ligger til grunn. Den nevnte planen er ofte navngitt virksomhetsplan i helseforetakene, og dette en samlet plan for alle avdelingene i helseforetakene, og fungerer normalt som et utgangspunkt for budsjettet som skal utformes (Nyland og Pettersen, 2010). Med utgangspunkt i styringsdokumentet fra gjeldende departement, skal organisasjonen fastsette planer for å kunne oppfølge de retningslinjene som blir gitt (Pettersen et al., 2008).

2.2.2 Planer og budsjetter

Planer og budsjetter er bindeleddet mellom det strategiske og operative systemet. Budsjettet utarbeides med den strategiske planen som utgangspunkt for driften. I budsjettet skal målene videre oversettes til ulike termer som sammenfaller med ansvarsområder for de lederne som i sin tur skal implementere dem (Antony og Young, 2003). Tanken er at budsjettet skal gjenspeile organisasjonens strategiske mål, vise ressursfordeling og hvordan en oppnår de nedfelte målene. Planen er uttrykt i form av finansielle termer, og binder det strategiske og operative styringsnivået sammen. I fasen for plan og budsjett vil de enkelte avdelinger og klinikker i helseforetaket få utlevert de ressursene som tildeles med det mål at de skal planlegge aktiviteter og andre gjøremål som anses som nødvendig for å oppnå de nedfelte målene i den strategiske planen. Ansvar for at budsjettene følges opp på det operative nivået besittes av mellomlederne. Budsjettprosessen må fange opp både fortid, nåtid og fremtid, for at budsjettet skal kunne benyttes som et fornuftig styringsverktøy. Pettesen et.al (2008) beskriver budsjett- og budsjetteringsprosessen som det viktigste styringsverktøyet i offentlig sektor. Grunnen for at budsjettet har en så viktig funksjon, blir beskrevet med bakgrunn i ansvarsbevissthet, det at de med budsjettansvar får kontroll over en del av økonomien til organisasjonen, og dermed har et ansvar for å følge denne fastsettelsen av økonomisk ramme.

2.2.3 Aktivitet (drift og måling)

Punktet i styringssirkelen omtalt som drift og måling (i noen bøker som «handling»), og i vårt tilfelle som aktivitet, består av regnskapsinformasjon og annen informasjon. I denne tredje

fasen av prosessen overvåker lederne hva som skjer under videre drift, og regnskapspersonalet holder oversikt over transaksjoner (Anthony og Young, 2003).

Denne delen av styringssirkelen blir av Nyland og Pettersen (2010) beskrevet som en fase som skal regulere innsats og resultat ved hjelp av løpende oppfølging og målinger. De nevner videre at man ofte kan skille mellom en finansiell kontroll og en kontroll som tar for seg organisasjonens prestasjon. Anthony og Young (2003) beskriver prestasjonsmålene som en helt sentral del av offentlige virksomheters mulighet til å legitimere hensikten ved bruk av offentlige midler. På den andre siden blir den finansielle kontrollen brukt til å sikre at aktiviteten i offentlige virksomheter har en tett kobling til selve budsjettet. Formålet med den finansielle kontrollen, er å kontrollere at de som gjennomfører en aktivitet, holder seg innenfor den budsjetttrammen som er satt.

2.2.4 Rapportering og oppfølging

Rapportering og oppfølging er måten den informasjon vi får ut av tidligere ledd i sirkelen behandles på. Hver enkelt mellomleder skal analysere, oppsummere og rapportere den informasjon som fremskaffes gjennom budsjettperioden. På denne måten vil organisasjonen skaffe seg en oversikt over hvordan de ressurser som ble stilt til rådighet egentlig er forvaltet og utnyttet. I neste instans kan lederne gjennomføre sammenligninger for å koble informasjonen til strategiplanleggingen for neste periode (Anthony og Young, 2003). På denne måten er sirkelen sluttet, og en fortsetter der en startet perioden. I følge Anthony og Young (2003) kan informasjonene som fremkommer i dette punktet av styringssirkelen tjene tre formål:

1. Det første formålet er at rapportering- og oppfølgingsdelen bidrar som er verktøy til å kontrollere aktivitetene i organisasjonen. Lederne får på denne måten et informasjonsgrunnlag de kan bruke til å gjennomføre nødvendige tilpasninger og endringer.
2. Det andre formålet omhandler prestasjonsevaluering. Innhentet informasjon bidrar i evalueringsprosessen, og gjennom denne kan lederne avdekke potensielle forbedringspotensialer i organisasjonen. Med bakgrunn i dette kan de gjøre en vurdering av ressursfordelingen og om denne bør omfordeles eller endres på.
3. Det tredje formålet er strategievaluering. Gjennom dette formålet må lederne vurdere og evaluere de aktivitetene som er utført gjennom perioden. Basert på denne informasjonen kan lederne evaluere og hvorvidt strategien staker ut den rette kursen

for organisasjonen, og hvorvidt de eventuelt bør endre den fastsatte strategien som ligger til grunn.

2.3 Budsjett

Budsjettet er et emne som er blitt skrevet mye om, og mange har laget sin versjon av hva som definerer budsjettet:

Et budsjett er et handlingsprogram (...) uttrykt i økonomiske termer, alt basert på angitte forutsetninger for en begrenset framtidig periode.

(Boye, Bjørnenak og Bergstrand, 1999, s. 27)

Kjell Gunnar Hoff (2013) beskriver budsjettet som et plandokument, hvor selve budsjettoppstillingen er et tallmessig uttrykk for en bedrifts handlingsplan for en gitt framtidig periode.

(Hoff, 2010, s. 78).

A plan expressed in financial terms, a basis for controlling performance, an allocation of resources, an entitlement to spend, and a commitment to a financial outcome.

(Hope og Fraser, 2003, s. 212)

Som Hope og Fraser (2003) her beskriver er altså budsjettet en plan som uttrykker økonomiske termer, danner et grunnlag for å kontrollere ytelse, fungerer som et hjelpemiddel til ressursfordeling og gir retningslinjer for forbruk, samt en måte å forplikte seg til et økonomisk utfall. Både Hoff (2013) og Boye et al. (1999) beskriver det på lignende måte ved hjelp av begreper som «handlingsprogram» og «handlingsplan», samtidig som de understreker at budsjettet beregnes for en gitt eller begrenset framtidig periode. Hope og Fraser (2003) er noe mer konkret i sin definisjon, og tar med flere elementer som budsjettet skal ivareta. Disse momentene vil komme igjen i neste delkapittel hvor budsjettets ulike formål defineres og gjennomgås.

Budsjettet og dets bruksområder har i mange år blitt sett på som et av de viktigste styringsverktøy i bedrifter og organisasjoner, så vel privat som offentlig (Grønnevet og Østergren, 2008). Budsjettssystemet baserer seg på historiske prestasjoner, og benytter denne informasjonen til å belyse fremtidige prestasjoner (Horngren, George og Datar, 1994). Gjønnes og Tangenes (2014) oppsummerer den tradisjonelle forståelsen av budsjett ved hjelp av følgende tre beskrivelser:

- En oppstilling som tar for seg de økonomisk-finansielle av en virksomhets planer og øvrig utvikling. Oppstilling skal også ta hensyn til de forhold som kan regnes som eksterne. Planene skal også være forankret i de strategiske og finansielle mål virksomhetene på forhånd har definert.
- Budsjettet skal vanligvis være uttrykt gjennom den formatrammen som finansregnskapet er tuftet på. Gitt gjennom følgende:
 - o Resultat-, balanse- og kontantstrømpoppstilling.
 - o Andre underliggende budsjettet som alt fra produksjons- og varekostnadsbudsjetter til investerings- og omsetningsbudsjetter.
- Tidshorisonten er normalt på ett eller flere år, samtidig som det inneholde måneds-, kvartals- eller tertialvis periodisering innenfor hvert enkelt år.

2.3.1 Budsjettets formål

«Budsjettet er verktøyet som setter oss i stand til å modellere de finansielle implikasjonene av de aktuelle tiltakene, og dermed teste hvorvidt gjennomføringen av dem er realistisk, og at de vil generere de tilsiktede resultatene».

(Gjønnes og Tangenes, 2014, s.233)

Med andre ord er det budsjettet som skal sette oss i stand til å forstå de nødvendige følgene av de aktiviteter som igangsettes i en bedrift eller organisasjon. Formålet med budsjett er undersøkt og skrevet mye om, og det finnes flere nyanser av definisjonen:

«Budsjettet har til formål å samle organisasjonen om felles mål og sørge for en koordinert og rasjonell gjennomføring av de planlagte tiltakene som skal lede til måloppnåelse».

(Kjell Gunnar Hoff, 2009, s. 315)

Noe som underbygger hvordan Gjønnes og Tangenes (2014) definerer det. Videre skriver Hoff (2009) at det skal innarbeides konkrete målsettinger i budsjettene, og at bedriftens ledelse og medarbeidere skal gis forventninger om hva fremtiden vil bringe. Hoff (2009) beskriver videre at selv om nevnte forventninger og målsettinger innarbeides i det budsjetterte tallmaterialet, må det også utarbeides gode planer for å an vise veien for å oppnå dem, dette i form av gjennomføringsplaner som sannsynliggjør måloppnåelse.

I boka «Driftsregnskap og budsjettering» (2010, s. 313-315), av Kjell Gunnar Hoff med bidrag av Trond Bjørnenak, listes sju mer konkrete formål opp når det gjelder hva budsjettet og budsjettprosessens mer spesifikt skal ivareta:

1. **Planlegging:** Sette konkrete mål. Årsmålene vil kreve at det fastsettes operasjonelle mål og planer for virksomhetens aktiviteter, eksempelvis gjennom delmål for ukes- eller månedsperioder. Dette kan være gjennom prestasjonsmål, kampanjeplaner, prosjektplaner eller lignende. Alle delmål skal bidra til oppfyllelse av overordnede mål.
2. **Koordinering:** Koordineringsperspektivet handler om å sikre at alle beslutninger som treffes er i sammenheng, og ikke medfører at bedriften går i forskjellige retninger. Budsjettene sikrer dette gjennom å klargjøre underliggende funksjonelle, ressursmessige eller tidsmessige sammenhenger i bedriften. Budsjettene skal også koordinere kortsiktige mål med det strategiske.
3. **Kommunikasjon:** Dersom budsjettprosessen er bevisst på å nå alle medarbeiderne i bedriften, er den et godt redskap for kommunikasjon. Budsjettet kan dersom det blir brukt riktig klargjøre medarbeiderne på hva som er de overordnede målene, utfordringen og det felles verdigrunnlaget nedfelt av eiere og ledelse. Dersom medarbeiderne involveres i budsjettprosessen kan de også være med på å påvirke mål og verdigrunnlag, samt klargjøre og kommunisere egne utfordringer og problemer.
4. **Motivering:** Deltakelse i budsjettprosessen, samt det å tildeles myndighet og ansvar til å gjennomføre budsjettets planer, vil for de fleste virke motiverende. Dette handler om å gi medarbeidere følelsen av eierskap til mål og planer, som i neste omgang medfører en sterk forpliktelse til å yte sitt beste.
5. **Definering:** Budsjettet legger til rette for klargjøring av de underliggende funksjonelle, ressursmessige og tidsmessige sammenhengene i bedriften, gjør at ansvar kan defineres for enkeltpersoner og avdelinger.
6. **Allokering av ressurser:** Gjennom budsjettet blir bedriftens ressursgrunnlag tallfestet og presentert, og sammen med andre analyser vil budsjettet sikre at bedriften utnyttet sine knappe ressurser best mulig.
7. **Oppfølging og kontroll:** Budsjettet har samme form og innhold som regnskapene, så når de er utarbeidet kan en gjøre oppfølging og kontroll av den løpende driften. En gjør avviksanalyser, som setter fokus på det som ikke har skjedd slik forutsetningene la til rette for, både av positiv og negativ art. Grundige avviksanalyser legger til rette for at eventuelle korrektive tiltak kan iverksettes.

Gjønnes og Tangenes (2014), på sin side, ramser opp ti mulige oppfatninger av budsjettets formål, hvor budsjettet i tillegg til de sju nevnt over kan benyttes til å bedrive

kostnadskontroll, anskueliggjøre og teste finansielle implikasjoner av strategiske og operative planer/tiltak samt antakelser om eksterne forhold, og for å ha et grunnlag for å analysere årsakene til eventuell sviktende resultatoppnåelse. Da disse ytterligere formålene kan oppfattes som underliggende oppfølging og kontroll velger vi videre av denne avhandlingen å sammenfatte budsjettets formål i de sju beskrevet av Hoff og Bjørnenak (2010).

2.3.2 Kritikk av budsjett

Hansen, Otley og Van der Stede (2003) hevder blant annet at for å få et budsjett til å fungere som et styringsverktøy, må følgende to punkt være oppfylt: At organisasjonen opererer i et stabilt miljø slik at planer på et år er realistiske, mens det andre er at de må ha gode modeller som gjør at de med budsjettansvar kan holdes ansvarlig. Kritikken mot det som regnes som de tradisjonelle budsjettene, budsjetter som følger regnskapsåret, argumenteres som regel for gjennom følgende tre argumenter; de er tidkrevende, detaljfokuserte og gir sentraliserte beslutningsstrukturer (Lem, 2009). I følge Gjønnnes og Tangenes (2014) er budsjettkritikken primært inndelt i tre forskjellige fløyer. Nemlig relevanskritikken (Relevance Lost), kritikken mot budsjettprosessen som tidstyv og kritikken mot budsjettet som roten til uønsket organisatorisk atferd (Beyond Budgeting).

Relevanskritikken baseres i stor grad på boka Relevance Lost av Kaplan og Johnson (1987), og omhandler at budsjettet har mistet mye av sin relevans som styringsverktøy, da spesielt som følge av to årsaker. Den ene årsaken mener de er at budsjettet ignorerer betydningen av immaterielle eiendeler, som intellektuell kapital, som stadig spiller en viktigere rolle. Den andre årsaken mener de er at budsjettet er for rigid rent formatmessig og går ut på dato etter kort tid. Løsningen på problemet er ifølge relevanskritikerne å gjøre budsjettet mer operasjonelt og mindre finansielt rettet ved å oppdatere det hyppigere. Videre vil de supplere budsjettet med balansert målstyring eller lignende konsepter.

Den andre kritikkfløyen mener altså at budsjettprosessen er unødig ressurskrevende sammenlignet med verdien den representerer, og løsningen er ifølge dem å beholde budsjettet, men å forenkle budsjettprosessen så vel som selve budsjettet (Gjønnnes og Tangenes, 2014).

Den tredje kritikkretningen mot budsjett ser på enda mer drastiske endringer, og hevder budsjettet direkte er til skade for virksomheten. Dette argumenterer de for gjennom de mekanismer som kjennetegner velfungerende virksomheter, og at budsjettet rent ut står i veien for disse mekanismene. Denne kritikken kjenner vi som Beyond Budgeting filosofien, og

baserer seg både på relevans og det tidsmessige, men i tillegg også de atferdsmessige aspektene ved budsjetter og budsjettering (Gjønnes og Tangenes, 2014).

Vi skal se litt nærmere på to av retningene som har vokst frem med bakgrunn i kritikken mot budsjett. Disse er aktivitetsbasert budsjettering og nevnte Beyond Budgeting. Førstnevnte er en amerikansk-basert budsjetteringsmodell, som har til hensikt å forbedre det tradisjonelle budsjettet med å inkludere operative planlegging. Ved hjelp av aktivitetsplanlegging, skal budsjettet i finansielle termer kunne gjenkjennes i den aktiviteten som blir utført i organisasjonen. Aktivitetsbasert budsjettering tar utgangspunktet i at man bruker aktiviteten for å utarbeide budsjettet, dette skal videre føre til at koblingen mellom budsjett og aktivitet blir sterkere. Modellen tar utgangspunkt i at organisasjonen må lage et operativt budsjett for deretter å oversette dette til et finansielt budsjett. Første steg består av å finne etterspørselen for aktivitet og ressursbruk, om denne ikke samstemmer fordi en av de har et overforbruk, kan man regulere variablene. Deretter beveger modellen seg over til det finansielle planet. Denne er basert på de operative planene, og tar utgangspunkt i å sette en kostnad på tilgjengelige ressurser for deretter å koble de til aktivitet, eventuelt produkter eller tjenester (Hansen et al. 2003).

Den europeisk-baserte Beyond Budgeting fremmer problematikken med budsjett inn mot prestasjonsevaluering. Den legger videre til grunn at det å kombinere planlegging og prestasjonsevaluering fører til dårlig planlegging og dysfunksjonell adferd. Med bakgrunn i dette fremmer Beyond Budgeting-filosofien å enten radikalt endre tradisjonell budsjettbasert prestasjon, eventuelt kvitte seg med hele budsjettprosessen. Deretter handler Beyond Budgeting først og fremst om å desentralisere organisasjonen, og med dette myndiggjøre ledere og ansatte på lavere nivå for at de med til enhver tid mest informasjon om omgivelsene skal besitte beslutningsansvaret, og på denne måten fatte en best mulig beslutning (Hansen et al. 2003).

2.4 Økonomistyring i helseforetak

I følge Nyland og Pettersen (2004) er budsjettering og regnskap tradisjonelt sett på som et middel for planlegging, men etter sykehusreformen i 2002 er prosessen nå i større grad sett på som en kontrollmekanisme. Trenden er at offentlige virksomheter i stor grad styres av regnskapssystemer og/eller evalueringsprosedyrer som sammenligner målsettinger med resultater (Power 1997). I sykehus er den hierarkiske oppbyggingen noe kompleks hvor første nivå av avgjørelser finner sted når det kliniske personell møter pasienten, hvor en relevant

problemstilling er det kliniske personellens holdning til å benytte budsjett- og regnskapsinformasjon. Det neste nivået er på avdelingsnivå hvor de kliniske lederne møter hverandre, ofte enhets- eller seksjonsledere. Videre er det et nivå hvor avdelingsleder møter sin klinikkleder (Nyland og Pettersen, 2004).

Tre perspektiver er avgjørende for Nyland og Pettersens (2004) beskrivelse av hvordan budsjett- og regnskapssystemer skal kunne benyttes som et effektivt hjelpemiddel i sykehusets ledelses- og kontrollsystem. Det første perspektivet er å dele sykehuset inn i ulike regnskapsenheter for å opprette grenser både internt gjennom organisatoriske enheter, og mellom organisasjonen og dens omgivelser gjennom å definere kostnader, resultat, inntekt og lignende. Noe av det som gjør sykehuset komplekse når det gjelder å dele de inn i administrative enheter er at de ofte er preget av en hierarkisk struktur, både i form av ulike avdelinger, men også internt i avdelingene basert på profesjonsbakgrunn. Videre blir pasienter tilnærmet utelukkende administrert basert på kliniske beslutninger, og på sin reise gjennom sykehuset vil de ofte krysse flere administrative grenser og behandles på tvers av de ulike regnskapsenheter. Ansvarlighet er avhengig av at relevant informasjon vedrørende kostnader, ytelse, standarder og mål blir gitt på en riktig måte til viktige beslutningstakere. Beslutningstakere i et sykehus er de som besitter ansvaret for hvilken behandling pasienten må gjennom, og hvordan aktiviteten skal prioriteres innen gitte ressursgrenser. Som regel er dette leger og sykepleiere. Reformen som tar sikte på å gjøre ledere mer ansvarlig ved å opprette autonome organisatoriske enheter forutsetter et klart definert ansvarsområde. Ettersom viktigheten av regnskapsinformasjon stadig har økt, har også strukturen i sykehuset gradvis endret seg fra et system bestående av et løst koblet nettverk, til et system av flere mer eller mindre selvstyrende enheter. Dette for å fordele ansvar på en mer fornuftig, effektiv og forsvarlig måte (Nyland og Pettersen, 2004).

Det andre perspektivet de beskriver er et mer definert ansvar, da sykehuset er en organisasjon hvor høykvalitets omsorg blir produsert i prosjektteam med felles ansvar for problemløsning. Ettersom sykehuset er kunnskapsintensive organisasjoner kjennetegnes de ofte av tvetydighet og gjensidig avhengighet. Graden av hvor vidt et sykehus oppnår sine ønskede resultater avhenger i stor grad av den enkeltes evne og moralsk tilbøyelighet til å opptre til det beste for hele organisasjonen. Således er alternativet til høyt formaliserte regler for ansvarlighet handling, ledet av profesjonelle normer og verdier, slik som de normer som ligger i medisinsk utdanning. Disse normene er innbakt i oppfatningen av ansvar for pasientene, slik tilfellet er i sykehusene. Imidlertid er økonomisk rasjonalitet basert på et instrumentelt syn på forholdet

mellom aktørenes formål og deres handlinger, som gjenspeiler seg i begrepet «ansvar». Et regnskapssystem basert på det instrumentelle kan føre til fragmentering hvor organisatoriske aktører først og fremst bekymrer seg for det instrumentelle ansvaret, og forsømmer det moralske ansvar – med andre ord et ansvar basert på individuell forpliktelse. Derfor er det viktig med felles verdier eller normer for å ivareta den moralske biten av det hele. På mange måter kan arbeid i sykehus sammenlignes med det å arbeide i prosjektteam som utfører fellesoppgaver hva angår pasientbehandling. Det som er viktig er at gjensidige justeringer hele tiden karakteriserer koordineringen av den enkeltes bidrag, basert på regler som angir mål og resultater – og hvor samhandling foregår innenfor begrensede tidsperioder. Helse- og omsorgstjenester, pasientbehandling og administrative aktiviteter er sammenflettet i helse- og omsorgsservicen (Nyland og Pettersen, 2004). Sykehus arbeider i et så usikkert miljø at dette hele tiden påvirker valget av kontrollsystemer (Jacobs 1994, gjengitt av Nyland og Pettersen, 2004).

Det tredje perspektivet er at sykehus, på grunn av deres komplekse struktur, karakteriseres av en rekke løse koblinger mellom plan og handling. Den administrative kulturen i et sykehus, er ifølge Nyland og Pettersen (2004) basert på konsekvens – at aktiviteter følger som en effekt eller utfall av noe annet. Mens den kliniske kulturen i større grad baseres på logikken om hensiktsmessighet – at aktiviteter utføres som følge av en vurdering om hva som er hensiktsmessig der og da. Denne delingen mellom snakk (administrasjon) og handling (klinisk arbeid) kan forstås som rasjonell når organisasjonen opererer i en kontekst som er dominert av inkonsistente krav, og for sykehusenes vedkommende kan det rasjonelle å gjøre ofte være å koble budsjettet (planene) fra aktivitetene (kliniske avgjørelser). Av dette ser en at sykehus, og dets komplekse hverdag, ofte kan behøve at rasjonelle normer kan avvike og være forskjellige fra de normer som anses som rasjonelle i vanlige ledelses- og kontrollteorier. Orton og Weick (1990) som definerer løse koblinger som en situasjon hvor elementene er følsomme for hverandre, men samtidig adskilte med egen identitet. Videre beskriver de at løse koblinger er til stede når elementene påvirker hverandre plutselig (heller enn kontinuerlig), av og til (heller enn konstant), ubetydelig (heller enn signifikant), indirekte (heller enn direkte) og etter hver (heller enn umiddelbart). Løse koblinger kan ifølge Nyland og Pettersen (2004) ha en del ønskede effekter ettersom de er med å skape en form for standhaftighet og kan fungere som en buffer mot turbulens i organisasjonens politiske miljø. Løse koblinger vil også skape en mulighet for avgjørelser basert på skjønn, samt en tilpasningsmulighet til ulike eksterne og interne forventninger. Ulempen med disse løse

koplingene er den uforutsigbarheten de genererer, som kan skape problemer for ledelseskontroll. En undersøkelse av Covalski og Dirsmith (1983) (gjengitt av Nyland og Pettersen, 2004) fant løse koplinger mellom ulike hierarkiske nivåer i sykehus. Undersøkelsen viste at sykepleieradministratorer brukte «budsjettmasker» når de kommuniserte med sykehusledelsen, og «klanmasker» når de kommuniserte med sykepleierne. De konkluderte videre med at løse koplinger oppstår når folk innad i organisasjonen er villig til å kommunisere ulikt språk og budskap til ulike nivåer. Toppledelsen vil ofte mangle den nødvendige kompetanse til å styre i en strengt hierarkisk forstand, slik en ofte kan i andre foretak. De må delegerer alle beslutninger rund medisin til leger og sykepleiere, inkludert avgjørelser og målutarbeidelse. Toppledelsen sitter i grunn igjen kun med ansvaret for budsjettet.

2.5 Agent-prinsipal-teori

Agent-prinsipal teori en økonomisk teori om hvordan en gjennom ulike insentiver kan oppnå samsvar mellom målene til eieren (prinsipalen) og den ansatte (agenten). Utgangspunktet for teorien er at det oppstår et problem når en agent tar beslutninger på vegne av en prinsipal, men at deres målsetninger ikke sammenfaller samtidig som agenten sitter på informasjon, relevant for driften, som ikke prinsipalen har, såkalt asymmetrisk informasjon (Andersen og Ildsø, 2016). Agentteori har i akademisk sammenheng både blitt brukt innen regnskap, økonomi, finans, markedsføring, vitenskap, organisatorisk atferd og sosiologi (Eisenhardt, 1989). Selve opphavet til agentteorien kommer fra det som ofte refereres til som agentproblematikken. Denne problematikken oppstår der samarbeidende parter har ulike målsetninger og arbeidsdeling (Jensen & Meckling, 1976 Ross, 1973, gjengitt av Eisenhard, 1989). Jensen og Meckling (1976) beskriver agentteori som en *kontrakt*, der en part (prinsipalen) delegerer arbeid til den/de (agent) som skal utføre selve handlingen. Bakgrunnen for at en kontrakt måtte tegnes, var det Jensen og Meckling (1976) omtalte som asymmetrisk informasjon. Denne informasjonen baserte seg på at agenten i mange tilfeller besitter bedre informasjon om hva om er nødvendig for å utføre en jobb, mens prinsipalen har til dels et minimalt informasjonsgrunnlag over måten agenten utfører arbeidet.

Innen agentteori blir det ofte delt mellom to ulike retninger, den første er positivistisk-agentteori, mens den andre er prinsipal-agentteori. Det som skiller disse to retningene er den matematiske tilnærmingen, der den positivistiske forskningen er mindre opptatt av matematikk, mens prinsipal-agent forskningen baserer seg på logiske slutninger og matematiske bevis. Selv om de to retningene har ulik tilnærming til matematiske bevis, har de

likevel et sett av felles antagelser; kontrakt mellomprinsipal og agent, mennesket, organisasjon og informasjon (Eisenhardt, 1989).

Videre skiller Eisenhardt (1989) mellom to metoder for å kunne få bukt med agentproblematikken. Den første metoden er å identifisere agentens adferd ved hjelp av å innføre et informasjonssystem, dette kan være *budsjett, rapporteringsprosedyrer, styremedlemmer og flere nivåer av ledelse*. Den andre metoden er en kontrakt mellom prinsipal og agenten, der prinsipalen gir agenten et insentiv til å ta over noe av risikoen til prinsipalen (Eisenhardt, 1989).

Kilfoyle og Richardson(2011) ser på hvordan budsjettet kan brukes som et format for å kunne fjerne agentproblematikken. I dette tilfellet kan prinsipalen bruke budsjettet til ressursallokering og ansvarsfordeling innad i organisasjonen. Prinsipalen er i dette tilfellet den som godkjenner bruk av ressurser og tilegner ansvaret, mens agenten er den som får tildelt ressurser og ansvar. Budsjettet blir i dette tilfellet en kontrakt mellom prinsipalen og agenten, og skal bidra med å motivere agenten til å oppfylle prinsipalens forventninger.

I følge Pettersen (2001) har ledelse av klinisk personell basert på finans- og ytelsesinformasjon vært meget begrenset, og det er en lang veg igjen før kostnadsinformasjon blir legitimert som en del av kliniske beslutninger. Nyland og Pettersen (2004) skriver at kliniske ledere på avdelingsnivå ofte blir evaluert basert på deres budsjettoppnåelse, mens klinisk personell i større grad evalueres basert på klinisk ytelse. Dette er en dynamikk som innebærer at de mer eller mindre er avhengige det kollektive arbeidet utført av kollegaer. Noe som tyder på et evaluerings- og kontrolldilemma mellom de ulike avdelingene i sykehusets hierarki. Denne potensielle konflikten mellom administrativ kontroll og den profesjonelle frihet for helsearbeideren utfordrer på mange måter den faglige selvstyringen. Klinisk personell kan sies å være interessert i regnskapsinformasjon som er relevant for deres egen aktivitet, men ikke nødvendigvis til det beste for hele organisasjonen. Det vanskelige spørsmålet er hvorvidt budsjettets rolle er å være et element for å bedre klinisk handling eller som et middel for sentral styring (Nyland og Pettersen, 2004). I følge Østergren (2009) har medisinsk profesjon og budsjettpraksis generelt blitt sett på som antagonist. Dette fordi budsjettet blir betraktet som en potensiell trussel mot de fundamentale verdiene den medisinske profesjonen står for.

2.6 Forskningsmodell

Basert på litteratur- og teorigjennomgang har vi utarbeidet en forskningsmodell som avhandlingen skal baseres på. Dette vil fungere som et bakteppe både i metode- og analysedelen av gjennomgangen, og er med for å gi en oversikt over de hovedmomenter som er med på å definere hvordan budsjettet styrer aktiviteten.

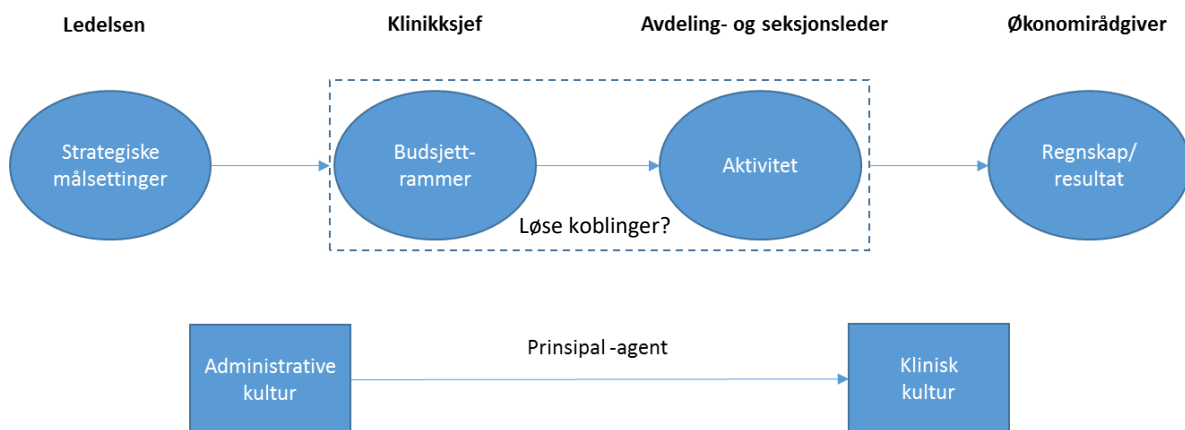
Utgangspunktet for spesialisthelsetjenesten er at de til syvende og sist måles på den aktiviteten de produserer gitt de ressurser de besitter. Dette blir på mange måter det organisasjonen kan presenteres som resultatet av de økonomiske tildelingene gitt gjennom statsbudsjett. Denne tildelingen setter budsjetttrammen for helseforetaket, og som i sin tur fordeles internt gjennom delbudsjetter til de underliggende klinikker, avdelinger og seksjoner. Input for det som skal økonomistyres internt i helseforetaket kan altså sies å være budsjettet, mens output på mange måter er aktivitet. Med utgangspunkt i at styringssirkelen tar hensyn til hva som definerer selve økonomistyringen, er denne brukt som rammeverk for å beskrive de aspekter av økonomistyringen vi ønsker å forske på. Det som likevel definerer hvordan sykehuset driftes er altså de pengene som tildeles gjennom budsjett, og den aktiviteten dette generer. På tross av den gjensidige avhengigheten mellom budsjett og aktivitet, er det av interesse å teste hvor sterk koblingen mellom dem er, og undersøke hvordan budsjettet benyttes til å styre aktivitet. Begrepene «budsjett» og «aktivitet» blir ofte nevnt hver for seg når et helseforetaks drift diskuteres, men blir sjeldent koblet sammen.

Økonomistyring i helseforetak er som nevnt basert på et definert ansvar, løse koblinger og ulike regnskapsenheter. Vi vil senere se at organisasjonen er kompleks, med utallige klinikker, avdelinger og seksjoner, som hver besitter sitt eget delbudsjett, og som hver måles på aktivitetsnivå. Noen av disse vil være sterkt koblet, mens andre er helt uavhengige av hverandre. Like fult kan en pasient være innom flere av de ulike enhetene, som hver besitter ulike delbudsjetter, og dette gjør det hele mer komplekst. Vi ser at dette er med på å gjøre koblingen mellom budsjett og aktivitet utfordrende, og dette er sammenhengen vi ønsker å se nærmere på.

Samtidig antar vi at agent-prinsipal problemet er tilstedeværende i et sykehus, og som på sin egen måte kan påvirke koblingen mellom budsjett og aktivitet. Budsjettet genereres der den administrative kulturen står sterkest, mens aktiviteten forgår ute i avdelingene hvor kulturen rent ut er klinisk. Agent-prinsipal problemet kan også oppstå internt i den kliniske kulturen,

mellom henholdsvis klinikk-, avdelings- og seksjonsledere, og denne teorien kan knyttes direkte opp mot koblingen mellom budsjett og aktivitet.

I den teoretiske modellen legges det altså opp til at strategiske målsettinger gir føringer for budsjetttrammer og økonomiske prioriteringer, som igjen gir utgangspunktet for aktivitetsplanleggingen. Aktiviteten utløser kostnadene som senere fremkommer i regnskapet. Budsjettet blir så målt opp mot regnskapet, og eventuelle budsjettavvik vil gi påvirkninger på fremtidig aktivitetsnivå. Ledelsen (prinsipalen) legger føringer for aktivitetsnivået gjennom tildeling av budsjetttrammer for agenten. Utfordringene hviler på i hvor stor grad det kliniske personellet (agenten) benytter budsjett- og regnskapsinformasjon møtet med pasientene som generer aktiviteten. Dette resulterte i følgende forskningsmodell:



Figur 3 - Forskningsmodell

3 Metode

Jacobsen (2015, s.15) viser til at «*hensikten med forskning er å frembringe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten*», og at metoden derfor kan beskrives som *hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av virkeligheten* (Jacobsen, 2015, s. 21). Jacobsen (2015) poengterer videre at det er uenighet om hva som ligger i begrepet kunnskap og virkelighet, og metoden kan derfor ikke bare ses på som et rent teknisk hjelpemiddel. Forskerens virkelighetssyn er derfor med på å påvirke valg av metode.

Gjennom de tre første delkapitlene; vitenskapsteoretisk ståsted, forskningsdesign og metodevalg, vil studiens metodiske tilnærming beskrives. Videre vil delkapittel fire ta for seg forskningsprosessen; fra utarbeidelse av forskningsmodell til gjennomføring av dybdeintervju. Avslutningsvis skal vi gjennom de to siste delkapitlene vurdere studiens kvalitet, samt en gjennomgang av studiens etiske retningslinjer.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Det er tre begrep som må tas hensyn til for å evaluere sitt ståsted innen vitenskapsteorien. Det første er ontologien, som er spørsmålet om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. Det andre er epistemologien, som går ut på hvordan virkeligheten oppfattes, og til slutt er det hvilke teknikker som skal brukes for å tilegne seg kunnskap om virkeligheten. (Jacobsen 2015).

Jacobsen (2015) fremmer skille mellom en positivistisk og en fortolkningsbasert tilnærming som påvirkningsfaktorer for synet på ontologi, epistemologi og metode. Den positivistiske tilnærmingen tar utgangspunktet i at verden er objektiv. I dette ligger det føringer om at siden virkeligheten er objektiv, kan dermed verden studeres på en objektiv måte, med objektive teknikker. Den fortolkningsbaserte tilnærmingen har en annen virkelighetsoppfatning, der objektivitet ikke eksisterer. I motsetning til den positivistiske tilnærmingen, som har sitt utspring i det naturvitenskapelige idealet med fokus på det som kan måles fysisk, vil den fortolkningsbaserte tilnærmingen argumentere for at sosiale virkeligheten er ustabil og dermed endres kontinuerlig (Jacobsen 2015).

Empirisk forskning skiller deretter mellom to tilnærminger; deduktiv- og induktiv tilnærming. Den deduktive tilnærmingen tar utgangspunktet på klare teorier, der formålet er å sammenligne teorien med empirien (Jacobsen, 2015). I dette tilfellet vil forskningsspørsmålene og eventuelle hypoteser oppstå med utgangspunkt i teori, altså en klar oppfatning av hvordan virkeligheten er. I den induktive tilnærmingen prøver forskeren å

samle inn ulik informasjon om virkeligheten, og deretter knytter dette mot teori. Denne tilnærmingen er åpen, og en vil med dette kunne oppdage flere funn rundt fenomenet, enn hva forventningene på forhånd kunne antyde.

Bakgrunnen for vår forskningsmodell er en induktiv tilnærming. Gjennom litteraturgjennomgang og to dybdeintervju med økonomileder, var dette grunnlaget for utarbeidelsen av forskningsmodellen. Videre er forskningsmodellen forankret i teori- og litteraturgjennomgang, som igjen er benyttet som grunnlag for utarbeidelse av intervjuguide. Dybdeintervjuene er med dette forankret i teori- og litteraturgjennomgangen, noe som argumenterer for en deduktiv tilnærming. Men siden sammenhengen mellom budsjett og aktivitet har sine begrensninger angående teoretisk grunnlag, kan det argumenteres for at vår forskning er en blanding mellom deduktiv og en induktiv tilnærming, der vi har vekslet mellom rekkefølgen av empiri og teori. Kombinasjonen av de to tilnærmingene er noe som ofte brukes i nyere forskning (Jacobsen, 2015). Forskningen i denne studien er basert på en hermeneutisk tilnærming, der fokuset ligger på fortolkningen av informasjon fra dybdeintervjuer.

3.2 Forskningsdesign

En enkel fremstilling av forskningsdesign, er å skille mellom tre ulike tilnærminger. Den første er et beskrivende design, der formålet er å «*få mer innsikt i hvordan et fenomen ser ut*» (Jacobsen, 2015, side 14). En beskrivende tilnærming er nyttig i tilfeller der man har lite kunnskap om fenomenet (Christoffersen, Johannessen og Tufte. 2010). Den andre tilnærmingen er en forklarende tilnærming. Ved bruk av denne tilnærmingen, er formålet å finne ut hvorfor et gitt fenomen har oppstått, mens den siste tilnærmingen er det Jacobsen (2015) beskriver som en prediksjon. Denne har som formål å se på koblingen mellom årsak og virkning (Jacobsen, 2015). Ved å oppnå et tilfelle der man kan si noe om årsak og virkning, vil man kunne si noe om fremtiden, altså å danne en teori.

På mange måter kan man si at denne studien tar utgangspunktet i å se på noe konkret, som er koblingen mellom budsjett og aktivitet. Det er samtidig et fenomen som vi har lite kunnskap om, og vil med dette kunne sies å være en kombinasjon mellom beskrivende- og forklarende design. Jacobsen (2015) påpeker at de fleste studier inneholder elementer av både beskrivende, forklarende og prediksjon tilnærminger.

3.2.1 Tidsaspekt

Det avgjørende for tidsaspektet i en studie, er selve formålet med studiet. Om formålet er å se på en utvikling over lenger tid, vil også tidsaspektet bli tilsvarende lenger. Et godt eksempel på en lenger tidsperiode, er om man forsker på et fenomen, før og etter en endring i organisasjonen. Dette gjør at forskningen kan sette fenomenet i et historisk perspektiv. Ved et kort tidsperspektiv, vil for eksempel forskning av et gitt fenomen i to eller flere organisasjoner, ofte holde seg innen en kort tidsperiode, der forskningen knytter seg mot likheter og ulikheter av fenomenet. De to tidsaspektene blir delt inn i to hovedtyper; tversnittundersøkelser og longitudinelle undersøkelser (Christoffersen et al. 2010).

Forskjellen mellom de to undersøkelsene, er at longitudinelle undersøkelser samler inn informasjon på minimum to ulike tidspunkt, mens tversnittundersøkelsen samler informasjonen inn på et gitt tidspunkt (Christoffersen et al. 2010). Selv om informasjonen skal samles inn på et gitt tidspunkt, betyr ikke dette at det må samles inn helt likt, men at tidsperioden er avgrenset, og dermed kan si noe om et fenomen på et gitt tidspunkt. I denne studien har vi gjennomført dybdeintervju i en avgrenset tidsperiode, med formål om å sammenligne ulike enheter på et gitt tidspunkt. Denne oppgaven kan med dette sies å være basert på en tversnittundersøkelse.

3.2.2 Intensiv eller ekstensiv studie

Et viktig valg i en studie, er valget mellom ekstensivt eller intensivt design. Førstnevnte handler om et bevist valg hvor en går i bredden av et fenomen, mens intensivt design vil konsentrere seg om et lite utvalg. Hensikten med et ekstensivt design er å nå ut bredt, sånn at man kan si at studien har bred enighet i sine resultater, mens ved det intensive designet vil hensikten være å få dypere forståelse for det man vil studere, og åpner på denne måten for at studien kan inneholde uforventede aspekter ved fenomenet (Hellevik 1992). Denne studien går uten tvil mot et intensivt design, der dybden av fenomenet står i sentrum. Vi har valgt å se på et fenomen som er vanskelig å forklare, og er bakgrunnen for at vi vurderer dybdeintervju som en hensiktsmessig måte for å få frem de ulike nyansene rundt fenomenet. Studien har i alt syv dybdeintervju, innenfor en organisasjon, og taler med dette for at studien kan betraktes som et intensivt design.

3.2.3 Casestudier

Etter at man har besluttet om studien skal ha et ekstensivt eller intensivt design, finnes det flere ulike valg av metoder for å gjennomføre studien. Innen intensivt design, er casestudie et av alternativene. Selv om flere viser til at begrepet case kan være utfordrende å definere (Andersen 2013, gjengitt av Jacobsen 2015), er det en felles oppfatning at «*det er en inngående studie av en eller noen få undersøkelsesenheter*» (Jacobsen 2015, s. 97). I tilfeller der problemstillingen enten stiller spørsmålet om «hvordan» eller «hvorfor» vil en casestudie kunne egne seg, men det forutsetter også at studien tar utgangspunktet i hendelser som er relatert til nåtiden, casestudier egner seg altså ikke til historiske hendelser (Yin, 2014). Innen casestudier finnes det flere ulike tilnærminger, der man først finner ut om det er en holistisk eller innebygd casestudie. Den holistiske tar utgangspunkt i at det er hele organisasjonen som skal studeres, mens en innebygd casestudie tar utgangspunkt i deler av organisasjonen, for eksempel to av ti salgsavdelinger. Etter å ha vurdert om casestudien er en holistisk eller innebygd studie, må man vurdere om det er snakk om en enkel case eller flere enkelte caser. Førstnevnte er ofte brukt i tilfeller der fenomenet er lite kjent, mens flere enkelt case ofte brukes i tilfeller der ønsket er å sammenligne resultatene på tvers av enhetene (Saunders, Lewis og Thornhill, 2012). Når man kombinerer holistisk/innebygd studie med enkel/flere case, ender man på fire ulike kombinasjoner, oppsummert i følgende tabell:

	Enkel	Flere
Holistisk	Enkelt-case-design med en analyseenhet	Fler-case-design med en analyseenhet
Innebygd	Enkelt-case-design med flere analyseenheter	Fler-case-design med flere analyseenheter

Tabell 2 - Case-design

I denne casestudien har vi sett på to ulike klinikker innenfor en organisasjon med ulik grad av budsjettoppnåelse. Med denne strategiske utvelgelsen, er formålet først og fremst å se på forskjellen mellom de ulike budsjettnivåene; klinikk-, avdeling- og seksjonsnivå. Selv om formålet først og fremst er å se innad i hver enkelt klinikk, har vi vært åpen for å oppdage funn som tyder på forskjeller mellom klinikkene, og dermed faller valget inn under enkelt-case-design med flere analyseenheter. Vi skal med andre ord studere flere enheter innenfor en og samme organisasjon.

3.2 Metodevalg

Forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ data er hvorvidt en innhenter informasjon henholdsvis ved hjelp av tall eller ved hjelp av ord (Bryman og Bell, 2015). Det som er gjeldende for begge tilnærmingene er at de har både sterke og svake sider. Med bakgrunn i dette vil derfor informasjon vi er ute etter, og hvilken problemstilling vi vil belyse, være de avgjørende faktorene for valg av metode. Den kvalitative tilnærmingen, blir beskrevet som spesielt godt egnet i situasjoner der vi har liten til ingen grad av informasjon om temaet, samtidig som problemstillingen er uklar (Jacobsen 2015). I denne sammenhengen vil det bety at man ved hjelp av kvalitativ metode kan få en dypere forståelse av fenomenet.

Tilnærmingen vil videre ta hensyn til uventede funn som tidlig i forskningsprosessen er vanskelig å forutse. Denne metoden har tilknytning til den fortolkede vitenskapstilnærmingen. Temaet for denne oppgaven er sammenhengen mellom budsjett og aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Og problemstillingen «*Hvordan benyttes budsjett til å styre aktiviteten i et offentlig helseforetak?*». Videre er det linken mellom budsjett og aktivitet som skal studeres, og i dette ligger det en betingelse om at vi må hente inn informasjon om et fenomen som er vanskelig å forklare ut i fra enkelte faktorer. Derfor er den kvalitative tilnærmingen i denne studien hensiktsmessig.

De mest brukte metodene for innhenting av kvalitative data, er intervju, fokusgruppeintervju, observasjon og dokumentundersøkelse (Bryman og Bell, 2015). Det som kjennetegner et intervju, er en ordinær samtale mellom informant og intervjuer. Forutsetningen for å gjennomføre forskningsintervjuer er at det er relativt få enheter som undersøkes, da datainnsamlingen begrenser antall respondenter som er mulig å intervjuer. Fordelen med tilnærmingen er at metoden får frem individuelle synspunkter, holdninger og oppfatninger, uten at dette påvirkes av sosiale sammenhenger. Videre vil metoden egne seg i tilfeller der formålet er å få frem individuelle synspunkter på et gitt fenomen (Jacobsen, 2015).

I hvilken grad intervjuet struktureres på forhand, er avgjørende for åpenheten til informanten. Jacobsen (2015) beskriver struktureringen som en glidende skala fra et ytterpunkt til et annet, fra helt lukket til helt åpent intervju. Et helt lukket intervju kan beskrives som en kvantitativ metode, der forskjellen er at i et kvalitativt intervju velger informanten å svare med sine egne ord. På motsatt side av skalaen, helt åpent intervju, vil intervjueren og informanten ha en løpende samtale uten plan for samtalens innhold. Jacobsen (2014) skriver videre at intervjuet bør ha en viss grad av strukturering, slik at intervjueren er sikker på at spesielt interessante spørsmål eller temaer blir berørt under intervjuet. Den mest utbredte formen for kvalitative

intervjuer er semi-strukturerte intervjuer, altså intervjuer som er basert på en forhåndsutformet intervjuguide. Intervjuguiden består av åpne temaer supplert av generelle oppfølgings spørsmål, og som er forankret i de ulike problemstillinger eller forskningsspørsmål intervjueren ønsker å belyse (Christoffersen et al. 2011).

Denne studien består av sju semi-strukturerte intervju og to ustrukturerte intervjuer. De to ustrukturerte intervjuene kan ses på som en forundersøkelse for å innhente informasjon om interessante fenomener innen helsevirksomheter, og for å skaffe oss en oversikt over organisasjonen og andre aktualiteter som har hjulpet oss i utformingen av problemstillingen. Da disse intervjuene ikke direkte gikk i dybden på problemstillinga, og således ikke kan bidra med direkte funn, presenteres de heller ikke i analysekapittelet. De syv semi-strukturerte intervjuene bestod av systematiske temaer, med forbehold om at rekkefølgen kunne endres i tilfeller hvor informanten la føringer underveis i intervjuet. Når det gjelder selve gjennomføringen av intervjuene, hadde den ene av intervjuerne ansvaret for å føre samtalen, mens den andre vurderte fortløpende om de på forhånd valgte temaene og spørsmål ble besvart tilstrekkelig gjennom samtalen. Med bakgrunn i at vi var to som gjennomførte intervjuene, kunne den som var ansvarlig for samtalen konsentrere seg om glidende overganger fra et tema til et annet, hvorpå den andre holdt generell oversikt. Christoffersen et al. (2010) påpeker at «*spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres*», en struktur som var hensiktsmessig for denne studiens forskningsmetode.

3.4 Forskningsprosessen

Gjennom en uformell samtale med seksjonsleder for økonomi ved UNN, var det spesielt to begreper vi bet oss merke til, nemlig «budsjett» og «aktivitet». Etter møtet startet vi med litteraturgjennomgang, der vi kunne se at aktivitet og budsjett ble brukt om en annen, men ofte uten noen sterk kobling mellom seg. I januar kom vi frem til den antagelse at disse begrepene i styringsøyemed ikke er tett sammenkoblet, noe de ifølge styringssirkelen burde være. Ved et nytt møte med seksjonsleder, fikk vi en dypere innsikt, og et forslag om å undersøke to ulike klinikker med ulik grad av budsjettoppnåelse. Vi ble deretter tildelt informanter fra en klinikk som over flere år har hatt et positivt budsjettavvik (heretter omtalt som klinikk 1), og fra en klinikk som har hatt et vesentlig negativt budsjettavvik (heretter omtalt som klinikk 2). Det at vi har valgt to klinikker med ulik grad av budsjettoppnåelse, er ikke noe som direkte er med på å definere denne studien, men gav muligheter for uforventet funn.

Seksjonsleder for økonomiavdelinga satte oss i kontakt med tre intervjuobjekter fra klinikk 1 og to intervjuobjekter fra klinikk 2, som alle takket ja til å delta i undersøkelsen. Ved begge klinikkene er det valgt ut personer som har budsjettansvar. Disse er klinikk sjef som har det overordnede budsjettansvaret for klinikken, samt en avdelingsleder og en seksjonsleder som er noe nærmer aktiviteten og står ansvarlig for ulike delbudsjetter. Dette betyr at selv om klinikk 1 og 2 har ulik struktur på utvalgene, har studien tatt hensyn til klinikkenes budsjettansvar, og dermed ikke skal ha noen negativ effekt på resultatet. I tillegg ble økonomirådgiverne intervjuet, både for å få med det administrative miljøet i organisasjonen, men også fordi de har innsyn i alle budsjetter og delbudsjetter tilhørende klinikken, og således har en helt annen oversikt.

Informasjonsinnhenting	Dato:	Tidsbruk
Seksjonsleder	13.desember 2016	Uformelt
Seksjonsleder	16.februar 2017	30:28
Klinikk 1:		
Økonomirådgiver	23.mars 2017	47:24
Klinikk sjef	27.mars 2017	32:52
Avdelingsleder	29.mars 2017	27:50
Seksjonsleder	28.mars 2017	39:05
Klinikk 2:		
Økonomirådgiver	24.mars 2017	39:44
Klinikk sjef	29.mars 2016	27:50
Oversykepleier	29.mars 2016	25:02

Tabell 3 - Oversikt over lengden på intervjuene

Intervjuguiden for alle informantene inneholdt like temaer, men ved økonomirådgiverne var spørsmålene rettet til et økonomiskfaglig nivå. Ordlyden varierte også ut i fra hvordan vi tolket informanten i hvert enkelt tilfelle. Intervjuguiden ble på forhand av intervjuene gjennomgått av veileder, først og fremst for å sikre at formuleringen ikke var for komplisert,

men også for å sikre en intervjuguide som ikke skulle repetere lignende spørsmål flere ganger. Intervjuobjektene var på forhand av intervjuene klar over temaet for studien, samt problemstillingen, men ingen av dem fikk tilgang til selve intervjuguiden. Formålet ved å ikke gi de tilgang til intervjuguiden, var at informantene ikke skulle svare ut i fra hva som er «politisk korrekt» eller det de følte var forventet av dem, men så spontant og ærlig som mulig. Noen av begrepene som ble brukt under intervjuene, ble forklart ut i fra behov, menes andre begreper ble informanten spurt om å definere, med bakgrunn i å se på forskjellene mellom oppfatningen av bestemte begreper.

For å analysere datamaterialet, ble transkriberingen først gjennomgått relativt usystematisk der vi understreket det som var spesielt interessant. Deretter systematiserte og kategoriserte vi ut i fra forskningsspørsmålene, dette ved hjelp av fargekoder på de ulike informantene. På denne måten reduserte vi informasjon av liten verdi, og flyttet fokus over til det avhandlingen faktisk baserer seg på. Etter systematiseringen og kategoriseringen, analyserte vi sammenhengen mellom de ulike informantene både vertikalt og horisontalt, med formål om å finne likheter og ulikheter. Til slutt vurderte vi hvilke sitater som var best egnet til å beskrive den felles historien til de ulike informantene.

3.5 Studiens kvalitet

Innen kvalitativ metode, beskriver Jacobsen (2015) fire kriterier for å vurdere kvaliteten i studiet. De fire kriteriene er følgende: intern gyldighet, overførbarhet (ekstern gyldighet), pålitelighet (reliabilitet) og forskningens kvalitet (objektivitet).

3.5.1 Intern gyldighet

Formålet til intern gyldighet, er å vurdere hvorvidt resultatene er troverdige (Lincoln og Guba, 1985, gjengitt av Jacobsen, 2015). Jacobsen (2015) beskriver intern gyldighet som «*samsvar mellom virkeligheten og forskerens beskrivelse av denne virkeligheten*». Videre skriver han at det er spesielt tre faktorer som er med på å vurdere om den interne gyldigheten er reell. Det første er om resultatene som kommer frem i studien er beskrevet på en måte som gjenspeiler den faktiske virkeligheten. Den andre faktoren er om forsker har beskrevet og tolket dataen riktig, mens den tredje faktoren er om drøftingen rundt resultatene gjenspeiler virkeligheten.

3.5.2 Overførbarhet (ekstern validitet)

Overførbarhet vurderer hvorvidt det er mulig å generalisere funnene i studie (Bryman og Bell 2015). Innen kvalitativ forskning, vil det være spesielt viktig å vurdere antallet enheter som blir studert. Under denne vurderingen beskriver Jacobsen (2015) begrepet «metning», og

forklarer dette med at antall intervjuer kan vurderes ut ifra at forsker ikke føler et nytt intervju vil gi ny interessant informasjon, og dermed er det ingen grunn til å intervju flere. Det samme prinsippet gjelder for antall casestudier. Videre må en ta hensyn til valg av undersøkelsesobjekter. I noen tilfeller vil observasjon av intervjuobjekter ut i fra kriterier være en løsning, mens i noen tilfeller vil forsker velge representanter ut i fra spredning, sånn at man sikrer representasjon med ulik bakgrunn. Jacobsen (2015) påpeker at ved kvalitative studier, vil man aldri være helt sikker på at utvalget er representativt. Når man ikke kan garantere et representativt utvalg, fører dette til at man bare kan vise til en sannsynlig generalisering, men ikke fullstendig si at noe er generalisert.

For å oppnå et representativt utvalg, har vi i denne studien basert utvelgelsen representanter ut i fra budsjettansvar, ulike ledernivå og fra to ulike klinikker. I tillegg har vi brukt en problemformulering som baserer seg på «hvordan», noe som ifølge Yin (2014) kan bidra til at resultatene kan generaliseres.

3.5.3 Pålitelighet (relabilitet)

Formålet med å pålitelighet er å vurdere om der er faktorer som har påvirket studiens resultater. I følge Jacobsen (2015, s. 241) kan både «undersøkelsesopplegget, datainnsamlingen og analysen påvirke resultatet». Innen undersøkelsesopplegget vil alle representanter på en eller annen måte bli påvirket, så lenge representanten er klar over at de er med i en studie. Jacobsen (2015) skiller mellom to ulike typer stimuli som kan påvirke representantene i en kvalitativ metode; undersøkereffekt og konteksteffekt. Førstnevnte effekt, er spesielt rettet mot effekten et intervju har på deltakerne i samtalen. Her kan alt fra hvordan intervjueren og informanten er kledd til hvordan de snakker påvirke resultatet. Det andre elementet, konteksteffekten, beskriver forskjellen mellom kunstig og naturlig miljø, samt planlagt eller overraskende undersøkelse. Et gunstig miljø kan for representanten være på intervjueren sitt kontor, mens et naturlig miljø kan for representanten være sitt eget kontor, da representanten er vant til å gjennomføre ulike typer samtaler på akkurat dette kontoret. Når det gjelder planlagt eller overraskende, er skillet her hvorvidt informanten har hatt tid til å sette seg inn i studien. På den ene siden kan det ha positive effekter om undersøkelsen blir oppfattet som overraskende på informanten, i dette tilfellet vil mest synlig informanten svare ut i fra de tankene som oppstår der og da. På den andre siden, kan problemstillinger som skal reflektere dybden i et fenomen, være av fordel om informanten kan omstille seg til å gjennomføre undersøkelsen. (Jacobsen 2015)

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling, vurderte vi at et naturlig miljø med planlagt deltakelse som mest hensiktsmessig. Alle, bortsett fra en, ble intervjuet på sitt eget kontor, og dette setter en forventning om at samtalen kommer til å gå ut på det arbeidet som blir utført i klinikken. Videre ble informantene på forhånd informert om oppgavens tema og problemstilling, og på denne måten kunne informantene på forhånd reflektere over studiens tema. Utover dette fikk informantene ingen informasjon om hva samtalen skulle omhandle, dette for å fremskaffe så naturlige svar som mulig

Et annet aspekt med studiens pålitelighet, er ifølge Jacobsen (2015) dårlig gjennomføring av transkribering og analysen av resultatene. I denne studiens tilfelle, har lydopptak blitt brukt i dybdeintervjuene med informantene. På denne måten har vi fått en korrekt transkribering av data. Når det gjelder analysen av data, påpeker Jacobsen (2015) at kategorisering i selve analysen er en utfordring. Da vi er to personer som gjennomfører denne studien, har vi hver for oss kategorisert klinikkene, og deretter vurdert tilfeller der det viser seg uenighet i kategoriseringen.

3.5.4 Forskningens kvalitet

Jacobsen (2015) beskriver åpenhet som en helt sentral faktor for å vurdere forskningens kvalitet. Med dette refereres det til at forskeren skal være åpen om forskningsprosessen, og faktorer som kan ha påvirket resultatet i studiet. Vi har gjennom denne studien, begrunnet valg av metode, samt gjennomgått selve forskningsprosessen fra begynnelsen til slutten av studiet. Videre har vi i alle tilfeller hvor sitater bli brukt gitt informantene muligheten til å avslå bruk av disse.

3.6 Forskningsetiske avveininger

Jacobsen (2015) legger vekt på at forskningen må vurdere hvilken gevinst studien har i forhold til konsekvensene informantene kan oppleve. Dette blir beskrevet som *konsekvenslogikk*. Avgjørende faktorer for å vurdere konsekvenslogikk, er følgende: Informert samtykke, krav på privatliv og til slutt krav til å bli korrekt gjengitt. (Jacobsen, 2015)

Informert samtykke kan deles inn i fire hovedkomponenter. Den første faktoren er kompetanse, og går ut på at informantene frivillig har bestemt seg for å bli med i studien. Den andre er krav om frivillighet, dette betyr at informantene under ingen omstendigheter skal føle seg tvungen til å delta, et slikt dilemma kan oppstå i tilfeller der informantene blir forspurt om deltakelse i en studie gjennom sin overordnede. Selv om informantene i dette tilfellet

samtykker i å delta, kan den faktoren at det er informantens overordnede som har kommet med forespørselen, påvirke valget om deltakelse. Det tredje punktet om krav til full informasjon om studien, er ofte vanskelig å oppnå, da dette både kan føre til forvirring og at informanten ikke oppfatter den viktigste informasjonen. Jacobsen (2015) fremmer en middelvei, som blir kallet tilstrekkelig informasjon. Minimumskravet i dette tilfellet er at hovedhensikten med studien, samt hvordan resultatene fra studien skal brukes, blir tilstrekkelig opplyst. Det siste kravet til informert samtykke, er forståelse. Dette punktet setter et krav til at forsker ikke bare har gitt tilstrekkelig med informasjon, men også at informanten forstår den informasjonen som blir gitt. På forhand av dybdeintervjuene ble det sendt ut et informasjonsskriv til alle informantene. Første del av informasjonsskrivet var en introduksjon til studiet, med tema og problemstilling. Videre ble det opplyst om beregnet intervjuetid, og at de når som helst kunne trekke seg. Gjennom informasjonsskrivet ble de ulike informantene forspurt bruk av lydopptak, og krav til forskerne at sitater fra informantene ble forhåndsgodkjent før publisering av studiet. Før gjennomføringen av dybdeintervjuet, ble informasjonsskrivet gjennomgått med informanten for å forsikre kravet om forståelse.

Det andre generelle kravet til forskningsetikk, krav til privatliv, kan deles inn i tre vurderinger. Den første faktoren, vurderer hvor følsom informasjonen som samles inn er. I mange tilfeller vil informanten ha ulik oppfatning til hva som er følsom informasjon. Informasjonens følsomhet, blir i Norge regulert av personopplysningsloven, og fremmer blant annet helseforhold som følsom informasjon. Det andre elementet i krav til privatliv, er tilnærmingen til hvor privat informasjonen er. I tilfeller der informasjonen samles inn grunnet informantens yrke, vil informasjonen være mindre privat, enn tilfeller som går på informantens familierelasjoner o.l. Til slutt må man vurdere hvor sannsynlig det er for at informanten kan identifiseres ut i fra den informasjonen som blir presentert gjennom studiet. Generelt vil det være større sannsynlighet for at informanten blir indentifisert i studier med små konsentrerte utvalg. (Jacobsen, 2015)

Studien har tatt hensyn til konfidensialitet ved å bare bruke stillingstittel til de ulike informantene, videre er det tatt hensyn til at sitater ikke kan knyttes direkte til de ulike klinikkjefene og økonomirådgiverne. På avdeling og seksjonsnivå er det veldig mange enheter innen hver klinikk, noe som gjør det lettere å bruke innsamlet informasjon uten at dette kan knyttes til en bestemt informant. Organisasjonskartene for de to klinikkene er forenklet og anonymisert for at informantenes tilhørighet ikke skal kunne spores. Når en

informant siteres vil ikke navn eller tilhørighet fremkomme. Stillingstittel vil kun oppgis der det er relevant for forståelsen av selve funnet.

I kapittel 5 *Resultat og analyse*, refererer vi til informantene på følgende måte:

Klinikk 1	Klinikk 2
Respondent 1	Respondent 5
Respondent 2	Respondent 6
Respondent 3	Respondent 7
Respondent 4	

Tabell 4 - Respondentoversikt

Respondentene for klinikkene er satt opp tilfeldig. Det er med andre ord ikke en direkte lik med *tabell 3 – oversikt over lengden på intervjuene*. I tilfeller der det er nødvendig å fremme stillingstittel, vil ikke sitatet siteres med respondentnummer.

Det siste kravet, er riktig presentasjon av data. Dette kravet baserer seg på at man ikke skal ta informasjonen ut av sin kontekst. Typiske situasjoner der dette kan oppstå, er når man bruker et sitat i studiet for å drøfte et element, men som viser seg å ikke ha noen sammenheng med det intervjuer egentlig har spurt informanten om. Et mer dramatisk tilfelle av juks, er når forsker bevist forfalsker resultatene for å oppnå en fordel (Jacobsen, 2015). Ved gjennomføring av informasjonsanalysen har vi brukt mye tid på å vurdere hvorvidt sammenhengen rundt sitatene er riktig fremstilt.

4 Casebeskrivelse

I dette kapitlet vil det bli gitt en presentasjon av organisasjonsstrukturen for norsk spesialisthelsetjeneste, samt en innføring av UNN som casestudie. Videre vil det bli gitt en beskrivelse av hvordan aktiviteten defineres i helseforetak.

4.1 Beskrivelse av organisasjonen

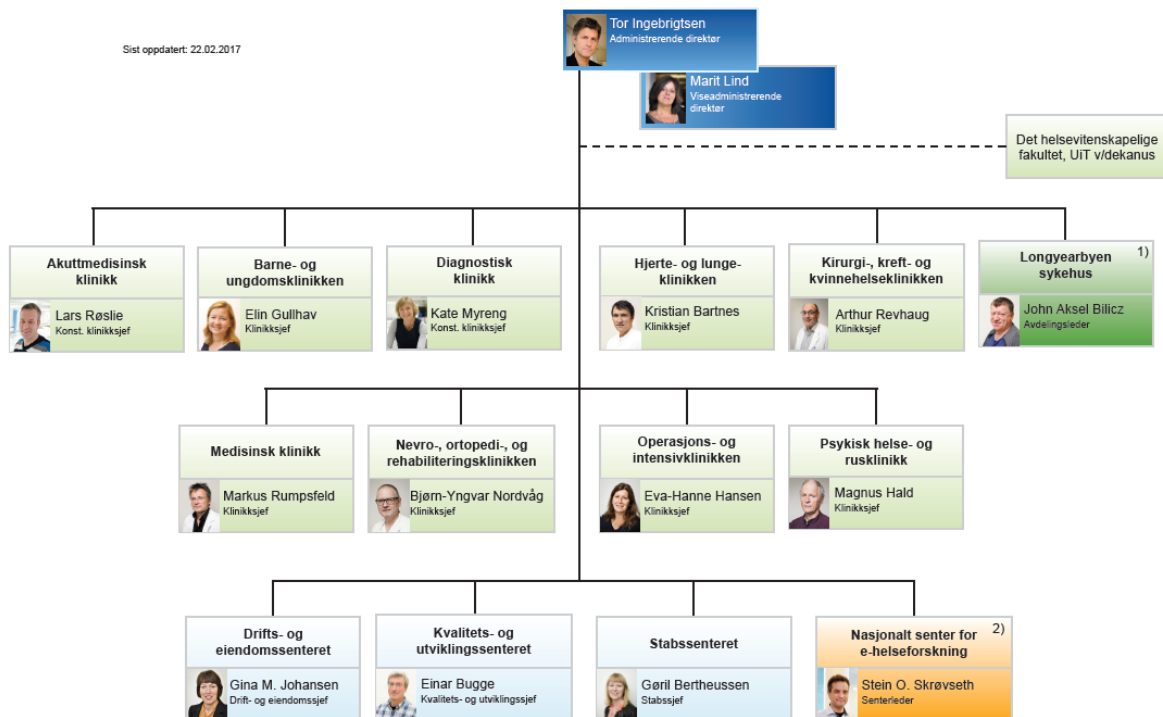
Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert ut i fra fire regionale helseforetak; Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Sør-Øst. Eierskapet av de fire regionale helseforetakene er Staten, med Helse- og omsorgsdepartementet som myndighetsstyrer. Fra statsbudsjettet får de regionale helseforetakene direkte bevilgning. Denne tildelingen inneholder visse krav om innhold gjennom et oppdragsdokument. Med hensyn til oppdragsdokumentet og vedtatt bevilgning fra helse- og omsorgsdepartementet, fordeler de regionale helseforetakene midlene videre til sine underlagte sykehus (Helse og omsorgsdepartementet, 2014a, 24.11).

Universitetssykehuset i Nord-Norge ligger under Helse Nord, og er organisert med administrerende direktør på toppen, etterfulgt av viseadministrerende direktør. Underlagt dem finnes det ni klinikker som har hver sin klinikk sjef. I tillegg til klinikkene finnes det også et stabssenter, et kvalitets- og utviklingssenter og et drifts- og eiendomssenter. Det er lederne av disse klinikkene, sentrene og staben som sammen med direktør og viseadministrerende direktør som utgjør sykehusets øverste ledergruppe. I tillegg finnes det en avdelingsleder i Longyearbyen (Longyearbyen sykehus) og en senterleder for Nasjonalt senter for e-helseforskning som er organisert i direkte linje til administrerende direktør uten å være medlem av lederteamet (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2017, 30.04).

Administrerende direktør har sammen med styret i UNN ansvaret for foretakets virksomhet. Dette innebærer å oppfylle oppdragsdokumentet til Helse Nord, som inneholder fordeling av midler, samt resultatkrav til budsjettåret (Helse Nord, 2016).



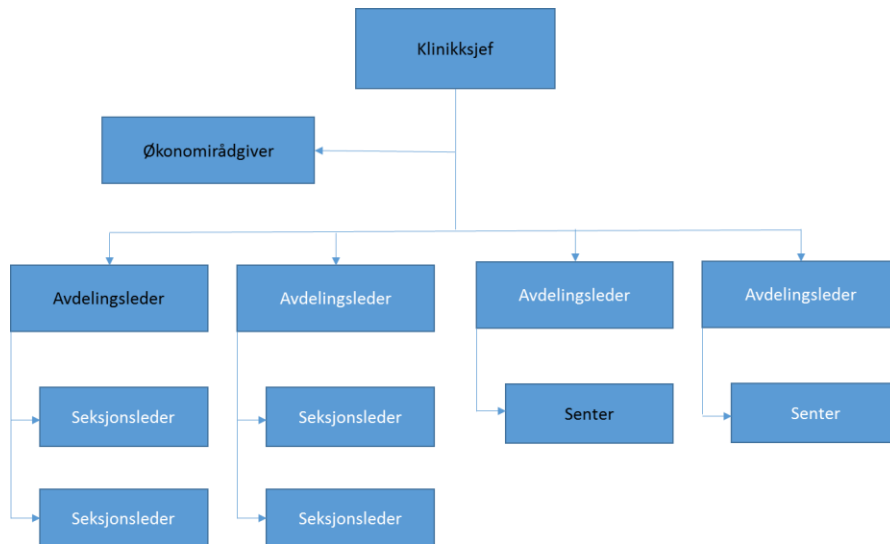
Sist oppdatert: 22.02.2017



1 og 2 er organisert i direkte linje til administrerende direktør uten å være medlem av direktørens lederteam.

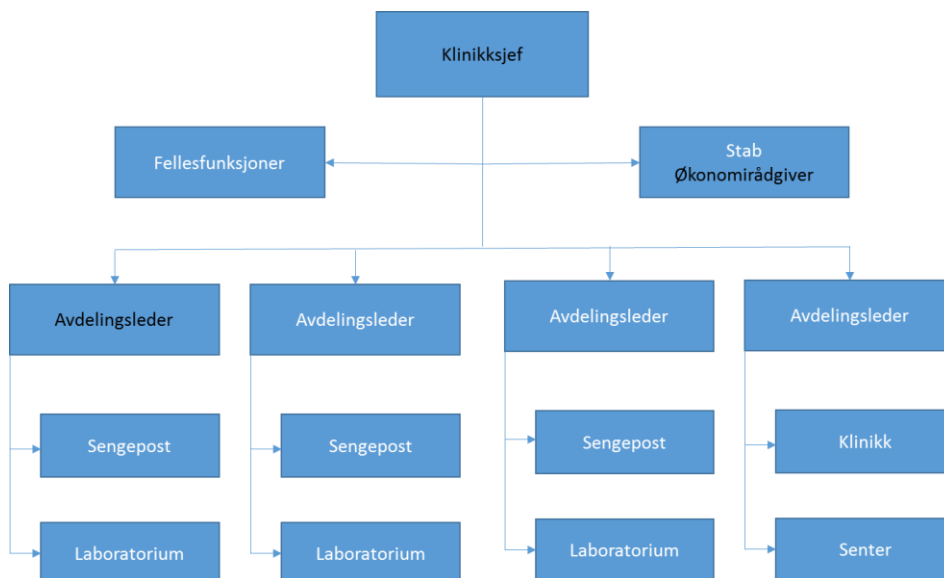
Figur 4 - UNNs organisasjonsstruktur

Helseforetaket er i følge hjemmesiden organisert i ni klinikker med gjennomgående ledelse. Det innebærer at klinikkssjefen og hans ledergruppe har ansvar for all virksomhet i klinikken på tvers av geografi. Noen klinikker har virksomhet i flere byer og i distriktene i Nordland og Troms (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2017, 30.04). Klinikkene er noe ulik både av størrelse og oppbygging, men den generelle oppbyggingen er som følger: På toppen sitter klinikkssjef, med det formelle ansvaret for klinikkens budsjett og aktivitet. Klinikksjefene er av helsefaglig bakgrunn. Videre består klinikken av ulike avdelinger med hver sin avdelingsleder, også de av helsefaglig bakgrunn. Avdelingene på sin side er som oftest delt inn i seksjoner, som eksempelvis sengeposter og laboratorium, under ledelse av hver sin seksjonsleder. I noen tilfeller er avdelingene så små at de ikke deles i seksjoner, men dette er unntaket. Både avdelinger og seksjoner arbeider ut fra sine respektive delbudsjett som formelt sett tildeles dem av klinikkssjefen. Hver klinikk tildeles også en egen økonomirådgiver fra økonomiavdelinga. Rådgiveren har riktig nok ingen formell makt til å ta budsjettbaserte eller andre avgjørelser, men innehar en rådgiverfunksjon og er alltid tilgjengelig for både klinikk-, avdelings- og seksjonsleder i økonomiske spørsmål og dilemmaer.



Figur 5 - Klinik 1 sin organisasjonsstruktur

Den første klinikken vi har undersøkt, har den tradisjonelle formen for inndeling med budsjettansvar fra klinikksjef helt ned på seksjonsnivå. Økonomirådgiver er som tidligere nevnt en støttefunksjon, og vil med dette ligge ved siden av klinikksjef. Økonomirådgiver blir brukt som rådgiver for klinikken, som igjen betyr at den ikke har et budsjettansvar, men utøver en rådgivende funksjon internt i klinikken der det er behov for dette.



Figur 6 - Klinik 2 sin organisasjonsstruktur

Den andre klinikken vi undersøkte, har en litt annen oppbygging enn den første. Her er det bare to nivåer med budsjettansvar, fra klinikksjef til avdelingsleder. Det er med andre ord

avdelingsleder som eventuelt kan knytte budsjettet opp mot generering av aktivitet. Økonomirådgiver ivaretar samme funksjon som tilsvarende stilling ved klinikk 1.

4.2 Aktivitetsnivå

Aktivitetsbegrepet innen spesialhelsetjenesten, består av svært mange indikatorer. Utgangspunktet for de ulike indikatorene, er de fire lovpålagte ansvarsoppgavene til spesialhelsetjenesten. Disse er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring, jamfør spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 (1999). Den første lovpålagte oppgaven, pasientbehandling, går ut på at alle som har et behov, skal få et likeverdig tilbud uavhengig av alder og lignende. Den andre lovpålagte oppgaven, forskning, har som formål å opprettholde den medisinske utvikling. Dette punktet er viktig for å øke kvaliteten på helsetjenestene, samt lede frem til innovative løsninger som skal føre til økt effektivitet. Utdanning av helsepersonell er med på å sikre at praksisdelen av helseutdanningen blir kvalitetssikret, samt et godt tilbud om videre- og etterutdanning. Det siste punktet i de fire lovpålagte ansvarsoppgavene til spesialhelsetjenesten er pasientopplæring, og skal bidra til at de med kronisk eller langvarig sykdom får et tilbud som skal hjelpe de med å mestre sykdommen i ettertid av sykehusoppholdet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b, 24.11)

I norske helseforetak er ca. 50% av bevilgningen fra statsbudsjettet basisbevilgning, mens resterende 50% er innsatsstyrt finansiering. Den første delen av bevilgningen baserer seg på regionale faktorer som eksempelvis antall innbyggere, og er med dette ikke knyttet mot aktiviteten i et helseforetak. Den andre delen av bevilgningen, innsatsstyrt finansiering, måler aktiviteten i et sykehus ved hjelp av et pasientklassifiseringssystem; diagnoserelaterte grupper, forkortet DRG. Formålet med systemet er å gi både en medisinsk og en økonomisk tilnærming til aktiviteten, som igjen kan brukes til å sammenligne aktiviteten på tvers av sykehus. Denne metoden tar hensyn til variabler som kjønn, alder, prosedyrer, diagnoser og utskrivningsstatus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017c, 24.11). Ut i fra pasientklassifiseringssystemet defineres hver enkelt aktivitet ved betegnelsen DRG-poeng. DRG-poengene er videre med på å styre den innsatsstyrte finansieringen (ISF) i spesialhelsetjenesten. Utgangspunktet for beregningen av innsatsstyrt finansiering er korrigerede DRG-poeng multiplisert med 50% av enhetspris (42 753,- for 2017). Dette skal i utgangspunktet bidra til at 50% av aktivitetens kostnad blir dekket av den innsatsstyrte finansieringen. (Helsedirektoratet, 2016)

Når vi i denne oppgaven bruker aktivitetsbegrepet, vil dette defineres som det helhetlige aktivitetsnivået til hver enkelt klinikk, avdeling eller seksjon. Bakgrunnen for denne defineringen er at hver enkelt klinikk inneholder mange forskjellige faktorer, som igjen er utarbeidet av eksterne parter, og kan med dette forvirre informantene ved.

5 Resultat og analyse

I dette kapittelet blir resultatene fra dybdeintervjuene presentert og analysert. Resultatene presenteres og analyseres i lys av teori- og litteraturgjennomgangen fra kapittel- Forskningsmodellen som presenteres i slutten av nevnte kapittel vi danne utgangspunktet for denne gjennomgangen. Forskningsspørsmålene utgjør utgangspunktet for inndelingen av resultat- og analysekapittelet.

Som bakteppe til dette kapittelet er det viktig å være klar over organisasjonens enorme kompleksitet og interne ulikheter. Et eksempel på dette kan være at der en enhet kan produsere seg ut av et potensielt underskudd, gjennom å blåse opp aktivitetsnivået og dernest produksjonen, er dette umulig for de fleste andre enhetene ettersom kostnadene som regel overstiger inntektene ved økt aktivitetsnivå. Årsaken til at nevnte avdeling kan gjøre dette er at inntektene er vesentlig høyere enn kostnadene produksjonen genererer, i motsetning til i de fleste andre enheter. Et annet eksempel er en enhet som får sine budsjetttrammer tildelt direkte fra statsbudsjettet, og er derfor ikke underlagt de samme fordelingsrutiner mellom enhetene som de andre. Det vanlige er at en enhets overskudd går med til å dekke en annens underskudd, men for nevnte enhet blir et eventuelt overskudd direkte overført neste budsjettperiode i stedet for å dekke naboens underskudd. Det er også store forskjeller på hvordan en enhet driftes og hva som er kjernevirksomheten hos den enkelte. Noen kan være sengeposter eller dagenheter, andre kan være laboratorier eller poliklinikker, så forskjellene internt er enorme. Disse eksemplene tas med for å tegne et bilde av hvor differensiert de ulike enhetene kan være, og for å vise at organisasjonen egentlig er sammensatt av mange ulike enheter som driftes svært forskjellig. Kapittelet vil likevel ta utgangspunkt i de aspekter som mer eller mindre kan generaliseres på tvers av enhetene når det gjelder funn, og der funnet eventuelt kun gjelder for en enkelt enhet vil dette påpekes.

Med begrepet enhet refereres det til en enhet med budsjettansvar, med andre ord en klinikk, en avdeling eller en seksjon. Begrepet mellomleder referer til den person som har budsjettansvaret i den enkelt enhet, med andre ord klinikkssjef, avdelingsleder eller seksjonsleder.

5.1 Hvor godt egnet er budsjettet til å styre aktivitetsnivået?

Det første forskningsspørsmålet i denne avhandlingen omhandler hvorvidt budsjettet er egnet til å styre aktivitetsnivået i helseforetaket. I denne delen kommer det frem at dette er en vanskelig kunst ettersom forholdet mellom budsjett og aktivitet i stor grad viser seg å være

preget av løse koblinger, som igjen kan si noe om budsjettets egnethet til å styre aktivitet. Løse koblinger kan bidra til å forklare flere av utfordringene tilknyttet budsjett som styringsverktøy i et offentlig helseforetak, og årsaken til at koblingene er løse er flere. I dette delkapittelet blir funnene som tilsier løse koblinger gjennomgått, samt en analyse av budsjettets planleggingsfunksjon i foretaket. Senere i avhandlingen vil det fremgå mulige årsaker til hvorfor løse koblingene oppstår.

5.1.1 Løse koblinger

Som beskrevet i litteratur- og teorigjennomgangen kan løse koblinger kjennetegnes ved at budsjettet og aktiviteten påvirker hverandre «plutselig (heller enn kontinuerlig), av og til (heller enn konstant), ubetydelig (heller enn signifikant), indirekte (heller enn direkte) og etter hvert (heller enn umiddelbart)» (Orton og Weick, 1990). Gjennom dette delkapittelet vil det argumenteres for hvorfor flere av disse kjennetegnene finnes i helseforetaket som er blitt undersøkt.

For å forstå hvordan mellomlederne benytter mulig informasjon som kan hentes ut fra budsjettet, ble det spurt om hvor ofte denne type informasjon aktivt blir dratt inn i arbeidsdagen til lederne:

«Det å bruke regnskapsinformasjon daglig tror jeg ikke er hensiktsmessig.»

- Respondent 6

Svarene var interessante. Ser en på de formål budsjettet skal betjene, som planlegging, koordinering, motivering med flere, så ser en at dette er formål som i høyeste grad kan tilknyttes den daglige driften. Ser en på de svar som ble gitt, vitner dette derimot om at budsjettet langt fra benyttes daglig, ikke en gang ukentlig, men oftest rundt en gang i måneden, og i noen tilfeller enda sjeldnere. Noe som virket å være holdningen til samtlige av deltakerne. En av respondenten startet med at hun sjekket budsjettet maksimum en gang i uken, og etter hvert som hun forklarte hvordan hun benytter seg av budsjettet kom det frem at budsjettet bare ble benyttet litt oftere enn en gang i måneden. Noe som vitner om liten struktur i budsjettbruken. En av respondentene ble bedt om å forklare hvordan vedkommende oppfatter at budsjettet blir brukt rundt i klinikkene i forbindelse med gjennomføring av kortsiktig aktivitetsplanlegging:

«..Så budsjettet ligger alltid som en grunnpilar, det er ikke sånn at de ikke kan forholde seg til budsjettet i det hele tatt, men å si at de hele tiden tenker på budsjettet, det er nok ikke helt sikkert»

- Respondent 5

En annen av mellomlederne som ble spurt hvor ofte hun følger opp budsjettet forklarer at hun har budsjettgjennomgang med økonomirådgiver om lag en gang hver tredje måned.

Disse funnene kan fortelle oss at aktiviteten i svært liten grad er direkte koblet mot budsjettet, men heller gjennom løse koblinger hvor leder er inne og kontrollerer hvordan budsjettoppnåelsen er måned for måned. Det er også interne forskjeller enhetene seg mellom, og det finnes ingen synlig tendens som viser noen form for regelmessighet i budsjettbruken hos de ulike enhetene. Av og til heller enn konstant.

Noe av dette forklares gjennom sykehusets kompleksitet, flere av lederne som ble intervjuet føler de i liten grad kan påvirke budsjettoppnåelsen, både på inntekts- og kostnadssiden. Derfor vil det være naturlig for lederne å bruke budsjettet mer som et kontrollverktøy en sjelden gang, enn som et daglig styringsverktøy, slik budsjettformålene kan virke å legge opp til. En av respondentene beskrev dette metaforisk gjennom å sammenligne det med en bil hvor utslaget på både gass- og bremsepedal fantes ekstremt lite, og også slik oppleves mulighetene til å påvirke økonomien på kort sikt. Derfor argumenterte vedkommende for at budsjettet heller en sjelden gang kunne trekkes frem for å kontrollere at driften holder seg innenfor de økonomiske rammene budsjettet tegner. Budsjettet fungerer tilsynelatende mer som en kontrollmekanisme for å regulere og oppdatere seg på de økonomiske rammer og betingelser som ligger til grunn, men da bare en sjelden gang ettersom de tiltak som er mulige for å påvirke resultatet på bunnlinja oppleves som svært små for de involverte. Plutselig heller enn kontinuerlig.

Sett i lys av dette forstår vi at det først og fremst dreier seg om svært løse koblinger mellom budsjettet og aktiviteten som genereres ute i avdelingen. Måned for måned kan lederne kanskje justere aktiviteten med de små manøvreringsmuligheter de besitter, men dag for dag er ikke budsjettet en gang i tankene til klinikk- og mellomlederne på sykehuset:

«Så vi prøver å holde kontroll på dette (budsjett) hver tredje måned»

- Respondent 4

Denne antakelsen kan underbygges av flere av svarene som fremkom, hvor noen til og med forteller at budsjettet av og til bare er oppe i planleggingsøyemed hvert halvår, mens en annen, som vi ser av sitatet over, forteller at hun i samråd med økonomirådgiver går gjennom budsjettpostene hver tredje måned for å kunne justere kursen videre avhengig av hvordan de ligger an i forhold til det årlige budsjettmålet. Etter hvert heller enn umiddelbart.

At praksisen er så ulik mellom lederne internt i organisasjonen, vitner også om løse koblinger. Det finnes ingen klare retningslinjer for hvordan budsjettet skal benyttes i forhold til det å styre aktivitetsnivået. Budsjettet legger som nevnt et økonomisk rammeverk for driften, men ingen direkte føringer for hvordan aktiviteten skal legges opp ute i avdelingene. Det en kan argumentere for er at budsjettet indirekte påvirker aktiviteten, dette ettersom det er budsjettet som forteller lederne hvor mye penger de har til rådighet og grovt hvilke poster som skal prioriteres. Indirekte heller enn direkte.

En av klinikkjefen som ble intervjuet kunne bekrefte at der noen mellomledere har et veldig nært forhold til budsjett og pengebruk, har andre ikke det:

«Jeg ser at noen har veldig nært forhold til pengebruken, mens andre har det ikke»

- Klinikksjef

Noe som igjen vitner om løse koblinger mellom budsjett og aktivitet. Det at sykehuset er inndelt i en mengde ulike regnskapsenheter, hver med sitt eget budsjett, gjør at holdningen til budsjettet naturlig nok vil variere, også innad i enheten, avhengig av hvem som leder den enkelte enhet. Dette er med på å gjøre koblingsmuligheten mellom aktivitet og budsjett enda mer kompleks ettersom praksisen er såpass forskjellig internt i organisasjonene, ikke bare mellom klinikker, men også mellom avdelinger og seksjoner. Som nevnt i teori- og litteraturgjennomgangen vil graden av hvor vidt et sykehus oppnår sine ønskede resultater på mange måter avhenge av den enkeltes evne og moralske tilbøyelighet til å opptre til det beste for hele organisasjonen. Tatt i betraktning at holdningen til budsjettet er så variert som den er, noe vi kommer tilbake til senere i analysekapittelet, og at handlinger og avgjørelser i stor grad baserer seg på hvordan den enkelte oppfatter hva som er til det beste for hele organisasjonen - forstår en at selve koblingen mellom budsjett og aktivitet ikke bare er løs, men også svært variert.

5.1.2 Aktivitetsplanlegging

Planlegging av aktivitetsnivået starter i første omgang ved å nedfelle en strategi, jamfør styringssirkelen. Etter dette utarbeides et budsjett med bakgrunn i strategien og de ressurser som ligger til grunn. I følge litteraturen skal altså budsjettet kunne inngå som en del av aktivitetsplanleggingen dersom det blir brukt riktig. Dette kan være gjennom prestasjonsmål, kampanjeplaner, prosjektplaner eller lignende. Alle delmål skal bidra til oppfyllelse av overordnede mål. Det intervjurunden viser derimot, er at budsjettet synes å bare spille en mindre rolle i planleggingsfasen på sykehuset. Forståelsen etter denne studien er at det ligger mer som et bakteppe for aktivitetsplanleggingen enn direkte førende. Respondentene svarer noe ulikt og tvetydig når de blir bedt om å beskrive hvordan budsjettet involveres i aktivitetsplanleggingen. En av lederne beskrev budsjettets planleggingsrolle på denne måten:

«Det er jo sånn at en må styre ut fra hva en får i budsjett. Det er med i planleggingsprosessen i mer eller mindre grad.»

- Respondent 3

Svaret kan tyde på at budsjettet i større grad fungerer som en rammesetter, heller enn som et direkte planleggingsverktøy. Og som sitatet viser, «... i mer eller mindre grad.» Noe som i alle fall vitner om at det ikke foreligger noen faste rutiner på hvor budsjettet benyttes som et planleggingsverktøy.

Noe av forklaringen på at budsjettet ikke benyttes aktivt i planlegging er at utfordringen på et sykehus ligger mye i at den aktiviteten som foregår ofte handler om akutte situasjoner som oppstår på et øyeblikks varsel, og disse kan virke å være vanskelige å planlegge. Men er de egentlig det? Tilbakemeldingene på dette er noe tvetydig. En av respondentene argumenterer for at planlegging av akuttsituasjoner er vanskelig:

«For noen er det vanskelig å planlegge, og spesielt de som har akutte ting, og som ikke vet..»

- Respondent 1

Hvor en annen respondent hevder at det aller meste, også av akuttsituasjoner, faktisk kan planlegges:

«De fleste situasjoner kan man planlegge, for man vet veldig godt hva som skjer fremover i løpet av et år, også akutt...»

- Respondent 5

En tredje respondent beskrev dette dilemmaet gjennom et konkret eksempel, nemlig blindtarmoperasjoner, som regnes som akuttaktivitet. For blindtarmsoperasjoner er, ifølge respondenten, kurven gjennom året relativt flat, det vil si at mengden er lik fra år til år, og fra måned til måned. Noe som ifølge lederen gjelder de fleste akuttsituasjoner. Mengden gjennom en tidsperiode er lik, en vet med sikkerhet at de kommer, bare ikke nøyaktig når. Med bakgrunn i dette ville ikke respondenten kjøpe argumentet om at akuttsituasjoner gjør planleggingen vanskelig. Vi ser dog at tankene rundt dette er noe varierende og at det er interne forskjeller. Et fjerde svar som fremkom tilknyttet aktivitetsplanlegging av akuttsituasjoner omhandlet at historiske data beskriver hvor mange pasienter som vil komme, men at en ikke vet eksakt hva som feiler eller hva det vil koste:

«Når det gjelder innleggelser, så har vi noen deler av virksomheten hvor 70% er øyeblikkelighjelp. Da er det ikke slik at vi kan planlegge veldig detaljert. Vi vet hvor mange pasienter som mest sannsynlig kommer ut fra historiske tall over år, men vi vet jo ikke akkurat hva som feiler pasientene, og dermed hva de vil koste.»

- Respondent 2

Tilnærminga til det å planlegge akuttsituasjoner virker altså å være svært varierende, også internt i den enkelt klinikk.

Det en uansett kan registrere er at bruken av budsjett som planleggingsverktøy synes å være fraværende, det finnes ingen direkte kobling mellom budsjettet og planlegging av aktivitet. Således virker budsjettets egnethet til å styre aktivitet å være svak. Riktig nok tegner budsjettet en økonomisk ramme for det aktivitetsnivået som skal foreligge, og uten penger blir det ingen aktivitet. Så lederne må føre en viss økonomisk kontroll når aktiviteten planlegges, men denne virker på ingen måte å være innbakt i budsjettet og dets hensikter. Som en av respondentene forklarer (sitat forrige kapittel) ligger budsjettet alltid som en grunnpilar, og dette er noe de må forholde seg til, men at de hele tiden tenker budsjett opp mot planlegging er ikke tilfelle. En annen påpeker at det er forskjell på det å planlegge aktivitet, og det å planlegge ut fra økonomiske forutsetninger.

Hvilket underbygger at dersom det finnes en link mellom budsjett og aktivitet, så er den i beste fall svak, og flere av de kliniske lederne sliter med å planlegge ut fra økonomiske forutsetninger.

Et konkret eksempel på dette vises gjennom svarene en av mellomlederne gav, som vitner om liten sammenheng mellom budsjett og aktivitet. Først forklarer vedkommende hvordan de planlegger aktivitetsnivået i sengeposten:

«Vi planlegger aktiviteten ut fra full sengepost (...) i fjor hadde vi bare to måneder der vi var under 100% belegg.»

- Respondent 7

Videre i intervjuet kommer det frem at bemanningen, som er budsjettstyrt, er planlagt ut fra et lavere aktivitetsnivå:

«Sengepostene er bemannet ut fra 90% belegg.»

- Respondent 7

Her ser vi en helt konkret forskjell mellom hvilket aktivitetsnivå budsjettet legger opp til, kontra hva som faktisk er realiteten. Sengeposten er bemannet ut fra forutsetningen om at 90% av kapasiteten er fylt, mens realiteten var at minimum 100% av kapasiteten var fylt i ti av tolv måneder. På det meste beskrev hun over 120% belegg, altså flere senger på korridorene. Når budsjettet da bare legger opp til 90% forstår en at det blir vanskelig å planlegge ut fra dette, i alle fall uten budsjettsprekk. Dette kan tyde på at deler av budsjettkritikken virker å være berettiget. Etersom budsjettet legger til grunn et aktivitetsnivå som ikke stemmer, viser det i tråd med både relevanskritikken og Beyond Budgeting-filosofien at budsjettet er for rigid og går ut på dato. Her ser vi et godt eksempel på dette, budsjettet er ikke oppdatert på de omgivelser som rår ute i avdelinga.

Når planlegging er fokus virker budsjettet heller dårlig knyttet opp mot aktivitetsaspektet og den daglige drift, og dets evne til å styre aktiviteten er på dette punktet i beste fall moderat. Koblingen mellom budsjett og aktivitet synes å være svært løs, noe som tyder på at budsjettet er dårlig egnet til å styre aktiviteten slik det fungerer per nå.

5.2 Er det interne forskjeller på hvordan budsjettet styrer aktivitetsnivået?

I dette delkapittelet skal vi se på mulige årsaker til at koblingene mellom budsjett og aktivitet er såpass løse som de er. Noe av forklaringa på dette kan ligge i de interne forskjellene til hvordan budsjettet benyttes. Det vil også analyseres hvordan budsjettet tjener de formål det er tiltenkt, og eventuelle forskjeller på hvordan formålene ivaretas internt i organisasjonen. Som bakteppe for dette delkapittelet legges altså de ulike budsjettformålene beskrevet i litteratur-

og teorigjennomgangen. Formålene kan som nevnt oppsummeres i sju punkter, nemlig planlegging, koordinering, kommunikasjon, motivering, definering, allokering av ressurser og oppfølging og kontroll. Dersom budsjettet brukes slik det er tiltenkt vil de ulike formålene kunne være med på å definere aktivitetsnivået, som igjen vil si noe om hvordan koblingen mellom nevnte begreper egentlig er. Det vil også komme frem hvordan de ulike formålene tjenes ulikt til å styre aktiviteten. Avslutningsvis vil analysen tuftes på agent-prinsipalteori, som kan fungere som forklaring både på forskjeller i intern budsjettbruk, og som en del av forklaringa til de løse koblingene beskrevet i forrige delkapittel. For ordens skyld kan det også nevnes at planleggingsformålet ble gjennomgått i forrige delkapittel ettersom dette bedre svarte det første forskningsspørsmålet.

5.2.1 Lederteamets rolle (koordinering, kommunikasjon og motivasjon)

Budsjettets koordineringsfunksjon ivaretas først og fremst gjennom ukentlige lederteammøter hvor budsjett av og til diskuteres, i dette tilfellet er det viktig å påpeke at med lederteamet menes lederteamet i klinikken, ikke sykehusets overordnede lederteam. Her synes budsjettet å funke brukbart ettersom de fortløpende kan regulere hvorvidt en avdeling sliter og må justeres. På årlig basis dekkes regnskapsmessige underskudd som nevnt av andre avdelingens overskudd, mens kortsiktige reguleringer først og fremst foretas internt i enheten gjennom innstramminger og besparelser som følge av rapporter basert på avvik fra de poster budsjettet har prognostisert. Lederteamet i en klinikk består av klinikkens avdelings- og seksjonsledere, samt klinikkens sjef som naturlig nok er øverste leder og har siste ord.

Koordineringsperspektivet handler om å sikre at alle beslutninger som treffes er i sammenheng, og ikke medfører at bedriften går i ulike retninger. En av klinikkens sjefene som ble intervjuet forklarte at klinikklederansvaret blant annet omhandler å finne ut hvorfor budsjettavvik eventuelt oppstår, og sammen med dem som har ansvar på den enkelte enhet prøve å finne ut hvorfor og hva en kan gjøre for å regulere det i null eller pluss. Denne samhandlingen kan da knyttes opp mot koordineringsformålet, som altså tar sikte på å besørge at klinikken som helhet går mot samme felles mål, som er grønne tall på bunnlinja:

«Men vi har ulikt forbruk rundt omkring i enhetene her, noen går i pluss og andre i minus.

For meg er det viktigste hva som er nederst på bunnlinja.»

- Klinikksjef

Klinikkens sjef bekymrer seg først og fremst om klinikkens generelle økonomi, og koordinerer denne gjennom lederteammøter. Knyttet opp mot aktivitetsnivået kan mellomledere gjennom

disse møtene få påpakninger om å regulere aktiviteten for å styre mot et bedre resultat, og koordinering dem imellom kan være til hjelp for å dra enhetene i samme retning, til klinikkens beste. Slik det kommer frem besørger da koordineringsformålet at aktivitet kan justeres underveis, med bakgrunn i de økonomiske rammene budsjettene tegner opp. Igjen ser en at budsjettet først og fremst fungerer som et bakteppe for aktiviteten, da det ikke legger direkte koordinerende føringer for den aktiviteten som skal gjennomføres, men at de gjennom lederteamet i klinikken underveis kan ha en viss koordinering mellom de ulike regnskapsenhetene. Det som ikke kommer frem er hvordan budsjettet fungerer utover lederteamet, hvordan det legger føringer for de som faktisk er nærmest aktiviteten ute på korridoren. Lederteamet er det nærmeste vi kommer en observasjon av budsjettet som et koordinerende verktøy, men like fullt ser vi ingen kobling direkte mot det å koordinere aktiviteter, og særlig ikke på daglig basis.

Formålet kommunikasjon omhandler blant annet at dersom medarbeiderne involveres i budsjettprosessen kan de også være med på å påvirke mål og verdigrunnlag, samt klargjøre og kommunisere egne utfordringer og problemer. Kommunikasjonsformålet ivaretas til dels gjennom lederteamet, men kanskje ikke på den måten det er tiltenkt. En av lederne som ble intervjuet planla å invitere de ansatte med på neste budsjettmøte med økonomirådgiver, dette for å kommunisere status på økonomien. Bakgrunnen for dette tiltaket var at det ble dårlig stemning blant de ansatte i enheten når leder måtte stramme inn på «frynsegoder» som studiereiser, ettersom budsjettet viste seg å være noe strammere enn forrige år. Lederen ønsker å øke forståelsen og aksepten for innstramminger gjennom å involvere de ansatte i budsjettet, og kommunisere hvordan det ligger an, og hvordan budsjettet begrenser aktivitetsnivået i enheten. Denne muligheten har lederen da vedkommende sin enhet er relativt liten, og med få ansatte som kun holder åpent på dagtid i ukedagene. For en større enhet er et slikt tiltak umulig ettersom enheten kan være døgnåpen, de ansatte er inndelt i tre til fire skift og enheten er mye mer dynamisk. Da blir de naturlig nok umulig å kunne involvere alle de ansatte i et slikt møte. Av dette ser en at budsjettet indirekte kan være til hjelp når en skal kommunisere hvorfor aktivitetsnivået må være som det er, i noen tilfeller, men at interne forskjeller gjør dette til en nytteverdi som begrenser seg til kun et fåtall av enhetene. De fleste må ta dette gjennom de faste lederteammøtene.

Samtidig ser vi at ingen av de andre respondentene refererte til budsjettet som et kommunikasjonsverktøy. Med bakgrunn i litteraturgjennomgangen ser vi at tiltaket med å involvere de ansatte først og fremst er enveis kommunikasjon for å klargjøre utfordringer og

problemer, ikke for å påvirke mål og verdigrunnlag. Budsjettet brukes altså i liten grad som et kommunikasjonsmiddel til de ansatte, men noen ledere velger altså å bruke budsjettet dersom de skal kommunisere eller begrunne avgjørelser som må tas ut i avdelingene. Gjennom lederteammøter er det også en viss kommunikasjon rundt budsjettet, men denne kommunikasjonen går mer om budsjett, og ikke med det formål litteraturen refererer til. For å styre aktivitet virker med andre ord budsjettets kommunikasjonsformål å være dårlig egnet, men for noen få enheter, med relativt konstante omgivelser, kan det være hensiktsmessig å dra det inn også i aktivitetskommunikasjonen.

Noe som kompliserer sykehusdrift ytterligere, er at organisasjonen fungerer slik at en avdelings overskudd blir brukt til å dekke en annens underskudd, og her viser det seg at motivasjonen med å driften effektivt kan forsvinne. Det er nærliggende å anta at dersom den ene lederen, som har en nær og fornuftig tilnærming til pengebruken, stadig må bruke av sitt overskudd til å betale for driften til den avdelingen med han lederen som aldri har økonomiske kontroll, så vil motivasjonen til å gjøre det bra og føre god økonomisk kontroll gradvis forsvinne. Økonomirådgiver forteller at det å gå i pluss i beste fall belønnes med et klapp på skulderen, mens negative resultater ikke får nevneverdig konsekvenser, noe som også bekreftes av en annen respondent:

«Jeg registrerer egentlig ingen konsekvenser for dem som har det (budsjettavvik)»

- Respondent 2

Dette er aspekter som vanskeliggjør budsjettets motivasjonsformål og som underbygger dets løse kobling mot aktiviteten.

Intervjurunden finner dog videre at budsjettet i noen tilfeller faktisk kan finnes motiverende. To av respondentene beskriver litt av de interne forskjellene på sykehuset. En av underleiderne som ble intervjuet kunne fortelle at hennes enhet ble driftet på en litt annen måte enn de andre, gjennom at enheten får øremerket midler direkte fra statsbudsjettet, som er forbeholdt den pasientgruppen de behandler. Da disse midlene er øremerket vil denne enhetens budsjettoppnåelse overføres neste år, enten det ender i pluss eller minus. Lederen la ikke skjul på at dette virket svært motiverende med tanke på å drifte i pluss. En annen av respondentene beskrev at driftsdynamikken i enheten var basert på at høy aktivitet resulterte i høy inntekt, en inntekt som i sin tur er vesentlig høyere enn de kostnadene aktiviteten genererer. Andre respondenter har beskrevet at det å blåse opp aktivitet i lengden bare gjør vondt verre ettersom kostnadene som regel overgår inntekten. Derfor er denne muligheten relativt unik, og leder

beskriver det som svært motiverende at en kan regulere driften. I hennes tilfelle er det personaltilgang som setter begrensinger, så hun forteller at når de styrer mot et negativt resultat kan hun åpne for lønnet overtid, for å øke aktiviteten, og derfor også inntekten. Som sagt er dette relativt unikt i sykehusets tilfelle, og kan derfor ikke generaliseres, men det viser hvordan budsjettet i noen tilfeller også kan virke motiverende.

Budsjettets motivasjonsformål ellers i organisasjonen er heller fraværende. En av respondentene beskriver det ledelsen kaller «tiltaksgjennomføring», som omhandler at hvert år må klinikkens ledergruppe fremme noen besparende tiltak de skal gjennomføre. Dette er tiltak som skal gjøres med innsparing som formål. Tiltaksgjennomføringen skal rapporteres til styret gjennom en rapport som viser hvor mange prosent de klarer å gjennomføre av tiltakene. I beskrivelsen av dette kommer det frem at det ledelsen kaller omfordeling, kaller mellomlederen for sparing. Og begrepet sparing er kanskje ikke det som virker mest motiverende for en leder med økonomiansvar.

Motivasjonsformålet kan sies å delvis virke til sitt formål, ikke gjennom det som er vanligst i budsjettpraksis, nemlig belønning tilknyttet budsjettoppnåelse, for det eksisterer ikke i helseforetaket. Men gjennom måten enheten driftes på kan budsjettet i noen tilfeller vise seg å ha en motiverende effekt på de ansatte, da først og fremst de med ledelsesansvar. Men dersom disse nøkkelpersonene evner å kommunisere de mål og strategier som ligger til grunn på en god og hensiktsmessig måte, kan dette gi synergieffekter videre i organisasjonen eller enheten. Motivasjonsformålet virker uansett å være meget ulikt fra enhet til enhet, noen motiveres av driften i seg selv, mens andre må finne andre måter å motivere seg til det å drive sunt og fornuftig. Så de interne forskjellene virker absolutt å gjøre seg gjeldende også på dette området.

De ulike formålene tjenes altså svært ulikt enheten i mellom. Disse forskjellene kan forklares både gjennom den enkelte enhets driftsstruktur og kjernevirksomhet, men også gjennom enhetens leder og hans/hennes måte å tilnærme seg budsjettet på. Det som like fullt er vanskelig å observere er at det finnes en direkte link mellom de ulike formålene og aktivitetsnivået, noe som underbygger antakelsen om løs koblinger.

5.2.2 Ansvarliggjøring

Basert på litteratur- og teorigjennomgangen definerer også et av budsjettets formål. Defineringsformålet har til oppgave å besørge at budsjettet skal tilrettelegge for at de underliggende funksjonelle, ressursmessige og tidsmessige sammenhengene kan klargjøres,

som i sin tur ivaretar at enkeltpersoner og avdelinger kan få definert sitt ansvar. På dette punktet fant intervjurunden ingen direkte koblinger mellom budsjett og aktivitet. De ansatte nærmest aktiviteten bruker ikke budsjettet til verken klargjøring eller ansvarsdefinering. Budsjettet kan i beste fall tjene dette formålet på et overordnet plan mellom de ulike ledernivåene. Klinikksjefene får en pott, presentert gjennom et budsjett, tildelt av ledelsen hos UNN, som de fordeler videre i delbudsjetter til sine avdelingsledere. Avdelingslederne deler dette videre inn i delbudsjetter til sine seksjonsledere dersom det er klinikkens struktur. Så på et overordnet nivå kan det være riktig å si at budsjettet er med på å definere de økonomiske begrensninger eller rammebetingelser som ligger til grunn, men ikke direkte koblet opp mot aktivitetsnivået ute i korridorene på sykehuset. Det er med andre ord ingen beskrivelser i budsjettet som definerer hvordan aktivitet skal gjennomføres. Sistnevnte ivaretas av det kliniske miljøet som igjen er tuftet på en felles forståelse av hva som er ansvaret til helsepersonellet.

5.2.3 Ressursallokering, oppfølging og kontroll

Flere av uttalelsene i intervjurunden vitner om at allokering av ressurser er et sentralt tema i organisasjonen. Mye av kostnadskontrollen virker å ligge i nettopp det å utnytte ressursene best mulig. Allokering av ressurser i budsjettforstand omhandler at en gjennom budsjettet tallfester og presenterer helseforetakets ressursgrunnlag, og sammen med andre analyser vil budsjettet sikre at bedriften utnyttet sine knappe ressurser best mulig. Også på dette punktet er bestillingen fra direktøren klar:

«Direktøren vår har sagt det i mange sammenhenger, at vi må huske at det aldri kommer mer penger. Det kommer heller ikke flere folk, det eneste vi kan gjøre er å jobbe smartere.»

- Respondent 4

Dette er en tankegang som virker å være innarbeidet i flere deler av organisasjonen, da de ansatte virker å være oppmerksomme på at ressursene er relativt knappe. Flere av respondentene kommuniserte lignende budskap:

«Og tenkinga hos meg, og det jeg prøver å få frem hos mine medarbeidere, er at vi må knuse den myten som sier at kvaliteten for pasientene våre blir bedre jo mer penger vi bruker. Den myten må knuses, og heller forklare at jo høyere kvalitet vi tilbyr pasientene våre, jo mindre utgifter får vi. Og da frigjør vi midler (...) Poenget er at det er en myte i vår bransje at jo mer penger du bruker, desto høyere kvalitet får du.»

Mellomlederne virker svært bevisste på at det må jobbes smart for å få endene til å møtes, og de virker også motiverte til å kommunisere dette til sine ansatte. Det som dog ikke kommer frem er hvorvidt de egentlig har hjelp i selve budsjettet til denne ressursallokeringen, eller om allokeringen er et resultat av de budsjetttrammer den enkelt leder får tildelt. Det som er sikkert er at budsjettet setter klare begrensinger, fremtvinger større effektivitet og forhåpentligvis smartere løsninger. I neste instans påvirker dette selvfølgelig aktiviteten ute i avdelingene, og det er gjennom dette formålet vi ser den potensielt sterkeste koblingen mellom budsjett og aktivitet. Tankegangen rundt det å tenke smart og kreativt vedrørende de kostnader og ressurser en besitter virker å være relativt lik i hele organisasjonen. De fleste virker å være godt kjent med den knappheten som rå, og at en derfor må prøve å tyne de ressursene en har til det ytterste for å kunne drive mest mulig effektivt:

«Det å tenke litt kreativt på kostnader, er noe man alltid må gjøre»

Det er flere av respondentene som forklarer at en bruker budsjettinformasjon til å justere driften underveis. Særlig i tilfeller hvor avvik oppstår, da bruker de budsjettet til å se hvilke poster de kan gjøre innsparinger på for å eventuelt hente inn det aktuelle avviket, noe som trygt kan beskrives som ressursallokering.

Ressursallokering handler også om beinharde prioriteringer. Der pengene ikke strekker til kan en risikere at enkelte tilbud må fjernes eller ansatte sies opp. En av respondentene forklarer noe av vanskeligheten med å være helsefaglig leder når vedkommende blir spurt om hvordan negative avvik eller prognoser kan behandles. Vedkommende beskriver en hendelse hvor økonomien fremtvang nedleggelse av et godt velferdstilbud, høyt verdsatt av brukerne, for å gi nødvendig økonomisk handlingsrom tilknyttet akutt innlagte. Årsaken slik respondenten beskriver det er at velferdstilbudet strengt tatt ikke er et viktig helsetilbud, og at det derfor kuttet ut ettersom det ikke er et livsviktig tilbud. Dette er selvfølgelig en vanskelig avgjørelse for en leder, blant mange meget upopulær også, men høyst nødvendig ettersom velferdstilbud ikke yter noen form for livreddende hjelp. Pungen strekker rett og slett ikke til for å opprettholde begge tilbudene. Eksempelet viser hvor vanskelig det kan være, av og til må det prioriteres hardt for å kunne ta seg av de mest kritiske aktivitetene.

Samtidig ser vi at det er forskjell mellom enhetene. De fleste av respondenten forklarer at det stort sett er kostnadssiden de til en viss grad kan regulere underveis. Men basert på enhetens egenart er det altså interne forskjeller på hvordan ressursene allokeres. Et eksempel på dette er den enheten som tidligere er omtalt, hvor et avvik kan hentes inn ved å øke aktiviteten, som i sin tur øker inntekten. Et negativt avvik en måned kan i dette tilfellet innhentes gjennom et positivt avvik neste måned. Men denne enheten er unntaket heller enn regelen, og de fleste har ikke denne muligheten. Det en like vel kan se ut fra dette er at det finnes interne forskjeller på hvordan dette løses.

Oppfølging- og kontrollformålet tar sikte på å følge opp det arbeidet som blir gjort i avdelingene, men først og fremst med et økonomisk skråblikk. Oppfølging- og kontrollaspektet ivaretas gjennom avvikanalyser, som setter fokus på det som ikke har skjedd slik forutsetningene la til rette for, både av positiv og negativ art.

«Det er ikke sann at vi bare kan styre alene, det blir fort gitt tilbakemelding, i alle fall om du går i minus».

- Respondent 3

Flere av intervjuobjektene forteller at de måles på svært mange områder. Alle i organisasjonen blir fulgt opp av sin respektive leder hva angår budsjettoppnåelse, samtidig som de er under kyndig veiledning og oppfølging av den respektive klinikkens økonomirådgiver.

Avviksrapporteringen følger ledelseskjeden i organisasjonen, der den enkelte rapporterer avvik til sin overordnede. Seksjonsleder rapporterer til avdelingsleder. Avdelingsleder kan så ta tak i dette gjennom å foreslå tiltak, eller i verste fall hente fra en annen seksjon som har motsatt tendens. På samme måte vil de avvik avdelingsleder ikke klarer å håndtere rapporteres til klinikkens sjef som har et lignende handlingsrom i form av forflytninger mellom de ulike avdelingene. Til syvende og sist rapporterer klinikkens sjef til ledergruppa med direktøren på toppen. Budsjettet kan på denne måten sies å ivareta oppfølging- og kontrollfunksjonen til en viss grad, og koblingen mellom budsjett og aktivitet virker i dette tilfellet å være noe sterkere enn for flere av de andre formålene. Samtidig vet vi fra før at de færreste av lederne bruker budsjettet på daglig basis, så funksjonen budsjettet får, også i denne sammenheng, er i større grad kontrollerende enn styrende. En justerer seg underveis gitt de rammer budsjettet på forhånd har satt.

På et høyere ledernivå, der kontakten er sterk med flere budsjettansvarlige i sykehuset, kommer det frem interne forskjeller når det gjelder holdningen til økonomiansvaret. Det respondenten fremmer er variasjon til økonomiansvaret, der noen har en holdning til at uavhengig av budsjettoppnåelse, vil det løse seg på en eller annen måte. I dette tilfellet er ikke budsjettansvarlig opptatt av at avvikene må korrigeres gjennom tiltak, men et lite håp om at det løser seg av tilfeldigheter. Dette tilfellet av holdning kan også knyttes til det som tidligere er nevnt; man ikke ser noen form for konsekvens for de med budsjettansvar, og vil med dette heller ikke ha noen effekt på aktivitetsnivået for enheten det gjelder. Spørsmålet som fremmer dette synet, var om eventuelle avvik rapporteres på en effektiv og troverdig måte med en gang de oppstår, og svaret vitnet om interne forskjeller på dette området:

«Ikke bestandig, det er for sånn at «jaja, slik må vi bare gjøre det, så det får bare bli slik. Vi håper det går over, og at pengene kommer fra noe annet, det løser seg gjerne.»»

- Respondent 5

Respondenten forklarer videre at tankegangen hos noen er at det som regel går seg til, det ordner seg. Videre forklarer respondenten at dette er noe det jobbes med, som følge av stadige budsjettkutt for å finansiere bygg og IT, at avvik må gripes tak i med en gang en ser at det går feil. Tendensen er derfor positiv, og forståelsen rundt det å ha budsjettansvar virker ifølge respondenten å bli stadig bedre. På tross av positiv tendens, forteller dette en historie om hvor forskjellig både holdning til, og bruk av budsjett er internt i organisasjonen. Som vi kommer tilbake til mot slutten av dette kapittelet kan noe av forklaringen ligge i profesjonskonflikten mellom den administrative og den kliniske kulturen.

5.2.4 Forskjell mellom klinikkene

Som det fremgår av metoden er utvalget i denne studien plukket bed bakgrunn i en klinikk som kan vise til positivt resultat de siste årene, og en klinikk hvor tendensen har vært motsatt. Formålet med å gjøre utvelgelsen på denne måten var å se om det fantes signifikante forskjeller klinikkene imellom for hvordan budsjettet ble benyttet til å styre aktivitet. Basert på de funn som fremkom gjennom intervjurunden finner vi ingen klinikkspesifikke mønster i budsjettbruken som bastant kan forklare denne forskjellen. Det som riktignok kan være en del av forklaringen er klinikkenes egenart og deres noe ulike driftsgrunnlag. Klinikken med negativt resultat virker å preges av en mer dynamisk og variert drift, med flere innlagte pasienter, flere sengeposter og større utstyrspark som må vedlikeholdes og oppdateres. Klinikken med positivt resultat er i større grad preget av personell som sin hovedressurs og

virker å bestå av et noe mer stabilt og forutsigbart miljø. Dette kan således sies å bekrefte teorien om at budsjett fungerer best i en organisasjon som opererer i et stabilt miljø, og kan potensielt gi vann på mølla til budsjettkritikerne som blant annet argumenterer for at budsjettet sliter med å tilpasse seg et dynamisk miljø.

Det er viktig å påpeke at dette bare er en del av forklaringen på forskjellen mellom klinikkene, men at funnene fra denne studien ikke viser noen konsekvent forskjell i budsjettbruken som kan forklare forskjellene.

5.2.5 Agent-prinsipalproblemet

Agent-prinsipalproblemet gjør seg gjeldende i de fleste organisasjoner, så også i helseforetaket denne avhandlingen omhandler. Forskjellen mellom profesjoner er med på å forsterke denne problemstillingen. Pasienten er den som til syvende og sist utløser kostnadene tilknyttet de aktiviteter som må gjennomføres, og som nevnt i litteratur- og teorikapittelet blir pasienten tilnærmet utelukkende administrert gjennom kliniske beslutninger. Med bakgrunn i dette var det naturlig å se på agent-prinsipalproblemet som en potensiell del av forklaringa for hvorfor koblingen mellom budsjett og aktivitet finnes løs, og ikke minst hvorfor det er interne forskjeller på hvordan budsjettet eventuelt benyttes til å styre aktivitetsnivået i organisasjonen. En kan skille mellom det som omtales som klinisk kultur og administrativ kultur.

Agent-prinsipalproblemet går ut på at en agent tar beslutninger på vegne av prinsipalen, men at deres målsetninger ikke sammenfaller samtidig som agenten sitter på informasjon, relevant for driften, som ikke prinsipalen har. I et helseforetak skjer dette hele tiden, agenten sitter ikke bare på informasjon prinsipalen ikke har, men også kompetanse. Kompetansen er av klinisk karakter, på lik linje med informasjonen aktivitetsavgjørelser er tuftet på, og gjør at agenten har et helt annet forhold til beslutningene som må fattes. Til syvende og sist er det den kliniske informasjonen og kompetansen som definerer aktivitetsnivået ute i avdelingene, og som legger grunnlaget for de økonomiske konsekvensene.

Som en av respondentene i intervjuene kunne meddele er bestillingen fra direktøren at budsjettet skal etterleves og følges opp. Samtidig viser det seg at budsjettet ofte spiller en mindre rolle ute i avdelingene, og av og til er så å si helt fraværende når kliniske beslutninger skal fattes. Disse fattes stort sett utelukkende basert på en klinisk vurdering, og ikke en

økonomisk. I mange situasjoner er det riktignok det som er rett å gjøre også, og helseforetaket er underlagt flere lover og regler som er med på kontrollere dette, men samtidig ser vi at holdningen til budsjettet er svært variert i det kliniske miljøet. Noe vi også får bekreftet av studiens respondenter. En av respondentene oppfatter profesjonsforskjellen som avgjørende for hvordan økonomien blir håndtert:

«Det er også en høy andel helsepersonell som er ledere, både når det gjelder sykepleiere og overleger, som ikke nødvendigvis har økonomi som fokus nummer en, selv om de burde det»

- Respondent 1

En av lederne som ble intervjuet svarer dette til det å bruke budsjett i organisasjonen:

«Det er store forskjeller, og mye av dette skyldes at ledere som skal ta økonomiske beslutninger i en organisasjon som dette ofte er utdannet med et helt annet fokus enn ressursstyring.»

- Respondent 6

Av disse svarene forstår vi at beslutningstakerne i organisasjonen ofte har annet fokus enn budsjett når avgjørelser må fattes. Agenten som sitter med avgjørelsen er utdannet først og fremst med et klinisk fokus, og beslutninger fattes først og fremst med bakgrunn i den kliniske problemstillingen, og ikke den økonomiske, eller administrative. Prinsipalen som er direktøren og til en viss grad økonomiavdelinga vil kanskje oppleve dette som feil, da de først og fremst har en administrativ bakgrunn, og ikke den samme kompetansen og kunnskapen inne klinisk virksomhet.

En annen av de som ble intervjuet, som i likhet med respondenten over er av helsefaglig bakgrunn, etterspør mer økonomisk kompetanse ute i organisasjonen:

Jeg har bestandig tenkt at med tanke på at ledere i helsevesenet forvalter enorme summer, så er det alt for lite kompetanse rundt økonomistyring.»

- Respondent 2

Her argumenteres det for at det på generelt grunnlag er høyt fokus på økonomi i organisasjonen, og antar at de ansatte derfor ville tatt imot en kompetanseheving på området med åpne armer. Dette underbygger forutsetningen om at den økonomiske kompetansen ute i det kliniske miljøet er lav. Riktignok har mange av mellomlederne tatt kursing og

videreutdanning innen ledelse, og noen også ressursstyring, men det er den helsefaglige kompetansen som ligger i bunn, og som utgjør det største tyngden av kompetansen disse lederne besitter. Poenget er at bakgrunnen til de som sitter med budsjettansvar er svært variert, noen har tatt videreutdanning innen ledelse og/eller ressursstyring, mens andre har ikke det. Og selv om fellesnevneren er helsefaglig grunnutdanning, er det også innen dette området store forskjeller. Mellomlederne er alt fra leger til sykepleiere og bioingeniører.

Med utgangspunkt i forskningsmodellen presentert i teori- og litteraturgjennomgangen ser vi at denne agent-prinsipalproblematikken, i likhet med hvordan budsjettet benyttes i praksis, er med på å forsterke de løse koblingen mellom budsjett og aktivitet. Dette kan en argumentere for ettersom budsjettet er sterkt forankret hos prinsipalen, som i dette tilfellet er det administrative miljøet. Bestillinga fra direktøren er som nevnt fra en av intervjuobjektene at budsjettet skal følges og oppnås. Mens hos agenten, i dette tilfellet det kliniske miljøet, blir budsjettet i mange tilfeller mer som en parentes å regne. Agenten har forståelig nok det kliniske som et overordnet fokus. Like fullt er det store interne forskjeller på hvordan det kliniske miljøet benytter seg av budsjettet, som vist tidligere i denne avhandlingen kan flere av intervjuobjektene siteres på at forholdet til pengebruk er svært ulikt innad i helseorganisasjonen. Der enkelte har et nært og strengt forhold til pengebruken, er andre med fjern og løssluppen når det kommer til å vurdere økonomiske konsekvenser. Dette gjelder også internt i klinikkene, en klinikk sjef er like avhengig av at budsjettene til hans respektive avdelinger og seksjoner går opp, som direktøren er avhengig av at budsjettene til klinikkene kommer i havn.

Agent-prinsipalproblemet kan med andre ord også oppstå internt i klinikken, mellom klinikk sjef, avdelingsleder, seksjonsleder og andre ansatte. For faktum er at desto lenger ned i organisasjonene en befinner seg, desto nærmere pasienten og aktiviteten er en, her vil derfor den kliniske tenkingen være betydelig sterkere enn den administrative. Noe av det som gjør dette noe mer komplekst i helsesammenheng er at prinsipalen, litt satt på spissen, egentlig har to interesser, nemlig oppnå budsjett – gjennom en mest mulig kostnadseffektiv tilnærming, og behandle pasienter. Mens agenten, også litt satt på spissen, har en interesse - nemlig å behandle pasienter – koste hva det koste vil. Eller sagt med andre ord, å opprettholde et høyest mulig aktivitetsnivå. Forskjellen fra en vanlig virksomhet her er at begge er interesserte i å gjennomføre et høyest mulig aktivitetsnivå, men det er i forutsetningene dette prinsipal-agentproblemet ligger. Forutsetningene er budsjettet, eller pengene, hvor prinsipalen

og agenten kan synes å ha noe ulikt syn på hvordan fokuset på dette skal være. Prinsipalen ønsker sterkt fokus, mens flere av agentene ikke tar økonomidilemmaet like alvorlig.

6 Avslutning

6.1 Konklusjon

Gjennom denne avhandlingen har fokuset vært å besvare hvordan budsjettet benyttes til styre aktivitetsnivået i et større helseforetak. Gjennom studien av Universitetssykehuset i Nord-Norge har det blitt gjennomført en analyse av budsjettets egnethet som styringsverktøy opp mot aktivitetsnivå, samt interne forskjeller på hvordan budsjettet brukes til å styre nevnte aktivitet. Dette for å kunne belyse nettopp hvordan budsjettet brukes. Styringssirkelen utgjorde i første omgang utgangspunktet for analysen, men for å redusere omfanget blir det først og fremst fokus på koblingen mellom budsjett og aktivitetsnivå.

Basert på funnene som vitner om løse koblinger vil det være naturlig å argumentere for at budsjettet, slik det fungerer i helseforetaket per nå, ikke nødvendigvis egner seg veldig godt til å styre aktivitet. Til dette er det for sjeldent i bruk, og det inneholder heller ikke de verktøy som skal til for å klare dette på daglig basis. Organisasjonen virker ikke å ha noen retningslinjer for hvordan budsjettet skal benyttes, og det kommer frem av studien at budsjettet i liten grad tjener de formål det er ment å gjøre, og derfor ikke direkte brukes til å styre aktivitetsnivået. På den andre siden kan det argumenteres for at budsjettet benyttes som et verktøy for å regulere aktiviteten, dog ikke hyppig. Men det derimot kan sies å komme frem er at det benyttes som et slags sjekkpunkt underveis i regnskapsåret, og at en basert på sjekkpunktene kan gjøre mulige justeringer for å endre eller justere budsjettkursen. På denne måten har budsjettet en indirekte påvirkning på aktivitetsnivået. Men det er vanskelig å se noen direkte kobling mellom budsjett og aktivitet, og dets egnethet til å styre aktivitetsnivået virker derfor å være begrenset.

Ser en på de formål budsjettet er ment å tjene, er det som nevnt tydelig at disse ikke praktiseres i særlig grad hos Universitetssykehuset i Nord-Norge. Budsjettet utgjør i større grad en slags ramme for aktiviteten, og praktiseres i mindre grad som et direkte styringsverktøy. Samtidig er de interne forskjellene store, og de fleste har ulik tilnærming til det å bruke budsjettet, så også til de formål det er ment å tjene. Forskjellene forklares delvis av den enkelte enhets egenart og daglige virke, men også av kulturelle forskjeller, først og fremst mellom det administrative og det kliniske miljø, men også internt i det kliniske miljøet mellom de ulike hierarkiske nivåene. At agent-prinsipalproblemet gjør seg gjeldende er det liten tvil om, og profesjonsforskjellene utgjør roten til denne. Kompetansen hos de som besitter budsjettansvar virker primært å være innen helsefag, og bakgrunnen deres omhandler

i utgangspunktet ikke økonomi- og ressursstyring. Dette vil i sin tur medføre store interne forskjeller på hvordan budsjettansvaret håndteres, samtidig som det bidrar til løse koblinger mellom budsjett og aktivitet.

Som resultat- og analysekapittelet ved et par anledninger beskriver, er det noen av de undersøkte enhetene som er omgitt av et mer stabilt miljø enn det som er gjennomgangsmelodien for flere av de andre budsjettenhetene. Eksempelvis nevnte enhet hvor et potensielt positivt resultat ikke overføres andre avdelinger, men flyttes over i neste budsjettår. I denne enheten viser det seg at budsjettet, i større grad enn det som virker å være normalen, tjener de formål det er ment å tjene. Noe som underbygger deler av budsjettkritikken som beskriver at budsjettet først og fremst egner seg i situasjoner hvor en opererer i et stabilt miljø hvor planer på et år er realistiske, samtidig som de må ha gode modeller som gjør at de med budsjettansvar kan holdes ansvarlig. På dette punktet kan studien langt på vei gi budsjettkritikerne rett, ettersom det er nettopp enhetens egenart som gjør at budsjettansvarlig ikke trenger å forholde seg til andre enn sin egen avdeling, og derfor er omgitt av et mer stabilt miljø hvor ansvarlig først og fremst svarer til seg selv og sin enhet. Videre gis kritikken rett på områder hvor budsjettet ikke er oppdatert på de omgivelser som råder. Studien har vist oss at budsjettet i noen tilfeller legger opp til et lavere aktivitetsnivå enn det som faktisk er tilfellet, noe som kan forklares gjennom at budsjettmålene i utgangspunktet ikke er operasjonalisert, som i et aktivitetsbasert budsjett.

Så hvordan benyttes egentlig budsjettet til å styre aktivitetsnivået? Det studien først og fremst tyder på er at budsjettet i større grad fungerer som et kontrollverktøy enn et direkte styringsverktøy. Det medfølger ingen operasjonelle beskrivelser i budsjettet når det fordeles til lederne. Samtidig bekrefter samtlige respondenter at budsjettet ikke benyttes til den daglige driften, noe som underbygger dets relativt lave påvirkning på aktivitetsnivået som genereres ute i avdelingene hver eneste dag, og at det slik det brukes per dags dato heller er dårlig egnet til å styre aktivitet. Budsjettet legger i større grad rammer for aktiviteten enn direkte føringer for hvordan den skal gjennomføres, og det fremkommer av studien at forholdet mellom budsjett og aktivitetsnivå først og fremst preges av løse koblinger. De løse koblingene påvirker også styringssirkelen slik den er skissert. I følge teorien vil modellen miste sin virkning dersom de fire elementene ikke er knyttet sammen, og fraværende sammenheng mellom elementene fører til ineffektivitet i en eller flere av prosessene. En kan ikke ut fra denne studien konkludere med at styringssirkelen har mistet sin virkning, ettersom koblingen mellom plan- og budsjettelementet og drift- og målingselementet (aktivitet) ikke direkte er

fraværende, men svak. Ikke fraværende ettersom budsjettet ligger der som en kontrollerende mekanisme, men svak da det ikke direkte styrer aktivitetsnivået. Denne svakheten forklares gjennom løse koblinger. Løse koblinger mellom disse elementene tyder i sin tur på at sammenhengen er dårlig – og derfor også effektiviteten, altså ressursutnyttelsen.

Budsjettet brukes i større grad som et kontrollverktøy enn et styringsverktøy, slik det egentlig er tiltenkt. Blant de med budsjettansvar er det store forskjeller, men gjennomgangsmelodien er at budsjettet først og fremst er der for å føre kontroll med utgiftene, og i mindre grad til å styre aktivitet. Den påvirkningen det har på aktivitetsnivået er først og fremst indirekte, gjennom å sette økonomiske rammer. Løsningen kan være å tilpasse budsjettet bedre, inkludere flere av formålene rent formelt i budsjettet som presenteres organisasjonen. Et annet alternativ kan være enda mer rullerende budsjetter som i større grad tar hensyn til realiteten slik den er der og da. Eventuelt å lytte til budsjettkritikerne, hvor aktivitetsbasert budsjettering og Beyond Budgeting er eksempler.

Med dette avsluttes konklusjonen med et sitat fra en av intervjurundens respondenter:

«Hva med muligheten til å styre uten å bruke budsjett? Fordi det som skjer er at man har to forskjellige ting man skal styre etter, og når man skal styre etter både aktivitet og budsjett så lever det hvert sitt liv – de er ikke synkroniserte. Så da må man hele tiden fange opp endringer i aktiviteten for å kunne tilpasse budsjettet.»

- Respondent 5

6.2 Forslag til videre forskning

Hovedfokus i denne avhandlingen har vært koblingen mellom budsjett og aktivitet, og hvordan budsjettet benyttes til å styre aktivitet. Noe som ikke fremkommer gjennom denne studien er andre verktøys styringsverdi. Sykehuset praktiserer det de kaller en dialogavtale, hvor formålet er å styre atferd og bygge kultur. Denne avtalen inkluderer ikke det økonomiske aspektet, men kan påvirke aktivitetsnivået. Det som kunne vært interessant hadde vært å se på hvordan denne avtalen gjør seg gjeldende i miksen med budsjett og aktivitet, og den påvirkning av selve styringssirkelen.

I tillegg kunne det vært aktuelt å inkludere respondenter uten budsjettansvar, altså de som er nærmest pasienten og som kun foretar kliniske avgjørelser. En studie av deres holdning og kunnskap til de økonomiske konsekvenser som fremkommer gjennom kliniske avgjørelser. Dette kunne blitt knyttet til budsjettet og dets formål.

En tredje gren, som ville vært vesentlig mer omfattende enn denne studiens omfang, ville vært å studere to eller flere av de fire helseforetakene for sammenligning. Undersøkt hvorvidt helse Sør-Øst, Vest og Midt benytter budsjettet, i styringsøyemed, på en annerledes måte enn Helse Nord. En sammenligning med private helseaktører kunne også vært interessant, men her blir premissene så vidt forskjellig ettersom de private foretakene kan drive med profittfokus uten å være pliktig å gi behandling.

Et siste forslag, som i lys av denne avhandlingen ville vært særs interessant, er å undersøke muligheten til å styre uten budsjett. Kunne eksempelvis Beyond Budgeting være en styringsfilosofi som øker effektiviteten og ressursutnyttelsen i offentlige helseforetak?

7 Referanseliste

Bøker:

- Anthony, R. N. og Young, D. W. (2003). *Management Control In Nonprofit Organizations*. Illinois: McCraw-Hill Irwin.
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Boye, K., Bjørnenak, T. og Bergstrand J. (1999). *Budsjettering*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Bryman, A. og Bell, E. (2015). *Business research methods*. Oxford: Oxford University Press
- Christoffersen, L., Johannessen, A., og Tufte, P. A. (2010). *Forskningsmetode for Økonomisk-Administrative fag*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Gjønnnes, S. H. og Tangenes, T. (2012). *Økonomi- og virksomhetsstyring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hellevik, O. (1992). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hoff, K. G. med bidrag av Bjørnenak, T. (2010). *Driftsregnskap og budsjettering*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hoff, K. G. (2009). *Grunnleggende bedriftsøkonomisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Hope, J. og Fraser R. (2003). *Beyond Budgeting: How managers can break free from the annual performance trap*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press
- Horngren, C. T., George, F., og Datar, S. (1994). *Driftsregnskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Kaplan, R. S. og Johnson H. T. (1987) *Relevance Lost: The rise and fall of management* . Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press
- Mellemvik, H. og Olson, F. (1996). *Regnskap og økonomistyring i kommuner*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Power, M. (1997). *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.

Saunders, M., Lewis, P., og Thornhill, A. (2012). *Research Methods for Business Students*. Harlow: Pearson PLC

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research - Design and Methods*. USA: Sage Publications

Artikler

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academ of Management Review*. S. 57-74. Hentet fra:

http://www.jstor.org/stable/258191?seq=1&cid=pdf-reference#fndtn-references_tab_contents

Grønnevet, G. og Østergren, K. (2008). Er budsjettstyring god økonomistyring? *Praktisk økonomi og Finans*. S. 57-64

Hansen, S. C., Otley, D. T. og Van der Stede, W. A. (2003). Practice Developments in Budgeting: An Overview and Research Perspective. *Journal of Management Accounting Research*. S. 95-116

Jensen, M. C. og Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm; Managerial behaviour, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics* 3. S. 305-360. Hentet fra:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304405X7690026X>

Kilfoyle, E. og Richardson, A. J. (2011). Agency and structure in budgeting: Thesis, antithesis and synthesis. *Critical Perspectives on Accounting*. S. 183-199. Hentet fra:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1045235410001310>

Lem, C. H. (2009). Beyond Budgeting – Forlater budsjettene – øker verdiskapningen. *Magma*. Hentet fra: <https://www.magma.no/beyond-budgeting-forlater-budsjettene-oeker-verdiskapningen>

Nyland K. og Pettersen I. J. (2010). Økonomistyring i staten – likhet eller mangfold? *Magma*. Hentet fra: <https://www.magma.no/oekonomistyring-i-staten-likhet-eller-mangfold>

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. 78-85

Pettersen, I. J. (2001). Implementing Management Accounting Reforms in the Public Sector: The difficult Journey from Intentions to Effects. *The European Accounting Review*. S. 561-581

Orton, J. D. og Weick, K. E. (1990). Loosely coupled Systems: A Reconceptualization. *Academy of Management review*. S. 203-223. Hentet fra: http://dimetic.dime-eu.org/dimetic_files/OrtonWeickAMR1990.pdf

Østergren, K. (2009). Management control practices and clinician managers: The case of Norwegian health sector. *Financial accountability & management* 25(2). S. 167-195

Nettsider

Andersen, M. E. og Idsø J. (2016). Prinsippal-agent-teori. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/prinsippal-agent-teori>

Helsedirektoratet (2017). *Kostnadsutvikling: Resultat for helseforetakene*. Hentet fra https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=8af6b846-01fd-48fe-97f1-5c757ecde821&Dd_ContentType=Dashboard

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014a, 24.11). *Ofte stilte spørsmål*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal/id534086/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014b, 24.11). *Sykehusenes hovedoppgaver*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver/id528111/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017c, 24.11). *DRG-systemet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>

Statistisk Sentralbyrå (2017). *Helseregnskap 2016*. Foreløpig tall. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonaltregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar>

Universitetssykehuset i Nord-Norge (2017, 30.04). *Om oss*. Hentet fra: <https://unn.no/om-oss>

Lover

Spesialisthelsetjenesteloven (1999), *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Rapporter

Maisonneuve, C. og Oliveira, J. M. (2013). *A projection method for public health and long-term care expenditures*. (No. 1048). Hentet fra:

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2013\)40&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2013)40&docLanguage=En)

Nyland, A. og Østergren, K. (2008). *Økonomisk styring i helseforetak- avdelingslederens holdning til økonomiansvar* (No. 06/08) Hentet fra:

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/164973/R06_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Riksrevisjonen. (2009a) *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene: Dokument 3:3*. (No. 2009-2010). Hentet fra:

<https://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2009-2010/Dokument%203%202009%202010.pdf>

Annet:

Helse Nord. (2016). *Oppdragsdokument 2016* [Dokument] Vedtatt 3. februar 2016. Hentet fra: <https://unn.no/Documents/Om->

[oss/Oppdragsdokument%202016%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene%20%282%29.pdf](https://unn.no/Documents/Om-oss/Oppdragsdokument%202016%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene%20%282%29.pdf)

Helsedepartementet. (2016). *Innsatsstyrt finansiering 2017*. [Regelverk]. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1265/Innsatsstyrt%20finansiering%202017%20IS-2568.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Informasjonsbrev intervju.....	65
Vedlegg 2 - Intervjuguide (økonomirådgivere).....	66
Vedlegg 3 - Intervjuguide (Klinikkssjef, avdelingsleder og seksjonsleder)	69

Vedlegg 1 - Informasjonsbrev intervju

Bakgrunn og formål

Dette prosjektet er en masteroppgave for masterstudiet i økonomi og administrasjon.

Institutt: Handelshøyskolen ved UiT Norges arktiske universitet.

Formålet med casestudiet er å belyse hvilken grad budsjettet er med på å påvirke aktivitetsnivået i en kompleks offentlig virksomhet, se på hvilke faktorer som er like/ulike basert på hierarkisk nivå og til slutt se på hvordan budsjettet benyttes til å kommunisere aktivitetsmålene. Med utgangspunkt i dette har vi følgende problemstilling:

Hvordan benyttes budsjett til å styre aktivitetsnivået i et offentlig helseforetak?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen innebærer et semistrukturert intervju, på 30 minutter. Spørsmålene vil omhandle din rolle ved bruk av budsjett opp mot aktivitetsnivå.

Data fra intervjuet registreres i form av notater og lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Tilgang til personopplysninger, notater og lydopptak består av Sondre Fjelltun Hansen (student), Haakon Kristian Våge Støyle (student) og Anita Michalsen (veileder). Personopplysninger, notater og lydopptak lagres i OneDrive for Business.

Lydopptaket blir ved ønske transkribert og ettersendt. Det vil bli bedt om tillatelse ved eventuell bruk av intervjuobjektets sitater i oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2017. Personopplysninger, notater og lydopptak blir etter sensur av oppgaven slettet, forventet sensur er 22.06.2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Vedlegg 2 - Intervjuguide (økonomirådgivere)

Intervjuguide

-individuellt, semistrukturert intervju – ½ time.

TEMA: Økonomistyring i et større norsk helseforetak – UNN.

Problemstilling: *Hvordan benyttes budsjett til å styre aktivitet i et offentlig helseforetak?*

Form: To konsulenter møter respondenten. Den ene konsulenten (1) opptrer som intervjuer, og leder samtalen med respondent. Den andre konsulenten (2) tar notater og er ansvarlig for lydopptak. Hva angår oppfølgingsspørsmål må også konsulent 1 ta notater for å holde tråden i samtalen. Konsulent 1 som leder samtalen er selv ansvarlig for den muntlige oppsummeringen og avklaringen på slutten. Konsulent 2 kan bryte inn dersom det oppstår misforståelser eller at han ser relevante innskudd til intervjuet eller lignende. I etterkant må intervjuet enten transkriberes fullstendig eller skrives som et referat de viktigste punktene i samtalen oppsummeres.

1. Erfaringer (5 min)
 - Avdekke erfaringer og kjennskap til problemstillingen.
 - Få kort innblikk i respondentens arbeidshverdag.
2. Fokusering (15-20 min)
 - Nøkkelspørsmål
 - Oppfølgingsspørsmål og sjekkliste
3. Tilbakeblikk (5-10 min)
 - Oppsummering
 - Avklaring

1. Erfaringer

- Generelt om respondenten:
 - Hvor lenge har du jobbet her?
 - Bakgrunn/utdannelse?
- Be respondenten fortelle kjapt om sin rolle i organisasjonen og hans/hennes daglige arbeidsoppgaver – *da med hovedfokus på budsjett og dets kommunikasjon begge veier i hierarkiet.*
- Avklaring vedrørende respondentens erfaring/kjennskap til temaet/problemstilling

2. Fokusering

- Nøkkelspørsmål med påfølgende oppfølgingsspørsmål/sjekkliste:
 - Kan du beskrive hvordan midler blir fordelt til klinikkene?
 - Kan du videre beskrive hvilke faktorer som avgjør tildelingen?
 - Når vi leser om helseforetak, brukes ofte begrepet «aktivitet» for å forklare hvor effektivt ressursene er utnyttet, kan du beskrive hva du ligger i dette begrepet?
 - Kan du beskrive hvordan du ved bruk av budsjett, legger føringer for planlegging av aktivitetsnivået til klinikken?
 - Beskriv hvilke budsjettmessige premisser som skal ligge til grunn når den daglige aktiviteten planlegges ute i avdelingene?
 - Hvilken tanker har du rundt budsjettets rolle når det gjelder langsiktig og kortsiktig aktivitetsplanlegging?
 - Variasjon?
 - Kan du beskrive hvordan dere evaluerer klinikkens aktivitetsnivå?
 - Kan du si litt om deres oppgave ved eventuelle avvik?
 - Beskriv hvordan du som økonomirådgiver håndterer budsjettavvik?
 - Opplever du at eventuelle avvik rapporteres på en effektiv og troverdig måte når de oppstår?
 - Forklar hvordan budsjettet legger føringer for beslutninger når det gjelder gjennomføring av aktiviteter i klinikken?
 - Hvordan mener du dette ivaretar eventuelle akutsituasjoner som oppstår i avdelingene?

- Opplever du at budsjettrammene oversees i forbindelse med gjennomføring av en/flere aktivitet(er)?
 - Skjer dette ofte?
 - Hvordan håndterer du det?
- Beskriv hva du gjør for at budsjettet blir formidlet på en forståelig måte til din klinikk?
 - Hvor egnet mener du budsjettet er som kommunikasjonsverktøy?

3. Tilbakeblikk

- Oppsummering.
 - Konsulent 1 går gjennom og oppsummerer de viktigste punktene som kom frem gjennom intervjuet
- Avklaring
 - Avklare eventuelle misforståelser
 - Spørre om man har forstått rett dersom noe er uklart
- Spørre om det er noe mer respondenten ønsker å tillegge

Vedlegg 3 - Intervjuguide (Klinikkjef, avdelingsleder og seksjonsleder)

Intervjuguide

-individuell, semistrukturert intervju – ½ time.

TEMA: Økonomistyring i et større norsk helseforetak – UNN.

Problemstilling: *Hvordan benyttes budsjett til å styre aktivitet i et offentlig helseforetak?*

Form: To konsulenter møter respondenten. Den ene konsulenten (1) opptrer som intervjuer, og leder samtalen med respondent. Den andre konsulenten (2) tar notater og er ansvarlig for lydopptak. Hva angår oppfølgingsspørsmål må også konsulent 1 ta notater for å holde tråden i samtalen. Konsulent 1 som leder samtalen er selv ansvarlig for den muntlige oppsummeringen og avklaringen på slutten. Konsulent 2 kan bryte inn dersom det oppstår misforståelser eller at han ser relevante innskudd til intervjuet eller lignende. I etterkant må intervjuet enten transkriberes fullstendig eller skrives som et referat de viktigste punktene i samtalen oppsummeres.

Erfaringer (5 min)

- Avdekke erfaringer og kjennskap til problemstillingen.
- Få kort innblikk i respondentens arbeidshverdag.

Fokusering (15-20 min)

- Nøkkelspørsmål
- Oppfølgingsspørsmål og sjekklister

Tilbakeblikk (5-10 min)

- Oppsummering
- Avklaring

1. Erfaringer

- Generelt om respondenten
 - Hvor lenge har du jobbet her?
 - Bakgrunn/Utdannelse?
- Avklaring vedrørende respondentens erfaring/kjennskap til temaet/problemstilling.
- Be respondenten fortelle kjapt om sin rolle i organisasjonen og hans/hennes daglige arbeidsoppgaver – i hovedsak de arbeidsoppgaver som tilknyttes budsjett.

2. Fokusering

- Nøkkelspørsmål med påfølgende oppfølgingsspørsmål/sjekkliste:
 - Forklar hvilke momenter som definerer aktivitetsnivået hos dere?
 - Beskriv hvordan den daglige aktiviteten planlegges hos dere?
 - Hva er bakgrunnen for at aktiviteten planlegges på denne måten?
 - Forklar hvordan du/dere benytter/forholder deg til budsjett i arbeidshverdagen din?
 - Beskriv hvordan budsjettet legger føringer for planlegging når du forbereder aktiviteten for en dag eller periode?
 - Forklar hvordan budsjettavvik håndteres?
 - Hvilke konsekvenser får eventuelle negative budsjettavvik for deg som leder?
 - Hvordan mener du budsjettet tar hensyn til alle aktualiteter tilknyttet det daglige aktivitetsnivået?
 - Er det store forskjeller på hvordan budsjettet benyttes som beslutningsgrunnlag innad i organisasjonen? (klinikk, avdeling, seksjon)
 - Forklar hvordan budsjettet formidler aktivitetsmål?
(Hvor godt egnet er budsjettet til å styre aktivitetsnivået?)
(Hvor tilgjengelig og forståelig er budsjettet for de ulike nivåene i organisasjonen?)
 - Opplever du at budsjettet er formidlet på en forståelig måte?
 - Beskriv hvordan budsjettet presenteres for deg, og hvordan du presenterer dette til dine ansatte.
 - Hvordan legger du frem budsjettet til dine ansatte?

- Gjør du noe spesielt for at formidlingen er så forståelig som mulig?
- Opplever du at budsjettet gir begrensninger for den medisinske delen av aktivitetsplanleggingen?
 - Hvordan håndterer du i så fall dette?
 - Skjer det at du overser budsjetttrammene for å få gjennomført en nødvendig aktivitet?

3. Tilbakeblikk

- Oppsummering.
 - Konsulent 1 går gjennom og oppsummerer de viktigste punktene som kom frem gjennom intervjuet
- Avklaring
 - Avklare eventuelle misforståelser
 - Spørre om man har forstått rett dersom noe er uklart
- Spørre om det er noe mer respondenten ønsker å tillegge