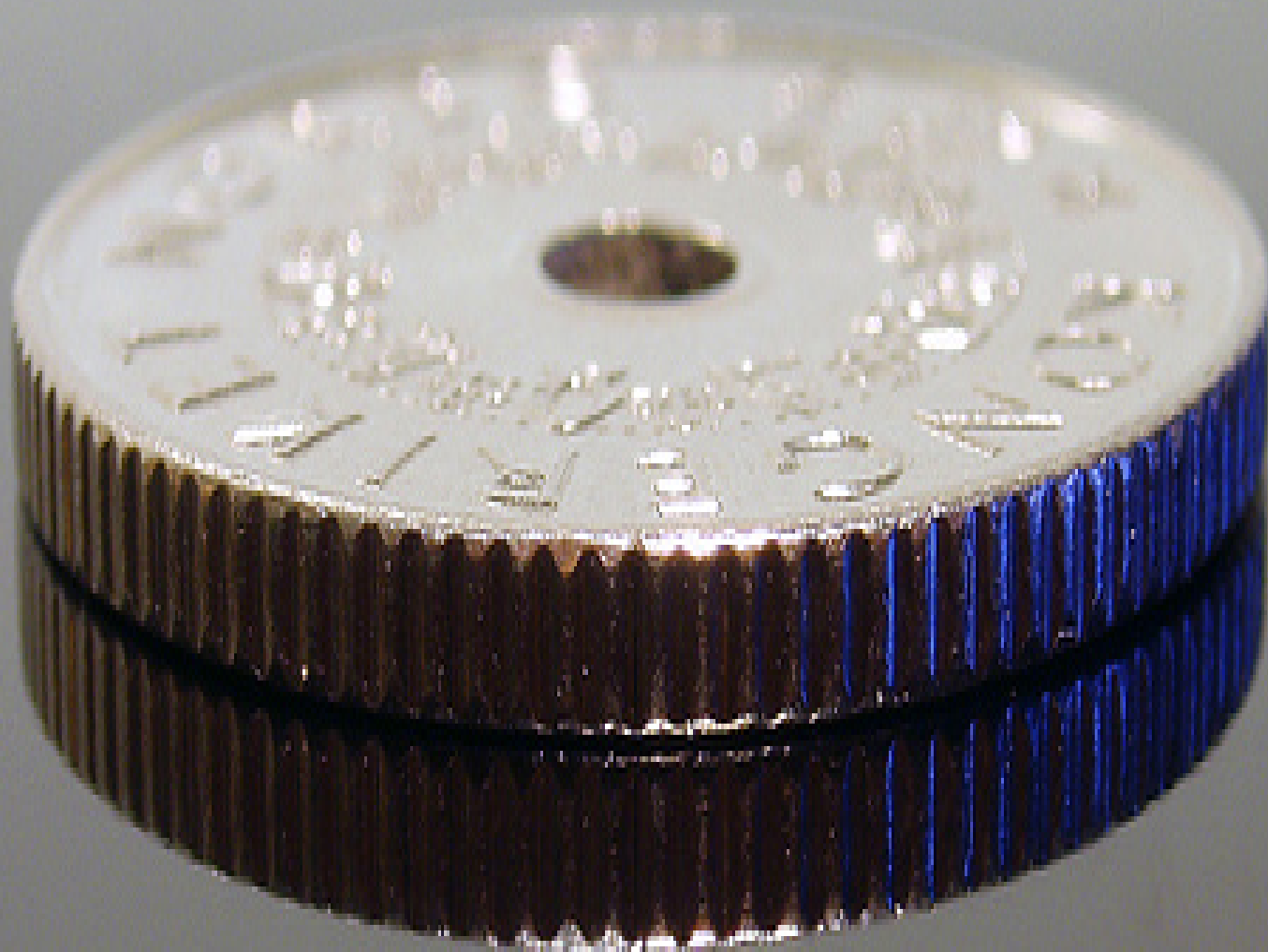


Budsjettdisiplin i sykehus

Holdninger og handlingsintensjoner
Lojalitet og forpliktelse



Mastergrad i Serviceledelse
Universitetet i Stavanger
Institutt for økonomi og ledelse
2010

Eli Rostrup
Studentnr. 301626

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende dannelsesreise. Den hadde ikke vært mulig uten gode hjelpere.

Først vil jeg rette en takk til min arbeidsgiver Stavanger Universitets-sjukehus for studiepermisjon til slutføring av oppgaven, og for økonomisk støtte underveis. Spesielt takk til min leder Hans Tore Frydnes, og til alle andre gode kolleger som har hatt tro på meg, og som har bidratt med gode innspill. Takk også til Inger Berge ved Helse Vest IKT for hjelp med distribuering av den elektroniske spørreundersøkelsen.

Min veileder Torvald Øgaard ved Universitet i Stavanger har guidet meg gjennom reisen på en glimrende måte. Jeg hadde neppe kommet til målet uten dette reisefølget.

En takk også til storfamilien for oppmuntring, støtte og tålmodighet gjennom hele studietiden, og spesielt de siste månedene. Særlig fortjener Cecilie og Jens takk for bistand med dataanalyser.

Jeg har vokst i "alder og visdom" gjennom denne reisen. Det er å håpe at dette vitenskapelige arbeidet kan komme til nytte for andre helseledere, og være et lite bidrag til bedre ledelse og styring i sykehus.

Eli Rostrup

Sandnes 01.05.2010

Sammendrag

Manglende budsjettdisiplin er en av de foreslåtte forklaringene til økonomiske utfordringer i sykehussektoren. Hensikten med denne studien er å belyse og forklare fenomenet budsjettdisiplin, forstått som evne og vilje til å holde budsjett. Teoretisk forankring er holdnings- og organisasjonsteori, og modellen "Theory of planned behavior" (Ajzen & Madden, 1986) er brukt som rammeverk. Teorien tar utgangspunkt i den positive relasjonen mellom handlingsintensjon og faktisk handling, og beskriver hvordan handlingsintensjoner kan dannes. Personens holdninger til handlingen, hans / hennes subjektive normer og oppfattet atferdskontroll kan ifølge teorien predikere handlingsintensjon. Studien setter også søkelys på eventuelle sammenhenger mellom handlingsintensjon til budsjettdisiplin og grad av organisasjonsforpliktelse.

Det er gjennomført en tverrsnittstudie blant mellomledere (N = 209) ved Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF (SUS). Svarprosenten var ca. 70 %, og analyseutvalget baserer seg på 124 observasjoner. Utvalget synes å være representativt for populasjonen, og funnene kan med rimelig sikkerhet generaliseres til å gjelde SUS, og bør ha implikasjoner for helseforetak generelt.

Modellen "Theory of planned behavior" viser statistisk signifikans i forhold til å predikere *Handlingsintensjon til budsjettdisiplin*. *Subjektiv norm* er i denne studien den sterkeste faktoren, men også *Oppfattet atferdskontroll* og *Holdning til handling* viser seg å være viktige dimensjoner for å forklare handlingsintensjoner for budsjettdisiplin.

Studien viser at evne og vilje til å holde budsjett er stor. Hensyn til pasientene kan imidlertid se ut som å påvirke budsjettdisiplin. I rollekonflikter mellom det å være helsearbeider og leder, kan det synes som om hensynet til pasienter veier tyngst, og pliktetikk går foran nytteetikk.

Grad av lojalitet og forpliktelse til organisasjonen som helhet er moderat, og hensyn til egen avdeling synes å gå foran fellesskapets interesser.

En praktisk, ledelsesmessig konsekvens av funnene i denne studien, er at man ved styrking av de respektive prediktorer vil kunne øke handlingsintensjon til budsjettdisiplin, og med stor sannsynlighet da også faktisk budsjettdisiplin.

Innhold	
Forord	2
Sammendrag	3
1. Innledning	6
1.1 Tema / bakgrunn	6
1.2 Begrepsdefinisjoner	9
1.2.1 <i>Budsjettdisiplin</i>	9
1.2.2 <i>Holdninger</i>	10
1.2.3 <i>Forpliktelse / lojalitet</i>	11
2. Teori	11
2.1 Holdninger	11
2.1.1 <i>Generelt om holdninger</i>	11
2.1.2 <i>Holdninger kan predikere handling</i>	14
2.2 Lojalitet og forpliktelse	17
3. Metode	21
3.1 Modell	21
3.2 Databehov	23
3.2 Design	23
3.4 Målingsprosedyrer og målingsinstrumenter	24
3.4.1 <i>Bakgrunnsvariabler</i>	24
3.4.2 <i>Avhengig variabel</i>	24
3.4.3 <i>Uavhengige variabler</i>	25
4. Undersøkelse	28
5. Resultater /analyse	29
5.1 Utvalgsbeskrivelse	29
5.2 Avhengig variabel - budsjettdisiplin	30
5.3 Uavhengig variabel – handlingsintensjon budsjettdisiplin	30
5.4 Øvrige uavhengige variabler	31
5.5 Affektiv organisasjonsforpliktelse	35
5.6 Hovedfunn oppsummert	36
6. Diskusjon	36
6.1 Begrensninger ved studien	36
6.2 Diskusjon av funn	40
6.3 Implikasjoner av funn	46
7. Konklusjon	47
Litteratur	50
Vedlegg	53

1. Innledning

1.1 Tema / bakgrunn

”Mer helse for hver krone” var et av flere mål ved innføringen av Helse-reformen i 2002. Reformen innebar blant annet at norske sykehus fikk en endret eier- og styringsstruktur med staten som eier, og opprettelse av 5 regionale helseforetak. New Public Management-tankegangen var et viktig element i reformen, noe som innebar et økt fokus på kostnads-effektivitet, kvantitative mål, bruk av økonomiske incentivsystemer og delegering av budsjettansvar ut i organisasjonen. Denne markedsorienteringen står på mange måter i kontrast til sykehusorganisasjonen som gjerne oppfattes som et profesjonsbyråkrati med kulturelle verdier fjernt fra markedsorientering (Pettersen & Bjørnenak, 2003).

Hvor vellykket Helse-reformen har vært, er svært omdiskutert. Det er i hvert fall et faktum at underskuddene i de regionale helseforetakene i årene etter reformen har fortsatt å vokse tross stadig økte bevilgninger. I en rapport fra Riksrevisjonen lagt fram for Stortinget høsten 2009 hevdes det at ”Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at helseforetakene kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen” (Riksrevisjonen, 2009).

Mange helseledere deler nok ikke synet om at god økonomistyring er nøkkelen til å sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Riksrevisjonen har som grunnlag for sin rapport blant annet gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot lederes holdninger til, og utøvelse av økonomistyring. I funnene fra undersøkelsen framgår det at mange helseledere ikke oppfatter de økonomiske rammene som endelige. Budsjettavvik som skyldes et høyere aktivitetsnivå enn planlagt, brukes som argument for å få tilført mer ressurser. Intern motstand blant ansatte oppgis som viktig årsak til manglende effekt av innsparingstiltak. Mange ledere oppgir at de mangler skriftlige rutiner og retningslinjer for å styre økonomien i enhetene, og at de verken har nødvendig tid eller kompetanse til dette. Videre kommer det fram at profesjonenes normer

og verdier har betydning for mange beslutninger som også påvirker økonomien. Viktigheten av at også det kliniske personellet har forståelse og aksept for, og vilje til å gjennomføre omstillinger er ifølge rapporten vesentlig (Riksrevisjonen, 2009).

Ledelsesutfordringene i sykehus er mange både for toppledelsen med krav om en sykehusdrift i økonomisk balanse, men også for mellomlederen på den enkelte sengepost eller enhet. Sistnevnte som tradisjonelt har vært en fagleder, opplever nok i dagens system i større grad en rollekonflikt i forhold til det å skulle tilfredsstille både eier, ansatte og pasienter. Som resultatansvarlig leder i sykehus skal man rapportere på både kvalitet og kvantitet, og det stilles krav om at lederen tar ansvar for hele sitt område; ikke bare fagledelse, men også ressurs- og økonomiledelse. Kravene om budsjett disiplin er tydelige og uttalte.

Som leder ved Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF (SUS) er kravene om budsjett disiplin også en del av min hverdag. Stramme budsjett rammer er krevende, men som leder med resultatansvar tilligger det rollen å være lojal overfor de økonomiske mål som er satt. Det kan synes som om dette ikke er en gjengs holdning blant ledere på SUS.

I økonomirevisjoner i Helse Vest i henholdsvis 2008 og 2009 kommer det fram at de fire sykehusene i regionen har lavt eierskap til budsjettene, de anser ikke budsjettene som realistiske, og det er liten grad av forankring av disse. SUS kommer dårligere ut enn de andre helseforetakene på flere områder. Under 10 % av de spurte lederne ved SUS mente i 2009 at budsjettet på foretaksnivå var realistisk. Videre opplevde de at retningslinjer og styringsinformasjon ikke var god nok, og at innsparingstiltak i mindre grad hadde ønsket effekt. Disse opplevdes ikke tilstrekkelig planlagt, og hadde ikke nødvendig forankring og støtte blant de ansatte, går det fram av rapporten. Rapporten mener den manglende forankring kan skyldes at lederne

ikke aksepterer, eller retter seg etter at budsjettet faktisk setter rammer for virksomheten, og at driften må tilpasses dette (Helse Vest RHF, 2008, 2009).

SUS har de seinere år hatt tilsvarende økonomiske utfordringer som andre norske sykehus, og like hyppige skifter av toppleder som i landet for øvrig. Våren 2009 ble det ansatt ny administrerende direktør ved SUS. Han ble hentet inn på midlertidig kontrakt, i hovedsak for å "få orden på økonomien". Etter noen måneder i stillingen presenterte han sin "diagnose" på sykehusøkonomien for sykehusets ledere. Hans observasjoner tilsa at den manglende budsjett disiplinen i SUS i stor grad var et kulturelt fenomen, og han pekte på nødvendigheten av å arbeide målrettet med endring av holdninger til sykehusets felles mål, til økonomistyring og til budsjett disiplin (Pettersen, 2009)

Min nysgjerrighet og undring rundt lojalitet og forpliktelse blant sykehusledere ble ytterligere pirret. Hvordan er egentlig holdningene til sykehusets overordnede mål, og til budsjett disiplin blant ledere på SUS? Har vi evne og vilje til å få dette til?

Ut fra både Riksrevisjonens og Helse Vest sine rapporter om økonomistyring i helseforetakene, kan det se ut som om sykehusledere generelt i liten grad er lojale mot vedtatte, overordnede økonomimål, og at de ikke utøver god budsjett disiplin ved å vise evne og vilje til å holde budsjettene. Og det kan se ut som om SUS har en minst like stor utfordring på dette området som andre helseforetak.

Med bakgrunn i dette stiller jeg følgende spørsmål:

- Hva kan forklare fenomenet budsjett disiplin i sykehus?
- Hvordan er holdninger / handlingsintensjoner til budsjett disiplin blant ledere i sykehus?
- I hvilken grad er sykehusledere lojale / forpliktet mot organisasjonen og dens mål?

- Er det noen sammenheng mellom lojalitet / forpliktelse og budsjettdisiplin eller holdninger og handlingsintensjoner til budsjettdisiplin?

Ut fra det faktum at vi i Norge bruker hver 4. krone av statsbudsjettet til helse, og at dette beløpet har steget fra 135 milliarder ved innføring av Helsereformen i 2002, til hele 219 milliarder i 2010-budsjettet (Strøm-Erichsen, 2010), er dette spørsmål både helseledere og politikere antakelig vil ha interesse av å få belyst. Mitt bidrag begrenser seg, innenfor masteroppgavens rammer, til å beskrive og forklare fenomenet budsjettdisiplin i egen organisasjon; Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF.

1.2 Begrepsdefinisjoner

Sentrale begrep i problemformuleringen er budsjettdisiplin, holdninger og lojalitet og forpliktelse, og disse krever en nærmere begrepsavklaring.

1.2.1 Budsjettdisiplin

Budsjettdisiplin refereres til som "evne og vilje til å balansere budsjett" (Tjerbo, 2007). Fenomenet forekommer i vertikale økonomisystemer, gjerne der staten eller andre offentlige myndigheter eier og finansierer "non-profit" organisasjoner som for eksempel sykehus. Her kan det være vanskelig å sette fikserte økonomiske rammer for virksomheten, og å gi tilleggsbevilgninger er et vanlig fenomen. Budsjettdisiplin relateres i økonomilitteraturen til "The Soft Budget Constraint Syndrom" (Kornai, 1997). Fenomenet forklares med at myke budsjetttrammer kan gi ledere insentiv til å øke aktivitet og kostnader ut over det eier foretrekker. I neste runde sender de regningen til eieren, og håper på tilgivelse og hjelp ut av knipen. Med henvisning til pasientens behov, er det ikke vanskelig å finne argumenter for å tøye budsjetttrammene i helsesektoren.

Store Norske Leksikon gir følgende definisjoner av henholdsvis begrepene budsjett og disiplin: "Budsjett er et tallmessig uttrykk for det handlingsprogram og de mål stat, fylke, kommuner, bedrifter, organisasjoner, husholdninger eller liknende har satt seg for en bestemt fremtidig periode." Og videre "Disiplin er evne og vilje til å underordne seg en felles ledelse, evne til å utføre handlinger under ledelse av andre" (Store Norske Leksikon, 2009).

Ut fra ovennevnte velger jeg i denne sammenheng å forstå budsjett-disiplin som:

"Evne og vilje til å holde budsjett; innordne seg vedtatte felles økonomiske mål, og handle i tråd med disse".

Med evne velger jeg å forstå dette som å ha nødvendig informasjon og kompetanse innen økonomi og ledelse, og evne til å gjennomføre nødvendige tiltak for å nå budsjettmål. Vilje forstås som motivasjon, samt holdninger og handlingsintensjoner til det å innordne seg vedtatte økonomiske mål.

1.2.2 Holdninger

Holdninger er meninger og tanker om forhold utenfor oss; holdningsobjekt. Holdningsobjekter kan være gjenstander, personer, institusjoner eller systemer, og det kan være handlinger eller konsekvenser av handlinger. Pratkanis (1989) definerer holdning som "en persons vurdering av et objekt for tanken" (Bohmer & Wanke, 2002).

Det teoretiske fokus for denne studien er at holdninger kan predikere handling. En positiv holdning til en handling medfører større sannsynlighet for at personen handler i tråd med holdningen. Fischbein & Ajzens teorier om prediksjon av handling og handlingsintensjoner ut fra måling av holdninger, brukes som tilnærming til problemstillingen, og i særlig grad modellen "Theory of planned behavior" (Ajzen & Madden, 1986).

1.2.3 Forpliktelse / lojalitet

Med forpliktelse og lojalitet overfor organisasjonens overordnede mål, velger jeg i denne sammenheng å forstå dette synonymt med det engelsk-språklige begrepet "organizational commitment". En person med høy grad av forpliktelse til sin organisasjon slutter seg til organisasjonens mål og verdier, arbeider til beste for organisasjonen og ønsker å forbli i organisasjonen (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974). Hovedfokus i studien er affektiv organisasjonsforpliktelse, og måling av dette ved hjelp av "The Affective Commitment Scale" (Meyer & Allen, 1987).

2. Teori

Denne studien avgrenses til å se på holdninger og handlingsintensjoner i forhold til budsjett disiplin, og til lojalitet og forpliktelse til organisasjonens overordnede mål. Faglig perspektiv vil være sosialpsykologi og organisasjonsteori.

2.1 Holdninger

2.1.1 Generelt om holdninger

Holdninger defineres på mange måter, og det er ulike oppfatninger av hvilke teorier som best beskriver hvordan de oppstår, hvordan de påvirkes og hvordan de påvirker atferd. Pratcani's definisjon som er nevnt tidligere, er nøytral og hyppig brukt. Fischbein & Ajzen's (1975) definerer holdninger som "lærte predisposisjoner til å reagere på en konsistent positiv eller negativ måte overfor et gitt objekt" (Troye, 1999).

Det er et vanlig teoretisk syn at holdninger har tre dimensjoner; en kognitiv, en affektiv og en konativ. Holdninger kan være variabelt sammensatt. Noen holdninger er sterkt preget av den kognitive komponenten, mens andre er mer preget av den affektive

komponenten. Hvordan komponentene er satt sammen varierer med både holdningsobjekt og mellom personer.

Den kognitive dimensjonen (tankekomponenten) dreier seg om den kunnskap og de tanker, ideer og antakelser man har om holdningsobjektet. Disse kan være tuftet på fakta i ulik grad, og kan avspeile mer eller mindre rasjonelle meninger om holdningsobjektet.

Den affektive dimensjonen (følelseskomponenten) referer til positive eller negative vurderinger, eller følelsesmessig respons til holdningsobjektet. Det tales her gjerne om vurderinger og innstillinger gjort på forhånd.

Den konative dimensjonen (atferdskomponenten) er hvilke handlingsintensjoner man har, og hvilke handlinger man utfører i forhold til holdningsobjektet (Augoustinos, Walker, & Donaghue, 2006; Bohmer & Wanke, 2002; Troye, 1999).

Teoretikere som Pratkanis og Fishbein & Ajzen forfekter et endimensjonalt syn på holdning, og deres definisjoner begrenser seg til den affektive dimensjonen. Ut fra dette synet kan en holdning ha sammenheng med kunnskap og atferd, men disse oppfattes ikke å være en del av selve holdningen. Handlinger er et resultat av holdninger som igjen er et resultat av kognisjon. En slik forståelsesramme med en årsaksretning fra kognitiv via affektiv til konativ, gir klarere anbefalinger i forhold til hvordan holdninger kan påvirkes i positiv retning, og dermed øke sannsynligheten for at man handler i tråd med intensjonen (Troye, 1999).

Holdninger har ulike funksjoner. Betydningen av disse vil variere fra person til person, og fra situasjon til situasjon.

David Katz (1960) beskriver fire hovedfunksjoner ved holdninger:

Holdninger har en *tilpasningsfunksjon*. Ved å tilegne seg, eller beholde en holdning, kan man få tilfredstilt viktige behov som belønning i form av ros, aksept og tilhørighet, eller man kan unngå straff eller ubehag.

Holdningers *kunnskapsfunksjon* forklares ved at holdninger forandrer seg med informasjon og kunnskap om fenomenet. Det er lite følelser knyttet til slike holdninger, og de er derfor mer foranderlige. Denne funksjonen hjelper oss å organisere og effektivisere bruk av den informasjon vi har, men kan også styre og begrense inntak av ny informasjon. Mennesker med stort behov for kunnskap om holdningsobjektet (eksempelvis kunnskapsarbeidere og ledere), legger mer anstrengelser i forming av holdninger. De utvikler dermed sterkere og mer varige holdninger.

Holdningers *verdifunksjon* knyttes til individets sentrale verdier, og har både en sosial identifiseringsfunksjon og en selvekspressiv funksjon. Dette er integrerte, stabile holdninger med sterkt innslag både av tanke- og følelseskomponent. Helsepersonells holdningsdannelse under utdanning er et eksempel på dette.

Holdninger har også en *forsvarsfunksjon*. De beskytter oss mot opplevelse av oss selv som sårbare, betydningsløse eller lite verd (egoforsvar). Fordommer er eksempler på forsvarsholdninger. De har en sterk følelseskomponent og en svak tankekomponent (Bohmer & Wanke, 2002; Troye, 1999).

Holdninger har betydning på både individuelt og mellommenneskelig nivå. De påvirker vår persepsjon, vår tenking, andre holdninger og handling. På mellommenneskelig nivå bruker vi våre referansegruppes normer og verdier som målestokk for egne holdninger og handlinger. Sosiale normer er av betydning for handlingsintensjoner og for handling.

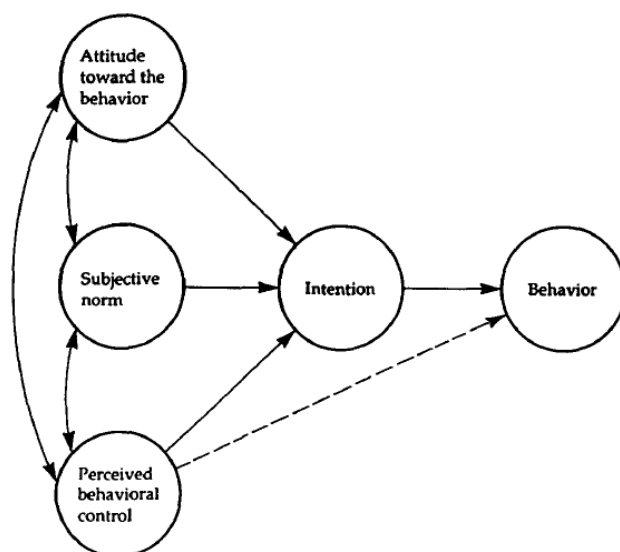
Holdninger læres og endres gjennom imitering, identifisering og integrering. Holdninger lært gjennom imitering har lav forankring, og er lette å endre. Holdninger lært gjennom identifisering (med enkelt-personer eller grupper), er sterkere og mer resistente mot endring. Integrerte holdninger (eksempelvis religiøse, politiske) har en sterk forankring til sentrale verdier hos individet, og er varige og stabile. Det synes å være enighet om at sterke holdninger er mer resistente mot forandring, de er mer varige over tid, og de predikerer i større grad atferd (Augoustinos, et al., 2006; Bohmer & Wanke, 2002).

Teorien om kognitiv dissonans (Leon Festinger, 1975) og Heiders balanseteori (1958) har betydning for forholdet mellom holdning og handling. Ved utførelse av handlinger som strider mot ens holdninger, vil man oppleve ubehag (kognitiv dissonans). For å redusere ubehaget vil man ut fra Heiders balanseteori bearbeide tanker og følelser overfor handlingen, slik at det oppstår samsvar mellom dem (Augoustinos, et al., 2006; Bohmer & Wanke, 2002).

2.1.2 Holdninger kan predikere handling

Relasjonen mellom holdning og handling har vært forsket på helt tilbake på 1930-tallet. Mange studier har vært preget av metodologiske problem, og har feilet i forhold til å finne høy korrelasjon mellom holdning og handling. Forskning på 60- og tidlig 70-tall var preget av et generelt pessimistisk syn på hvorvidt holdninger kunne predikere atferd. Dette førte til en ny tilnærming til problemstillingen med bl.a. Fishbein & Ajzen som sentrale forskere innen feltet. I "Theory of reasoned action" (Fishbein & Ajzen, 1975) er fokus rettet mot handlingsintensjoner som forløper for handling. Relasjonen mellom handlingsintensjon og faktisk handling er ikke perfekt, men intensjon har vist seg å være et brukbart mål på at handlingen faktisk kan bli utført. To variabler predikerer ifølge teorien handlingsintensjoner; holdning til handlingen og subjektiv norm. Modellen er mye brukt for predikering av ulike typer atferd, særlig kjøpsatferd (Troye, 1999).

”Theory of planned behavior” (Ajzen & Madden, 1986) er en videreutvikling av modellen. Her er en tredje prediktiv variabel tatt med; oppfattet atferdskontroll. Med denne utvidelsen mener man i større grad å kunne predikere atferd med usikkert utfall, og mer komplekse handlinger. Teorien er brukt på ulike typer atferd, blant annet i helseforskning (Armitage & Conner, 2001).



Figur 1: Modell av ”Theory of planned behaviour” (Ajzen, 1991)

Handlingsintensjon er sentralt i modellen. Intensjoner antas å romme de motivasjonelle forhold som ligger bak handling. Motivasjon er indikator på hvor hardt man er villig til å prøve, og hvor mye anstrengelse man vil legge for dagen for å kunne utøve handlingen. Handlingsintensjoner knyttes til situasjoner man viljemessig kan kontrollere. Jo sterkere handlingsintensjonen er, jo mer sannsynlig er det at man handler i tråd med intensjonen (Ajzen, 1991).

For å kunne predikere en persons handlingsintensjoner må vi ifølge ”Theory of planned behavior” vite noe om personen har en positiv

holdning til handlingen, hvor stort sosialt press vedkommende føler, og i hvilken grad personen opplever å ha kontroll over handlingen.

Holdning til handlingen er personens samlede vurdering av handlingen. Holdningen bygger på to komponenter som virker sammen; antakelser om konsekvens av handlingen og evaluering av disse konsekvensene.

Subjektiv norm er det sosiale press personen føler; personens antakelser om hva man tror signifikante andre mener om hvordan man burde handle (normative antakelser), og motivasjon til å innordne seg andres forventninger. Jo synligere konsekvensen av atferden vil være, jo mer sannsynlig er det at sosialt press påvirker handlingen (Ajzen, 1991).

Oppfattet atferdskontroll er personens tillit til egen evne til gjennomføring. Dette er antakelser om hvor lett eller vanskelig det vil være å utføre atferden, og i hvilken grad personen føler han har kontroll over handlingen. I dette ligger personens vurdering av blant annet egne ferdigheter, kunnskap, tid og muligheter for å utøve handlingen, og det forutsettes at vurderingen er realistisk. Høy grad av oppfattet atferdskontroll vil både fremme handlingsintensjon og predikere handling (Armitage & Conner, 2001). Oppfattet atferdskontroll er beslektet med et annet sentralt begrep i sosialpsykologien; "self-efficacy". Dette er vist å korrelere høyt med at aktuell handling faktisk skjer (Ajzen & Madden, 1986).

"Theory of planned behavior" er brukt som rammeverk for atferdsprediksjon innen en rekke områder som eksempelvis jobbsøking, alkoholvaner, fritidsaktiviteter, valg, skoleprestasjoner og juksing. En metaanalyse av studier der modellen er brukt med 16 forskningsprosjekt inkludert, viser korrelasjon mellom de tre komponentene holdning til handling, subjektiv norm og oppfattet atferdskontroll og handlingsintensjon på $R = .43$ til $.94$, og et snitt på $.71$. Subjektiv norm

er den enkeltkomponenten som i disse studiene bidrar minst som enkeltfaktor for prediksjon av atferd (Ajzen, 1991).

Modellen er imidlertid også omdiskutert og kritisert. En svakhet kan være at den bygger på selvrapporing som viser seg å gi høyere atferdspredikasjon enn metoder der en bruker observasjon. Likeledes pekes det på at subjektiv norm delen av modellen synes å vise seg svakest i forhold til å predikere atferd, og det etterlyses mer forskning på denne delen (Armitage & Conner, 2001). Eksempler på forhold som er pekt på som mangler ved modellen er tidligere atferd, vaner, automatisering, kontekst og affeksjon (Bohmer & Wanke, 2002). Modellen er også kritisert for å være for generell, ikke falsifiserbar, og at relasjoner mellom de ulike elementer bare er teoretiske konstruksjoner som ikke kan brukes til måling av atferdsintensjoner (Ogden, 2003). Bagozzi mener modellen har mangler i forhold til hvordan kognitive og emosjonelle selvregulerende mekanismer influerer på relasjonen "holdning til handling". Han hevder holdninger må omformes til ønsker før de kan utvikle seg til handlingsintensjoner (Bagozzi, 1992). "Theory of planned behavior" er bare en av mange måter å tilnærme seg "holdning til handling"-fenomenet, men anses egnet for formålet med denne studien.

2.2 Lojalitet og forpliktelse

Som tilnærming til lojalitet og forpliktelse overfor organisasjonens overordnede mål, velger jeg å forstå dette som synonymt med det engelskspråklige begrepet "commitment".

"Commitment" er et sentralt begrep i psykologien. Det er forsket på i ulike sammenhenger som for eksempel i forhold til familie, venner, religion, lokalsamfunn og organisasjon. Fokus for denne oppgaven er forpliktelse til organisasjonen uttrykt som "organizational commitment" eller organisasjonsforpliktelse.

Med organisasjonsforpliktelse forstås "styrken i et individs identifisering med og involvering i en spesifikk organisasjon" (Mowday, Steers, & Porter, 1979). Herscovitch & Meyer (2002) definerer "organizational commitment" som "the degree to which an employee identifies with the goals and values of the organisation and is willing to exert effort to help it succeed" (J. Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky, 2002).

En person med høy grad av lojalitet og forpliktelse til sin organisasjon

- slutter seg til organisasjonens mål og verdier
- arbeider til beste for organisasjonen
- ønsker å forbli i organisasjonen

(Porter, et al., 1974).

Hva ulike forskere forstår med "commitment"-begrepet, og hvordan dette måles varierer. Det er identifisert mer enn 25 ulike former for organisasjonsforpliktelse, og betydningen av å skille mellom disse ved måling er omdiskutert. Et fellestrekk er korrelasjoner til "work-outcomes" som "turnover og turnoverintensjon", jobbtilfredshet og ytelse. Flere studier viser at høy grad av organisasjonsforpliktelse gir økt jobbtifredshet, større ytelse og lavere "turnoverintensjon" (J. Meyer, et al., 2002).

O'Reilly & Chatman (1986) definerer organisasjonsforpliktelse som den følelsesmessige tilknytning en arbeidstaker har til sin organisasjon, og hypotiserer tre uavhengige utgangspunkt for dette: "*compliance*" (involvering ut fra belønning), "*identification*" (involvering ut fra ønske om tilknytning) og "*internalization*" (involvering basert på kongruens mellom individuelle og organisasjonens verdier) (O'Reilly & Chatman, 1986).

De fleste tilnærminger gjort til "commitment" har ifølge Allen & Meyer (1990) det til felles at de reflekterer tre tema:

- Affektiv eller følelsesmessig tilknytning til organisasjonen
- Forpliktelse basert på "prisen" som assosieres med det å forlate organisasjonen
- Forpliktelse basert på normer og moralsk ansvarsfølelse for organisasjonen

"Affective organizational commitment" referer til den ansattes følelsesmessige engasjement i, identifisering med og involvering i organisasjonen, og er et uttrykk for hva den ansatte "ønsker" å gjøre (Meyer & Allen, 1991). Porter et al. (1974) referer til dette som "attitudinal organizational commitment", og som den formen som vanligvis forbindes med "commitment".

"Continuance organizational commitment" refererer til den ansattes investering i organisasjonen i forhold til manglende jobbalternativer, og refereres til som hva den ansatte føler han "må" gjøre for å bli værende i organisasjonen, få sin lønn og andre goder.

"Normative organizational commitment" refererer til forpliktelse ut fra hva man føler man "bør" gjøre. Dette er influert av personens tidligere erfaringer, og sosialiseringssprosess både i forhold til familie, samfunn og arbeid. Ifølge Allen & Meyer (1990) kan man forvente at en person vil ha en høy grad av "normative commitment" dersom signifikante andre har hatt et langt ansettelsesforhold, og har formidlet betydningen av lojalitet til organisasjonen.

Viktigheten av å differensiere mellom ulike former for organisasjonsforpliktelse både teoretisk og praktisk er omdiskutert, og det er gjort en rekke forsøk på å utvikle et multidimensjonalt måleinstrument. "The Organizational Commitment Questionnaire" er et ofte brukt spørreskjema med 15 spørsmål for måling av affektiv organisasjons-

forpliktelse (Mowday, et al., 1979). Allen & Meyer (1990) inkluderte dette i sitt måleinstrument som består av 8 spørsmål for hver av de tre "commitmentformene". Resultatene fra deres undersøkelser viser at selv om de tre formene er relatert til hverandre, kan de også skilles fra hverandre. Forhold som predikerer "commitment" og "work-outcomes" varierer med de tre dimensjonene. Det er imidlertid slik at affektiv organisasjonsforpliktelse er den dimensjonen som korrelerer sterkest med jobbytelse, jobbtilfredshet og "turnover-intention" (Meyer & Allen, 1991).

Flere undersøkelser viser imidlertid at respondenter ikke klarer skille mellom de ulike formene for organisasjonsforpliktelse (Cooper-Hakim & Viswesvaran, 2005), og at det nødvendigvis ikke er hensiktsmessig å skille mellom dem ved måling. Det kan synes som om Mowday og Allen & Meyer sine skalaer er de vanligst brukte.

Med forståelsen av at affektiv organisasjonsforpliktelse er et følelsesmessig engasjement i, en identifisering med og involvering i organisasjonen som er av betydning for hvordan medarbeidere trives og yter i sitt arbeid, er det av interesse for organisasjoner å vite hvordan dette utvikles.

Demografiske variabler som alder, utdanning og stilling synes å spille en mindre rolle. Når det gjelder arbeidserfaringer rapporteres opplevd støtte fra leder og organisasjon, belønning samt prosedyrerettferdighet som viktige variabler som korrelerer positivt med organisasjonsforpliktelse. Videre er det svake positive korrelasjoner assosiert med desentralisering av resultatansvar og transparent lederskap. Det synes som om arbeidserfaringer gjort tidlig i et ansettelsesforhold er av stor betydning for utvikling av forpliktelse til organisasjonen (J. Meyer, et al., 2002). Det er også vist at affektiv organisasjonsforpliktelse styrker de relasjonelle båndene, og den psykologiske kontrakten mellom organisasjonen og dens ansatte ved å redusere "the them and us-feeling" (Kelly & Kelly, 1991).

Forskning på organisasjonsforpliktelse i offentlig virksomhet viser at indre motivasjon, og støtte fra leder og organisasjon, er viktige elementer for utvikling av organisasjonsforpliktelse. Hvordan ansatte opplever at organisasjonen støtter deres verdier, er en imøtekommende arbeidsplass og har en god sosial atmosfære påvirker grad av forpliktelse (Balfour & Wechsler, 1991). I en annen studie vises det til at profesjonsgrupper som for eksempel sykepleiere og jurister, kan ha lavere affektiv organisasjonsforpliktelse dersom det er interessekonflikter mellom profesjonens og organisasjonens verdier og mål (Gunz & Gunz, 1994).

3. Metode

Formålet med denne studien er å beskrive og forklare fenomenet budsjettdisiplin. Studien kan bidra til å gi økt innsikt i forhold som er av betydning for ledelse i sykehus, spesielt med tanke på ledelse mot organisasjonens overordnede og økonomiske mål. Analysenivå er på individnivå.

3.1 Modell

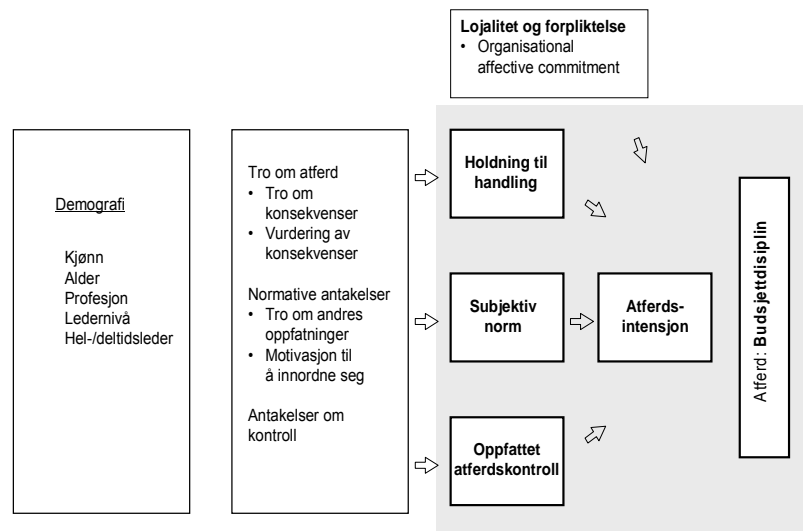
Overordnet forskningsspørsmål er; hva kan forklare fenomenet budsjettdisiplin i sykehus?

- Kan holdninger og handlingsintensjoner forklare budsjettdisiplin?
- Kan forpliktelse og lojalitet forklare budsjettdisiplin?

Som tilnærming til måling av budsjettdisiplin brukes "Theory of planned behavior" (Ajzen & Madden, 1986) som fokuserer på *Handlingsintensjon* og de tre prediktive variablene *Holdning til handlingen*, *Subjektiv norm* og *Oppfattet atferdskontroll*. Modellen fanger opp motivasjon, og hvor stor evne / vilje personen legger i forsøk på å utøve atferden. Personens intensjon om å utøve handlingen budsjettdisiplin vil være sterkere jo mer positiv holdning til handlingen er, jo sterkere

subjektiv norm er, og jo større grad opplevd atferdskontroll er. En sterk atferdsintensjon kan predikere den ønskede atferden budsjettdisiplin.

Med forståelse av *Lojalitet og forpliktelse* som det å slutte seg til organisasjonens mål og verdier, og arbeide til beste for organisasjonen, synes det nærliggende å tenke at det også kan være sammenhenger mellom organisasjonsforpliktelse og budsjettdisiplin. Organisasjonsforpliktelse måles med "The affective commitment scale" (Allen & Meyer, 1990), og jeg ønsker å finne ut hvorvidt denne dimensjonen kan forklare atferdsintensjon til budsjettdisiplin.



Figur 2: Modell for studien

Med utgangspunkt i modellen stilles spørsmålene:

- Hvordan er holdninger og handlingsintensjoner til budsjettdisiplin blant ledere i sykehus?
- Kan holdninger, subjektiv norm eller oppfattet atferdskontroll forklare handlingsintensjoner til budsjettdisiplin?

- Hvordan er lojalitet og forpliktelse til organisasjonen målt som affektiv organisasjonsforpliktelse?
- Kan affektiv organisasjonsforpliktelse forklare handlingsintensjoner til budsjettdisiplin?

3.2 Databehov

For å kunne svare på mine forskningsspørsmål trengs både kvalitative og kvantitative data. Som bakgrunn for studien brukes, i tillegg til det teoretiske rammeverk, sekundærdata i form av ulike rapporter, presentasjoner og interne publikasjoner fra SUS, og Helse Vest sine økonomirevisjoner, Riksrevisjonens rapport til Stortinget og andre offentlige publikasjoner. Det gjennomføres også samtaler med nøkkelpersoner i SUS for å belyse og øke egen forståelse av fenomenet budsjettdisiplin.

Primærdata hentes inn via spørreundersøkelse rettet mot ledere med budsjettansvar ved SUS.

3.3 Design

Som tilnærming til studien brukes et eksplorativt design. Det tas utgangspunkt i både egne og andres erfaringer og observasjoner omkring fenomenet. I dette inngår samtale med administrerende direktør i form av et løst strukturert intervju med spørsmål om hans tanker om budsjettdisiplin, indikatorer for budsjettdisiplin og kjennetegn ved kulturer med god budsjettdisiplin med mer.

Videre brukes internett for innhenting av bakgrunnsinformasjon som for eksempel medias kommentarer på sykehus og budsjettdisiplin, og på å finne offentlige rapporter, samt artikler og andre studier / teori relatert til fenomenet.

For selve hovedstudien brukes et deskriptivt design. Formålet er å beskrive og forklare fenomenet budsjettdisiplin, og eventuell samvariasjon mellom de uavhengige variablene holdninger, subjektiv norm, oppfattet atferdskontroll og affektiv organisasjonsforpliktelse, og den avhengige variabelen budsjettdisiplin / handlingsintensjoner i forhold til budsjettdisiplin. Det gjennomføres en tverrsnittsstudie; en spørreundersøkelse blant ledere med budsjettansvar i SUS. Utvalgstørrelsen er ca. 220 personer.

Datainnsamling gjøres ved hjelp av elektronisk spørreskjema. Dette velges fordi det er enkelt å administrere, og letter arbeidet for respondentene. Utforming av et godt følgebrev vektlegges.

3.4 Målingsprosedyrer og målingsinstrumenter

3.4.1 Bakgrunnsvariabler

Vanlige demografiske data som alder og kjønn inkluderes. Videre er det interessant å se på representasjon av ulike yrkesgrupper / profesjoner i utvalget. Her velges 4 kategorier: 1) lege, 2) sykepleier, 3) annen helseutdanning (eksempelvis radiograf, psykolog, fysioterapeut, biokjemiker) og 4) annen ikke-helseutdanning (eksempelvis drifts- eller kontorfaglig personell). Ledernivå er også valgt som bakgrunnsvariabel. Disse er kategorisert fra 1 til 4, hvor nivå 1 er administrerende direktør, nivå 2 er divisjonsdirektører, nivå 3 er avdelingsjef, oversykepleier, avdelingsoverlege m.m. og nivå 4 er seksjonsleder, seksjonsoverlege, avdelings-sykepleier m.m. Den siste bakgrunnsvariabelen som tas med er om respondenten er leder på heltid eller deltid. Bakgrunnsvariabler benevnes i spørreskjema A1-A5.

3.4.2 Avhengig variabel

Den avhengige variabelen budsjettdisiplin lar seg vanskelig måle objektivt. Som mål på denne brukes respondentens persiperte

oppfatning av sin utøvelse av budsjett disiplin målt med to direkte spørsmål (F1 og F2).

3.4.3 Uavhengige variabler

Måling av holdninger er utfordrende. Å måle holdninger direkte kan synes som den enkleste metoden, men validiteten vil da gjerne bli lav ettersom respondentene nødvendigvis ikke gir uttrykk for hva de egentlig mener, eller de er kanskje ikke bevisst sine holdninger. Det er derfor mest vanlig å bruke indirekte spørsmål ved holdningsundersøkelser, og gjerne spørsmålsbatterier for måling av holdninger til komplekse objekter. Bruk av spørsmålsbatterier gir større reliabilitet ved at en summerer målene, og dermed kan dekke flere aspekter av det en måler (Bohmer & Wanke, 2002). For denne undersøkelsen brukes både direkte og indirekte spørsmål.

Likert skala (Likert, 1932) brukes som måleskala. Respondentene besvare på i hvilken grad de er enige eller uenige i påstander eller utsagn om holdningsobjektet. Vanlig brukt skala er 1-5 eller 1-7. For denne studien anses skala 1-5 som mest hensiktsmessig, hvor 1 er "helt uenig" og 5 er "helt enig". Dette begrunnes med at det kan være enklere å forholde seg til 5 enn til 7 svaralternativer, og spørreskjemaet framstår visuelt sett mer oversiktlig i elektronisk form med en skala på 1-5. Skala er på ordinalnivå, men blir "presset" i analysen til intervallnivå (Gripsrud, Silkoset, & Olsson, 2004).

Likert presiserer at det er viktig å sikre at de utsagnene respondentene tar stilling til, alle er uttrykk for den samme holdningsvariabelen på "teoriplanet", og dekker alle aspekter ved det en måler. Utsagn kan være antakelser om holdningsobjekt, affektive reaksjoner eller handling i forhold til holdningsobjektet (Haraldsen, 1999). Dette er forsøkt ivare tatt i formuleringen av utsagn.

Holdningsscore er for noen spørsmålsbatterier summen av alle spørsmålene, og vil være et uttrykk for styrke i holdningen. Andre

spørsmålsbatterier i undersøkelsen måler styrke av holdningen med oppfølgingsspørsmål av typen "hvor sterkt".

Holdningsundersøkelser krever egentlig pilottesting for å sikre reliabilitet. Dette gjøres ikke i denne undersøkelsen, men spørsmålsformuleringer er sjekket ut på en mindre gruppe "eksperter".

I "Theory of planned behavior"-modellen måles de fire komponentene holdninger, subjektiv norm, oppfattet atferdskontroll og atferdsintensjoner ut fra mål om at disse predikerer atferd (budsjett-disiplin). En viktig forutsetning for atferdsprediksjon er ifølge Fishbein & Ajzen (1977) at holdning og handling som måles begge må være på samme spesifikasjonsnivå i forhold til:

- Mål med handlingen ("target element")
- Hvilken handling studeres ("action element")
- Hvilken kontekst handlingen utføres i ("context element")
- Samsvar i tid mellom måling av holdning og handling ("time component")

(Ajzen, 1991).

Disse forholdene ("the correspondel principle") er av betydning for hvorvidt man ved måling kan slutte at holdning predikerer handling (Allen & Meyer, 1990; Francis, et al., 2004; Troye, 1999).

I spørsmålsutformingen er det forsøkt tatt hensyn til ovennevnte, og manualene "Constructing a TpB Questionnaire" (Ajzen, 2002) og "Constructing questionnaires based on The Theory of Planned Behavior – A manual for Health Services researchers" (Francis, et al., 2004) er brukt. De ulike komponentene i modellen er kodet med bokstaver (A-F), og spørsmålene innenfor hver komponent er kodet med tall.

Målingsinstrumenter for de ulike komponentene i modellen er:

Avhengig variabel *Budsjettdisiplin* måles som persipert budsjettdisiplin med to mål (F1-2). Eksempel: *Jeg klarer alltid å holde budsjettene.*

Handlingsintensjon måles direkte med tre utsagn (C9-11). Eksempel: *"Det er min intensjon å bruke budsjettet som styringsverktøy dette budsjettåret".*

Holdning til handling måles med fire utsagn (C1-4). Dette er utsagn om tro om konsekvenser atferden medfører. Eksempel: *"Dersom jeg er lojal mot budsjettene, vil jeg synes jeg gjør en god lederjobb".* Videre inneholder spørsmålsbatteriet fire spørsmål (C5-8) om vurdering av konsekvenser av de foregående utsagnene som mål på styrke i holdningen. Eksempel: *"Å gjøre en god lederjobb i forhold til økonomistyring er viktig for meg".*

Subjektiv norm måles med fire utsagn (D1-4) om tro om andres oppfatninger, og fire utsagn (D5-D8) om motivasjon til å innordne seg disse forventningene. "Signifikante andre" er definert som lederrolle (instruks), overordnet leder, medarbeidere og pasientgruppen. Eksempel: *"Min overordnede leder forventer at jeg skal holde budsjettene",* og oppfølgingsspørsmålet på motivasjon til å innordne seg dette er *"Hvor sterkt ønsker du å gjøre som din overordnede leder forventer i forhold til å holde budsjettene?".* Her brukes også skala 1-5, men "helt uenig / helt enig" byttes ut med "ikke i det hele tatt / sterkt".

Oppfattet atferdskontroll måles med fem utsagn (E1-5) Eksempel: *"Jeg synes jeg har nok informasjon og kunnskap i forhold til å kunne utøve god budsjettdisiplin".*

Affektiv organisasjonsforpliktelse måles med "The Affective Commitment Scale" (Allen & Meyer, 1990). Dette er et validert spørsmålsbatteri bestående av åtte utsagn målt med Likert skala. I

spørreskjemaet er disse kodet med bokstaven B, og et eksempel er:
"Jeg føler det virkelig slik at SUS sine problemer er mine egne problemer".

Ajzen (2002) anbefaler at alle spørsmål i denne type holdningsundersøkelser mikses. I denne studien velges å beholde grupperinger av spørsmål tilhørende de respektive komponenter. Dette for å kunne lage en kort introduksjon til hver komponent i spørreskjemaet, slik at respondenten forberedes på hvilken type utsagn som følger. Holdnings-spørsmål kan være vanskelige å svare på, og dette kan være en måte å sikre at respondentene forstår spørsmålene.

4. Undersøkelse

Spørreskjemaet ble overført til elektronisk format ved bruk av data-verktøyet Corporator Surveyor. Dette er distribuert av Helse Vest IKT som også hjalp til med utsendelsen. Liste over respondenter (ledere med budsjettansvar) ble samlet inn ved hjelp av controller for de respektive divisjoner ved SUS. E-postadresser til respondenter ble hentet fra sykehusets interne e-postsystem.

Opprinnelig tenkt utvalg bestående av alle ledere med budsjettansvar på SUS, ble redusert til å gjelde ledere på nivå 3 og 4, og andre med budsjettansvar under nivå 2. Ettersom det kun er et begrenset antall divisjonsdirektører (nivå 2), ble disse tatt ut av anonymitetshensyn.

Spørreundersøkelsen (Vedlegg 2) ble administrert elektronisk via e-post 05.03.2010 sammen med et følgebrev (Vedlegg 1) med nettløse til spørreundersøkelsen. Den ble sendt til 214 respondenter ($n = 214$). Purring på svar ble gjennomført etter en uke, og undersøkelsen ble lukket 17.03.2010.

Studien var ikke av en slik karakter at det ansås nødvendig å legge den fram for Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk.

Forskningsdirektør ved SUS fikk imidlertid skriftlig orientering om gjennomføring av spørreundersøkelsen i forkant av utsendelse.

5. Resultater /analyse

For analyse av data er det brukt SPSS versjon 17.0. Tallmaterialet er i rapporten avrundet til to desimaler.

Spørreundersøkelsen ble sendt til 214 personer; i hovedsak ledere på nivå 3 og nivå 4 som var oppgitt til å ha budsjettansvar. Fem av disse meldte tilbake at de ikke hadde budsjettansvar, og disse ble fjernet. Populasjonen ble korrigert til $N = 209$. Av disse besvarte 146 spørreundersøkelsen, hvilket gir en svarprosent på ca. 70 %. Ved inspeksjon av data, var det ubesvarte ledd i besvarelsene fra 22 respondenter. Disse ble utelatt (listevis) fra videre analyse. Besvarelsene fra de resterende 124 respondentene ble gjenstand for analyser.

5.1 Utvalgsbeskrivelse

Alder og kjønn:

Respondentenes gjennomsnittsalder var 50 år, med en aldersspredning fra 28 til 66 ($SD = 8$). Utvalget ($n=124$) bestod av 84 kvinner (67,7 %) og 40 menn (32,3 %). Populasjonen ($N = 209$) bestod av 142 kvinner (67,9 %) og 67 menn (32,1 %).

Profesjon / utdanning:

I utvalget ($n = 124$) er sykepleiere den største gruppen, og utgjør 42,7 % ($n = 53$). Leger utgjør 13,7 % ($n = 17$), annen helseutdanning 21,8 % ($n = 27$) og gruppen ikke helseutdanning 21,8 % ($n = 27$). Tilsvarende fordeling for populasjon ($N = 209$) er henholdsvis 38,3 % sykepleiere, 16,2 % leger, 28,2 % annen helseutdanning og 17,2 % ikke helseutdanning.

Ledernivå og heltids-/deltidsleder:

Fordelingen mellom ledernivå 3 og ledernivå 4 var henholdsvis 28,2 % og 63,7 %. Gruppen andre ledere utgjorde 8,1 %. Et stort flertall (79 %) oppgav at de var ledere på heltid, mens 21 % oppgav at de hadde klinisk arbeid i tillegg.

(Se Vedlegg 3, Tabell 1)

5.2 Avhengig variabel – budsjettdisiplin

Egenrapportering av persipert budsjettdisiplin ble benyttet som mål på budsjettdisiplin, og operasjonelt definert som sum score av:

F1 - Jeg følger alltid opp negative budsjettavvik med korrigerende tiltak og

F2 - Jeg klarer alltid å holde budsjettene.

Gjennomsnittlig score på variabelen *budsjettdisiplin* var 6,51 (SD = 1,94). Max. Score = 10. Det er moderat intern konsistens mellom leddene F1 og F2 (Cronbach $\alpha = .67$)

(Se Vedlegg 3, Tabell 2 for univariat beskrivelse av variabler).

5.3 Uavhengig variabel – handlingsintensjon til budsjettdisiplin

Handlingsintensjon ble operasjonelt definert som sum score av:

C9 - Det er min intensjon å bruke budsjettet som styringsverktøy dette budsjettåret

C10 - Jeg vil utøve min lederoppgave slik at min avdeling går i økonomisk balanse

C11 - Dette året er jeg temmelig sikker på at jeg skal klare å holde budsjettet.

Gjennomsnittlig score på variabelen *Handlingsintensjon* var 11,81 (SD = 1,95). Max score = 15. Det er moderat intern konsistens mellom leddene (Cronbach α = .60).

Korrelasjon mellom persipert budsjettdisiplin og handlingsintensjon ble undersøkt ved bruk av Pearson product-moment korrelasjons koeffisient. Det ble funnet en signifikant positiv korrelasjon mellom variablene ($r = .61, p < .01$). I den videre analyse er derfor *Handlingsintensjon* brukt som avhengig variabel.

5.4 Øvrige uavhengige variabler

I tråd med manualer (Ajzen, 2002; Francis, et al., 2004) er data behandlet på følgende måte:

Holdning til handling

Variabelen ble operasjonelt definert som de fire variablene for *Tro om konsekvenser* (C1-C4) multiplisert med de 4 variablene for *Vurdering av konsekvenser* (C5-C8). Dette ga 4 nye variabler (C1xC5, C2xC6, C3xC7 og C4xC8) som summert er uttrykk for styrke i variabelen *Holdning til handling*.

Det var moderat intern konsistens (Cronbach α = .52) mellom de fire nye variablene i *Holdning til handling*. Cronbach α for den enkelte variabel var: C1xC5 = .55, C2xC6 = .32, C3xC7 = .36 og C4xC8 = .54. Det ble gjennomført en eksplorativ faktoranalyse da ovennevnte verdier kan indikere at variablene ikke er mål på samme underliggende faktor.

Principal component analysis med Varimax rotasjon ga en to-faktor løsning med Eigenvalues over 1. Varimax rotasjon med Kaiser Normalisation viser faktorladninger på .78 for faktor 1 og .63 (anbefalt verdi er .06). Faktor 1 redegjorde for 43,0 % av variansen, og faktor 2 for 32,5 %. Faktorladningene for komponent 1 er C1xC5 = .90 og

$C2 \times C6 = .81$. For komponent 2 er faktorladningene $C3 \times C7 = .76$ og $C4 \times C8 = .87$.

Dette tilsier en deling av *Holdning til handling* i 2 komponenter:

- 1) *Holdning til handling* (HH1) består av variablene $C1 \times C5$ og $C2 \times C6$
- 2) *Hensyn til pasienter og avdeling* (HH2) består av variablene $C3 \times C7$ og $C4 \times C8$.

(Se Vedlegg 3, Tabell 3).

Subjektiv norm

I tråd med manualene er score beregnet slik at de fire variablene som måler *Tro om andres oppfatninger* (D1-D4) er multiplisert med de fire variablene som måler *Motivasjon til å innordne seg* (D5-D8). De fire nye variablene $D1 \times D5$, $D2 \times D6$, $D3 \times D7$ og $D4 \times D8$ er *Styrke i motivasjon til å innordne seg henholdsvis krav i lederrolle/instruks, overordnet leders forventninger, medarbeideres forventninger og pasientenes forventninger*.

Intern konsistens mellom de 4 nye målene viser Cronbach α koeffisient på .64. Cronbach α for den enkelte variabel er $D1 \times D5 = .55$, $D2 \times D6 = .57$, $D3 \times D7 = .08$ og $D4 \times D8 = .10$. Det ble gjennomført en eksplorativ faktoranalyse, da disse resultatene kan indikere at variablene ikke er mål på samme underliggende faktor.

Principal component analyse gir en en-faktorløsning for *Subjektiv norm*. Den forklarer 51,3 % av variansen. Faktorladningene for de ulike variablene er $D1 \times D5 = .86$, $D2 \times D6 = .89$, $D3 \times D7 = .49$, $D4 \times D8 = .54$. Dette tilsier at komponenten kan beholdes slik den var, og benevnes fortsatt *Subjektiv norm*.

(Se Vedlegg 3, Tabell 3).

Oppfattet atferdskontroll

Variabelen ble operasjonelt definert som 5 variabler (E1-5). Resultat score for disse er (max score = 5):

E1 - *Jeg synes jeg gjør en god jobb når det kommer til økonomistyring og budsjett disiplin.* Mean = 3,95, SD= ,805

E2 - *Jeg synes jeg har nok informasjon og kunnskap i forhold til å kunne utøve god økonomistyring.* Mean = 3,35, SD= 1,061

E3 - *Økonomistyring av min enhet er ene og alene mitt ansvar.*
Mean = 2,73, SD= 1,25

E4 - *Hvis vi hadde hatt realistiske budsjett som var tilpasset driften, ville det vært mulig for meg å holde budsjettene.* Mean = 4.04, SD = 1,03

E5 - *Hvis jeg hadde fått bedre styringsinformasjon fra økonomiavdelingen kunne jeg styrt økonomien bedre.* Mean = 2,99, SD = 1,03

Intern konsistens mellom de 5 variablene viser en Cronbach α på .42.

For de enkelte variabler er Cronbach α : E1 = .39, E2 = .44, E3 = .20, E4 = .06 og E5 = .18. Det ble gjennomført en eksplorativ faktoranalyse da disse resultatene kan indikere at variablene ikke er mål på samme underliggende faktor.

Principal component analyse gir en to-faktorløsning med Eigenvalue over 1. Disse forklarer 63,7 % av variansen fordelt med 38,0 % på komponent 1 og 25,7 % på komponent 2. Varimax rotasjon med Kaiser Normalisation viser faktorladninger på .98 på komponent 1 og .17 på komponent 2. Faktorladningene for de ulike variablene er for komponent 1 = .87 (E1), .84 (E2) og .60 (E3), og for komponent 2 = .80 (E4) og .66 (E5).

(Se Vedlegg 3, Tabell 3.)

Dette tilsier en deling av *Oppfattet atferdskontroll* i to nye komponenter:

- 1) *Oppfattet atferdskontroll* som består av E1, E2 og E3
- 2) *Forhold oppfattet utenfor atferdskontroll* som består av E4 og E5.

Med utgangspunkt i de fem komponentene som faktoranalysen tilsa at variablene kunne deles i, ble det gjennomført en multippel regresjonsanalyse for å undersøke lineær sammenheng ($y = bx_1 + bx_2 + bx_3 + bx_4 + bx_5$) mellom kriterievariabelen *Handlingsintensjon til budsjett-disiplin* og prediktorvariablene *Holdning til handling*, *Hensyn til pasienter og avdeling*, *Subjektiv norm*, *Oppfattet atferdskontroll* og *Forhold oppfattet utenfor atferdskontroll*. Før analysen ble divergent validitet mellom de uavhengige variablene sjekket, og det foreligger ikke multikollinearitet. Resultatet av analysen forteller hvor godt modellen som sådan, og de enkelte uavhengige variablene predikerer handlingsintensjoner til budsjettdisiplin.

Ved multippel regresjonsanalyse ble det funnet at modellen med de fem prediktorvariablene kan forklare 48,5 % av variansen i *Handlingsintensjon til budsjettdisiplin*. $R^2 = .485$, $p < .0005$.

Av de enkelte delkomponenter bidrar *Subjektiv norm* sterkest i denne modellen med en standardisert regresjonskoeffisient på .35. *Oppfattet atferdskontroll* følger deretter med en standard regresjonskoeffisient på .31, og *Holdning til handling* med .21. De to komponentene *Hensyn til pasienter og avdeling* og *Forhold oppfattet utenfor atferdskontroll* viser ikke statistisk signifikans ($p > .05$) i forhold til prediksjon av avhengig variabel.

(Se Vedlegg 3, Tabell 4.)

Det ble gjennomført en korrelasjonsanalyse (Pearson) som bekrefter at *Subjektiv norm* er den sterkeste prediktoren ($r = .56$, $p < .01$) og forklarer 31,6 % av variansen. *Holdning til handling* forklarer 28,5 % av variansen ($r = .53$, $p < .01$), og *Oppfattet atferdskontroll* forklarer 28,0 % ($r = .53$, $p < .01$). Variablene *Hensyn til pasienter og avdeling* ($r = -.06$, $p > .05$) og *Forhold oppfattet utenfor atferdskontroll* ($r = -.06$, $p > .05$) er ikke signifikante for prediksjon av handlingsintensjon.

(Se Vedlegg 3, Tabell 5.)

Med bakgrunn i de to ikke signifikante korrelasjonskoeffisientene, gjøres en ny multippel regresjonsanalyse for å undersøke om modellen kan forklare mer av variansen dersom disse to variablene utelukkes. Resultatene av denne analysen viser at en modell uten de to variablene forklarer 47,7 % av variansen i handlingsintensjon til budsjettdisiplin ($R^2 = .477$, $p < .0005$). Da en slik modell forklarer en lavere andel av variansen enn opprinnelig modell, ble modellen med de opprinnelige prediktorene beholdt.

5.5 Affektiv organisasjonsforpliktelse

Det ble funnet at oversatt versjon av "The affective commitment scale" hadde høy intern konsistens (Cronbach $\alpha = 0,87$). Gjennomsnittlig sumscore på denne skalaen var 24,9 (SD = 6,31). Max score = 40.

Det ble gjennomført en hierarkisk multippel regresjonsanalyse for å undersøke hvorvidt en modell som inkluderer *Affektiv organisasjonsforpliktelse* i tillegg til den opprinnelige modellen basert på prediktorvariablene i "Theory of planned behavior", kunne redegjøre for en større andel av variansen i *Handlingsintensjoner til budsjettdisiplin* enn den opprinnelige modellen.

Resultatene viser at en regresjonsmodell som inkluderer *Affektiv organisasjonsforpliktelse* forklarer 50,1 % av variansen i *Handlingsintensjon til budsjettdisiplin* ($R^2 = .501$, $p < .0005$). Det fremkommer en økning i andel forklart varians ved regresjonsmodell 2 relativt til regresjonsmodell 1. $\Delta R^2 = .015$.

(Se vedlegg 3, Tabell 6.)

Det ble foretatt en variansanalyse (ANOVA) for å undersøke hvorvidt økningen i forklart varians fra modell 1 til modell 2 er signifikant. Resultat fra analysen viste at økningen i forklart varians ($\Delta R^2 = .015$) fra modell 1 til modell 2 (bidraget til prediktorvariabelen affektiv organisasjonsforpliktelse) ikke er signifikant. Økningen i forklart varians i modell 2 anses derfor å være tilfeldig. ($F(1,117) = 3.581, p > 0.05$).

(Se Vedlegg 3, Tabell 7).

5.6 Hovedfunn oppsummert

Studien viser at det er høy grad av handlingsintensjon til budsjettdisiplin blant mellomledere på SUS.

Modellen basert på "Theory of planned behavior" kan forklare handlingsintensjoner til budsjettdisiplin:

- Subjektiv norm er den sterkeste prediktive komponenten.
- Holdninger til handlingen og oppfattet atferdskontroll har en noe lavere prediktiv betydning i denne studien.

Grad av lojalitet og forpliktelse (affektiv organisasjonsforpliktelse) er moderat, og ikke signifikant som prediktiv enkeltvariabel for budsjettdisiplin.

6. Diskusjon

6.1 Begrensninger ved studien

Fenomenet budsjettdisiplin er komplekst, og begrepet har vært utfordrende å operasjonalisere. Valgt modell ("Theory of planned behavior") synes å være et godt egnet instrument for dette formål. Resultatene fra undersøkelsen er statistisk signifikante med hensyn til at holdninger, subjektive normer og oppfattet atferdskontroll predikerer handlingsintensjoner til budsjettdisiplin. Korrelasjonene mellom prediktorvariablene og handlingsintensjon er moderate, men innenfor

det spenn metanalyser på bruk av modellen rapporterer. (Armitage & Conner, 2001). Selvrapporing som er bukt i denne studien, kan gi høyere score enn ved bruk av observasjon, men dette gjelder også de fleste andre studier som er brukt for sammenlikning. Funnene i denne studien bekrefter tidligere studier der modellen er brukt; det antas derfor at studien er nomologisk valid.

Samtidig er det slik at valgt modell bare er en av flere måter å tilnærme seg fenomenet atferdsprediksjon på. Andre tilnærminger slik Ogden (2003) og Bagozzi (1992) tar til orde for, kan gi andre resultater og forklaringer på handlingsintensjon til budsjett disiplin.

Tverrsnittstudie er valgt som overordnet design. Dette tegner et øyeblikksbilde, og resultatene er derfor nødvendigvis ikke gyldige over tid. Holdninger endrer seg også over tid. Gjentakelse av studien med eventuelt tilsvarende resultater på et seinere tidspunkt vil muligens kunne styrke studiens prediktive validitet.

Fordelen med surveydata er at de gir stemme til mange. Dette reduserer risikoen for at ekstreme synspunkter påvirker resultatene. Samtidig er det slik at bruk av spørreskjema binder respondentene til bestemte spørsmål og svar, og dermed begrenser mulighetene til å få fram flere sider ved fenomenet. Vi kan ikke med sikkerhet si hvordan respondentene har forstått spørsmålene, og har heller ikke muligheter for å gå i dybden og etterprøve de fortolkningene som er gjort.

Teoritifanget i form av litteratur og tidligere studier innenfor emnene holdninger og atferdsprediksjon samt forpliktelse ("commitment") er stort. Det har imidlertid vært vanskelig å finne andre studier på fenomenet budsjett disiplin for sammenlikning. Heller ikke innen økonomilitteraturen er dette et felt som synes mye omtalt, eller som det finnes mange studier på. Ulike rapporter vedrørende økonomistyring i helsevesenet foreligger, og er brukt for sammenlikning. Flere av resultatene fra denne studien er i tråd med de funn som er gjort der.

Begrepsvaliditet (grad av samsvar mellom teoretisk begrep og operasjonalisert mål) er en nødvendig betingelse for at forskningsresultatene skal være meningsfulle, tolkbare og generaliserbare. (Reve, 1985). Dette har vært fokusert på i hele prosessen inkludert planleggingsfasen.

Overflatevaliditet er forsøkt ivaretatt ved bruk av tidligere nyttede og validerte mål, manualer for utarbeidelse av spørsmålsbatterier samt bruk av "ekspertpanel". Dette har bestått av ansatte i økonomiavdelingen ved sykehuset, samt ledere som ikke var inkludert i studien. Bruk av multiple mål krever egentlig pilottesting slik at en sikrer at endelig spørsmålsbatteri er valid. Det kan være en svakhet ved denne studien at pilottesting ikke er gjort. Konvergent validitet viste seg ikke god nok for flere av operasjonaliseringene; alle variablene målte ikke det de egentlig skulle måle. Dette nødvendiggjorde en deling av komponentene i modellen ved bruk av faktoranalyse. Det totale antallet variabler i de enkelte komponenter ble dermed lavere, men ikke under anbefalt minimumsnivå på 3 (Francis, et al., 2004). Lavt antall variabler i enkelte komponenter kan muligens forklare de moderate korrelasjonsverdiene. Ideelt sett skal denne være over .7, men det er vanlig å finne lavere verdier når en har få variabler (Reve, 1985).

Det er særlig komponentene *Holdning til handling* og *Oppfattet atferdskontroll* som har lidd under dette. De måtte begge deles i to faktorer, fordi det viste seg at de ikke målte samme underliggende fenomen. Et raskt blick på formulering av utsagnene gir også indikasjoner på dette. Dette kan være en mulig årsaksforklaring til at disse komponentene bidro mindre til å vise den lineære samvariasjon med *Handlingsintensjon* enn det *Subjektiv norm* gjorde, og dermed skiller denne undersøkelsen noe fra andre studier der modellen er brukt. *Subjektiv norm* er i denne studien målt med flere variabler, noe som sikrer høyere reliabilitet. I andre studier der modellen er brukt, måles subjektiv norm oftest med en variabel. Dette er en antatt

årsaksforklaring til at normer bidrar mindre til å forklare handlingsintensjoner i disse studiene (Armitage & Conner, 2001).

Datamaterialet er gjennomarbeidet med grundige og gjentatte analyser for testing av validitet ved korrelasjonsanalyser, faktoranalyser og til slutt multipel regresjonsanalyse. Dette fritar imidlertid ikke for mulige systematiske eller tilfeldige feil både i analyse og ved tolking av resultater.

Studien ble gjennomført blant mellomledere med budsjettansvar i SUS (N=209), og med en overraskende høy svarprosent (ca.70 %). Opprinnelig utvalg bestod av 214 respondenter, men 5 av disse meldte fra om at de ikke hadde budsjettansvar. Det er en liten mulighet for at noen flere av respondentene heller ikke hadde budsjettansvar, og det kan være at noen med budsjettansvar ikke var inkludert i opprinnelig utvalg. Sannsynligheten for disse to feilkildene er liten. Etter datarensing besto analyseutvalget av 124 respondenter. Dette er godt i overkant av anbefalt utvalgsstørrelse på minimum 80 (Francis, et al., 2004).

For å kontrollere om utvalget var skjevfordelt i forhold til populasjonen, sammenlignet vi disse. Utvalget bestod av nærmere 70 % kvinner og drøyt 30 % menn, og vi finner en nærmest identisk fordeling i populasjonen. Skjevheten med hensyn til at både populasjon og utvalg har en betydelig andel flere kvinner enn menn, finner vi også igjen i øvrige helseforetak i Norge. Kjønnfordelingen mellom de ulike profesjonsgrupper i utvalget er i samsvar med kjønnsprofilen for helseforetak i Norge (Samdata, 2010).

Likeledes er fordelingen mellom de ulike profesjoner og yrkeskategorier i utvalg og populasjonen sammenlignet. Analyseutvalg har en litt lavere andel respondenter fra gruppene leger og annet helsepersonell, men avviket er så lite at det neppe er av betydning.

Prosentfordeling mellom yrkeskategoriene i utvalg og populasjonen SUS er sammenlignet med spesialisthelsetjenesten i Norge generelt. (Samdata, 2010). Tallene fra Samdata gjelder alle ansatte, og ikke bare ledere. Det er rimelig grunn til å anta at den prosentvise representasjonen av ledere fra de ulike yrkeskategorier samsvarer med dette tallmaterialet.

Utvalgets alder viser en varians fra 28 til 66 år, et gjennomsnitt på 50 år (SD = 8). Dette samsvarer med tall fra Statistisk Sentralbyrå for alder på ledere i offentlige organisasjoner (Statistisk Sentralbyrå).

Utvalget for studien kan ut fra dette antas å være representativt for populasjonen mellomledere med budsjettansvar på SUS, og sannsynligvis også for tilsvarende ledergrupper i andre helseforetak.

6.2 Diskusjon av funn

Modellen "Theory of planned behavior" bygger på antakelsen om at handlingsintensjoner predikerer atferd. Innbakt i intensjonen om å utføre handlingen ligger også motivasjonelle forhold. Et vesentlig funn i studien er den høye grad av handlingsintensjon i forhold til det å holde budsjettet. Motivasjonen til "å få det til" er stor, og i så måte innfris den motivasjonelle dimensjonen i begrepsdefinisjonen for budsjett disiplin; viljen til å holde budsjettet.

Tatt i betraktning all negativ mediaomtale vedrørende manglende budsjett disiplin i helseforetak, og offentlige rapporter som i stor grad konkluderer i samme retning, er funnene litt overraskende. Men samtidig er det også slik helsearbeidere generelt sett ses på som en pliktoppfyllende og lojal gruppe, med høye standarder for sin yrkesutøvelse. Dette trenger nødvendigvis ikke bare gjelde i forhold til pasientbehandling, men kan kanskje også gjelde i forhold til utøvelse av lederrollen, slik resultatene i denne studien indikerer.

Handlingsintensjoner i forhold til budsjettdisiplin er ingen garanti for faktisk budsjettdisiplin, men jo sterkere handlingsintensjoner er, jo mer sannsynlig er det at man handler i tråd med intensjonen. I så måte er resultatene fra denne studien oppmuntrende med tanke på videre arbeid mot mål om økonomisk balanse ved SUS.

En nyere organisasjonsstudie blant toppledere ved sykehus i henholdsvis Norge og Danmark (Vrangbæk & Torjesen, 2005) støtter dette funnet. De angir at 54 % av norske ledere oppgir økonomi som motivasjonsfaktor for sitt arbeid. Resultatene for de danske kollegene er 24 %. Dette kan tyde på at bruk av økonomiske styringsindikatorer, og mer fokus på budsjettdisiplin er blitt en del av hverdagen for norske sykehusledere.

At det i denne studien er *Subjektiv norm* (sosialt press og motivasjon til å innordne seg dette) som er den sterkeste prediktoren for handlingsintensjon, avviker fra resultater fra andre studier referert til tidligere. I forhold til budsjettdisiplin på SUS kan det imidlertid se ut som om oppfattet sosialt press er av betydning for budsjettdisiplin. Resultatene viser meget høye score for motivasjon til å innordne seg overordnet leders forventninger i forhold til å holde budsjettet. Videre er det også høy grad av motivasjon til å innordne seg de krav og forventninger som ligger i stillingsinstruksen for ledere på sykehuset med hensyn til budsjettdisiplin.

Dette tyder på en høy grad av bevissthet rundt tolking av, og forståelsen av lederrollen som resultatansvarlig for hele virksomheten, ikke bare det faglige eller kliniske. Funnene samsvarer med Vrangbæk & Torjesen (2005) som i sin studie har funnet at norske ledere i høyere grad enn danske kolleger er motivert av ledelsens anerkjennelse, engasjement i organisasjonens rolle / misjon og overholdelse av økonomiske rammer.

Sykehus er tradisjonelt sett på som profesjonelle fagbyråkratier. Det er i særlig grad leger, men også sykepleiere som utgjør den operative kjerne, og er sett på som den viktigste maktfaktor (Berg, 1987). Profesjonenes normer og verdier er sterke, og det vil være rimelig grunn til å anta at disse også påvirker handlingsintensjoner til budsjettdisiplin gjennom subjektiv normkomponenten. I listen over signifikante andre i spørreundersøkelsen er "dine medarbeidere" tatt med. Motivasjon til å innordne seg medarbeideres forventninger kommer i undersøkelsen ut med en lav score. Dette kan være uttrykk for at profesjonens normer og verdier ikke er så viktige når det kommer til økonomistyring.

Normer har sterkere effekt på handlingsintensjoner dersom de samsvarer med de aksepterte normer og regler for den gruppen personen identifiserer seg med (Terry & Hogg, 1996). I studien angir 79 % av respondentene at de er ledere på heltid. Dette var et høyere antall enn forventet. Kanskje kan dette indikere at lederne, til tross for sin helsefaglige bakgrunn, er tilbøyelig til å identifisere seg mer med de normer og regler som gjelder for gruppen ledere, enn for de respektive profesjonsgrupper de tilhører.

Oppfattet atferdskontroll er i "Theory of planned behavior" en viktig komponent for prediksjon av handlinger, og særlig komplekse handlinger. Denne komponenten virker, ifølge Ajzens modell, også direkte på selve handlingen. Oppfattet atferdskontroll er uttrykk for personens tillit til egen evne til å utøve budsjettdisiplin, og i hvilken grad hun / han opplever å ha nødvendig kunnskap, ferdighet, tid og muligheter.

Resultatene viser at ledere ved SUS i rimelig stor grad har tillit til egen evne til utøvelse av budsjettdisiplin. I revisjonsrapportene fra Helse Vest kommer det fram at ledere ved SUS ikke opplever å ha nødvendige retningslinjer og styringsinformasjon (Helse Vest RHF, 2008, 2009).

Etter at ny administrerende direktør ble tilsatt ved SUS våren 2009, har det vært mye fokus på budsjettdisiplin, og flere tiltak for å bedre økonomistyringen er iverksatt. Tettere oppfølging fra divisjonsdirektører og fra økonomiavdelingen, både rent praktisk, og i form av utarbeidelse av lettere tolkbare økonomidata / rapporter, har vært et av tiltakene. Videre har administrerende direktør gjennomført jevnlig fellesmøter med alle ledere for gjennomgang av økonomiske resultater og framtidige utfordringer, og det har vært en breiere involvering av alle resultatansvarlige ledere i budsjettprosessen. Alt dette kan være virkemidler i forhold til oppfattet atferdskontroll. Det er også i tråd med annen forskning som viser at deltakelse i budsjettprosessen er en variabel med sterk effekt på motivasjon. Likeledes er det funnet en signifikant relasjon mellom deltakelse i budsjettutforming og prestasjoner (Aidemark, 2005).

Informasjon og kunnskap om økonomistyring og delaktighet i budsjetteringsarbeidet, er viktige elementer for oppfattet atferdskontroll. Dette vil også være et uttrykk for "evne" i definisjonen av budsjettdisiplin som "evne og vilje til å holde budsjett". Holdninger forandrer seg med kunnskap og informasjon. Kunnskapsarbeidere og ledere legger mer anstrengelse i, og utvikler sterkere og mer varige holdninger til holdningsobjekt (Bohmer & Wanke, 2002). En videreføring av de tiltak som er iverksatt i SUS det siste året for å bedre økonomistyringen, vil i så måte være svært viktig. Kunnskap og informasjon vil kunne øke oppfattet atferdskontroll, og dermed også prediksjon av ønsket atferd; budsjettdisiplin.

Holdninger til handlingen predikerer budsjettdisiplin med omtrent samme styrke som *Oppfattet atferdskontroll* i denne studien. Resultatene viser moderate til høye score for variablene som måler holdninger, hvilket indikerer at det er positive holdninger til budsjett-disiplin blant mellomledere på SUS. Studien viser at det anses å være en viktig del av lederjobben å følge opp budsjettene, og å ha nok tid til dette.

Holdningene til budsjett disiplin er positive, helt til det kommer til muligheten av at budsjett disiplin oppfattes å kunne gå ut over hensynet til pasientene. Dette er ikke et overraskende funn, og kan være uttrykk for konflikten mellom de to konkurrerende paradigmer; pliktetikken og nytteetikken. Legers og sykepleieres pliktetikk er absolutt, og har en enten eller karakter, mens økonomiens nytteetikk er relativ og innebærer at forskjellige hensyn må avveies (Busch, Johnsen, & Vanebo, 2003). Kanskje finnes det ikke muligheter for kompromiss mellom to så ulike rasjonaliteter. Kanskje er det ikke ønskelig heller, og det bør formodentlig heller søkes muligheter der disse kan eksistere side om side.

Rollen som leder i helsevesenet inneholder en konflikt mellom på den ene siden kravet om faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen, og på den andre side kravet om utøvelse av budsjett disiplin som forvalter av begrensede økonomiske ressurser. Kravet om styring av økonomien er faktisk også regulert i lov: "Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift" (Helsepersonelloven, 1999). I praksis betyr dette at det er nødvendig å foreta prioriteringer av pasienter med hensyn til om behandling skal gis, hva slags behandling som skal gis og når. Det er ikke budsjett rammer til å kunne gjøre "alt", og som samfunn er vi kanskje heller ikke villige til å bære en slik kostnad. Pasientene har høye krav og forventninger til behandling i sykehus, og helsepersonell vil gjerne ønske det beste for sine pasienter. Prioritering av nødvendig helsehjelp i forhold til de ressurser som er til rådighet, synes å være et uløselig dilemma for den enkelte leder. Dette er prioriteringer som kanskje i større grad hører hjemme på den politiske arena.

Hensynet til pasientene er uttrykk for holdninger knyttet til helsepersonells sentrale verdier utviklet gjennom utdanning og yrkeserfaring. Dette er stabile og integrerte holdninger med sterke innslag av tanke- og følelseskomponent. Med tanke på endring av denne delen av holdningskomponenten i forhold til atferdsprediksjon etter modellen i

”Theory of planned behavior”, er dette den type holdninger det vil være vanskeligst å endre (Bohmer & Wanke, 2002).

Lojalitet til egen avdeling kommer tydelig fram i spørreundersøkelsen. At avdelingen ikke risikerer å få en lavere budsjetttramme for kommende år som et resultat av budsjettdisiplin, er svært viktig for respondentene. Historisk sett har det vært slik at avdelinger som har gått med overskudd, eller i økonomisk balanse ved SUS, har risikert å få kutt i sine budsjett for det kommende år. Ledere som har utøvd budsjettdisiplin opplever at de ”straffes” for dette, mens de som ikke har klart å holde seg innenfor tildelt ramme får ”tilgivelse”. Dette er nødvendigvis ikke et godt incentiv i forhold til budsjettdisiplin, og praksisen er nå endret slik at avdelinger som går i pluss får beholde en andel av overskuddet i egen avdeling.

Lojalitet til egen avdeling kan synes å gå foran lojalitet til organisasjonen som helhet. Resultatene fra den delen av studien som går på lojalitet og forpliktelse målt med ”The affective commitment scale” (Meyer & Allen, 1991) viser en moderat grad av organisasjonsforpliktelse. Kanskje er det slik at følelsesmessig engasjement i egen avdeling er større enn i organisasjonen som helhet. Den moderate organisasjonsforpliktelsen som måles i denne studien kan være et uttrykk for interessekonflikt mellom profesjonenes og organisasjonens verdier og mål, slik tilsvarende funn fra andre studier har vist. (Gunz & Gunz, 1994).

Manglende helhetstenking og samling om felles mål, er forhold administrerende direktør i ledersamlinger har påpekt som en utfordring ved sykehuset (Pettersen, 2009). Positive holdninger til det å arbeide mot sykehusets felles mål, må også antas å være en viktig del av holdningskomponenten i forhold til atferdsprediksjon. Fokus på holdningsskapende arbeid, i forhold til det å tenke helhet og fellesskap, vil derfor også ha positive effekter på budsjettdisiplin. ”Helhetstenkeren” er en av fire dimensjoner som er definert ved lederrollen i SUS.

Lederrollene hadde mye fokus i et lederutviklingsprogram som ble gjennomført ved sykehuset noen år tilbake i tid. Kanskje bør det på ny rettes mer fokus på dette i SUS.

Det framgår av Riskrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene at ansatte og ledere i sykehus ikke oppfatter de økonomiske rammene som endelige. Budsjetttavvik som skyldes et høyere aktivitetsnivå enn planlagt brukes som argument for å få tilført mer ressurser (Riksrevisjonen, 2009). Dette kan være uttrykk for holdninger som tilsier at man mener det er budsjettene som skal tilpasses driften, og ikke omvendt. Liknende holdninger kommer også til uttrykk i spørreundersøkelsen ved SUS. Påstanden *Hvis vi hadde hatt realistiske budsjett som var tilpasset driften, ville det vært mulig for meg å holde budsjettene* kan være uttrykk for en slik holdning.

Formuleringen av påstanden kunne nok vært bedre, men høye score tilsier at mange av lederne i studien ikke oppfatter budsjettene som realistiske, og som en ramme driften skal foregå innenfor.

Denne typen holdninger er uttrykk for det som er kjernen i fenomenet budsjett disiplin; "The soft budget constraint syndrom" (Kornai, 1997). Budsjetttrammene oppfattes ikke som endelige, og kan tøyes når det er gode argumenter for dette. Hensynet til pasientene og kvaliteten i den behandling som tilbys, vil være et mer enn godt nok argument for mange helseledere. Kanskje er det slik at man ikke kan oppnå full budsjett disiplin før budsjettet erkjennes som endelig ramme for virksomheten, og dette er integrert som en grunnleggende verdi for utøvelse av ledelse i sykehus.

6.3 Implikasjoner av funn

Studien har satt søkelys på budsjett disiplin i sykehus, og har bidratt til å belyse og forklare dette. Modellen "Theory of planned behavior" synes godt egnet til måling av holdninger og handlingsintensjoner til budsjett disiplin. Affektiv organisasjonsforpliktelse som ble lagt til modellen i denne studien, viste ingen signifikant betydning for forklaring av

handlingsintensjoner til budsjettdisiplin. Fenomenet budsjettdisiplin er imidlertid komplekst, og vanskelig å operasjonalisere. Flere studier på feltet, og kanskje også andre tilnæringsmåter vil derfor være nyttige for å få mer kunnskap om budsjettdisiplin og virkningsmekanismene rundt dette.

At modellen viser statistisk signifikans i forhold til å forklare handlingsintensjoner til budsjettdisiplin, bør ha implikasjoner for ledelse i sykehus. Modellen gir en indikasjon på hvilke områder det bør satses på i forhold til mellomledere for å øke budsjettdisiplin.

I datamaterialet ligger det også mulighet for å finne ut om det foreligger forskjeller i handlingsintensjoner til budsjettdisiplin mellom de ulike profesjoner / yrkeskategorier, mellom ulike ledernivå, kjønn eller alder. Dette kan eventuelt være gjenstand for videre studier.

7. Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å belyse og forklare fenomenet budsjettdisiplin. Med bakgrunn i de økonomiske utfordringene i sykehussektoren, og mangel på budsjettdisiplin som en mulig årsaksforklaring til dette, er det av interesse både for ledere i sykehus og samfunnet generelt, å finne mer ut av dette. Med denne studien er flere sider ved fenomenet budsjettdisiplin belyst og forklart. Dette kan ha implikasjoner for ledelse i sykehus.

Budsjettdisiplin kan ikke måles objektivt, men en tilnærming er å måle holdninger og handlingsintensjoner til budsjettdisiplin. Den teoretiske forankringen for denne studien er derfor hentet fra psykologiens holdningsteori og fra organisasjonsteori. Rammeverk for studien er "Theory of planned behavior" (Ajzen & Madden, 1986) som forfekter at holdninger til handling, subjektiv norm og oppfattet atferdskontroll kan

predikere handlingsintensjoner, og dernest mer sannsynlig faktisk handling i form av budsjettdisiplin.

Det er gjennomført en tverrsnittstudie; en kvantitativ spørreundersøkelse blant mellomledere med budsjettansvar ved SUS. Resultatene er statistisk signifikante med hensyn til at modellen "Theory of planned behavior" kan predikere handlingsintensjon til budsjettdisiplin.

De tre komponentene *Holdning til handling*, *Subjektiv norm* og *Oppfattet atferdskontroll* bidrar noe ulikt i forhold til prediksjon av *Handlingsintensjon*, med *Subjektiv norm* som den sterkeste enkeltkomponent. Respondentene i studien viste høy grad av vilje til å handle slik det er forventet av dem av overordnet leder og ut fra stillingsinstruks, når det kommer til budsjettdisiplin.

Ved at viljen til å holde budsjettet er stor, innfris den motivasjonelle dimensjonen i begrepsdefinisjonen for budsjettdisiplin; "vilje til å holde budsjett". Dette kan gi grunn til optimisme for sykehuset med tanke på framtidige økonomiske resultater.

Ikke uventet viser resultatene at hensyn til pasientene kan influere på vilje til budsjettdisiplin. Når det kommer til mulige rollekonflikter mellom det å være helsearbeider kontra det å være leder, indikerer studien at hensyn til pasienter veier tyngre enn hensyn til budsjett.

"Evne til å holde budsjett" er også en dimensjon ved begrepsdefinisjonen av budsjettdisiplin. I denne studien er dette målt som oppfattet atferdskontroll, og indikerer personens tillit til egen evne til å utføre handlingen. Resultatene viser moderat grad av oppfattet atferdskontroll. Dette indikerer at ytterligere satsing på informasjon og kunnskap om økonomistyring, og involvering i budsjettprosessen vil kunne bidra til å øke handlingsintensjoner, og sannsynligvis også faktisk handling i forhold til budsjettdisiplin.

Når det gjelder holdninger til budsjettdisiplin, er disse generelt positive. Det bemerkes at denne studien, i likhet med flere tidligere rapporter, synes å vise at det er en utbredt holdning at budsjetttrammene ikke oppfattes som "realistiske eller tilpasset driften". Her er vi ved kjernen av problematikken rundt budsjettdisiplin. Dette indikerer at det i sykehuset fortsatt er viktig med fokus på holdningsarbeid for å øke forståelsen for at budsjettet er endelige, vedtatte rammer for virksomheten, og at det er driften som skal tilpasses budsjettene og ikke omvendt.

Grad av lojalitet og forpliktelse til organisasjonen som helhet ble undersøkt med "The affective commitment scale" (Allen & Meyer, 1986). Resultatene viser moderat grad av affektiv organisasjonsforpliktelse, og hensyn til egen avdeling synes å gå foran fellesskapets interesser. Affektiv organisasjonsforpliktelse er ikke signifikant som prediktorvariabel for handlingsintensjon til budsjettdisiplin.

Studien ble gjennomført blant mellomledere med budsjettansvar på SUS, med en svarprosent på ca. 70 %. Analyseutvalget er basert på 124 observasjoner. Utvalget synes å være representativt for populasjonen, og funnene kan med rimelig sikkerhet generaliseres til å gjelde SUS. De bør også ha implikasjoner for helseforetak generelt.

Litteratur

- Aidemark, L. G. (2005). Ekonomistyring i sjukvården. *Nordiske Organisasjonsstudier, Nr.2 2005 - Årgang 7*, 58-76.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intention and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2006). *Social cognition : an integrated introduction* (2nd ed.). London: Sage.
- Bagozzi, R. P. (1992). The self-regulation of Attitudes, Intentions and Behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55, No.2(Theoretical Advances in Social Psychology), 178-204.
- Balfour, D., & Wechsler, B. (1991). Commitment, Performance and Productivity in Public Organizations. *Public Productivity & Management Review*, 14, No 4, 355-367.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bohmer, G., & Wanke, M. (2002). *Attitudes and attitude change*. Hove: Psychology Press.
- Busch, T., Johnsen, E., & Vanebo, J. O. (2003). *Endringsledelse i det offentlige*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Cooper-Hakim, A., & Viswesvaran, C. (2005). The Construct of Work Commitment: Testing an Integrative Framework. *Psychological Bulletin*, 131, No.2, 241-259.
- Francis, J., Eccles, M., Johnstone, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., et al. (2004). Constructing questionnaires based on The Theory of Planned Behavior. *Centre for Health Services Research, University of Newcastle*.

- Gripsrud, G., Silkoset, R., & Olsson, U. H. (2004). *Metode og dataanalyse med fokus på beslutninger i bedrifter*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Gunz, H. P., & Gunz, S. P. (1994). Professional / organizational commitment and job satisfaction for employed lawyers. *Human Relations, 47*, 801-828.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Helse Vest RHF (2008). *Økonomistyring i helseføretaka. Internrevisjon Helse Vest RHF. Fellesrapport*.
- Helse Vest RHF (2009). *Økonomistyring i helseføretaka. Oppfølging*.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.m.* Retrieved 08.02.2010. from <http://www.lovdatab.no>.
- Kelly, J., & Kelly, C. (1991). "Them and Us": Social Psychology and "The New Industrial Relations". *British Journal of Industrial Relations, 29*, 25-48.
- Kornai, J. (1997). The Place of the Soft Budget Constraint syndrome in Economic Theory. *Journal of Comparative Economics, 26*, 11-17.
- Meyer, & Allen, N. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review, 1*, 61-89.
- Meyer, J., Stanley, D., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates and Consequences. *Journal of Vocational Behavior, 61*, 20-52.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational behavior 14*, 224-247.
- O'Reilly, C. A., & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachments: The effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology, 71*, 492-499.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: A pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology, 22*, 424-428.
- Petterson, I. (2009). *Budsjettmøte for ledere ved SUS 21.09.09, Powerpoint presentasjon*. Unpublished manuscript.
- Petterson, I. J., & Bjørnenak, T. (2003). *Helse i hver krone? Om økonomisk styring i helsesektoren*. Oslo: Cappelen akademisk forl.

- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59, 603-609.
- Reve, T. (1985). Validitet i økonomisk-administrativ forskning. (Institutt for organisasjonsfag NHH), 52-72.
- Riksrevisjonen (2009). *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene*.
- Samdata (2010). Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 / Ressursinnsats / Kostnader og personell 2003-2008. Retrieved 18.04.2010: <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/>
- Statistisk Sentralbyrå Sysselsetting etter yrke og alder, 4. kvartal 2008. Retrieved 18.04.2010: <http://www.ssb.no/emner/06/01/regsys/tab-2009-06-12-14.html>
- Store Norske Leksikon (2009). Definisjoner budsjett og disiplin Retrieved 14.10., 2009, from <http://snl.no/budsjett>, <http://snl.no/diplin>
- Strøm-Erichsen, A.-G. (2010). *Foredrag Lederkonferanse NSH 04.02.2010*. Paper presented at the Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening. Retrieved 10.02.2010, from <http://www.nsh.no/script/view.asp?id=273>
- Terry, D. J., & Hogg, M. A. (1996). Group Norms and Attitude-Behavior. Relationship: A Role of Group Identification. *Personality and social psychology bulletin*, 22, 776-793.
- Tjerbo, T. H., Terje P. (2007). Deficits, soft budget constraints, and bailouts: Budgeting after the Norwegian hospital reform. Retrieved from <http://www.bi.no>
- Troye, S. V. (1999). *Marketing : forventninger, tilfredshet og kvalitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vrangbæk, K., & Torjesen, D. O. (2005). Sygehuslederens opfattelse af ledelsesvilkår i Danmark og Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, Nr.2 2005 - Årgang 7, 37-57.

Vedlegg

Vedlegg 1: Følgerev til respondenter for spørreundersøkelse

Vedlegg 2: Spørreundersøkelse

Vedlegg 3: Tabeller

Tabell 1: Demografiske variabler

Tabell 2: Deskriptiv statistikk over enkeltvariabler i spørreskjema

Tabell 3: Faktormatrise

Tabell 4: Sammendrag av multippel regresjonsanalyse

Tabell 5: Korrelasjoner mellom handlingsintensjon til budsjettdisiplin og prediktorvariabler

Tabell 6: Sammendrag av hierarkisk multippel regresjonsanalyse

Tabell 7: ANOVA tabell for økning i forklart varians mellom modell 1 og modell 2

Til ledere med budsjettansvar på SUS.

Jeg henvender meg til deg som leder på SUS, og ber deg delta i en spørreundersøkelse om budsjettansvar.

I vedlagte lenke finner du spørsmål om holdninger til budsjett disiplin, og om lojalitet og forpliktelse overfor SUS sine overordnede mål.

Undersøkelsen er en del av min Master i Serviceledelse ved UiS.

Jeg vil være svært takknemlig for at du besvarer dette, og returnerer snarest og seinest innen 11. mars.

Besvarelsen din er anonym, og det tar bare noen få minutter å svare på den.

Svar på spørsmålene

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Eli Rostrup

Divisjon for Medisinsk Service

Gruppe:**Kryss av det alternativ som er rett for deg****A1 - Hvilket årstall er du født?**19 **A2- Kjønn**

- Kvinne
 Mann

A3- Profesjon / Utdanning

- Lege
 Sykepleier
 Annen helseutdanning
 Andre / ikke helseutdanning

A4- Ledernivå

- Nivå 3 (avdelingssjef, oversykepleier, avdelingsoverlege m.m.)
 Nivå 4 (seksjonsleder, seksjonsoverlege, avdelingssykepleier m.m.)
 Annet

A5- Er du leder på heltid eller deltid (d.v.s. har klinisk arbeid i tillegg)

- Heltid
 Deltid

Nedenfor er vi interessert i å få vite mer om lojalitet og forpliktelse til organisasjonen SUS.

For hver av påstandene skal du angi i hvilken grad du er enig eller uenig, der 1 er helt uenig og 5 er helt enig.

	Helt uenig (1)	(2)	(3)	(4)	Helt enig (5)
B1. Jeg ville vært glad for å kunne arbeide på SUS resten av min yrkeskarriere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B2. Jeg liker godt å diskutere SUS med folk utenfor sykehuset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B3. Jeg føler det virkelig slik at SUS sine problemer er mine egne problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B4. Jeg tror ikke jeg kan bli så følelsesmessig engasjert i en annen organisasjon som jeg er i SUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B5. Jeg føler meg som en del av					

«familien» på SUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B6. Jeg er «følelsesmessig knyttet til » SUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B7. SUS betyr svært mye for meg personlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B8. Jeg føler virkelig jeg hører hjemme på SUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nedenfor følger noen påstander vedrørende budsjettdisiplin.

For hver av påstandene under skal du angi i hvilken grad du er enig eller uenig.

	Helt uenig (1)	(2)	(3)	(4)	Helt enig (5)
C1. Dersom jeg er lojal mot budsjettene, vil jeg synes at jeg gjør en god lederjobb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C2. Jeg bruker en stor del av tiden i min lederjobb på å følge opp budsjettene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C3. Dersom jeg holder budsjettene kan det bety at min avdeling får en lavere økonomisk ramme neste år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4. Å være lojal mot budsjettene kan gå ut over pasientene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C5. Å gjøre en god lederjobb i forhold til økonomistyring er viktig for meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C6. Det er viktig for meg å ha nok tid i min lederjobb til å følge opp budsjettene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C7. Det er viktig for meg at min avdeling ikke får en lavere økonomisk ramme neste år	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C8. Det er viktig for meg at budsjett og økonomistyring ikke går ut over pasientene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C9. Det er min intensjon å bruke budsjettet som styringsverktøy dette budsjettåret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C10. Jeg vil utøve min lederoppgave slik at min avdeling går i økonomisk balanse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C11. Dette året er jeg temmelig sikker på at jeg skal klare å holde budsjettet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Her er vi interessert i å få vite hvordan andres forventninger påvirker dine holdninger og atferd i forhold til budsjettdisiplin

Kryss av for det alternativ som passer best for deg.

	Stemmer ikke i det hele tatt (1)	(2)	(3)	(4)	Stemmer helt (5)
D1. Det er forventet at man som en del					

av lederrollen i SUS utøver god budsjettdisiplin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D2. Min overordnede leder forventer at jeg skal holde budsjettene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D3. Mine medarbeidere synes det er viktig at vår avdeling holder budsjettene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D4. Det er viktig for pasientene at vi holder budsjettene på SUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I de neste spørsmålene ønsker vi å vite mer om i hvor stor grad du ønsker å innordne deg andres forventninger når det kommer til budsjettdisiplin

Kryss av for det alternativ som passer best for deg.

	Ikke i det hele tatt (1)	(2)	(3)	(4)	Sterkt (5)
D5. Hvor sterkt ønsker du å gjøre som det er forventet av deg i din stillingsinstruks som leder når det gjelder budsjettdisiplin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D6. Hvor sterkt ønsker du å gjøre som din overordnede leder forventer i forhold til å holde budsjettene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D7. Hvor sterkt ønsker du å gjøre som dine medarbeidere synes du bør gjøre når det gjelder budsjettdisiplin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D8. Hvor sterkt vil du ta hensyn til pasientgruppens behov i forhold til det å holde budsjettene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nedenfor er vi interessert i å finne ut hvor godt du føler deg i stand til å utøve økonomistyring og budsjettdisiplin, og om evt. andre faktorer påvirker din atferd.

Angi på skala i hvilken grad du er enig eller uenig i disse utsagnene

	Helt uenig (1)	(2)	(3)	(4)	Helt enig (5)
E1. Jeg synes jeg gjør en god jobb når det kommer til økonomistyring og budsjettdisiplin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E2. Jeg synes jeg har nok informasjon og kunnskap i forhold til å kunne utøve god økonomistyring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E3. Økonomistyring av min enhet er ene og alene mitt ansvar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E4. Hvis vi hadde hatt realistiske budsjett som var tilpasset driften, ville det vært mulig for meg å holde budsjettene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E5. Hvis jeg hadde fått bedre styringsinformasjon fra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

økonomiavdelingen kunne jeg styrt økonomien bedre

Helt til slutt følger noen påstander om hvordan du utøver budsjettdisiplin

	Helt uenig (1)	(2)	(3)	(4)	Helt enig (5)
F1. Jeg følger alltid opp negative budsjettavvik med korrigerende tiltak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F2. Jeg klarer alltid å holde budsjettene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabell 1: *Demografiske variabler*

Tabell 1.1: Alder i utvalg

	<i>n</i>	M (<i>SD</i>)	Min	Max
Alder	122	50.27 (8.40)	28	66

Note: 2 respondenter oppgav ikke alder

Tabell 1.2: Kjønnfordeling i utvalg (*n=124*)

	Antall	%
Kvinner	82	67,7
Menn	40	32,3
Total	124	100,0

Tabell 1.3: Profesjon / yrkeskategori med kjønnfordeling i utvalg (*n=124*)

		Kvinner	Menn	Total	%
Profesjon	Lege	6	11	17	13,7
	Sykepleier	50	3	53	42,7
	Annen helseutdanning	16	11	27	21,8
	Ikke helseutdanning	12	15	27	21,8
Total		84	40	124	100

Tabell 1.4: Ledernivå (*n=124*)

	Antall	%
Nivå 3	35	28,2
Nivå 4	79	63,7
Andre	10	8,1
Total	124	100,0

Tabell 1.5: Heltids- / deltidsleder(*n=124*)

	Antall	%
Heltid	98	79,0
Deltid	26	21,0
Total	124	100,0

Tabell 2: Deskriptiv statistikk over enkeltvariabler i spørreskjema (n=124)

	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
B1. Jeg ville vært glad for å kunne arbeide på SUS resten av min yrkeskarriere	3,72	1,064	-,607	-,233
B2. Jeg liker godt å diskutere SUS med folk utenfor sykehuset	3,08	1,048	,052	-,556
B3. Jeg føler det virkelig slik at SUS sine problemer er mine egne problemer	2,95	1,081	-,099	-,779
B4. Jeg tror ikke jeg kan bli så følelsesmessig engasjert i en annen organisasjon som jeg er i SUS	2,27	1,068	,426	-,565
B5. Jeg føler meg som en del av "familien" på SUS	3,02	1,137	-,116	-,659
B6. Jeg er "følelsesmessig knyttet til" SUS	2,94	1,136	,011	-,731
B7. SUS betyr svært mye for meg personlig	2,90	1,031	,061	-,391
B8. Jeg føler virkelig jeg hører hjemme på SUS	3,40	1,019	-,271	-,292
C1. Dersom jeg er lojal mot budsjettene, vil jeg synes at jeg gjør en god lederjobb	3,69	,840	-,186	-,095
C2. Jeg bruker en stor del av tiden i min lederjobb på å følge opp budsjettene	3,34	,882	-,218	-,272
C3. Dersom jeg holder budsjettene kan det bety at min avdeling får en lavere økonomisk ramme neste år	2,72	1,260	,228	-,981
C4. Å være lojal mot budsjettene kan gå ut over pasientene	3,45	1,164	-,478	-,548
C5. Å gjøre en god lederjobb i forhold til økonomistyring er viktig for meg	4,15	,729	-,743	1,514
C6. Det er viktig for meg å ha nok tid i min lederjobb til å følge opp budsjettene	3,87	,754	-,244	-,264
C7. Det er viktig for meg at min avdeling ikke får en lavere økonomisk ramme neste år	4,60	,696	-2,659	10,156
C8. Det er viktig for meg at budsjett og økonomistyring ikke går ut over pasientene	4,55	,679	-1,841	5,176
D1. Det er forventet at man som en del av lederrollen i SUS utøver god budsjett disiplin	4,65	,542	-1,263	,642
D2. Min overordnede leder forventer at jeg skal holde budsjettene	4,52	,668	-1,751	5,216
D3. Mine medarbeidere synes det er viktig at vår avdeling holder budsjettene	3,19	,985	-,088	-,383
D4. Det er viktig for pasientene at vi holder budsjettene på SUS	3,27	1,157	-,331	-,622
D5. Hvor sterkt ønsker du å gjøre som det er forventet av deg i din stillingsinstruks som leder når det gjelder budsjett disiplin?	4,33	,683	-,530	-,769
D6. Hvor sterkt ønsker du å gjøre som din overordnede leder forventer i forhold til å holde budsjettene?	4,40	,637	-,590	-,589
D7. Hvor sterkt ønsker du å gjøre som dine medarbeidere synes du bør gjøre når det gjelder budsjett disiplin?	3,48	1,016	-,428	-,350
D8. Hvor sterkt vil du ta hensyn til pasientgruppens behov i forhold til det å holde budsjettene?	3,97	,732	-,203	-,445
E1. Jeg synes jeg gjør en god jobb når det kommer til økonomistyring og budsjett disiplin	3,95	,805	-,387	-,348
E2. Jeg synes jeg har nok informasjon og kunnskap i forhold til å kunne utøve god økonomistyring	3,35	1,061	-,214	-,598
E3. Økonomistyring av min enhet er ene og alene mitt ansvar	2,73	1,252	,131	-,888
E4. Hvis vi hadde hatt realistiske budsjett som var tilpasset driften, ville det vært mulig for meg å holde budsjettene	4,04	1,039	-,921	,235
E5. Hvis jeg hadde fått bedre styringsinformasjon fra økonomiavdelingen kunne jeg styrt økonomien bedre	2,99	1,032	-,209	-,560
C9. Det er min intensjon å bruke budsjettet som styringsverktøy dette budsjettåret	4,09	,817	-,621	,335
C10. Jeg vil utøve min lederoppgave slik at min avdeling går i økonomisk balanse	4,21	,724	-,473	-,503
C11. Dette året er jeg temmelig sikker på at jeg skal klare å holde budsjettet	3,51	1,040	-,397	-,267
F1. Jeg følger alltid opp negative budsjettavvik med korrigerende tiltak	3,52	1,000	-,343	-,408
F2. Jeg klarer alltid å holde budsjettene	3,00	1,223	-,108	-,816

Tabell 3: Faktormatrise som viser faktorladninger for de ulike variablene på de fem komponentene basert på principle components analysis med Varimax rotasjon (n=124)

	<i>Holdning til handling</i>	<i>Hensyn til pasienter og avdeling</i>	<i>Subjektiv norm</i>	<i>Oppfattet atferdskontroll</i>	<i>Forhold utenfor oppfattet atferdskontroll</i>
C1xC5	.90				
C2xC6	.81				
C3xC7		.76			
C4xC8		.87			
D1xD5			.86		
D2xD6			.89		
D3xD7			.49		
D4xD8			.54		
E1				.87	
E2				.84	
E3				.60	
E4					.80
E5					.66

Note: Eigenvalues < .1 er utelatt. Faktorladninger <.3 er utelatt

Tabell 4: Sammendrag av multippel regresjonsanalyse for variabler som predikerer handlingsintensjon til budsjett disiplin (n = 124)

	beta	Std. Erro	t	p
Holdning til handling	.213	.013	2.480	.015*
Hensyn til pasienter / avd.	-.072	.009	-1.031	.304
Subjektiv norm	.350	.015	4.435	.000***
Oppfattet atferdskontroll	.317	.061	4.182	.000***
Faktorer utenfor oppfattet atferdskontroll	-.048	.055	-.700	.485

*p < .05. ***p<.001

Tabell 5: Korrelasjoner mellom handlingsintensjon til budsjettdisiplin og prediktorvariabler

	HI	1	2	3	4	5	6
Handlingsintensjon (HI)	--						
<i>Prediktorer</i>							
1. Holdning til handling	.534**	--					
2. Hensyn til pasienter / avd.	-.063	.150	--				
3. Subjektiv norm	.562**	.511**	-.074	--			
4. Oppfattet atferdskontroll	.530**	.481**	.036	.318**	--		
5. Utenforliggende faktorer	-.067	-.032	.191*	.041	-.043	--	
6. Organisasjonsforpliktelse	.086	.308**	.068	.258**	.160	-.029	--

* $p < .05$, ** $p < .001$

Tabell 6: Sammendrag av hierarkisk multippel regresjonsanalyse for variabler som predikerer handlingsintensjon til budsjettdisiplin

Modell og prediktorvariabel	beta	Std.		R ²	ΔR ²
		Error	t		
<i>Modell 1</i>				.485***	
Holdning til handling	.213	.013	2.480		
Hensyn til pasienter / avd.	-.072	.009	1.031		
Subjektiv norm	.350	.015	4.435		
Oppfattet atferdskontroll	.317	.061	4.182		
Faktorer utenfor oppfattet atferdskontroll	-.048	.055	-.700		
<i>Modell 2</i>				.501***	.061
Holdning til handling	.242	.013	2.805		
Hensyn til pasienter / avd.	-.065	.009	-.940		
Subjektiv norm	.369	.015	4.693		
Oppfattet atferdskontroll	.317	.060	4.230		
Faktorer utenfor oppfattet atferdskontroll	-.052	.054	-.782		
Affektiv organisasjonsforpliktelse	-.131	.007	-1.892		

*** $p < .0001$

Tabell 7: ANOVA tabell for økning i forklart varians mellom modell 1 og modell 2

ΔR^2	F	df	p
.015	3.581	1, 117	.061