

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Bergen, våren 2006

Utredning i fordypnings-/spesialfagsområdet: Økonomisk styring

Veileder: Førsteamanuensis Katarina Østergren

Hvordan håndterer styrene i helseforetak konflikt mellom incentiver i økonomisk styring og regelstyring?

av

David Holm

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen står for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag av utredningen

Denne masterutredningen tar utgangspunkt endringer som kom i forbindelse med helsereformen i 2002. Utredningens hovedfokus er på styringsprosessen i perioden 2002-2005 for styrene i tre helseforetak. Utredningen analyserer hvordan styrene har skapt bedre økonomisk styring samtidig som de har forholdt seg til den regelstyring som finnes i helsesektoren. Disse to styringsmekanismene har vist seg å komme i konflikt på flere områder og har således skapt utfordringer i styringen av foretakene.

De helseforetakene som er analysert er Akershus Universitetssykehus HF, St. Olavs Hospital HF og Helse-Bergen HF. I analysen er det anvendt shareholder og stakeholder teori. Teoriene legger ulike føringer for hvordan et styre skal tilpasse seg de krav som stilles fra grupper i omgivelsene. I shareholder teorien fokuseres det utelukkende på eieren som interessent, mens stakeholder teorien hevder at styret også må ta hensyn til andre grupper i omgivelsene. Utredningen analyserer dermed graden av eierorientering på styrenivå.

Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag av Samfunns- og næringslivsforskning AS. Rapporten er et resultat av det selvstendige skriftlige arbeidet på det 5-årige mastergradsstudiet på Norges Handelshøyskole i Bergen. Arbeidets omfang strekker seg over ett semester.

Rapporten omhandler sentrale problemstillinger i den norske helsesektoren. Med helsereformens inntog i 2002 fikk man en av de mest omfattende reformer i norsk historie. På flere områder har endringene vært enorme. Dette arbeidet fokuserer på styrets rolle i det utøvende ledd i sektoren, helseforetakene.

Gjennom arbeidet med rapporten har jeg vært i kontakt med mange mennesker som villig har delt sin kunnskap med meg. Jeg vil derfor benytte anledningen til å takke alle dem som har stilt opp på intervjuer ved Akershus Universitetssykehus HF, St. Olavs Hospital HF og Helse-Bergen HF. Jeg vil også takke alle de som arbeider ved disse helseforetakene for hjelpen med å finne frem kilder til viktig informasjon.

Til slutt vil jeg gi en spesiell takk til min mor, Wenche, som etter lang og tro tjeneste i helsesektoren har vært en uvurderlig sparringspartner gjennom arbeidet med rapporten. En spesiell takk også til min veileder, førsteamanuensis Katarina Østergren, ved Norges Handelshøyskole. Hun har gjennom hele arbeidet gitt gode råd og hjelp med en innsats som tilhører sjeldenhetene.

Bergen, 13. juni 2006

David Holm

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
INNHOLDSFORTEGNELSE	3
SAMMENDRAG	7
DEL I: INTRODUKSJON	12
1.0 REGLER OG INCENTIVER PÅ KOLLISJONSKURS I HELSESEKTOREN	13
1.1 Bakgrunn for rapporten.....	13
1.2 Problemstilling	15
1.3 Formål med rapporten	16
1.4 Empiri.....	17
1.5 Rapportens avgrensninger	17
1.6 Rapportens struktur og oppbygning.....	17
DEL II: TEORETISKE BEGREPER OG PERSPEKTIVER	19
2.0 HVA BETYR STYRET, ØKONOMISK STYRING OG REGELSTYRING?	20
2.1 Styret – sammensetning, formål, funksjon	21
2.1.1 Hva er et styre?	21
2.1.2 Styret i offentlig virksomhet – et diplomatisk interessentorgan.....	23
2.1.3 Det profesjonelle styret – et aktivt strategiforum.....	24
2.1.4 Hva sier loven om styret i helseforetakene?	24
2.1.5 Forventninger til empiriske funn – er styrene profesjonelle eller ikke?.....	25
2.2 Den økonomiske styringsprosessen	26
2.2.1 Steg 1: Formulering av strategi.....	27
2.2.2 Steg 2: Planlegging/Budsjett.....	28
2.2.3 Steg 3: Handling	29
2.2.4 Steg 4: Evaluering.....	30
2.2.5 Forventninger til empiriske funn – er strategien koplet til budsjettet?.....	30
2.3 Regelstyring som en av tre hovedstyringsmekanismer	30
2.3.1 Forventninger til empiriske funn.....	32
2.5 Oppsummering	32

3.0 HVILKE BRILLER SKAL VI TA PÅ OSS?	33
3.1 Shareholder-perspektivet – alt for eieren	33
3.1.1 Forventninger til empiri	34
3.2 Stakeholder-perspektivet – alt for alle	35
3.2.1 Forventninger til empiriske funn	37
3.3 Hvilket perspektiv bør man styre etter?	37
3.3.1 Forventninger til empiri	39
3.4 Oppsummering	39
DEL III: VALG AV METODE.....	40
4.0 INNSAMLING AV DATA GJENNOM KVALITATIVE DYBDEINTERVJUER	41
4.1 Studieobjekter: tre helseforetak fra hver sin region.....	41
4.2 Valg av forskningsdesign – multi-case med flere analyseenheter	42
4.3 Innsamling av data gjennom dybdeintervju og dokumentscreening	43
4.3.1 Intervjuforberedelse gjennom dokumentanalyse	44
4.3.2 Styling av intervjuene med semi-strukturert intervjuguide.....	44
4.3.3 Validitet og reliabilitet i innsamling og tolkning av data.....	44
DEL IV: EMPIRISK ANALYSE	46
5.0 PRESENTASJON AV ANALYSENS STRUKTUR	47
5.1 Analysens struktur og valg av analyseområder for regelstyring	47
5.1.1 Område 1: Psykiatri kontra somatikk.....	48
5.1.2 Område 2: ISF problematikk.....	48
5.1.3 Område 3: Foretaksspesifikt område/sak	49
6.0 ANALYSE AV AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	50
6.1 Presentasjon av Akershus Universitetssykehus HF	50
6.2 Forholdet mellom styret på Ahus og den nye eieren.....	51
6.2.1 Hva ble styrets rolle da helsereformen trådte i kraft?	51
6.2.2 Var det noen utvikling av styrets rolle gjennom perioden?.....	52
6.3 Den økonomiske styringen på Ahus	53
6.3.1 Strategi	53
6.3.2 Planlegging (budsjett)	56
6.4 Regelstyringens påvirkning på styrets arbeid	57
6.4.1 Psykiatri og/eller somatikk?	57
6.4.2 Utfordringer rundt Innsatsstyrt finansiering (ISF)	58

6.4.3 Funksjonsfordeling på Stensby sykehus	60
6.5 Oppsummering	62
7.0 ST OLAVS HOSPITAL HF	64
7.1 Presentasjon av St. Olavs Hospital HF	64
7.2 Forholdet mellom styret på St Olav og den nye eieren.....	64
7.2.1 Hva ble styrets rolle da helsereformen trådte i kraft?	65
7.2.2 Var det noen utvikling av styrets rolle gjennom perioden?.....	66
7.3 Den økonomiske styringen på St Olav	70
7.3.1 Strategi	70
7.3.2 Planlegging (budsjett)	71
7.4 Regelstyringsens påvirkning på styrets arbeid	73
7.4.1 Psykiatri og/eller somatikk?.....	74
7.4.2 utfordringer rundt Innsatsstyrt finansiering (ISF)	75
7.4.3 Nedleggningen av Ørland fødestue.....	77
7.4.5 "Nektet livsviktig kreftmedisin"	78
7.5 Oppsummering	79
8.0 HELSE-BERGEN HF	81
8.1 Presentasjon av Helse-Bergen HF	81
8.2 Forholdet mellom styret i Helse-Bergen og den nye eieren.....	81
8.2.1 Hva ble styrets rolle da helsereformen trådte i kraft?	81
8.2.2 Var det noen utvikling av styrets rolle gjennom perioden?.....	82
8.3 Den økonomiske styringen på Helse-Bergen	84
8.3.1 Strategi	84
8.3.2 Planlegging (budsjett)	85
8.4 Regelstyringsens påvirkning på styrets arbeid	87
8.4.1 Psykiatri og/eller somatikk?.....	87
8.4.2 utfordringer rundt Innsatsstyrt finansiering (ISF)	87
8.4.3 Nedlegging av fødeavdelingen på Voss sjukehus	90
8.5 Oppsummering	93
9.0 SAMMENLIKNING AV DE TRE HELSEFORETAKENE	94
9.1 Eierrepresentasjonen i styret er ulik.....	94
9.2 Likheter og ulikheter i den økonomiske styringsprosessen.....	95
9.2.1 Strategiprosessen er noe ulik med hensyn til styrets aktivitet.....	95
9.2.2 Budsjettprosessen fremstår som relativt lik	96
9.3 Sammenlikning av forholdet til regelstyringen.....	96
9.3.1 Vridning av ressurser fra psykiatri til somatikk hos et foretak	96
9.3.2 ISF-problematikken oppleves forskjellig.....	96
9.3.3 Foretaksspesifikke saker viser at interessegrupper påvirker eieren	97

DEL V: AVSLUTNING	99
10.0 KONKLUSJON	100
10.1 Styrene er eierorientert, men i ulik grad	100
10.2 Styrene opptrer forskjellig i den økonomiske styringsprosessen.....	101
10.3 Styrene håndterer regelstyringen etter eiers interesser	102
10.4 Hovedkonklusjon:.....	105
11.0 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	107
12.0 KILDER	108
Artikler	108
Bøker.....	109
Internett.....	110
FIGUR- OG TABELLISTE	113
Figurliste.....	113
Tabelliste	113
APPENDIX.....	114

Sammendrag

Denne masterutredningen tar utgangspunkt i de endringer som ble konsekvensen av en av de største reformene man har hatt i Norge, helsereformen av 2002. Helsereformen medførte svært omfattende endringer av helsesektoren og ble gjennomført på rekordtid. En av de viktigste endringene var at alle sykehus ble organisert i såkalte helseforetak med sitt eget styre. Denne rapporten søker å belyse hvordan disse styrene har håndtert utfordringer i styringen av helseforetakene.

Utfordringene for styret i et helseforetak har vært mange og kompliserte. Ikke bare er virksomheten kompleks i seg selv, men også de konkrete styringsmekanismene som preger sektoren kommer stadig i konflikt. På den ene siden har styret en ny eier. Helse- og Omsorgsdepartementet med Helseministeren i spissen er øverste eier, mens helseforetaket forholder seg til et regionalt helseforetak (RHF) som styrer på vegne av departementet. Både RHF og departement ønsker at styret skal ivareta deres interesser på en god måte. Dette har medført et krav om bedre økonomistyring og økonomisk balanse i driften. På den andre siden har en lovverk, regelverk, vedtekter og forskrifter som legger krav på helseforetakenes virksomhet og drift. Man har flere eksempler på at mekanismer fra økonomisk styring, hovedsakelig gjennom incentiver, og regelstyringen kommer i konflikt. Rapporten er lagt opp som en studie som beskriver og analyserer den styringsprosessen helseforetaksstyrene har gjennomgått i perioden 2002-2005.

Kapittel 1 gir en kort presentasjon av tilfeller der økonomisk styring og regelstyring kolliderer og skaper problemer i helseforetakene. Videre presenteres rapportens sentrale problemstilling og formål. Den sentrale problemstillingen er: **Hvordan skaper styrene en bedre økonomisk styring samtidig som de forholder seg til den regelstyring som finnes for helseforetak?** Denne problemstillingen søkes besvart gjennom anvendelse av såkalt shareholder og stakeholder teori.

Kapittel 2 søker å gi leseren en teoretisk referanseramme. Her presenteres de enhetene som skal analyseres gjennom studien. For å si noe om styringsprosessen har jeg valgt å fokusere

på tre analyseenheter; *styret, den økonomiske styringsprosessen og regelstyringen*. I kapittel 2 beskrives disse ut fra økonomisk teori.

Når det gjelder styret skilles det mellom offentlige styrer og profesjonelle styrer. Ut fra den teoretiske beskrivelsen av disse ser man at noe av hensikten med helsereformen var å etablere styrer i tråd med prinsippene for et profesjonelt styre. Man fjernet den politiske representasjon, rekrutterte styremedlemmer med bakgrunn fra næringslivet og signaliserte en økt autonomitet for styrets arbeid.

Den økonomiske styringsprosessen består av fire steg; strategi, budsjett, handling og regnskap. I denne rapporten fokuseres det kun på de to første stegene. Strategi oppfattes som en plan som legges for at virksomheten skal nå sine mål. Denne strategien skal så forankres i det økonomiske styringssystemet, som i helsesektoren er budsjettet. Rapporten ser nærmere på koplingen mellom strategi og budsjett og på hvilken rolle styret hadde i arbeidet med disse stegene.

Regelstyringen er en av tre hovedmekanismer for styring av større foretak. Sammen med markedsmekanismen, som er sammenfallende med økonomiske incentiver, og klanmekanismer utgjør regelstyring den total samlingen av styringsredskap. I dette tilfellet finnes det flere eksempler på at reglene kommer i konflikt med de økonomiske incentivene.

Kapittel 3 presenteres de valgte teoretiske perspektivene. Jeg har valgt å studere styringsprosessen i helseforetakene gjennom to ulike sett med briller. Det første settet kalles shareholder teori. I følge denne teorien, eller perspektivet, skal styret i en virksomhet agere på vegne av virksomhetens eier og ingen andre. Styret har som oppgave å ivareta eierens interesser. Etter bedriftsøkonomiske prinsipper innebærer dette som regel å maksimere bedriftens verdi slik at eierne får en god avkastning på sin investering. Det andre settet med briller kalles stakeholder teori. Her erkjenner man at styret vil påvirkes av mange grupper som ofte har andre og kanskje motstridende interesser i forhold til eieren. Styrets oppgave blir dermed å balansere interessene til alle grupper som påvirkes av de beslutningene som styret tar. Kapittelet beskriver først disse perspektivene hver for seg før de koples sammen.

Kapittel 4 gir en presentasjon av de metodene som er benyttet under innsamling av data. Da det som studeres er en komplisert prosess ble det oppfattet som nødvendig å arrangere

samtaler med de som var involvert i prosessen. I tillegg til dette ble det tatt utgangspunkt i strategi- og styredokumenter som omhandlet forhold i styringen. Det ble valgt ut tre helseforetak fra hver sin region som studieobjekter, Akershus Universitetssykehus HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Bergen HF.

Kapittel 5 er innledningen til rapportens hoveddel, nemlig selve analysen. I dette kapitlet redegjøres det for hvilke problemstillinger som har vært gjenstand for gjentakende diskusjon og intenst arbeid i styret. Analysens oppbygning beholder strukturen fra kapittel 2, men det velges ut tre områder for en dypere analyse av regelstyringen. De tre områdene er *vridning av ressurser fra psykiatri kontra somatikk, utfordringer rundt Innsatsstyrt Finansiering (ISF), og en foretaksspesifikk sak som er spesielt relevant i det aktuelle foretaket.*

I kapitlene 6, 7 og 8 analyseres de tre valgte helseforetakene. Hvert kapittel analyserer styret, den økonomiske styringen og regelstyringen og forsøker å forklare styrets atferd ut fra de nevnte perspektivene. Kapittel 9 trekker alle linjene i en sammenlikning av de tre helseforetakene.

Resultatene fra analysen viser at alle styrene opplevde at den nye eieren signaliserte økt ansvar og frihet for styret som styringsorgan. Alle har imidlertid også opplevd at denne friheten i praksis har blitt innskrenket utover i den aktuelle perioden. Styrene har opplevd sterke føringssignaler fra eier rundt konkrete styrevedtak. Enkelte vedtak har også blitt omgjort av Helseministeren. Det skulle likevel vise seg at styrene har opptrådt i henhold til eiers interesser, men at eiers interesser har ikke vært konsekvent gjennom perioden.

Det viste seg at den økonomiske styringen ble oppfattet noe forskjellig på de tre helseforetakene. Det helseforetaket som klart skilte seg fra de andre var Akershus Universitetssykehus HF (Ahus). Styret opplevde konflikter i styringsmekanismer og svingninger i rammevilkår som relativt uproblematisk i forhold til de to andre. Det er vanskelig å peke på grunnen til dette, men styret har vært ekstremt sterkt koplet til eier. Styreleder på Ahus er viseadministrerende direktør i det regionale foretaket som eier helseforetaket. I tillegg var administrerende direktør på Ahus tidligere viseadministrerende direktør i det regionale foretaket. Ahus har dermed klart den sterkeste koplingen til sin eier. Det er også et faktum at Ahus ligger på Østlandet der den øverste eier, departementet, har sitt sentrum. Dette kan være grobunn for en utvikling av en fruktbar uformell kommunikasjon

mellom helseforetak, regionalt helseforetak og departement som forsterker koplingen til eier ytterligere.

De to andre styrene er også koplet til eier og eierorientert i sin beslutningstaking, men uttrykker en større frustrasjon rundt de gitte rammevilkårene. De har i tillegg hatt et mer balansert fokus på flere av målene fra da helsereformen trådte i kraft. På St. Olavs Hospital HF har styret vært opptatt av å få ned ventetidene og å fjerne korridorpatientene. Økonomistyring har også vært sentralt. Det samme gjelder i stor grad for Helse Bergen HF. På Ahus har styrets fokus vært mer sekvensielt. I den initiale fasen etter reformen var det fullt fokus på å komme i balanse. Da dette ble oppnådd orienterte man seg mer mot ventetider, korridorpatienter og kvalitet.

Den økonomiske styringsprosessen er noe forskjellig på de tre helseforetakene. På Ahus gjenspeiler strategien den første tiden styrets fokus på økonomi. På St. Olavs Hospital HF er styret mer balansert og dette kommer til uttrykk både i strategidokumenter og budsjett. I Helse-Bergen har foretaksledelsen hatt en større rolle i strategiarbeidet enn hos de andre to. Styret i Helse-Bergen HF har vært involvert, men på et enda mer overordnet nivå enn på St. Olav og Ahus.

Når det gjelder regelstyringen uttrykker alle styrene at det er nødvendig å være i stand til å tolke det politiske landskapet for å klare å være effektivt. Det er mulig for et styre å forstå at man skal følge reglene der disse kommer i konflikt med de økonomiske incentivene. Problemet oppstår imidlertid når resten av organisasjonen skal tilpasse seg. Avdelings- og divisjonsledere ser hvilken tilpasning som lønner seg. Dette gjør det vanskelig for styret å rettferdiggjøre hvorfor disse lederne ikke skal kunne velge den optimale tilpasningen.

Kapittel 10 er konklusjonen. Det skulle vise seg at det aller meste av atferden i styringsprosessen kunne forklares ved hjelp av shareholder perspektivet. Det har imidlertid vært grupper i omgivelsene som har påvirket styringsprosessen. Denne påvirkningen har ikke skjedd direkte på styret i helseforetaket slik man hadde anledning til før helsereformen da styrene hadde et betydelig innslag av politisk representasjon. Den politiske representasjonen er etter helsereformen flyttet et nivå opp, nemlig på eiernivå. Interessentene i og rundt helseforetakene har effektivt tilpasset seg dette og funnet kanaler som går inn i eiers organer. To viktige kanaler som fremheves er det lokale politiske apparatet og media. Mens man

kanskje kunne forventet å finne at interessenter forsøkte å utøve innflytelse på helseforetaksstyrene finner man altså at interessentene går gjennom media og politiske kanaler for å få departementet til å endre sin tidligere oppfatning og tilhørende styringssignaler. Det er flere eksempler som viser at grupper lykkes med dette. Styrene oppfatter at dette skaper uforutsigbarhet i styringsrammene. Intensjonen med reformen og den nye typen styre var å skape en sterkere eierstyring. Denne rapporten konkluderer imidlertid med at en sterkere eierstyring vil kreve en sterkere eier. Hovedkonklusjonen er likevel at styrene i helseforetakene skaper bedre økonomisk styring ved å håndtere regelstyring etter eiers ønsker og samtidig tolke det politiske landskapet for å redusere usikkerheten i styringssignalene og rammevilkårene som gis.

DEL I: INTRODUKSJON

1.0 Regler og incentiver på kollisjonskurs i helsesektoren

1.1 Bakgrunn for rapporten

I norsk helsesektor fikk man i 2002 en omfattende helsereform. Hovedmålene med reformen var å øke tilgjengeligheten av helsetjenester og medisinsk praksis, etablere klarere rolle- og ansvarsfordeling mellom stat og fylkeskommune, korte ned ventelister og, ikke minst, å bedre den økonomiske situasjonen til sykehusene (Hagen og Kaarbøe 2004).

Reformen innebar en overføring av eierskap av sykehusene fra fylkeskommunen til staten. Helseministeren og Helse- og Omsorgsdepartementet ble formell eier av fem nyopprettete Regionale Helseforetak (RHF) og alle sykehusene ble samlet i såkalte Helseforetak (HF) organisert som datterselskaper under RHF. Både på regionalt nivå og for de individuelle HF ble det opprettet styreverder der det ble stilt høyere krav om næringslivserfaring til medlemmene. Tanken var at styrene skulle styre i tråd med bedriftsøkonomiske prinsipper slik at man unngikk det politiske spillet som tidligere preget styringen (Hagen og Kaarbøe 2004). Man ønsket at styrene skulle være mer orientert mot eier slik det ville være i et ordinært aksjeselskap. I motsetning til den profittmaksimering man som oftest står overfor i det private næringsliv var det økonomiske målet i første omgang driftsbalanse.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte Foretaksmøtet som den arena der øverste eier stiller krav og redegjør for sine forventinger til de regionale styrene. Foretaksmøtet er således helsesektorens svar på aksjeselskapets generalforsamling. I tillegg til Foretaksmøtets protokoll utviklet eier et Bestillerdokument der de formelle økonomiske og organisatoriske styringskrav blir formidlet først fra departement til RHF og deretter videre til de enkelte HF. Disse verktøyene er, sammen med lover og forskrifter, de to formelle styringsvirkemidlene departementet kan benytte overfor RHF og HF.

Et av hovedmålene med Helsereformen var altså å bedre den økonomiske situasjonen gjennom en mer bedriftsøkonomisk rettet styring. Bedriftsøkonomisk styring dreier seg i hovedsak om styring av atferd gjennom bruk av incentivmekanismer. Systemet av incentiver bør utformes slik at de som påvirkes av systemet enten øker sin innsats eller tar bedre beslutninger (Bragelien 2003). Svakheten med incentivsystemer er likevel at man ofte vil

oppleve at systemene gir ugunstige vridningseffekter dersom man ikke utformer det riktig. I somatikken har man siden 1997 hatt et finansieringssystem som var basert på innsats (Innsatsstyrt Finansiering - ISF). I dette systemet får helseforetakene kreditert såkalte DRG-poeng (Diagnose Relaterte Grupper) for hver diagnose som stilles. De registrerte poengene utgjør videre grunnlaget for beregningen av helseforetakenes inntektsside som tildeles fra departementet gjennom en refusjonssats, ISF-satsen. Ut fra et bedriftsøkonomisk tankesett skulle man dermed anta at HF ønsket produsere (behandle pasienter) slik at de fikk flest registrerte poeng og mest inntekter. Det har de likevel ikke anledning til å gjøre. I stedet skal de forholde seg til prioriteringsforskriftene når de velger i hvilken rekkefølge pasienter skal behandles. I tillegg til denne forskriften har RHF blitt pålagt et "sørge-for" ansvar fra departementet som tilsier følgende: *"De regionale helseforetakene har en helhetlig ansvarsposisjon gjennom "sørge for"-ansvaret (spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a). Det skal sørges for at befolkningen får tilbud om relevante tjenester, i henhold til lovbestemmelser og øvrige myndighetsdirektiver."* (Bestillerdokument Helse-Øst 2006). Dette innebærer at det RHF står ansvarlig for å skape et tilfredsstillende og helhetlig helsetilbud til befolkningen i sitt nedslagsfelt. RHF må dermed organisere HFene slik at det totale helsetilbudet blir optimalt.

En annen vridningseffekt av ISF systemet påvirker forholdet mellom somatikk og psykiatri. Mens somatikken finansieres etter innsats blir psykiatrien finansiert gjennom rammetilskudd. Midlene tildeles imidlertid samme HF. Fra et bedriftsøkonomisk standpunkt skapes et incentiv til å flytte ressurser fra psykiatrien og over til somatikken fordi jo større produksjon man har i somatikken, jo flere DRG-poeng ville man få. Dette incentivet skulle man imidlertid ikke følge. Helse- og Omsorgsdepartementet økte fokuset og målsettingene innen psykiatrien gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (St. prp. Nr 63 (1997-98)) for å forebygge en slik vridning.

Som man tydelig ser er det flere styringsmekanismer i helsesektoren. Samtidig som man har utviklet et incentivsystem som tilsier at lønnsomme pasienter bør behandles har man et parallelt regelverk som motvirker de føringer som incentivsystemet gir. Ouchi skiller mellom tre ulike styringsmekanismer i økonomisk styring (Ouchi 1979). (a) Markedsmekanismer er det de fleste forbinder med bedriftsøkonomisk styring. Her brukes priser som et virkemiddel for å oppnå den atferd man ønsker. Incentivmekanismer som ISF kan plasseres under denne. (b) Byråkratiske mekanismer dreier seg om styring ved hjelp av instruksjon og regler. Det er

åpenbart at helsesektoren preges av denne mekanismen når man ser på omfanget av lovverk, forskrifter og vedtekter som regulerer helseforetakenes drift. (c) Klanmekanismer er den siste formen for mekanisme som Ouchi nevner. Dette dreier seg om styring av profesjonelle. Profesjonelle ønsker ofte å ha større påvirkningskraft over egen arbeidshverdag og å jobbe mer selvstendig. Regler og fremgangsmåter for arbeidet er ofte en integrert del av utdanningen man har. Den medisinske profesjonen ved et sykehus vil falle inn under denne gruppen. Således ser vi at mekanismene ved et helseforetak nå har innslag av alle tre styringsmekanismene.

Bruk av økonomisk styring ved hjelp av incentiver er et relativt nytt fenomen innen helsesektoren. Det har vært et omdiskutert fenomen både blant teoretikere, praktikere og ikke minst de som blir direkte påvirket av det. Da staten tok over eierskapet var hensikten med å innføre de nye styrene å skape en sterkere eierorientering i tråd med anbefalinger fra nyere bedriftsøkonomisk litteratur (Lindvall 2001). Helsesektoren består imidlertid av mange grupper som har sterke ønsker om å ivareta egne interesser. Disse interessene kan ofte være motstridende. Mens de ansatte ønsker høyere lønn vil ledelsen ha reduserte kostnader. Mens økonomene ønsker økt effektivitet jobber den medisinske profesjonen for økt kvalitet i pasientbehandlingen hvilket ofte innebærer økte kostnader og mer tidsbruk per pasient. Mens eieren ønsker et så effektivt organisert helsetilbud som mulig ønsker lokalbefolkningen og behandles på et sykehus så nært som mulig. Styrene i helseforetakene har gjentatte ganger opplevd at styrevedtak har blitt overstyrt etter politisk press. Tilstedeværelsen av interessegrupper bidrar således til å komplisere styringen ytterligere. Spørsmålet blir altså hvordan styrene håndterer dette. Fokuserer de ene og alene på de kravene som stilles fra eieren eller forsøker de å balansere eiers krav med kravene som stilles fra andre grupper i omgivelsen?

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av forrige avsnitt blir rapportens hovedproblemstilling følgende:

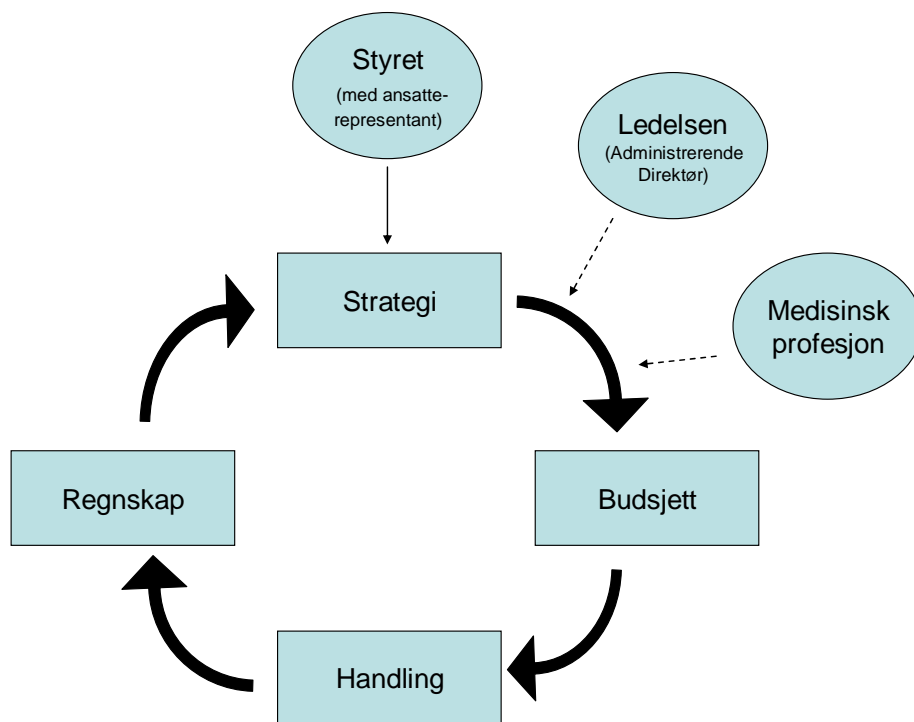
Hvordan skaper styrene i helseforetak en bedre økonomisk styring samtidig som de forholder seg til den regelstyring som finnes?

1.3 Formål med rapporten

Fokuset for problemet er altså på styrene i helseforetakene. Disse opplever at de må balansere mellom flere, og delvis motstridende, styringsmekanismer. Det er ønskelig at leseren skal kunne dra nytte av denne rapporten og har følgende formål:

Å beskrive og analysere styrets økonomiske styring og regelstyring i tre helseforetak ved å anvende "shareholder" og "stakeholder" teori.

Det tas utgangspunkt i styringssyklusen (Anthony og Govindarajan 1995) som beskriver de prinsipielle hovedstegene for økonomisk styring. Hovedfokus vil være på koplingen mellom strategi og budsjett. Strategien godkjennes av styrene i helseforetakene. Det analyseres hvordan denne strategien får gjennomslag i budsjettet som er det fremste styringsverktøyet i helsesektoren (Hagen og Kaarbøe 2005). Videre anvendes "shareholder" og "stakeholder" teori for å forsøke å forklare koplingen og hvordan styrene håndterer bedriftsøkonomisk styring versus regelstyring. Disse teoriene vil i denne sammenhengen kunne forklare hvordan styret reagerer på krav som stilles fra mange grupper samtidig. Shareholder teorien vil forvente at styret utelukkende retter seg inn mot kravene fra eier, altså departementet gjennom det regionale foretaket. Stakeholder teorien vil forvente at styret opptrer mer diplomatisk og tar hensyn til andre grupper i tillegg til eieren.



Figur 1.0: Oppgavens hovedfokus er på koplingen mellom strategi og budsjett, samt dynamikken mellom ulike interessegrupper.

1.4 Empiri

Rapporten vil ta utgangspunkt i tre helseforetak; Helse Bergen HF, Akershus Universitetssykehus HF og St. Olavs Hospital HF. Disse er organisert under hvert sitt regionale helseforetak. Analysemateriale er innsamlet fra representanter i helseforetaksstyrene og foretaksledelsen gjennom kvalitative dybdeintervjuer. I tillegg benyttes sekundærkilder som ulike publikasjoner fra Helse- og Omsorgsdepartementet, helseforetakene selv og media. Teoripresentasjonene bygger i sin helhet på diverse forskningsartikler.

1.5 Rapportens avgrensninger

Denne rapporten er en utredning på mastergradsnivå. Dette legger visse føringer på omfang og tidsperspektiv og vil begrense temaet for studien. De viktigste avgrensningene er at det fokuseres på styrets rolle i økonomisk styring kontra regelstyring. Dette innebærer at ovennevnte klanmekanismer ikke omhandles. I tillegg vil kun en del av den totale økonomiske styringsprosessen, nemlig koplingen mellom strategi og budsjett, være av interesse. Til slutt har det være liten anledning til å gå helt i dybden på foretakenes budsjett, men enkelte viktige områder er nærmere analysert. Rapporten tar ikke sikte på å danne normative anbefalinger for endring i sektorens oppbygning eller styrenes arbeidsmetodikk. Den tar imidlertid sikte på å objektivt beskrive hvordan styrene i helseforetakene har håndtert eksistensen av flere, delvis motstridende, styringsmekanismer.

1.6 Rapportens struktur og oppbygning

Rapporten er inndelt i fem deler. ”Del I: Introduksjon” er denne delen og inneholder kapittel 1. Kapitlene 2 og 3 inngår i ”Del II: Teoretiske begreper og perspektiver”. Her forsøkes det å skape en teoretisk referanseramme gjennom en presentasjon av teorien som brukes for å gjennomføre den ovennevnte analysen. I kapittel 2 redegjøres det først for hvordan de viktigste begrepene i rapporten blir forstått. Begrepene er valgt ut på bakgrunn av problemstillingen over. I kapittel 3 presenteres de to teoretiske perspektivene som skal anvendes i analysen av problemstillingen. Perspektivene presenteres i tråd med rapportens formål. Kapittel 4 er lagt under ”Del III: Valg av metode”. Her redegjøres det for valgt forskningsdesign og metoder for innhenting av data. Kapitlene 5-9 er lagt under ”Del IV:

Empirisk analyse”. Kapittel 5 er delens innledningskapittel og beskriver hovedprinsippene og strukturen for analysen. Kapitlene 6, 7 og 8 er viet analyse av hvert sitt respektive helseforetak før funnene sammenliknes i kapittel 9. ”Del V: Avslutning” er den siste delen. Kapittel 10 trekker opp avsluttende konklusjoner fra analysen og i kapittel 11 fremmes forslag til videre forskning.

DEL II: TEORETISKE BEGREPER OG PERSPEKTIVER

2.0 Hva betyr styret, økonomisk styring og regelstyring?

Formålet med dette og det neste kapittelet er å skape en teoretisk referanseramme for den videre analysen av det empiriske materialet. Valget av teorier og teoretiske perspektiver har tatt utgangspunkt i problemstillingen og rapportens formål gitt i forrige kapittel. Dette kapittelet tar hovedsakelig sikte på å redegjøre for og definere de viktigste begrepene som anvendes videre i rapporten. Det vil være viktig både for leseren og forfatteren at man har en felles forståelse for innholdet i ordene som brukes. Problemstillingen inneholder tre vesentlige begreper som har vært førende for utvelgelsen av teori. Det er disse begrepene rapporten vil forsøke å belyse ved å analysere dem gjennom to ulike teoretiske perspektiver. Disse perspektivene beskrives nærmere i neste kapittel.

Det første begrepet som er viktig i problemstillingen er *styret*. Det fokuseres på styret i tre ulike helseforetak. Dette gjør det naturlig å presentere teori som tar for seg hva et styre er, dets hovedoppgaver og hovedfunksjon. I tillegg vil det være viktig å ta hensyn til variasjon mellom ulike typer styring. Styrene innenfor offentlig forvaltning har for eksempel ofte andre tradisjoner, styringsfokus og utfordringer enn styrene innenfor det private næringsliv. Dette vil kunne ha stor betydning innenfor helsesektoren da man i forbindelse med helsereformen gjorde vesentlige endringer i styresammensetningen.

Problemstillingens andre viktige begrep er *økonomisk styring*. Det vil være naturlig å skape en referanseramme hva angår økonomisk styring da dette er kanskje det mest sentrale begrepet i rapporten. Hva mener vi med økonomisk styring? Analysen i denne rapporten tar, som nevnt i forrige kapittel, utgangspunkt i bare en del av den totale økonomiske styringsprosessen. Denne koplingen vil derfor beskrives mer inngående enn den øvrige prosessen. I tillegg koples denne presentasjonen opp mot den videre anvendelsen i analysedelen.

Det siste begrepet i problemstillingen som er hensiktsmessig å gi en teoretisk beskrivelse av, er *regelstyring*. Introduksjonskapittelet inneholdt noen eksempler på at regelstyringen og den økonomiske styringen kunne komme i konflikt med hverandre. Rapporten tar også sikte på å beskrive og analysere hvordan styrene i helseforetakene håndterte slike konflikter. Det vil

derfor være plausibelt å gi en presentasjon av regelstyring på en slik måte at leseren blir i stand til å sammenlikne denne med økonomisk styring.

2.1 Styret – sammensetning, formål, funksjon

I forbindelse med helsereformen ble prinsippene for sammensetningen av styrene i de nye helseforetakene forandret fra tidligere. Mye av grunnen til å det hele tatt å innføre reformen var at helseforetakene skulle styre mer autonomt. Samtidig som selve eierskapet ble sentralisert på statlig hånd skulle selve styringen desentraliseres. Dette krevde at styrene i helseforetakene skulle være i stand til å styre etter den nye eierens retningslinjer.

2.1.1 Hva er et styre?

Et styre i en organisasjon nedsettes av organisasjonens eiere. Det er eierens måte å ha kontroll med organisasjonen på. Reve og Grønlie (1993) påpeker at styret i praksis bør ha fire hovedoppgaver:

1. Det bør være aktivt i utforming av langsiktig strategi.
2. Det bør kontrollere resultater på kort og lang sikt.
3. Det bør sørge for at organisasjonen fungerer hensiktsmessig (uten å ta over for ledelsen).
4. Det bør sørge for at organisasjonen får de ressurser som er nødvendig.

Hvordan styrer løser disse oppgavene vil imidlertid kunne avhenge av hvilken rolle styret har i organisasjonen. Reve og Grønlie (1993) påpeker at et styre kan ha tre hovedroller: styringsorgan, formalorgan og interesseorgan.

Styret kan altså være det øverste styringsorganet i organisasjonen. Dette er den klassiske styrerollen der styret står ansvarlig for organisasjonens resultater overfor eierne. Hovedoppgavene består da i å, på kort sikt, kontrollere organisasjonens resultater og på lengre sikt å formulere strategi sammen med ledelsen. Styret har dermed som målsetning å styrke koplingen mellom strategi og styring.

I mange situasjoner kan styret imidlertid innta en svakere rolle. Som formalorgan utføres stort sett kun lovpålagte oppgaver. Vedtak og beslutninger er i realiteten allerede tatt av en sterk og aktiv ledelse. Selskapet blir da ofte det en kalle administrasjonsstyrt. En for sterk administrasjon oppfattes som et problem i mange selskaper (PwC 2001). Problematikken består i at eiernes interesser ikke blir godt nok ivaretatt. Styrets hovedoppgaver som formalorgan blir å godkjenne vedtak og å legitimere virksomheten gjennom sin kompetanse og i politiske prosesser.

Dersom styret får rollen som et interessentorgan vil sammensetningen av medlemmene basere seg på representasjon av ulike interessegrupper. Organisasjonen oppfattes som et politisk system med eksterne og interne interessegrupper. Hovedoppgavene vil da være medvirkning og påvirkning. I praksis vil styrearbeidet være preget av maktkamp og koalisjonsbygging.

Man vil sjelden finne styrer som man kan plassere under kun én av disse erketypene. Man vil som regel alltid finne ulike kombinasjoner av rollene i et styre. Felles for alle styrer er imidlertid at de er i en mellomposisjon mellom organisasjonens eiere og dens ledelse. Dette stiller spesielle krav til arbeidsdelingen mellom styret og ledelsen. Reve og Grønlie (1993) anbefaler at ledelsen er den mest aktive parten i forbindelse med den daglige styringen. Ledelsen bør ha ansvar for å presentere og anbefale alternativer. Selve iverksettelsen av vedtak og beslutninger bør også legges til ledelsen. Styret er ansvarlig for å godkjenne strategi, stille kritiske spørsmål, kontrollere resultater og overvåke kritiske styringspunkter. Dette bør gjøres uten å blande seg inn i den daglige driften. Det er også viktig at det er en klar og entydig styringslinje mellom styre og ledelse.

Man ser at styrerollen vil være kritisk i forhold til hvordan de fire hovedoppgavene gjennomføres. Dette vil også være forskjellig dersom man ser på forskjellene mellom styrer i offentlig og privat sektor. Det er imidlertid viktig å understreke at den følgende beskrivelsen av styrer i offentlig virksomhet og profesjonelle styrer ikke nødvendigvis bør betraktes som hvert sitt ekstrempunkt. Det er imidlertid forhold som viser at i praksis vil ulikhetene vil være store på noen kritiske punkter. Likevel vil hvordan styret ivaretar sine oppgaver i stor grad variere uavhengig av sektor. Således blir fremstillingen noe snever.

2.1.2 Styret i offentlig virksomhet – et diplomatisk interessentorgan

Tradisjonelt har styrene i helsesektoren hatt betydelig innslag av politisk representasjon. Formålet med dette var å sikre at styret hadde en viss forankring i lokalmiljøet. Man arbeidet ut fra en antakelse om at lokale politikere hadde mer kunnskap om de behov som sykehusene hadde. I tillegg var det en måte å sikre at befolkningen i lokalsamfunnet skulle være i stand til å bli hørt og påvirke styrenes beslutninger (Hagen og Kaarbøe 2004). I tillegg vil innslaget av fagforeningsmakt og dermed ansatterepresentanter ofte være større enn i privat sektor. Dette gir umiddelbart assosiasjoner til en styrerolle som interesseorgan (Reve og Grønlie 1993).

I offentlig sektor er det ofte et mye større innslag av organer, byråkratiske rutiner og politikk enn i det private næringsliv. Dette gir helt spesielle implikasjoner for styring i praksis. Dersom man skal gjennomføre endringer vil man i større grad være nødt til å inngå kompromisser med ulike interessegrupper for å unngå konflikt. Dette gjør at man kan være mindre fleksibel og tilpasningsdyktig i forhold til større endringer.

Reve og Grønlie (1993) viser til styreforskning som konkluderer med at offentlige styrever ofte har mer uklare roller med hensyn til hva som er de konkrete styringsoppgavene. I tillegg foreligger det sjelden noen dokumentert styreinstruks som spesifiserer det ansvaret styret har. Dette vil ofte gi større grad av ansvarsfraskrivelse slik man har hatt i helsesektoren og som har blitt betegnet som "svarteper"-spillet (Hagen og Kaarbøe 2004). Videre vil offentlige styrever på grunn av vedtekter, lover og regler som er fattet i politiske beslutninger ofte ha mindre handlingsrom enn i privat sektor. Budsjetttrammer er ofte vedtatt på forhånd og aktivitetsnivået i styringen blir dermed lav. I tillegg vil kompetansen i de offentlige styrene ikke alltid være tilpasset de faktiske utfordringene organisasjonen står overfor. Dette er i tråd med styret som et formalorgan.

Til slutt hevder Reve og Grønlie (1993) at det er mer problematisk å skape en eierorientering i offentlig sektor. Det blir ofte uklart hvem som faktisk er den egentlige eieren i praksis. Vi ser dermed få koplinger til styrerollen der styret er det øverste styringsorgan.

Reve og Grønlie (1993) hevder at det offentlige styret må oppgraderes på følgende fire punkter:

- Styrets rolle og ansvar må bli klarere og mer entydig
- Styret må få videre fullmakter og større handlingsrom
- Styret må settes sammen ut fra kompetansehensyn
- Styret bør ikke bestå av interessegrupperepresentanter

2.1.3 Det profesjonelle styret – et aktivt strategiforum

Som nevnt over er et profesjonelt styre ikke nødvendigvis det motsatte av et offentlig styre. Det er heller ikke det samme som et styre i privat virksomhet. Det som avgjør om styret er profesjonelt eller ikke er hvor aktivt det er i deltakelsen i strategiske prosesser (Reve og Grønlie 1993).

Det profesjonelle styret vil oftere være mer aktivt i strategiformulering og innta en mer styringsaktiv rolle (jfr. styringsorgan). Det har sterkere tilknytning til eieren og står i større grad ansvarlig for organisasjonens resultater. Man har erkjent at styret må settes sammen ut fra kompetansebehov.

Et profesjonelt styre skal bidra til å maksimere selskapets verdi med hensyn på eierne. Dette innebærer en relativt høy grad av aktivitet både med hensyn på å formulere strategi og å utforme styrings- og kontrollsystemer for å sikre at nettopp denne strategien iverksettes. Styret får ansvaret med å styre bedriften slik at eierne får en høy grad av måloppnåelse. Således er styret eierens forlengete arm.

2.1.4 Hva sier loven om styret i helseforetakene?

Med helsereformen kom store endringer i forholdene rundt styrene i helseforetakene. Den lovmessige reguleringen av styret i helseforetakene finner man i ”Lov om helseforetak” – Kapittel 6 og 7.

Styrets oppgaver er fastsatt i lovens §28. Her inngår forvaltning av foretaket gjennom å sørge for en tilfredsstillende organisering, fastsette budsjett og planer, holde seg orientert om virksomheten og den økonomiske stillingen, føre tilsyn at driften er i samsvar med vedtatte planer og budsjetter samt vedtak fra foretaksmøte og foretakets vedtekter.

I tillegg til dette nevnes det eksplisitt noen viktige oppgaver i lovens §29-35. Dette omfatter forhold der eier vil involveres før handlinger kan iverksettes.

Paragraf	Paragrafens tittel
29	Styrets tilsyn med daglig leder
30	Saker av vesentlig betydning
31	Salg av foretakets faste eiendommer mv.
32	Salg av sykehusvirksomhet
33	Lån og garantier
34	Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak
35	Pasienters og andre brukeres innflytelse

Tabell 2.0: Oppsummering av helseforetakslovens kapittel 7. Styrets oppgaver og kompetanse

Styrets sammensetning reguleres av helseforetakslovens kapittel 6. I følge §21 skal styret ha minst fem medlemmer (7 ved ansattrepresentasjon etter §23 annet ledd) og daglig leder kan ikke være medlem av styret. Styremedlemmer (bortsett fra ansattrepresentanter) velges av foretaksmøtet. Styrets leder og nestleder velges også av foretaksmøtet eller reguleres i foretakets vedtekter.

2.1.5 Forventninger til empiriske funn – er styrene profesjonelle eller ikke?

Man kan se at Reve og Grønli's råd om oppgradering virker bedre oppfylt på alle punkter etter innføring av reformen. Staten tok over eierskap og ansvar for alle sykehusene gjennom regionale helseforetak hvilket skapte en tydeligere eier. Man nedsatte de nye styrene ut fra behovet for kompetanse. Helsesektoren var i store økonomiske problemer og inntoget av styremedlemmer med økonomifaglig bakgrunn var et faktum. Dette kan oppfattes som et forsøk på å fjerne innslagene av den ovennevnte formalrollen. I tillegg valgte man å sette sammen styrene uten politisk representasjon hvilket er med på å fjerne hovedelementene fra interessentrollen. Man ønsket altså å skape en sterkere eierorientering og styrke styrets rolle som øverste styringsorgan.

I prinsippet er helsesektoren etter reformen organisert som et konsern. Det regionale foretaket er morselskapet med helseforetakene som datterselskaper under seg. I en slik modell er det

flere måter å kople eier inn i datterselskapenes styrer på. Man kan ha totalt autonome styrer hvilket vil innebære at styrene i helseforetakene ikke har noen representanter fra det regionale foretaket i sin styresammensetning. I den andre enden av skalaen kan man ha tilfeller der det regionale foretakets totalt dominerer styret på helseforetaksnivå. Det er imidlertid relativt vanlig å plassere seg mellom disse ytterpunktene for eksempel ved at administrerende direktør i det regionale foretaket har rollen som styreleder på helseforetaksnivå. Hovedpoenget er at eiers representasjon i helseforetaksstyret vil kunne ha innvirkning på graden av eierorientering. Det vil derfor være viktig å kartlegge hvor gjennomgående eierrepresentasjonen er i de ulike helseforetakene.

I analysen av det empiriske materialet vil det være naturlig å se en vridning fra et styre liknende det et i offentlig forvaltningsorgan til et mer profesjonelt styre. Dette vil være i tråd med helsereformens målsettinger slik de er gjengitt i forrige kapittel. Det er likevel ikke sikkert at vi vil observere en fullstendig overgang fra det ene til det andre.

Som beskrevet over vil ulike styrer kunne medføre forskjellige implikasjoner for styrenes fremgangsmåte i forbindelse med formulering og implementering av strategi. I tillegg vil styretypen ha betydning for håndteringen av interessekonflikter. Det vil derfor være nyttig å forsøke å finne ut mer om hvilke "briller" de ulike styrene i de relevante helseforetakene hadde gjennom perioden.

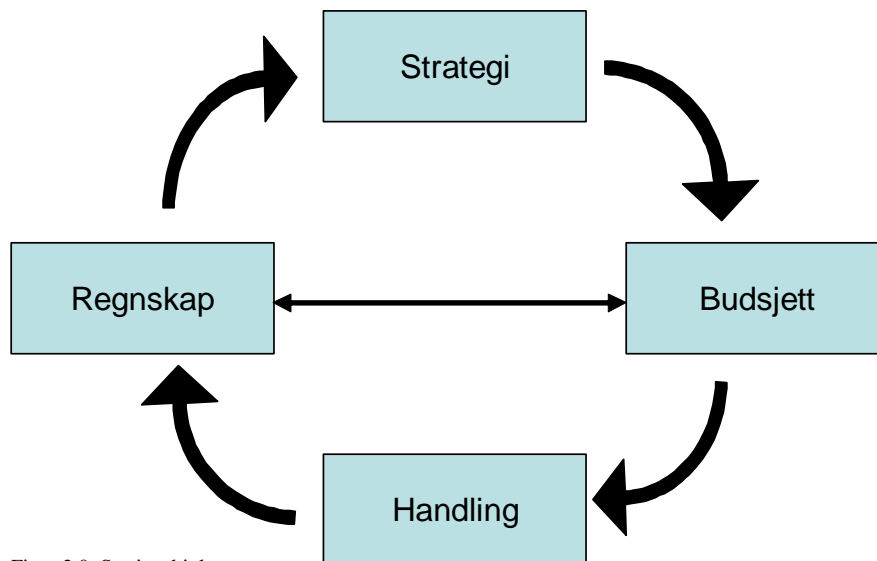
Det er naturlig å anta at et styre basert på tradisjoner i det offentlige vil fokusere relativt mye på potensielle interessekonflikter og ta hensyn til flere interessegrupper. Praksis fra offentlig styring indikerer at dette er nødvendig for å være i stand til å styre et offentlig byråkrati med tilstedeværelsen av sterke interessenter (Reve og Grønlie 1993). Samtidig vil det være naturlig å anta at et profesjonelt styre vil være mer eierorientert og således styre mer på bakgrunn av de krav som stilles og mål som settes av staten. Analysen av det empiriske materialet vil dermed forsøke å plassere styrene i helseforetakene i forhold til skillet mellom offentlig og profesjonelt.

2.2 Den økonomiske styringsprosessen

Økonomistyring i helsesektoren har vært et omstridt tema i Norge i flere tiår. Det er publisert mengder av litteratur som tar for seg ulike aspekter som finansieringssystem,

budsjetteringspraksis og etiske sider ved økonomiske prinsipper innenfor helsetilbud. Men hva er egentlig økonomisk styring?

Økonomisk styring dreier seg om å skape ønsket atferd blant en organisasjons medlemmer ved hjelp av økonomisk informasjon (Anthony og Govinarajan 1995). Den ideelle styringsprosessen er kontinuerlig og kan deles inn i fire steg:



Figur 2.0: Styringshjulet

2.2.1 Steg 1: Formulering av strategi

Det første steget i prosessen vil ha hovedfokus på å formulere organisasjonens strategi og mål. Dette arbeidet er vanligvis forbeholdt den øverste ledelse i organisasjonen i samarbeid med styret. Arbeidet fokuserer på organisasjonens rolle i samfunnet, hva slags produkter som skal produseres og hvilke kunder man ønsker å produsere for. Som oftest vil en analysere bedriftens eksterne omgivelser med det formål å finne de viktigste konkurransekraftene i bransjen man opererer i for deretter å avdekke hvor det vil være gunstig for organisasjonen å posisjonere seg. Man vil i tillegg gjerne analysere organisasjonens interne ressurser for å kartlegge styrker og svakheter i dag og i fremtiden (Hill og Jones 2001).

Hill og Jones (2001) definerer en strategi som: *"an action a company takes to attain one or more of its goals"*. Strategibegrepet har imidlertid vært utsatt for kritikk fordi det ikke finnes en mer presis definisjon. Mintzberg (1987) påpeker at begrepet kan brukes på flere måter. For det første kan strategi for mange være sammenfallende med en plan. Man legger en plan

basert på en grundig analyse av organisasjonen. I tillegg lager man muligens scenarier basert på trender og utviklingstrekk i samfunnet for å være i stand til å raskest mulig tilpasse seg endringer. For det andre kan man også se på strategi som et mønster. Ofte vil det være slik at når bedrifter har gjort visse grep for å tilpasse seg endringer i omgivelsene vil man i etterkant kalle disse grepene for strategi. Man utleder altså strategi fra den foregående handlingen. For det tredje kan strategi dreie seg om posisjonering. Porter (1985) utviklet et rammeverk for strategisk analyse av en bransjes konkurransekrefter. Strategisk posisjonering dreier seg i hovedsak om hvordan en bedrift kan posisjonere seg i forhold til disse kreftene. Til slutt er det også mulig å betrakte strategi som et perspektiv. Dette innebærer en tankemåte eller en måte "vi gjør ting på" som er sterkt forankret i organisasjonen. Vi kan ofte forklare hvorfor en bedrift har tatt noen valg fremfor andre ved å anvende strategi som analyse av bedriftens perspektiv. Mintzberg hevder videre at man sjelden vil oppnå en planlagt strategi fullt ut. Deler vil realiseres mens andre deler vil forbli urealisert. Den realiserte delen av strategi er sammenfallende med strategi som et mønster. Mens bedriften forsøker å gjennomføre sin planlagte strategi vil man som oftest måtte tilpasse virksomheten til endringer og uforutsette hendelser. Dette kaller Mintzberg fremvoksende strategier. Han understreker altså at det er viktig for en bedrift å erkjenne at den realiserte strategien er et resultat av både en planlagt og en fremvoksende strategi. Videre påpeker han at god økonomisk styring innebærer å ta hensyn til begge disse typene. I denne rapporten vil strategibegrepet anvendes i tråd med oppfatningen om at en strategi er en plan. Dette er fordi denne oppfatningen er utbredt og innarbeidet i de helseforetakene som analyseres. Å bruke begrepet på andre måter enn som en plan vil kun skape grobunn for forvirring i denne sammenhengen. Bruk av budsjettet som hovedstyringsverktøy i helsesektoren bekrefter også at man oppfatter strategi som den planen man legger for å nå sine mål.

2.2.2 Steg 2: Planlegging/Budsjett

Mens det foregående steget dreier seg om formulering av strategi og mål, er planleggingssteget begynnelsen på implementeringen av det. Det er flere måter å planlegge på, men det mest utbredte styringsverktøyet for finansiell planlegging er budsjettet. Et budsjett kan defineres som følgende:

Budsjett; plan over inntekter og utgifter i et bestemt tidsrom, f.eks. et budsjettår. I budsjettet tallfestes de mål og programmer bedrifter, fylker el. kommuner har stilt opp for en kommende periode (www.caplex.no).

Det dreier seg altså om å tallfeste fremtidig handling. Budsjettet brukes både til planlegging og styring gjennom begrensninger i tildelte midler. Således er budsjettet med på å operasjonalisere strategien og målene for medarbeiderne nedover i organisasjonen.

Budsjettverktøyet og –prosessen har fått økende kritikk i økonomisk litteratur (Wallander 1999). Hovedargumentene mot budsjettet er at det svært ofte raskt foreldes dersom organisasjonen har dynamiske omgivelser. Ofte har man en omfattende årlig budsjettplanleggingsprosess uten å ta hensyn til at forutsetningene for denne prosessen muligens endrer seg i løpet av budsjettets virketid. Flere budsjettplanleggingsprosesser er som oftest for ressurskrevende og dermed kan organisasjonen risikere å bli styrt etter feilaktige forutsetninger. En annen kritikk er at budsjettet egner seg dårlig til å motivere til økt ytelse. Dersom man tidlig et år ser at man kommer til å nå budsjettet vil en ikke ha noe incentiv til å jobbe for å yte mer når målet er nådd. Man har i tråd med denne kritikken forsøkt å erstatte budsjettet med andre styringsverktøy som imøtekommer argumentasjonen over. Slike verktøy vil imidlertid ikke behandles nærmere da de er mindre relevant for den følgende analysen.

I helsesektoren har man nemlig tradisjonelt satt sin lit til budsjettverktøyet (Hagen og Kaarbøe 2004). Dette kan forklares ut fra en historisk forankring i ordningen med offentlig tildeling. Tradisjonelt har helsesektoren vært underlagt fylkeskommunene og dermed fått tildelt midler fra disse. Dermed har det vært budsjettet som har vært det mest naturlige verktøyet å bruke. Dette synet støttes av en av budsjettets kanskje mest ivrige kritikere, nemlig Jan Wallander (Wallander 1999).

2.2.3 Steg 3: Handling

I dette steget utføres de handlinger og tiltak man har planlagt. Der budsjettet er hovedstyringsverktøyet har man på forhånd fått vite hvor mye ressurser man kan bruke på de ulike tiltakene. Det er i dette steget strategien skal iverksettes fullt ut.

2.2.4 Steg 4: Evaluering

Det siste steget er å evaluere handlingene og avdekke om målene er nådd. I budsjettssammenheng vil dette i hovedsak dreie seg om å kartlegge avvik. Man vil stille det budsjetterte ressursbruket opp mot det faktiske ressursbruket for å se om en har klart å holde seg innenfor de planlagte rammene. Der en finner negative avvik vil en ofte måtte analysere disse ytterligere for å finne grunnene. Således angir budsjettavvik symptomer på at handlingene ikke har gått som planlagt, men sier lite om hvorfor avvikene forekommer.

Dersom avvikene som finnes ikke er for avskrekkende for styringen av organisasjonen vil en ofte bruke budsjettet som utgangspunkt for neste års budsjett. Dersom avvikene er store og mange vil en kanskje være nødt til å se nærmere på de strategiske målsettingene. Således innledes uansett en ny runde i prosessen. Prosessen er dermed syklisk.

God økonomisk styring er altså ikke det samme som gode økonomiske resultater. Man kan fortsatt ha en god økonomistyringsprosess uten at dette nødvendigvis skaper et positivt resultat i regnskapet. God økonomistyring betegner dermed prosessen mot å nå de målene man har satt seg.

2.2.5 Forventninger til empiriske funn – er strategien koplet til budsjettet?

Hovedfokus i denne rapporten er altså på koplingen mellom strategi og budsjett. Dette er i grenselandet mellom formulerings- og implementeringsstadiet i det strategiske arbeidet. Det forventes at det vil være strategiske tiltak og prioriteringer som har fortont seg vanskelig å gjennomføre i praksis. Det vil det for øvrig alltid være i en organisasjon. Spørsmålet er hvorfor og hvordan man håndterer det? Det er dette spørsmålet den empiriske analysen vil forsøke å besvare. I utgangspunktet undersøkes hvor mye av den formulerte strategien som kan gjenkjennes i de budsjettmessige prioriteringene. For å forklare ulik grad av styrke i denne koplingen benyttes supplerende teori om organisasjonens interesser.

2.3 Regelstyring som en av tre hovedstyringsmekanismer

Det er viktig å gi en redegjørelse for forskjellen på økonomisk styring og regelstyring for å unngå misforståelser i problemstilling og analyse. Ouchi (1979) skiller mellom tre ulike typer

styringsmekanismer; (a) Markedsmekanismer, (b) Klanmekanismer og (c) Hierarkiske mekanismer.

Markedsmekanismer dreier seg om styring ved hjelp av priser. Man setter en pris på handlingsalternativer og lar markedskreftene gjøre resten. Dette har klare paralleller til incentivmekanismer som prestasjonsbasert avlønning og bonusordninger. I tillegg dreier det seg ofte om prissetting på varer og tjenester som handles internt i en resultatenheter (internpriser). På denne måten vil man kunne styre uobserverbar atferd ved hjelp av resultatstyring fordi en har muligheten til å observere resultatet. Det er denne typen styring som flest oppfatter som økonomisk styring. Som nevnt over er det også dette synet som legges til grunn i anvendelsen begrepet økonomisk styring.

Klanmekanismer innebærer styring ved hjelp av verdier hos de som styres. Internalisering av verdier vil være et kraftfullt virkemiddel på sikt. Ofte vil dette nå frem til grupper som ikke har det økonomiske i fokus og dermed verdsetter andre forhold ved arbeidet enn det rent økonomiske. Ouchi hevder at en slik gruppe vil være de profesjonelle. I helsesektoren vil dette være relevant da både medisinsk og helsefaglig personell (profesjonelle) har en utdanningsbakgrunn der hensiktsmessig og akseptert atferd utgjør en vesentlig del av utdanningen. Behovet for atferdsstyring er derfor vesentlig mindre. Når en i tillegg tar hensyn til de etiske sidene ved dårlige resultater, som nok en gang er en svært sentral del av utdanningen, vil det være naturlig å anta at denne typen mekanismer ville være gunstig å anvende i et helseforetak. Problemet er imidlertid ofte kravene til bruk av tidsressurser før man ser effektene. Det fokuseres ikke særskilt på denne typen styring i rapporten da den ikke omfattes av problemstillingen.

Hierarkiske mekanismer er styring ved hjelp av regler og instruksjon. Dette er altså regelstyring. Ofte visse situasjoner er det av sikkerhetsmessige eller praktiske forhold nødvendig og tilstrekkelig med regelstyring. Problemet er bare det at regler ikke er nok til å stimulere til økt prestasjon. Det er ikke nok for en leder bare å simpelthen instruere en underordnet til å yte. Regelstyring har imidlertid også en annen funksjon. Markedsmekanismer og klanmekanismer er som regel utilstrekkelig alene i styringen av større foretak. Markedsmekanismene kan ha uheldige vridningseffekter som stimulerer til manipulasjon av resultater eller overfokusering på "lønnsomme" oppgaver fremfor andre nødvendige oppgaver. Klanmekanismer skaper ofte en sterk organisatorisk kulturforankring

som kan bli uheldig dersom det resulterer i sterk motstand mot nødvendig forandring. Således kan hierarkiske mekanismer være med på å sette rammene for annen type styring. Vedtekter, lover, regler og policy vil kunne bidra til å balansere prismekanismer. Et budsjett vil for eksempel gi rammene for hvor mye et helseforetak skal produsere. Således kan dette være med på å balansere for eksempel et innsatsbasert finansieringssystem som hele tiden vil gi incentiver til økt produksjon. Spørsmålet vil derfor bli; *Bidrar tilstedeværelsen av simultan regelstyring og økonomisk styring til en harmonisk balanse eller spiss konflikt?* Dette vil ofte avhenge av de signaler som gis av den som velger styringsprinsippene.

2.3.1 Forventninger til empiriske funn

I helsesektoren har en et svært komplekst styringsbilde. Det fokuseres på økonomisk styring kontra regelstyring og de potensielle konflikter som vil kunne gjøre seg gjeldende. Forventningen er at det avdekkes en del betente tilfeller der systemene har kommet i konflikt.

2.5 Oppsummering

Presentasjonen av teorien tok utgangspunkt i rapportens problemstilling og formål. I problemstillingen var det tre begreper som ble satt inn i en dypere teoretisk kontekst; *styret* som etter helsereformen har blitt endret i sammensetning, formål og funksjon, *økonomisk styring* der koplingen mellom de to første stegene i den ideelle økonomiske styringsprosessen behandles og *regelstyring* som et supplement eller komplement til klanstyring og økonomisk styring.

3.0 Hvilke briller skal vi ta på oss?

Det forrige kapittelet hadde til hensikt skape en referanseramme for det begrepsapparatet som står særlig sentralt i analysen. Det ble tatt utgangspunkt i rapportens problemstilling. Foruten problemstillingen har også formålet med rapporten vært førende for valg av teoretiske perspektiver.

De teoretiske perspektivene som har blitt valgt vil ha ulike forventninger til forholdene rundt de begrepene som ble redegjort for i kapittel 2. De danner således grunnlaget for det verdensbildet vi tillegger oss i analysen. De er brillene vi forstår omgivelsene gjennom.

Formålet med rapporten er å anvende shareholder og stakeholder teori til å analysere koplingen mellom strategi og budsjett. Shareholder og stakeholder teoriene kommer i konflikt på ett viktig punkt når det gjelder styringsteori, nemlig styrets rolle. For at en styringsteori skal ha noen særlig verdi bør den gi normative anbefalinger hva angår styring i praksis (Jensen 2001). Det vil være svært ulike føringer for styringen avhengig av om man legger til grunn shareholder eller stakeholder perspektivet.

3.1 Shareholder-perspektivet – alt for eieren

Alle bedrifter har en eller flere eiere som på et eller annet tidspunkt har investert kapital i bedriften. Denne kapitalen danner, sammen med eventuell lånefinansiert kapital (gjeld), grunnlaget for anskaffelse av diverse eiendeler som bedriften kan anvende for å skape verdi. Gjennom driften oppnår bedriften inntekter ved salg av varer eller tjenester, men det påløper også kostnader ved de aktiviteter som utføres i produksjonen av disse varene og tjenestene. Bedriftens profitt er differansen mellom inntektene og kostnadene. Er differansen positiv kan profitten legges til kapitalen og øke grunnlaget for investeringer. Bedriftens samlede verdi øker. Alternativt kan den utbetales helt eller delvis til eierne som avkastning på deres investering. Er profitten negativ vil man måtte dekke dette underskuddet ved å redusere verdien av kapitalen. Eierne vil dermed tape på investeringen og bedriftens verdi reduseres. Shareholder-teori bruker denne logikken i argumentasjonen for at ledere av en bedrift alltid bør arbeide for å maksimere bedriftens verdi. Teoriens store forkjemper er Milton Friedman som har skrevet en rekke bøker, publisert flere artikler og utviklet sentrale normative teorier

for styring av foretak. Shareholder-perspektivet er sterkt orientert mot eierne som interessegruppe. Den hevder derfor at for å sikre bedriftens attraktivitet som investeringsobjekt må man forsøke å gjøre bedriften så lønnsom som mulig, slik at man kan belønne eierne for deres investering i bedriften. Dette er den eneste måten å sikre at kapitalen holder seg i bedriften. Det er også eneste måte man kan øke sannsynligheten for tilførsel av ny kapital fra andre potensielle investorer. Ny kapital er igjen essensielt for bedrifter som ønsker å investere i utvikling av nye produkter eller økt kompetanse for å kunne hevde seg i konkurransen. Andre grupper enn eierne er ifølge Friedman (1962) kun et middel til å oppnå målet om maksimal lønnsomhet.

Shareholder-teorien er rotfestet i det private næringslivet, særlig i tilknytning til aksjeselskapet (Friedman 1962). I store aksjeselskap vil ofte eierne kunne være relativt anonyme og man har mindre mulighet til vite hvilke verdipreferanser disse har (Reve og Grønlie 1993). I den grad det er store og innflytelsesrike eiere vil dette ofte være meglerhus eller fond som plasserer på vegne av sine kunder. Da verdipreferansene er skjult blir det naturlig å anta at eierne ønsker mest mulig igjen for sine investeringer. Man antar derfor at eierne vil investere der de får best mulig avkastning.

Eierne kan oppnå avkastning på to måter. For det første kan de oppnå en *aksjegevinst* ved å selge en aksje til en høyere pris enn det de kjøpte den for i utgangspunktet. For det andre kan de få utbetalt *aksjeutbytte* (dividender) fra selskapet (Smith 2003). Begge deler fordrer som regel at bedriften er lønnsom, altså et positivt resultat. Det er svært mange forhold som påvirker aksjekursene, men som oftest vil markedet oppfatte lønnsomhet eller potensiell lønnsomhet svært raskt slik at dette gir seg utslag i økt etterspørsel etter aksjene og dermed økt aksjekurs. Tilsvarende vil investorer i et aksjemarked oppfatte ulønnsomhet og potensiell ulønnsomhet raskt hvilket fører til negativ kursutvikling. Aksjegevinsten avhenger dermed av lønnsomhet. For at bedriften skal kunne utbetale utbytte/dividender et år må profitten være positiv. Shareholder-teorien hevder derfor at det alltid vil være i eiernes interesse å maksimere bedriftens verdi ved å forsøke å maksimere bedriftens lønnsomhet gjennom å maksimere profitt (Friedman 1970).

3.1.1 Forventninger til empiri

Når man ser på vridningene i styrets natur fra offentlig til profesjonelt sammen med målsettingene om økt effektivitet i helseforetakene, vil det være naturlig å anta at styrenes

fokus er eierorientert. Dette vil innebære at de forsøker å styre organisasjonen slik at eiers interesser og ønsker ivaretas. Det er imidlertid viktig å påpeke at, i motsetning til de fleste private foretak, har helseforetakene ikke som målsetting å maksimere profitt. Det er imidlertid innført et mål om balanse mellom inntekter og kostnader i driften av foretakene. Eierens interesse er dermed ikke å maksimere profitt men å skape et best mulig helsetilbud til befolkningen på en optimal måte.

3.2 Stakeholder-perspektivet – alt for alle

Mens den rendyrkede shareholder-teorien utelukkende fokuserer på eiergruppen og dennes interesser, erkjenner stakeholder-teori at beslutninger som tas i organisasjonen vil berøre flere grupper. I henhold til stakeholder-teori har en organisasjon både interne og eksterne interessenter som den på et eller annet vis har et gjensidig forhold til. Freeman (1984) definerer en interessent som - "*any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization's objectives*". En interessent kan, men må altså ikke være direkte med i selve organisasjonen. Eksempler på interessenter i helsesektoren er ansatte, kunder gjennom brukerorganisasjoner, leverandører av medisinsk utstyr legemidler, lokale politikere, diverse foreninger og lag, samarbeidspartnere, primærhelsetjenesten, forskningsmiljøer og konkurrenter.

I følge stakeholder-teorien går styring ut på å balansere målene fra alle interessenter i tilknytning til organisasjonen. I praksis vil man ikke kunne ta hensyn til alle interessenter på en gang, men man vil være nødt til å sortere ut de viktigste. Mitchell, Agle & Wood (1997) hevder at man må se på tre forhold for å sortere ut de viktigste interessentene: (a) interessentens makt i forhold til organisasjonen, (b) interessentens legitimitet i samfunnet og (c) interessentens betydning for organisasjonens evne til å realisere sine mål. En vil ved å anvende disse forholdene kunne arbeide seg frem til en oversikt over de mest betydningsfulle interessentene. En må så tilrettelegge styringen ut fra dette og ikke bare eierne.

Teorien er noe fragmentert slik den foreligger i dag. Dette innebærer at den kan deles inn i flere perspektiver. Donaldson og Preston (1995) har kartlagt fire perspektiver innenfor teorien:

1. Deskriptivt perspektiv: *Beskriver organisasjonen og dens forhold til sine interessenter.*

2. Instrumentelt perspektiv: *Angir instrumentelle sammenhenger mellom spesifikke handlinger og organisasjonsmessige resultater.*
3. Normativt perspektiv: *Angir moralske og filosofiske retningslinjer for drift og ledelse av organisasjoner.*
4. Ledelsesperspektiv: *Anbefaler et sett med holdninger, strukturer og aktiviteter som konstituerer teorien som en ledelsesteori.*

Donaldson og Preston (1995) hevder at teorien er sterkest innenfor det normative perspektivet og understreker at man bør arbeide videre med de øvrige perspektivene for å danne en mer helhetlig teori.

Også Friedman og Miles (2002) kritiserer stakeholder-teorien for å være fragmentert. De hevder at dagens forsøk på å integrere teoriens ulike perspektiver ikke fungerer på grunn av tre forhold: (a) Man har ikke funnet en velegnet metode som tar hensyn til alle relevante interessenter slik at noen kritiske interessegrupper vil falle utenfor i sorteringsarbeidet, (b) Man har i hovedsak forsøkt å skape en normativ teori slik at de andre perspektivene og dimensjonene har blitt fortrent og (c) Teoriens hovedfokus er utelukkende fra organisasjonens egen synsvinkel. Videre hevder de at disse forholdene har ført til at viktige interessenter og ekstremt negative eller konfliktfylte relasjoner mellom organisasjon og interessent har blitt oversett.

Hovedpoenget i stakeholder-teorien er at man ikke kan fokusere utelukkende på eiernes mål og interesser, som ofte vil være profitt. I praksis vil det å maksimere profitt innebære å skape et miljø for tillit og samspill mellom ulike interessenter. I følge stakeholder-teorien er dette en absolutt nødvendighet for å i det hele tatt klare å oppnå langsiktig profitt. Teorien bygger på sosiologiske og organisatoriske prinsipper som i stor grad tar hensyn til irrasjonalitet og politikk i interaksjonen mellom medlemmer av en organisasjon (Friedman og Miles 2002). Brunsson (1989) understreker imidlertid at handlinger som kan virke irrasjonelle for noen ofte er fullstendig rasjonelle for andre. Det er rasjonelt for en hver gruppe å handle for å på best mulig måte ivareta sin egen interesse. Det vil for eksempel fremstå som helt rasjonelt for

en arbeidstaker å kreve høyere lønn. For styret og ledelsen som opplever press fra alle grupper og har et mer overordnet perspektiv på organisasjonen vil det imidlertid kunne oppleves som irrasjonelt.

3.2.1 Forventninger til empiriske funn

Dersom en ser på omfanget av mediaoppslag, overstyrte styrevedtak og politisk spill i helsesektoren vil en kunne forvente at styrenes fokus er orientert mot å balansere interessene fra flere aktører enn eierne. Helsesektoren er en sektor som har svært stor samfunnsmessig betydning. Det vil derfor være naturlig å anta at lokalsamfunnet i form av politikere på kommune- og fylkesnivå og lokalbefolkning viser engasjement rundt endringer i sektoren.

3.3 Hvilket perspektiv bør man styre etter?

Man har i nyere bedriftsøkonomisk litteratur sett en tendens dreining mot normative anbefalinger til en sterkere eierorientering. Dette har samtidig ført til en voksende kritikk av den samme orienteringen. Man har altså to teorier som begge er normative, men som også kolliderer i sine føringer for styring av bedrifter. På den ene siden har man shareholder-teori som i sin reneste form argumenterer for at ledere og styrer utelukkende skal maksimere økonomisk profitt slik at eierne får mest igjen for sin investering. På den andre siden har man stakeholder-teori som argumenterer for at ledere må balansere interesser og mål mellom alle bedriftens interessenter, selv om dette vil redusere eiernes avkastning. Det er dermed nærliggende å spørre; hvilken av teoriene er den riktige?

Shareholder-teorien velger ut eierne og sorterer vekk alle andre interessenter. De normative føringene for styring blir dermed nærmest umulig å følge i praksis. Stakeholder-teorien likestiller flere interessenter, men føringene for styring er ufullstendige særlig når interessenter har store målkonflikter.

Jensen (2001) forsøker å kombinere de to, tilsynelatende ukompatible, teoriene. Han understreker at det faktisk vil være nødvendig å maksimere bedriftens verdi for å beholde og tiltrekke investorer. Dette er, i følge Jensen, essensielt for å sikre langsiktig verdiskaping og grunnlaget for bedriftens eksistens. Han uttrykker en bedrifts verdi som $V=f(x, y, \dots)$. Uttrykket inkorporerer alle forhold som vil påvirke bedriftens verdi i positiv eller negativ

retning. Mens shareholder-teorien antar at eierne utelukkende interesserer seg for profitt påpeker Jensen i utgangspunktet at V kan være hva som helst. Som nevnt over ønsker den statlige eieren i helsesektoren at helseforetak skal oppnå balanse i driften, ikke maksimal profitt i tillegg til en rekke andre helsepolitiske mål. Til tross for at V kan være hva som helst støtter likevel Jensen (2001) valget av $V = \text{profitt}$ når en tar hensyn til bedriftens eksistens og maksimering av sosial velferd. 200 år med økonomisk forskning har nemlig bevist at samfunnets knappe ressurser vil utnyttes på best mulig måte dersom alle bedrifter i et fritt marked søker å maksimere sin egen profitt. Det er imidlertid viktig å understreke at helsesektoren ikke er et marked i tradisjonell forstand. Det er eier som her styrer tilbudet av helsetjenester. Dette innebærer at helseforetakene ikke kan produsere så mye de ønsker for å maksimere profitt. Inntektssiden tildeles fra eier, i stor grad basert på aktiviteten i foretaket gjennom en innsatsstyrt finansiering (ISF), og en for høy aktivitet vil ikke øke verdien for eier. Eiers ønske blir dermed ikke å maksimere profitt, men å skape et best mulig helsetilbud til flest mulig gjennom mest mulig effektiv bruk av bevilgningene som tildeles.

På tross av Jensens (2001) argumentasjon, som er helt i tråd med shareholder-teorien, erkjenner han at man ikke kan ignorere det faktum at bedrifter ikke er maskiner som kan styres utelukkende gjennom instruksjon og programmeringsprinsipper. En bedrift må bearbeide og vedlikeholde relasjoner med sine ansatte, kunder, konkurrenter, strategiske alliansepartnere, leverandører, myndigheter og samfunnet forøvrig. Han kritiserer likevel stakeholder-teoriens normative dimensjon for ikke å gi gode nok føringer for hvordan ledere i praksis skal ta beslutninger. Man kan ikke prioritere alle interessenter samtidig. Spørsmålet blir derfor; hvilket kriterium skal ledere benytte seg av når de må prioritere mellom ulike interessenter? Jensen benytter her et kriterium som han henter fra shareholder-teoriens normative dimensjon. Han hevder at styringen av bedriften må ha én klar målsetting. Dette er å maksimere bedriftens langsiktige markedsverdi. Dette indikerer at når man må prioritere ulike interessenter bør man gjøre det ut fra følgende kriterium: *"Spend an additional dollar on any constituency provided the long-term value added to the firm from such expenditure is a dollar or more"*.

Jensen kombinerer dermed teoriene på en elegant måte. Han vrir fokuset fra ulikhetene mellom shareholder og stakeholder teoriene og finner en likhet hvilket leder til det han kaller "opplyst stakeholder teori" eller "opplyst value-maximization". Han mener det er unødvendig å sette teoriene opp mot hverandre fordi det viktige spørsmålet er ikke hvilken av

teoriene er den ”riktige”. Det viktige spørsmålet er; skal en bedrift ha ett entydig mål, og i tilfelle hva skal dette være? Jensen (2001) argumenterer for at svaret er at bedrifter må maksimere langsiktig verdi, men ikke uten å ta hensyn til flere interessenter enn eieren. Kriteriet for utvelgelse av viktige interessenter hentes fra shareholder-teorien og innebærer at man prioriterer de interessenter som vil øke bedriftens langsiktige verdi. Oversatt til helsesektoren vil altså dette innebære at styret tar hensyn til de interessenter som vil bidra til å øke måloppnåelse for eier.

3.3.1 Forventninger til empiri

Man står altså mellom to stoler når det gjelder det empiriske. Det forventes å finne en høyere grad av eierorientering i styrene enn tidligere, særlig på grunn av styresammensetningen. Dette vil særlig gjelde i formuleringen av de strategiske målsettingene. I den praktiske styringen, altså implementeringen av strategien, vil man kunne forvente blandete resultater. Styrene kan i utgangspunktet være eierorientert, men vil være hensiktsmessig å anta at de samtidig må alliere seg med viktige interessegrupper for å legitimere og forankre strategiske endringer. På grunn av sektorens sterke grad av samfunnsmessig betydning er det grunn til å tro at grupper i lokalsamfunnet har større påvirkningskraft enn i andre sektorer. Dette kan forsterkes når en betrakter det faktum at eieren i stor grad består av politikere som er avhengig av omdømme og dermed er lettere å påvirke enn en ”vanlig” eier.

3.4 Oppsummering

I dette kapitlet ble shareholder- og stakeholder-teori presentert. Perspektivene gir hver sine implikasjoner for styring. Tilsynelatende var de to perspektivene uforenlige, men Jensen (2001) har likevel klart å finne en måte å kombinere dem på. Dermed har leseren nå forhåpentligvis en teoretisk plattform som vil egne seg for den videre empiriske analysen. Perspektivene vil, i del IV, anvendes for å si noe om styret og styringen i helseforetakene. Dette innebærer at de først vil benyttes i sin mer rendyrkede form på det empiriske materialet. Til slutt vil det være hensiktsmessig å se om det er mulig å finne en middelvei som kombinerer perspektivene.

DEL III: VALG AV METODE

4.0 Innsamling av data gjennom kvalitative dybdeintervjuer

Johannessen (2004) påpeker at begrepet metode stammer fra det greske ordet *methodos* og betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Han skriver videre at ”*samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan vi skal gå frem når vi skal hente inn informasjon om virkeligheten og ikke minst om hvordan vi skal analysere hva denne informasjonen forteller oss slik at den gir ny innsikt i samfunnsmessige forhold og prosesser. Det dreier seg om å samle inn, analysere, og tolke data*”.

Dette kapittelet redegjør for innsamlingen og behandlingen av de data som danner grunnlaget for den empiriske analysen. Kapittelet er tredelt. Den første delen drøfter valget av studieobjekter og informanter. Den andre beskriver og begrunner valg av forskningsdesign. Den siste delen diskuterer selve innsamlingen av data spesielt med hensyn på validitet og reliabilitet.

4.1 Studieobjekter: tre helseforetak fra hver sin region

Problemstillingen for rapporten slik den presentert i kapittel 1 var:

Hvordan skaper styrene i helseforetak en bedre økonomisk styring samtidig som de forholder seg til den regelstyring som finnes?

Av problemstillingen kan man utlede at dette dreier seg om å studere en prosess, nemlig styringsprosessen på styrenivå i helseforetakene. Det innebærer at det er naturlig å finne et utvalg av helseforetak som er noenlunde sammenliknbare med tanke på størrelse og omfang av virksomheten. Det var ønskelig å se på tre foretak av noenlunde størrelse da det er naturlig å anta at styrene i slike helseforetak har hatt mange og varierende utfordringer i forhold til problemstillingen. Perioden det fokuseres på er 2002-05.

På grunn av rapportens krav til omfang både i dybde, bredde og tidshorisont var det passende å velge tre helseforetak. De valgte tilhører hver sin region. Dette er for det første slik at man kan få indikasjoner på regionale forskjeller, men også fordi det er et begrenset antall av helseforetak av den valgte typen innenfor hver enkelt region. De tre valgte helseforetakene er

Akershus Universitetssykehus HF fra region Helse-Øst, St. Olavs Hospital HF fra region Helse Midt-Norge og Helse Bergen HF fra region Helse-Vest.

Det er gjennomført intervjuer med representanter fra både styret og toppledelsen fra alle tre helseforetakene. Således har det vært mulig å få to perspektiver på styringen. For det første er det mulig å danne seg et inntrykk av hvordan styret har oppfattet signalene fra det regionale foretaket, altså eieren. Videre er det anledning til å se hvordan toppledelsen opplever omformingen av disse signalene inn mot organisasjonen. For å unngå å bringe informantene inn i en offentlig debatt rundt forholdene i rapporten holdes informantenes identitet ukjent.

4.2 Valg av forskningsdesign – multi-case med flere analyseenheter

Johannessen (2004) beskriver valget av forskningsdesign som den tidlige fasen i et studium der en må velge hva og hvem som skal undersøkes og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Det kan også oppfattes som det rammeverket man skal følge når man gjennomfører en studie og kan deles i eksplorativt og konklusivt design (Malhotra og Birks 2003). Det er flere valgmuligheter innenfor disse hovedtypene. Den som er valgt i denne rapporten er imidlertid et eksplorativt casestudiedesign. Johannessen (2004) forteller at Yin (2003) definerer to dimensjoner ved utforming av casestudier. Den første dimensjonen dreier seg om vi studerer ett eller flere case. Den andre om hvorvidt vi analyserer en eller flere enheter:

Temaet man har valgt å studere	Personer/felt som kontaktes	
	Enkelt case-design	Fler-case design
En analyseenhet	Studium av en sammenhengende enhet	Studier av mange av samme type felt eller personer på tvers av tid og rom
Flere analyseenheter	Et felt, men selektivt fokus på begrensede delfelt og/eller personer	Multi-case design med vekt på utvalg av begrensede delfelt og/eller personer

Tabell 4.0: Fire designstrategier for casestudier (Johannessen 2004)

Som beskrevet over er det i denne rapporten valgt tre studieobjekter for sammenlikning. Dette betyr at det blir et fler-case design. I tillegg er det i kapittel 2 redegjort for at de enhetene som skal analysere er styret, den økonomiske styringen og regelstyringen. Det vil si

at det er naturlig å velge forskningsdesignet i sørøstre kvadrant som har flere case og flere analyseenheter. I tillegg er designet eksplorativt fordi målet med studien er mer å forstå en prosess enn å måle et resultat (Malhotra og Birks 2003).

Johannessen (2004) problematiserer det at man ikke kan generalisere resultatene fra casestudier. Dette er imidlertid et mindre problem i denne sammenheng da alt som undersøkes er innenfor rammen helsesektor. Det betyr at man kan generalisere mye av resultatene for andre liknende helseforetak under samme styringsregime. Man må imidlertid være varsom med å generalisere overfor helseforetak i en annen størrelse og under andre eierforhold (f.eks. private sykehus eller utenlandske institusjoner uten lik politisk eierstruktur).

4.3 Innsamling av data gjennom dybdeintervju og dokument screening

Innhenting av data kan gjøres gjennom svært forskjellige metoder. Utvalget av metoder vil imidlertid begrenses noe av det valgte forskningsdesignet. Denne studien tar sikte på å avdekke relativt kompliserte forhold i en styringsprosess. Styringsprosesser på styrenivå vil normalt være av overordnet strategisk art. For å kunne si noe om denne prosessen er det nødvendig med en relativt stor mengde kvalitativ informasjon. Denne informasjonen må hentes inn fra personer som er sterkt involvert i prosessen. Som nevnt ble det valgt å intervju representanter fra helseforetakenes styre og toppledelse. Disse ble strukturert og gjennomført som kvalitative dybdeintervjuer. Malhotra og Birks (2003) definerer dybdeintervju som: *an unstructured, direct, personal interview in which a single respondent is probed by an experienced interviewer to uncover underlying motivations, beliefs, attitudes and feelings on a topic*. Personlige intervjuer av denne typen ble oppfattet som mest hensiktsmessig fordi emnet er relativt uklart og lite forsket på. I tillegg takler de en del spesielle utfordringer som et gruppeintervju ikke håndterer. Respondenter med hektiske tidsskjema takker ofte nei til gruppeintervjuer der de utgjør "bare en av mengden" og i tillegg må reise vekk fra arbeidet for å delta. I tillegg vil et gruppeintervju gjøre intervjueren mindre i stand til å følge opp resonnementer eller avklare misforståelser i refleksjoner og utsagn (Malhotra og Birks 2003).

4.3.1 Intervjuforberedelse gjennom dokumentanalyse

På grunn av skjevhet i kunnskapsnivå mellom intervjuobjekt og intervjuer var det nødvendig med svært grundig forberedelse før selve intervjusituasjonen. Dette var for å sikre validitet (se 4.3.3). I denne prosessen spilte sekundærdata en viktig rolle. Sekundærdata defineres som: *Data collected for some other purpose than the problem at hand* (Malhotra og Birks 2003). I denne sammenhengen ble det brukt flere rapporter og utredninger som var basert på datainnsamling for andre problemstillinger. I tillegg ble styredokumenter, bestillerdokumenter, årsmeldinger, budsjetter, strategidokumenter og presseklipp oppfattet som nyttige både i forberedelsen til og analysen av intervjudataene. I forberedelsen var det mulig å danne seg et bilde av hvor hovedvekten av problemene i styringen av det aktuelle helseforetaket lå. På bakgrunn av dette ble det laget en overordnet intervjuguide (appendix).

4.3.2 Styring av intervjuene med semi-strukturert intervjuguide

Da hensikten med intervjuene var å skape mer klarhet i relativt mange og omfattende områder ble det valgt å utvikle en semi-strukturert intervjuguide. Dette fordi man med en slik ikke begrenser dataene som samles inn i samme grad som ved intervjuguides med en fastere spørsmålsstruktur (Johannessen 2004). En slik guide var også mer i samsvar med Malhotra og Birks (2003) definisjon av dybdeintervjuer som gjengitt over.

Det var ønskelig å avdekke prosessen fra periodens begynnelse til slutt, altså fra 2002-2005. Det var dermed viktig å få frem eventuelle utviklingstrekk i perioden. Intervjuguiden ble inndelt i fem hovedområder som alle var sammenkoplede gjennom en naturlig styringsprosess slik denne er beskrevet i kapittel 2 (Anthony og Govindarajan 1995). Videre er strukturen i den empiriske analysen er i aller høyeste grad sammenfallende med guiden. Intervjuguiden kan finnes i Appendix.

4.3.3 Validitet og reliabilitet i innsamling og tolkning av data

Man deler mellom indre og ytre validitet. Indre validitet i kvalitative metoder dreier seg om i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen 2004). I dette tilfellet vil det altså være om dataene fra intervjuer og dokumenter representerer de faktiske forhold rundt styringen. Det finnes utvilsomt en fare for manipulasjon av data fra respondentens side i intervjusituasjonen. Faren

er forsøkt redusert gjennom metodetriangulering der det i forberedelsesfasen er benyttet en alternativ metode for innhenting av data som danner grunnlaget for selve intervjuet (Johannessen 2004). I tillegg gjelder offentlighetsloven slik at publisert informasjon er lett tilgjengelig og intervjudata kan etterprøves. Det praktiseres også meroffentlighet i alle tre helseforetak. Til slutt er det naturlig å anta at anonymiseringen av respondentene bidrar til å kvalitetssikre de data som fremkommer.

Ytre validitet dreier seg om overførbarhet. Kan de resultatene studien frembringer overføres, og i tilfelle til hvem eller hva? (Johannessen 2004). I dette tilfellet kan man spørre om resultatene fra disse tre helseforetakene kan overføres til andre helseforetak. Man kan også stille spørsmålet om resultatene som gjelder forhold rundt statlig/politisk eierskap, eiers styringssignaler og innflytelse fra grupper i omgivelsene kan overføres til andre sektorer i innland eller utland. Dette er kompliserte spørsmål. Det vil være naturlig at overførbarhet i første omgang begrenser seg til den norske helsesektoren. Man kan også tenke seg at andre nasjoner som vurderer å implementere liknende reformer kan dra nytte av resultatene, men man må da være klar over eventuelle forskjeller i politiske verdier og struktur på eiersiden.

Reliabilitet dreier seg om dataenes pålitelighet (Johannessen 2004). I kvalitative studier er det vanskelig for andre forskere å duplisere datasettet fra grunnstudien fordi metodene er avhengig av kontekst. Ofte vil intervjudata være verdiladet og i stor grad avhenge av intervjuers erfaring og evne til å styre intervjuet (Malhotra og Birks 2003). Det er i den empiriske analysen forsøkt å gi en så åpen og objektiv fremstilling av intervjudataene som overhodet mulig. Der det er naturlig, er sitater fra intervjuene direkte gjengitt i teksten. De tematiske problemstillingene presenteres detaljert i innledningen til den empiriske analysen. Dette for at leseren skal kunne danne seg et inntrykk av den kontekst dataene er fremkommet. Intervjuers erfaring er riktignok begrenset, men det er likevel vanskelig å hevde at dataene ikke er pålitelige.

DEL IV: EMPIRISK ANALYSE

5.0 Presentasjon av analysens struktur

I denne delen vil de tre utvalgte helseforetakene bli presentert og analysert med bakgrunn i de teoretiske perspektivene fra kapittel 3. Delen har fire kapitler. De tre første omhandler henholdsvis Akershus universitetssykehus HF, St Olavs Hospital HF og Helse Bergen HF. For å unngå gjentakelse er kapittel noe grundigere i redegjørelsen for analysens fremgangsmåte enn kapittel 7 og 8. Det kan derfor være en fordel for leseren å lese dette for å bedre forståelsen for de sentrale problemstillingene. Det siste kapittelet er en komparativ analyse av foretakene som samtidig fungerer som en oppsummering av de ulike analysene.

5.1 Analysens struktur og valg av analyseområder for regelstyring

Strukturen i de tre neste kapitlene er lik. Alle kapitlene starter med en kortfattet presentasjon av helseforetaket. Videre settes fokus på de begreper som skal analyseres; *styret*, den *økonomiske styringen* og *regelstyringen*.

Når det gjelder *styret* i helseforetaket vil det være avgjørende å kartlegge hvilken innstilling styret hadde med tanke på den nye styrerollen etter reformen. Hvordan signaliserte eier de nye normene for styrearbeidet som skulle tre i kraft med reformen? Hvordan oppfattet styret dette i reformens initiale fase og hvordan har dette utviklet seg gjennom perioden?

Delen om den *økonomiske styringen* tar for seg arbeidet med strategi og budsjett. Hvordan har styret klart å ta til seg de styringssignalene som kom fra eier for å så omforme disse til foretakets strategi? Hva ble så styrets rolle når denne strategien skulle implementeres i budsjettet?

Når det gjelder *regelstyringen* er det valgt å fokusere på tre områder. Disse områdene ble valgt på bakgrunn av intervjuene og styredokumentene. Gjentatte ganger brukte informantene områdene som eksempler for å beskrive hvordan styret håndterte regelstyring fra eier. I styredokumentene kan en også se at disse områdene har blitt viet vesentlig oppmerksomhet. De to første områdene har på samme måte skapt utfordringer for alle helseforetakene. De er imidlertid håndtert noe forskjellig. Det siste er knyttet til det respektive helseforetaket.

Analyse av regelstyring	
Område 1	Psykiatri kontra somatikk
Område 2	ISF problematikk
Område 3	Foretaksspesifikt område/sak

Tabell 5.0: Struktur for analyse av regelstyring

5.1.1 Område 1: Psykiatri kontra somatikk

Som nevnt i innledningskapittelet vil man på grunn av innsatsstyrt finansiering i somatikken oppnå en økonomisk gevinst ved å overføre ressurser fra psykiatri til somatikk. Analysen beskriver og forklarer hvordan styret har håndtert dette.

5.1.2 Område 2: ISF problematikk

Det fokuseres på tre forhold rundt ISF. Det første er svingninger i ISF-satsen. Alle helseforetak har opplevd at svingningene i ISF satsen har vært utfordrende for planlegging. Satsen utgjør en svært sentral del av foretakenes inntektsside. Svingningene i satsen har forløpt på følgende måte.

År	ISF satsen
2002	55%
2003	60%
2004	40%
2005	60%
2006	40%

Tabell 5.2: ISF-satsen 2002-2006 (www.statsbudsjettet.dep.no)

Det andre forholdet er føringene ISF gir for produksjon. Man skulle kunne tro at helseforetakene lot seg friste til å øke produksjonen av "lønnsomme" pasienter i stedet for å følge prioriteringsforskriften som angir hvilken type pasient som har krav på prioritet. Analysen tar sikte på å avdekke hvordan styret har agert i forhold til denne konflikten. Til slutt vil analysen søke å avdekke hvordan styret har håndtert det at en høy ISF-sats (60%) gir et sterkt incentiv til å øke aktivitetsveksten samtidig som eier kommer med krav om at veksten skal begrenses. Igjen kommer økonomiske incentiver på kollisjonskurs med regler fra eier.

5.1.3 Område 3: Foretaksspesifikt område/sak

Dette området vil variere mellom de tre foretakene. Det kan være en omfattende enkeltsak som har blitt gjenstand for langvarige og intense diskusjoner i og utenfor styremøtet. Det kan også være et noe større område som har vært problematisk på grunn av omgivelsene eller annet og kan dermed belyse hvordan styret har håndtert slike utfordringer. Det understrekes at dette området ikke direkte kan anses som gjeldende for de øvrige helseforetakene.

6.0 Analyse av Akershus Universitetssykehus HF

I dette kapittelet analyseres Akershus Universitetssykehus HF (også omtalt Ahus) på grunnlag av det innsamlete datamaterialet beskrevet i kapittel 4. Analysen er delt i fire deler. Den første delen gir en kort presentasjon av Ahus. Den andre omhandler forholdet mellom styret og eieren. Her forsøkes det å avdekke styrets oppfatning av sin egen rolle både ved begynnelsen av perioden og utover i den. Dette er viktig for å kunne forstå hvilket verdensbilde styret baserte sitt eget arbeid på. Den andre delen tar for seg den økonomiske styringen og den siste delen setter fokus på regelstyringen. Her fokuseres det på hvordan styret har samarbeidet med foretakets øverste ledelse for å kople strategi og budsjett. Til slutt gjengis analysens hovedfunn i en oppsummering.

6.1 Presentasjon av Akershus Universitetssykehus HF

Akershus Universitetssykehus HF er underlagt det regionale helseforetaket Helse-Øst RHF. Det omfatter sykehusene på Nordbyhagen i Lørenskog, på Stensby i Eidsvoll og i Lillestrøm. I tillegg har helseforetaket distriktspsykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker på Jessheim, Grorud og Lillestrøm. Ahus har videre ca 4.200 ansatte og behandler årlig ca 53.000 innleggelser og rundt 150.000 polikliniske konsultasjoner. Det har et budsjett på ca 2,5 milliarder kr.

Hovedsykehuset på Nordbyhagen, da Sentralsykehuset i Akershus (SiA), ble åpnet i 1961. Dette har gitt spesielle utfordringer i forhold til bygningsmasse og kapasitet. I mars 2004 startet byggingen av et nytt sykehus på Nordbyhagen, Nye Ahus. Nybygget skal stå ferdig i 2008 (www.ahus.no).

Byggingen av det nye sykehuset har preget styrets strategiske arbeid gjennom den aktuelle perioden for denne rapporten. Styret og ledelsen ved Ahus har hatt anledning til å inkorporere fremtidige pasientbehov i planleggingen av Nye Ahus. I tillegg har det vært mulig å ta hensyn til en strategiske og økonomiske utfordringer i nybygget. Dette gjelder for eksempel ved funksjonsfordeling. Økonomisk er Helse-Øst RHF den eneste foretaksgruppen som har klart å oppnå økonomisk balanse i tråd med eiers krav.

6.2 Forholdet mellom styret på Ahus og den nye eieren

Da reformen trådte i kraft i begynnelsen av 2002 begynte de regionale helseforetakene å diskutere hvordan styrene i de lokale helseforetakene skulle settes sammen. Et av hovedspørsmålene var hvordan det nye eierskapet skulle ivaretas i styrene. Helse-Øst RHF valgte en modell der representanter fra det regionale foretakets administrative ledelse ble oppnevnt som styreledere på lokalt nivå. Således ønsket de å sikre en sterk og gjennomgripende forankring av eier. I tillegg til dette ansatte styret på Ahus i 2003 ny administrerende direktør. Den nye direktøren var tidligere viseadministrerende direktør hos eier i det regionale foretaket. Tar man dette i betraktning er det grunn til å forvente en meget sterk eierorientering i styrearbeidet.

6.2.1 Hva ble styrets rolle da helsereformen trådte i kraft?

På daværende Sentralsykehuset i Akershus (SiA) hadde man tidligere ikke hatt profesjonelle styrever. Representanten fra toppledelsen forklarte:

”Det var jo først etter helsereformen at spesialisthelsetjenesten fikk styrever slik som man forstår uttrykket styrever. Før 2002 var det i mange fylkeskommuner etablert såkalte driftsstyrever, men med svært begrensede fullmakter så i realiteten var det politikere på fylkesnivå som bestemte.”

En stor del av reformens intensjon var å ansvarliggjøre styret slik at man nærmet seg mer et profesjonelt styre som beskrevet i kapittel 2. Representanten fra toppledelsen beskriver eiers signalisering av den nye styverollen slik:

”Det var en viss opplæring i begynnelsen av 2002, en del store styreseminarer ut i helseforetakene. Ellers så bli styrene konstituert litt ut i november eller desember 2001 så satt de med ansvaret fra 1. januar 2002 (...) så vi hoppet bare på et tog som gikk i ekspressfart så måtte vi prøve å ta kontrollen. Dette var ikke som å starte fra null for det var noe som var der.”

En styverrepresentant beskriver det samme på denne måten:

”Jeg synes at eier i første rekke synliggjorde [endringene ved helsereformen] ved å beskrive det totale ansvaret. Eier stilte noen krav. For eksempel krav om økonomisk balanse og produksjon i et så og så stort omfang... Bestilling og vilkårene til bestilling. Det er jo på den måten eier styrer. På den ene siden i foretaksmøte og på den andre siden å stille krav. Og så overlate til foretaket å levere.”

Som det siste utsagnet antyder oppfattet styret at det fikk ansvar som lå nærmere slik man ville oppfattet det i et privat foretak. Sammen med dette ansvaret oppfattet man også en betydelig økning i frihetsgrad.

På Ahus ga man uttrykk for at denne innledende prosessen ble forenklet på grunn av den sterke representasjonen av eier i styret. Styremedlemmene hadde anledning til å raskt få oppklart uklarheter i ansvar og roller. Man satte dermed relativt raskt i gang med å fokusere på det som ble oppfattet som det viktigste signalet fra eier, nemlig økonomisk balanse.

I et shareholder-perspektiv vil dette tilsi at styret oppfattet sin egen rolle som relativt nært et profesjonelt styre. Man oppfattet at eiers signaler innebar både økt ansvar og økt frihet til å styre mer autonomt enn tidligere. I et shareholder-perspektiv ville man anta at et profesjonelt styre skulle være eierorientert. I tillegg kan man anta at eierrepresentasjon i styret gjorde at de styringssignaler og krav som kom fra eier ble sterkt forankret i styret fra første stund.

6.2.2 Var det noen utvikling av styrets rolle gjennom perioden?

I forbindelse med helsereformens initielle fase kunne man altså anta at styret oppfattet seg selv som relativt sammenfallende med et profesjonelt styre med stor frihet og stort ansvar. Dette er ikke unaturlig da man i denne fasen gjerne forholder seg til de prinsipielle intensjoner ved reformen. Intensjonen var nettopp å skape mer profesjonelle styrever. Spørsmålet blir derfor om man har opplevd en utvikling i dette som følge av forhold rundt den praktiske styringen utover i perioden. I et stakeholder-perspektiv ville man kunne anta at når styringen etter hvert tok form ville styret oppleve en vridning mot at signaler fra andre enn eier var viktige å ta hensyn til. Representanten fra toppledelsen forteller:

”I løpet av perioden har styret blir mer klar over både frihetsgraden og begrensningene. Det er jo beskrevet blant annet i loven hvor grensene for denne

friheten går, og den går ved forhold som er av stor samfunnsmessig betydning. Det blir alltid en diskusjon om hva det er, men det har avtegnet seg tydeligere gjennom disse årene. Gitt at man klarer å avgrense dette som må opp til eier så har nok mange av styrene funnet sin form og opplever en ganske stor grad av frihet.”

Det er altså, i følge dette, lite som tyder på at man utover i perioden har opplevd noen særlig dramatisk endring i det som eier signaliserte i begynnelsen. I et shareholder-perspektiv vil man dermed kunne anta at styret på Ahus har vært eierorientert gjennom hele den aktuelle perioden og at dette har vært førende for hvordan styret har lagt opp sin styringslinje. Topplederrepresentanten beskriver også hvordan det månedlige direktørmøtet mellom ledelsen i det regionale foretaket og direktørene i helseforetakene bidro til skape klarhet i styringen og samarbeid:

”det [direktørmøtet] blir en arena både for informasjon, men også for å arbeide og konkludere med områder som har felles interesse.”

På Ahus opplevde man at dette møtet som økte kommunikasjonen med eier var positivt for styringen.

6.3 Den økonomiske styringen på Ahus

6.3.1 Strategi

Det overordnede strategiske arbeidet på Ahus begynte først mellom et og to år etter at helsereformen trådte i kraft. Man ønsket først å skape en betryggende økonomisk situasjon for deretter å heve blikket mot fremtidige utfordringer. Strategi på Ahus oppfattes som en overordnet plan man vil følge for å nå sine mål slik som drøftet i kapittel 2. Styret på Ahus ga uttrykk for at den største utfordringen og det sterkeste signalet fra eier var å skape balanse i økonomien. Representanten fra toppledelsen forteller følgende:

”I Helse-Øst var fokus på økonomistyring veldig sterkt til å begynne med. (...) Da er det så enkelt i ledelse at en får resultater der hvor en har fokus. Vi fikk kontroll på økonomien i løpet av 2002. (...) Så er det sånn at når du har mye fokus ett sted så har du ikke så mye fokus å fordele på andre områder sånn at det var nok først etter 2002

at folk ute oppfattet at det ble flyttet mer interesse mot fag, kvalitet, organisering og andre ting.”

Styrerepresentanten bekrefter at det har vært en utvikling i eiers fokus som har påvirket styringen:

”det første året var eiers fokus på helseforetaksstruktur. Andre året var mest preget av arbeid med funksjonsfordeling mellom helseforetakene. Senere har vi kommet over i en mer ordinær driftsfase der fokus har dreid mer over til kvalitet.”

Man ser altså at det har vært en klar utvikling fra et initielt arbeid med grunnleggende økonomistyring til deretter å prioritere andre områder. Det som er viktig å understreke i denne sammenhengen er at styret oppfattet at deres fokus var i tråd med eiers fokus. I shareholder-perspektivet vil dette være en bekreftelse av en eierorientering.

Styret i Helse-Øst RHF vedtok 26. juni i 2003 strategidokumentet ”Strategisk fokus Helse-Øst 2003-2006”. Det regionale foretaket definerte her fem overordnede mål innen hvert sitt respektive område. Styret på Ahus hadde allerede før dokumentets publisering i endelig versjon startet arbeidet med å forankre disse overordnede målene i sin lokale strategi. Topplederrepresentanten forteller:

”Det vi gjorde på Ahus var at straks styringsdokumentet for 2004 kom så sa vi at vi venter ikke på at Helse-Øst omsetter dette til bestillinger mot oss så vi tok tak i det med en gang og trakk ut alt som var av bestillinger i det så så vi hva det betydde av bestillinger for oss.”

I dokumentet ”Satsningsområder 2005-2007” kan man tydelig se hvordan den regionale strategien videreføres på lokalplan og hvordan kostnadene ved nødvendige strategiske tiltak synliggjøres i budsjettet. I tabell 6.1 er disse områdene gjengitt.

	Strategiske områder				
Helse-Øst Strategisk fokus 2003-2008	Pasient- behandling	Organisasjon og ledelse	Kompetanse	Ressurser	Kvalitet
Ahus Satsnings- områder 2005- 2007	Pasienter og pårørende som viktige aktører i diagnostikk og behandling	Ledelse og organisering på vei mot et nytt sykehus	Medarbeidernes kompetanse og utvikling	Universitets- sykehus med ansvar for helhet og utvalgte satsnings- områder	Drifts- effektivisering og økonomi- styring

Tabell 6.1 Strategiske områder for Helse-Øst og Ahus

Igjen kan dette forklares ut fra et shareholder-perspektiv. Fra tabellen kan vi se at eiers fokus og styrets fokus er sammenfallende. I den innledende fasen satte man et sterkt fokus på å oppnå økonomisk balanse. Da dette var oppnådd startet man arbeidet med å oppnå de øvrige målene som å forbedre kvalitetsmål som reduisering i epikrisetid, korridorpasienter, tvangsinnleggelse i psykiatrien m.fl.

I utarbeidingen av strategi har det ikke vært spesielt forhold som er verdt å nevne i samspillet med administrerende direktør. Som i de fleste andre bedrifter har styret vært aktive i strategiarbeidet gjennom et innledende strategiseminar som holdes på våren hvert år. Det som imidlertid er verdt å nevne er at styrerepresentanten uttrykker misnøye med strategidokumentets form:

”strategidokumentet er jeg ikke fornøyd med. Hvis vi ser på strategidokumentet ”Helse-Øst strategisk fokus” og tilsvarende dokument på Ahus så har det enda ikke funnet en form som gjør at det er operativt nok. (...) ...det er et dokument som likevel ikke har lyktes med å fange opp signalene fra vår øverste eier godt nok. Bl.a. kan man godt lese Helse-Øst strategisk fokus uten at den sterke psykiatrisatsningen er synlig i strategidokumentet. Det er en feil ved det regionale dokumentet og den feilen gjenspeiles for en god del nedover.”

Det er viktig å nevne at strategiarbeidet på Ahus her vært noe særegent fordi man er i gang med byggingen av et nytt sykehus. Man har dermed lagt opp strategiarbeidet på en slik måte

at det nye bygget skal være i tråd med fremtidens pasientbehov og eiers fremtidige bestillinger. Dette er manifestert i en egen strategiplan for Organisasjonsutvikling.

6.3.2 Planlegging (budsjett)

På Ahus besluttet man tidlig å videreføre budsjettet som hovedredskap i den økonomiske styringen. Dette er naturlig i og med at den største usikkerheten i styringen er budsjettet fordi betydelige elementer av budsjettet bestemmes av eier gjennom statsbudsjett og revidert nasjonalbudsjett.

Budsjettarbeidet i helsesektoren er noe spesielt fordi man er avhengig av tall gitt i statsbudsjettet og senere i revidert nasjonalbudsjett. Man står derfor overfor vesentlige utfordringer når det gjelder usikkerhet i forhold til planlegging og kalkulering på lavere nivå i organisasjonen. Styret på Ahus har derfor oppfattet det som viktig å forsøke å tolke de politiske trender som var rådende fra år til år. Styrerepresentanten sier det på følgende måte:

”Jeg har den holdningen at vi må akseptere at sykehus er en av de helt sentrale samfunnssektorene. Den skal være undergitt politisk kontroll og vi må leve med at vi lever i et system som har en politisk ledelse. Det at vi opplever litt ulike signaler med skiftende regjeringer er en del av den virkeligheten som jeg mener at et styre er nødt til å lære seg å tolke og leve med. Det er jo sånn at styret skal gjennomføre, ikke en hvilken som helst politikk, men eiers politikk.”

I budsjettprosessen er det som oftest foretakets administrasjon som har inngående oversikt og tilgang til detaljert informasjon. På Ahus holdt man hvert styremøte enten formelle eller muntlige orienteringer som dreide seg om budsjettet. På denne måten har man unngått at administrasjonen har måttet gjøre større endringer og omarbeiding. Styrerepresentanten beskriver styrets rolle i budsjettarbeidet slik:

”På Ahus vil jeg si styrets bidrag, først og fremst, har vært, fra første dag, veldig tydelige signaler på krav om balanse. (...) Så på enkelte områder er styret inne og former en politikk, kan du si. Men ellers så er styrets rolle å sette rammer og passe på at de overholdes. Det er vel det som først og fremst har vært styrets bidrag. Kontrollspørsmål på om vi har oppfylt de kravene som eier har stilt.”

Begge representantene påpeker at de opplever at det er en kopling mellom strategi og budsjett. Likevel uttrykker altså styrerepresentanten at selve strategidokumentet foreløpig har en form som er for overordnet i forhold til det operative arbeidet på Ahus.

6.4 Regelstyringens påvirkning på styrets arbeid

Styringen på Ahus har blitt påvirket av de mange regelverk som eier har etablert. Det fokuseres i det følgende spesielt på tre utvalgte områder som har stor betydning for styringen, forholdet mellom psykiatri og somatikk, svingninger i ISF-satsen og en sak om funksjonsfordeling ved Stensby sykehus.

6.4.1 Psykiatri og/eller somatikk?

Psykiatrien og somatikken finansieres ulikt. Alle ressurser tildeles likevel samme foretak som står overfor tøffe krav om å oppnå økonomisk balanse. Man vil dermed kunne anta at styret ville nedprioritere psykiatrien og flytte ressurser over til den aktivitetsbaserte somatikken slik at man produserte der det var mest lønnsomt. Styrerepresentanten sier følgende:

”Det har vi aldri vaklet på. Vi har også hatt veldig tydelige signaler ovenfra om at psykiatrien skal skjermes. Det som har vært styrets holdning er at vi forventet en utvikling av effektivitet i psykiatrien som skal være like god som somatikken, men det som oppnås ved effektivisering skal forbli i sektoren. Vi har aldri følt oss fristet til å kanalisere penger fra psykiatrien til somatikken for å oppnå balanse på den måten. (...) Det er uheldig at det er ulike modeller mellom psykiatri og somatikk, men jeg innser jo at det er veldig krevende å utvikle innsatsstyrt finansiering innenfor psykiatri, men jeg ser velvillig på at man arbeider med det.”

Styret har altså erkjent problemstillingen og satt en klar politikk overfor foretakets ledelse på at midler ikke skal flyttes mellom sektorene. Dette baseres på eiers styringssignaler. Man kan altså igjen bruke shareholder-perspektivet til å forklare styringen. I et stakeholder-perspektiv ville man kunne anta at styret besluttet å flytte ressurser fra psykiatrien for å tilfredsstille helseforetakets egne økonomiledere som er satt under sterkt press for å skape bedre resultater.

6.4.2 utfordringer rundt Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Svingninger i ISF-satsen

ISF-satsen vil ha stor innvirkning på mikroøkonomisk planlegging og vekst i aktivitet. Man ser av tabell 5.1 i forrige kapittel at satsen har vært gjenstand for betydelige svingninger fra år til år. Denne usikkerheten har vært nødvendig å håndtere for at budsjettstyringen holdes gjennomførbar. Styrerepresentanten forklarer:

”Styret har vært bekymret over det og det er et tema som stadig har vært framme i debatten når vi har diskutert budsjettet og regnskapsrapporter under årets gang. Fordi det er problematisk.”

Likevel er det mye som tyder på at styret har vært i stand til å håndtere disse svingningene og ikke anser problematikken så sterkt som man kanskje ville antatt. Representanten fra toppledelsen forteller:

”ISF-satsen har svingt littegrann, men vi har alltid visst om det på forhånd og en av de tingene som vi var nøye på og som jeg la vekt på var å få til en god strategiprosess for det kommende året og et godt budsjettarbeid. (...) Vi valgte oss noen ting som vi ville få til og det måtte være ferdig til sommeren. Deretter så vi hva vi fikk til når da pengene skulle komme på plass om høsten. Da var det noen justeringer hvis ISF-en gikk opp og noen hvis det gikk ned, men jeg synes ikke det var spesielt vanskelig. Men du måtte være i forkant. Hvis du ligger i etterkant så ser jeg at du får problemer.”

Under intervjuene kom det frem at det hadde vært diskusjoner rundt svingningene med eier, men at man likevel ikke oppfattet dette som særlig problematisk. Dette kan forklares ved hjelp av shareholder-perspektivet. I henhold til avsnitt 6.1 er det grunn til å tro at både styret og ledelsen var sterkt eierorientert. Man klarte altså å tolke eiers signaler slik at en svingende ISF-sats bare fikk begrenset virkning på den økonomiske styringen.

Produksjon i følge ISF eller prioriteringsforskriftene?

Styret på Ahus har vært tydelige på å holde seg til prioriteringsforskriften. Topplederrepresentanten forteller:

”Der hvor vi har ISF er det ingen annen vei enn at ledelsen må si at vi skal behandle de dårligste pasientene først, enten de lønner seg ISF-messig eller ikke.”

Informantene understreker også at ISF systemet i opprinnelig ble laget fra statens side for å finansiere de regionale helseforetakene. Det at ISF også videreføres til helseforetakene skaper begrepet ”lønnsomme pasienter”. Dette oppfattes som ugunstig og det oppfattes som viktig at styret har et bevisst forhold til dette og gir klare signaler til organisasjonen.

Vekst i aktiviteten

Størrelsen på ISF-satsen påvirker i stor grad aktivitetsveksten om investeringer på sikt. En høy sats vil gjøre vekst lønnsom og danne ett grunnlag for langsiktige investeringskalkyler. En lav sats vil på den annen side gjøre vekst ulønnsom og medføre at det økonomiske grunnlaget for de samme investeringene forsvinner. Styrerepresentanten forteller hvordan styret arbeidet med dette:

”Jeg vil si at i 2005 var vi veldig oppmerksom på at vi ikke måtte skru opp aktiviteten for høyt. Vi leste vel landskapet såpass at vi tenkte at en ISF sats på 60% kommer ikke til å vare lenge. Det tror ikke vi at staten som øverste eier tar seg råd til. Jeg tror at med en ISF sats på 60% så klarer man ikke å begrense veksten. Da nytter det ikke at man i statsbudsjettet sier at somatikken skal ha en produksjon omtrent som fjoråret. Det nytter ikke. Så vi har fra styrets side vært veldig opptatt av at vi ikke skulle ekspandere på en måte som ikke var til å leve med når det igjen kom til å gå ned.”

Igjen understrekes viktigheten av å tolke eiers signaler. Man anser en sats på 60% som uhensiktsmessig dersom man ikke ønsker vekst i aktiviteten. En så høy sats vil gi et incentiv til å øke aktiviteten ut over de målene eier har satt. Derfor har man antatt at satsen igjen vil settes ned. Når satsen så svinger ned og etterpå opp igjen har dette vært uproblematisk å håndtere fordi de økonomiske kalkuleringene har forholdt seg til den lave satsen. En økning i satsen har dermed gitt utelukkende positive økonomiske virkninger.

6.4.3 Funksjonsfordeling på Stensby sykehus

Sammen med helsereformens krav om økt kostnadseffektivitet kom en foreslått løsning for å kunne oppnå dette kravet. Løsningen var en omfattende funksjonsfordeling både mellom sykehus innad i samme helseforetak og mellom separate helseforetak. Forskning har vist at man har oppnådd dette på områder som ligger relativt fjernt fra pasienten (Opedal og Stigen 2005). Dette gjelder områder som IKT og innkjøp. Fordeling av funksjoner som ligger nær pasienten har vist seg ganske mye mer problematisk.

På styremøtet den 6. februar 2004 i styresak 04/04 måtte styret på Ahus velge mellom tre alternativer for å gjennomføre nødvendige innsparinger ved Stensby sykehus. Det ene alternativet var å gjennomføre en funksjonsfordeling og flytte deler av virksomheten ved Stensby til Nordbyhagen der hovedsykehuset holdt til. Dette ville gi kostnadsreduksjoner på ca. 10 millioner kroner. Alternativet var forsvarlig både faglig og økonomisk. Styret vedtok imidlertid å heller videreutvikle det nåværende konseptet ved Stensby og arbeide for mer generelle innsparinger og forsøke å skape aksept hos eier for et eventuelt merforbruk. I styredokumentet kan man lese:

”Adm direktør vurderer det som mer enn 50% sannsynlig at et evt vedtak om flytting av medisinsk avdeling og akuttmottaket må bringes til foretaksmøte i RHF og ikke vil bli stadfestet gitt rådende politiske føringer og signaler. Styret bør gjøre en selvstendig vurdering av dette.”

Styrets vurdering ble altså også at eier trolig ikke ville godta et vedtak som innebar flytting av virksomheten. Styrerepresentanten begrunner vedtaket slik:

”Det hang sammen med en erfaring på Sykehuset Innlandet som i et av tiltakene for å bedre driftsøkonomien foreslo at fødeavdelingen i Gjøvik og fødeavdelingen i Lillehammer skulle slås sammen. (...) Saken ble vedtatt i styret på Sykehuset Innlandet. Man oppfattet dette som en § 30 sak slik at man henviste til fortaksmøte der det ble behandlet i Helse-Øst og vedtatt der og på samme måten oppfattet som en § 30 sak og sendt over til departementet. Det var i Høybråtens tid og departementet gjennomførte et resonnement som veldig kort gjenfortalt var slik at Høybråten sa seg enig i de faglige resonnementene og når man leser dokumentet kunne man langt på

vei tro at man ville konkludere annerledes, men så kommer det siste avsnittet med en del andre politiske hensyn som tilvarer at dette blir omgjort.”

Erfaringer fra andre helseforetak var altså førende for styringen i denne saken. Man fattet et vedtak på bakgrunn av hendelsen der eier omgjorde styrevedtaket på Sykehuset Innlandet. Styrerepresentanten forklarte saken på innlandet slik:

”på Gjøvik-Lillehammer så var det jo slik at sykehusledelsen og styret ønsket å slå dette sammen. Det var jo noen lokale krefter som var imot det. Det var blant annet en mobilisering blant de lokale jordmødrene som var imot en slik sammenslåing. Og de opplevde at det å gjøre anskrik og mobilisere fakkeltog påvirker Helseministeren og fører til seier. Det svekker egentlig både sykehusdirektøren og styret.”

Det er tydelig hvordan et lokalt engasjement med interessegrupper som jordmødrene og andre, kan få gjennomslag for sine interesser når dette i utgangspunktet er i strid med eiers egen interesse. Gruppene påvirket ikke styret i helseforetaket direkte, men henvendte seg til eier. Eier lot seg så påvirke dit hen at man gikk på akkord med egne interesser som i forkant var sterkt signalisert til de underliggende helseforetaksstyrene. På Ahus ser man dermed tydelig hvordan andre grupper enn eieren påvirker styringen. Dette kan forklares ut fra et stakeholder-perspektiv. Det som er spesielt i dette tilfellet er at det er i første omgang eieren som påvirkes av gruppene, ikke selve styret. Dette får likevel direkte konsekvenser for styringen som i tilfellet med Stensby sykehus der styret valgte å forkaste en løsning på grunn av den presedens som hadde blitt dannet i en liknende sak.

Intervjuobjektene ga uttrykk for at styret på Ahus hadde hatt en situasjon der grupper som presse og politikere på kommunalt og fylkesnivå ikke har vært forstyrrende for styringen. Styrerepresentanten uttrykte det slik:

”Det er en, i forhold til dialogen med omgivelsene, nesten forbausende ro rundt Ahus. Det tror jeg henger sammen med at Ahus er det eneste sykehuset i opptaksområdet og det er et sykehus som nylig å ha fått vedtak om en stor utbygging. Slik at Ahus sin eksistens og framtidige utvikling er veldig synliggjort. Alle som kjører forbi der ser bygningene komme opp slik at det har bidratt til en ro. (...) ...de lokale politiske miljøene, ordfører, formannskap og kommunestyre i området har vi hatt en liten

intensitet i dialogen med og ikke opplevd behov for så stor intensiv dialog. På Ahus er det kanskje et lite tilløp til det når det gjelder Stensby, det burde jeg ha sagt. Det har vært et par ganger at en lokal aksjonsgruppe på Stensby har vært i styremøter og vist seg. Det har hendt noen få ganger at lokalpressen har møtt fordi de har hatt interesse for Stensby.”

Topplederrepresentanten understreker imidlertid at grunnen til denne roen var et bevisst arbeid med å skape dialog med viktige grupper:

”Det vi var veldig tydelig på og bevisste i forhold til på Ahus, var forholdet til kommunene. (...) Det ble lagt et eget arbeid og stor vekt på relasjonen til kommunene (...). Så la vi veldig stor vekt på å få til samhandlingsavtaler om utskrivning av pasienter med hver enkelt kommune. Der var vi et foregangsforetak og den modellen som vi bygget opp ble lagt frem i direktørmøtet og ble brukt som basis for det de andre HF-ene gjorde i tiden etterpå.

Videre forteller representanten om viktigheten av forholdet til pressen:

”Så la vi ganske stor vekt på forholdet til lokal presse. Vi vektla å være veldig åpne. Vi var det første HF-et i Helse-Øst som helt bevisst ønsket å ha alle styresaker åpne med unntak av visse personalsaker som skal være unntatt offentlighet, men vi så ikke problemet så vi la de ut på internett og lot de være åpne og det hadde vi bare gode erfaringer med.”

Det understrekes også at brukerorganisasjonene spiller en sentral rolle i foretakets omgivelse. Begge informantene påpeker at disse gruppene kommer i tillegg til eieren.

6.5 Oppsummering

På Ahus ser vi at hovedvekten av styringen kan forklares ut fra et shareholder-perspektiv. Eiers fokus har blitt forankret og fulgt opp i både strategi og budsjett. På Ahus har man med andre ord klart å skape en tydelig kopling mellom strategien og budsjettet, men understreker at det fortsatt er et stort forbedringspotensiale i strategidokumentene. Styret føler at det ikke er samsvar mellom det regionale strategidokumentet og de bestillinger som kommer fra den

samme eieren. Styret har håndtert dette ved å vektlegge de konkrete bestillingene. Dette kan forklares i et shareholder perspektiv. Bruker vi resonnetet til Jensen (2001) fra kapittel 3, ser vi at styret maksimerer $V = (\text{krav fra bestillerdokument})$.

Videre har styret, gjennom en vektlegging av å tolke det politiske klimaet, klart å holde tritt med en eier som har vært delvis tvetydig og uklar i sine styringssignaler. Vi ser samtidig at i enkelte saker har andre grupper enn eieren klart å få gjennomslag i styringen. Dette har ikke primært vært gjennom å påvirke styret på Ahus direkte, men indirekte gjennom å endre den rådende politikk fra eier. Man kan her imidlertid diskutere om Helseministerens oppfatning, hva angår fødetilbudet, har endret seg, eller om det er styringssignalene fra departement til RHF som ikke uttrykker oppfatningen tydelig nok. Fra helseforetaksstyret sitt nivå ser det ut som at den øverste eieren har endret sine styringssignaler på grunn av påvirkning fra interessegrupper.

Representantene fra Ahus nevner lokalpolitikere, presse og brukerorganisasjonene som de tre viktigste interessentene i omgivelsene når man ser bort fra eier. Dette indikerer at styret bevisst har sortert ut de viktigste interessentene slik Mitchell, Agle og Wood (1997) anbefaler. I følge et stakeholder perspektiv skulle man anta at styret blir påvirket av andre interessegrupper enn eieren og det blir styret, men gjennom eieren. Således kan en oppdage en utvikling i retning av at en sterk initiell eierorientering i økende grad påvirkes av omgivelsene. Det er likevel grunn til å hevde at styret på Ahus er sterkt eierorientert samlet sett og at shareholder-teorien forklarer håndteringen av konflikter i styringsmekanismene.

7.0 St Olavs Hospital HF

Dette kapittelet vil dreie seg om styret, økonomistyring og regelstyring på St Olavs Hospital HF i Trondheim. Den grunnleggende strukturen fra det foregående kapittel beholdes slik at man enklere kan trekke linjene mellom helseforetakene i en komparativ analyse.

7.1 Presentasjon av St. Olavs Hospital HF

St Olavs Hospital HF har sin virksomhet i Sør-Trøndelag fylke og er dermed underlagt det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge RHF. Hovedsykehuset ligger på Øya i Trondheim, men helseforetaket har også betydelig virksomhet i fylket forøvrig. I tillegg til sykehuset på Øya er det sykehus i Orkdal og på Røros. Videre er Hjerteklinikken St. Elisabeth, Munkvoll rehabiliteringssenter, tre psykiatriske sykehus på henholdsvis Østmarka, Brøset og Haukåsen også en del av helseforetaket. Til slutt består St. Olavs Hospital også av tre distriktpsykiatriske sentre (DPS) på henholdsvis Orkdal, Leistad og Tiller, en barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP), psykiatrisk ungdomsteam, habiliteringstjenesten for voksne samt en rekke psykiatriske poliklinikker.

I likhet med Akershus Universitetssykehus HF bygges det også et nytt sykehus i tilknytning til hovedsykehuset på Øya. Halvparten av sykehuset skal være ferdig i 2006 og alt skal være slutført i 2013. Dette innebærer at også ved St. Olavs Hospital HF har man hatt anledning til å inkludere strategiske tiltak og å løse viktige utfordringer gjennom å bygge nytt sykehus.

7.2 Forholdet mellom styret på St Olav og den nye eieren

I reformens innledende fase brukte det regionale helseforetaket en del tid på å diskutere og avklare den nye modellen som var innført. Styrerepresentanten fra St. Olav forteller:

”Vi hadde gjennomganger og diskuterte styringsprinsippet på det regionale nivå. Vi hadde blant annet en grundig gjennomgang om dette var en konsernstruktur og i så fall hvilke konsekvenser skulle man ta av det.”

Man sammenliknet altså den nye strukturen med en konsernmodell og et sentralt spørsmål i forbindelse med dette var hvordan eier skulle være representert i styret på lokalt nivå. Styrerepresentanten forteller videre at det regionale foretaket valgte å være representert ved et ordinært styremedlem:

”I Midt-Norge valgte de [RHF] å være medlem av styret, men ikke være styreleder og nødvendigvis ikke at det var den regionale administrerende som gikk inn. Så det var en mer modifisert klassisk konsernstruktur i Midt-Norge.”

Styrelederen som ble oppnevnt av eier hadde betydelig erfaring fra det politiske liv.

7.2.1 Hva ble styrets rolle da helsereformen trådte i kraft?

Det regionale foretaket valgte altså å representeres gjennom et vanlig styremedlem. Dette medlemmet var en funksjonær fra administrasjonen i Helse Midt-Norge, altså ikke administrerende direktør. En representant for toppledelsen sier følgende om dette valget:

”I et konsern, for i prinsippet er jo dette et konsern, så er det jo høyst normalt at styreleder er enten administrerende direktør i konsernet eller en av topplerne forøvrig i konsernet. Den modellen valgte man jo ikke i Helse Midt-Norge. (...) Så det oppstod det innledningsvis en situasjon med, hvis du spør meg, en litt utydelighet rundt rollen ikke bare til styret, men også rollen til administrerende direktør (...)”

Representanten fra toppledelsen uttrykker at eiers representasjon gjennom en lavere funksjonær fra det regionale foretaket skapte en usikkerhet rundt både styret og administrerende direktør. Det kan dermed virke som styret og toppledelsen på St. Olav er noe uenig i hvor hensiktsmessig den valgte representasjonen var.

Når det gjelder rollen forøvrig virker både toppledelsen og styret enige i at eier initielt signaliserte en styringslinje som hadde klare paralleller til det private næringsliv. Topplerrepresentanten forklarer dette på følgende måte:

”Det ble avholdt en del seminarer for styreledere og styremedlemmer og så videre så den oppfatningen som disse styremedlemmene hadde i startfasen var at de nå satt med

ansvaret for en bedrift, dog noe spesiell. Det RHF ønsket var å forholde seg til HF som en mer tradisjonell eier.”

Representanten fra styret bekrefter dette:

”...[styret] må være seg bevisst disse hovedprinsippene for systemet, nemlig at det ikke er et kontantsystem lenger, i så måte. Det er et klassisk privat eller bedriftsfundament i det.”

Endringene i forbindelse med reformen ble oppfattet som store. Det ble avholdt konferanser og seminarer for styret og foretaksledelsen. I tillegg fikk styret tidlig en styreinstruks som fastsatte de oppgaver som skulle ivaretas. Topplederrepresentanten påpeker at styret, i en bedriftsøkonomisk forstand, var noe nytt med reformen:

”På dette sykehuset så hadde de faktisk ikke noe styre før reformen. Sykehuset ble mer eller mindre drevet som en del av den fylkeskommunale administrasjonen. Dermed så var vi ikke noe styre slik som man er vant med å tenke seg det. Så settingen med et styre i ordets rette betydning var altså en ny institusjon, så da blir endringen ganske total.”

Det er vanskelig å hevde at styret på St. Olav ikke var eierorientert i denne innledende fasen av reformen. Eier var, tross alt, representert i styret gjennom et ordinært styremedlem. Det hadde vært annerledes om man hadde valgt et styre uten eierrepresentasjon i det hele tatt. Ut fra synspunktene og utsagnene over virker det som om shareholder perspektivets forventning om eierorientering etterleves.

7.2.2 Var det noen utvikling av styrets rolle gjennom perioden?

Etter hvert som reformen fikk satt seg i organisasjonen skulle man kunne forvente at styrets rolle og ansvar ble klarere. Dette avhenger imidlertid også av de signalene som kommer fra eier. Topplederrepresentanten gir klart uttrykk for at styrets handlefrihet ble utfordret gjennom eierstrukturen:

”i og med at man er en del av et konsern og i større og større grad forventes å være en integrert del av et konsern så blir det fryktelig vanskelig å sette sammen uavhengige styrever. Fordi rimelig oppegående mennesker som sier ja til et styrever vil jo gjerne delta med sin kreativitet og sine innspill for å forme veien fremover og når dette i større og større grad er forhåndsbestemt slik at rommet man egentlig har å styre i forsvinner, så blir jo selve styrefunksjonen ganske uinteressant. Det blir mer egnet til en konfliktarena hvor man sitter og akker og oier seg over det RHF i stedet for et konstruktivt system hvor man får positive bidrag.”

Videre forteller samme representant:

”for å få dette til å fungere ble det jo opprettet en del andre uformelle fora blant annet direktørmøtet på regionalt nivå, så da hadde man plutselig to veier som hang dårlig sammen for å si det mildt”

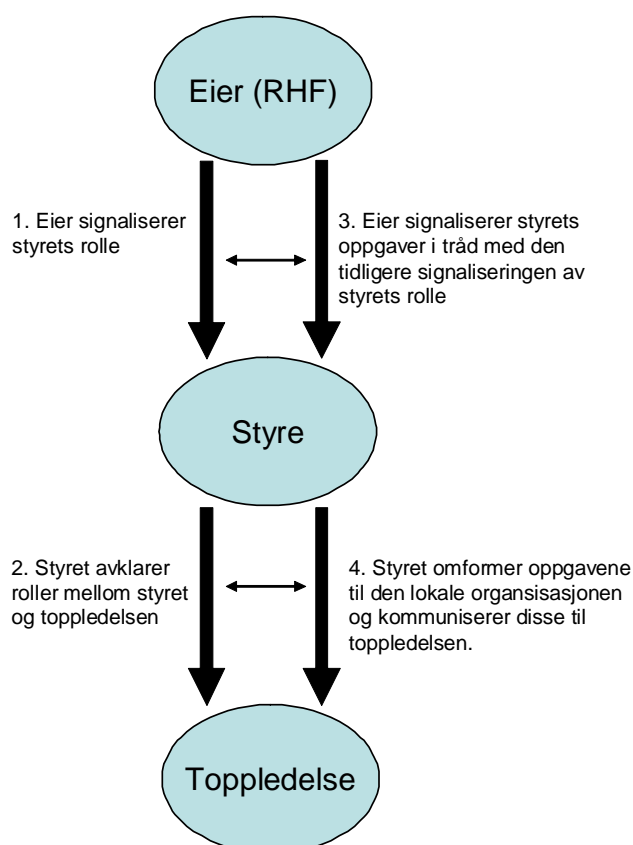
I toppledelsen oppfattet man altså at to kanaler for kommunikasjon med eier var forvirrende. På den ene siden skulle administrerende rapportere til styret og på den andre siden ha en dialog med administrerende direktør i det regionale foretaket. Det ville vært naturlig å forvente at økt dialog og kommunikasjon med eier bidro til en større klarhet. I stedet ser det ut til at denne dualiteten skaper uklarhet i styrets rolle. Topplederrepresentanten forteller videre:

”rollen har blitt gradvis mer og mer uklar tror jeg. Det har jo med at departementet har stadig lagt sterkere og sterkere føringer på en del forhold spesielt rundt økonomi og styringer. Det er klart at da blir frihetsgraden til styret bare mindre og mindre (...)”

Det indikeres av dette at styret utover i perioden opplevde det som vanskelig å forholde seg til eier. Den handlefrihet som ble signalisert innledningsvis ble tilsynelatende gradvis innskrenket og toppledelsen viser en usikkerhet rundt hva styrets rolle egentlig var. Styrerepresentanten, på sin side, legger mer vekt på hvordan eiers signaler var vanskelig å forholde seg til i selve styrearbeidet:

”...vi har vel det problemet at det er hva som skal prioriteres som er blitt klart, men det som ikke har hatt samme prioritet har vært utydelig for å si det forsiktig.”

Styret hadde altså problemer med å finne områder der man kunne slippe å ha et sterkt fokus. Det ligger dermed tilsynelatende noe motstridende oppfatninger mellom foretaksledelse og styre hva angår styrets rolle. Representanten fra foretaksledelsen hevder at styrets rolle har blitt gradvis mer uklar. Denne frustrasjonen virker imidlertid noe mindre hos styrerepresentanten som vektlegger mer uklarhet rundt gjennomføringen av styrets oppgaver fremfor selve rollen. Det kan med andre ord virke som at styret beholder en eierorientering, men samtidig føler at de mister frihetsgrad og kontroll over de spesifikke oppgaver som skal gjennomføres i praksis. Det blir dermed vanskelig å forholde seg til eier. Hos toppledelsen er det naturlig at dette gir seg utslag i en oppfatning om uklarhet i styreverken da koplingen mellom styret og toppledelsen er av mer praktisk art slik at utfordringene kommer mer til syne. Dette illustreres i figur 7.0:



Figur 7.0: Kommunikasjonen mellom eier, styre og toppledelse

Figuren deler inn kommunikasjon mellom eier, styret og toppledelsen i fire hovedsteg. Av utsagnene over kan vi se at toppledelsen oppfatter det fjerde og siste steget som uklart. Oppgavene styret forsøker å omforme er ikke tydelige nok fra eier. Styret legger grunnen til dette i steg 3, eiers signalisering av oppgaver, mens toppledelsen begrunner det med steg 1, eiers signalisering av rollen. Hovedpoenget med denne illustrasjonen er at styret har en orientering mot eier og oppfatter sin rolle som relativt klar. De har imidlertid i praksis problemer med å omforme de oppgaver eier gir. Det betyr at shareholder-perspektivet igjen forklarer styrets orientering.

Utover i perioden virker det som det har vært en klar utvikling mot mer utydighet i signalene fra eiersiden. Styrerepresentanten påpeker at Stortinget har blitt mer aktivt utover i perioden:

”det sentrale politiske beslutningssystemet har vært vanskelig å forholde seg til fordi at når Stortinget har grepet direkte inn og vi har fått litt utydelige signaler fra departementet fordi departementet og regjeringen ikke hadde noe flertall og i tillegg så har det vært diffuse... Når styringssignalene skal gi seg gjennom spørretimen så blir det litt komplisert.”

Det er dermed grunn til å anta at problemer i styringen i perioden ikke skyldes mangel på eierorientering, men en eier som oppleves som vanskelig å forholde seg til. Topplederrepresentanten påpeker at de politiske styringen også har blitt mer detaljert:

*”Hvis du ser på styringsdokumentene for året 2005 gjorde vi en analyse for St. Olav og i styringsdokumentet vårt, som er noe enklere enn det som kommer til det regionale helseforetaket, så var det 128 ganger nevnt at helseforetaket **skal** gjøre et eller annet. Det er ganske detaljert. Det har nok vært en tiltakende effekt.”*

7.3 Den økonomiske styringen på St Olav

7.3.1 Strategi

På St. Olav var styrets leder en sentral aktør i strategiarbeidet. Strategiarbeidet i helseforetaket tok nemlig utgangspunkt i et dokument med tittelen ”Styreleders oppfatning av situasjonen”. Styrerepresentanten forteller:

”Vi hadde en gjennomgang av disse tingene allerede i februar 2002. Det var etter en gjennomgang av situasjonen på sykehuset og bygd på de signalene vi fikk fra eier ble det definert fire områder.”

Dokumentet tok altså utgangspunkt både i eiers styringssignaler i styringsdokumentene og de faktiske forhold lokalt på St. Olav. De fire områdene som fikk størst fokus var økonomistyring, HMS (helse, miljø og sikkerhet), korridorpasienter og ventetider/ventelister. Spesielt korridorpasienter og ventetider/ventelister fremstod som sentrale. Topplederrepresentanten forteller:

”Det var dette med ventelister/ventetider hvor vi faktisk var verst i landet og hvor misnøyen med oss som tjenesteleverandør i samfunnet rundt oss var meget berettiget. Så det ble satt en enorm fokus på å få opp et arbeid for å få gjort noe med det. Så på et annet område hvor vi er en suveren versting er å ha pasienter i korridorene. Så hadde vi en tradisjon for å ikke holde budsjetter. Økonomisk styring ble viktig.”

Den samme representanten sider forteller videre at disse områdene var koplet til eiers styringssignaler:

”Helse Midt-Norge var jo veldig fokusert på dette med ventetider slik at det lå i kortene. Veldig fokusert på korridorpasienter i og med at St. Olavs Hospital figurerte alltid på bunnen når helsedirektoratet kom med sine oversikter over hvilke sykehus som har sine pasienter på korridor. Så er det klart at dette med å ha en predikerbar økonomisk utvikling var viktig så jeg følte at det der gikk som hånd i hanske.”

Det kan virke som om situasjonen med mange korridorpasienter og lange ventetider/ventelister ble oppfattet som flaut for foretaket. Dette gjelder også for det regionale

foretaket i forbindelse med statistikk og benchmarking mellom regionene. Det er derfor naturlig at St. Olav hadde et sterkt initielt fokus på dette området og helt i tråd med shareholder-perspektivet. Utover i perioden endret imidlertid fokuset seg noe. Styrerepresentanten forteller:

”det ble etter hvert mindre og mindre fokus på ventetider og ventelister fordi vi oppnådde resultater på det området. Det ble mer og mer fokus på korridorpasienter og ferdigbehandlede pasienter.”

Mens man oppnådde resultater på ventetid og ventelister hadde man fortsatt en situasjon med pasienter i korridorene. Man iverksatte en rekke tiltak for å få bukt med dette problemet og holdt et vedvarende fokus på dette området i tillegg til økonomistyring. HMS problemene avtok også etter hvert som byggingen av det nye sykehuset skred frem.

Begge representantene gir uttrykk for en utvikling der styringen av helseforetaket er blitt vanskeligere utover i perioden. Begge begrunner dette i tvetydighet fra eier. Styrerepresentanten forteller at prosessen med å forankre eier signaler i strategi ikke har blitt lettere:

”det har det ikke blitt fordi at eieren sine mål har blitt mer og mer variable og uforutsigbare alt etter hvilke politiske vinder som blåste.”

Dette har spesielt gitt seg utslag i de økonomiske rammebetingelsene som igjen har vært sentrale i arbeidet med å kople strategi og budsjett.

7.3.2 Planlegging (budsjett)

Tiltakene for å bedre områdene over ble forsøkt koplet inn i budsjettet. Styrerepresentanten forteller at styrets rolle i første omgang ble å forhandle med det regionale foretakets styre om rammene for budsjettet:

”[rollen] er en avklaring i forhold til RHF hvordan en fordeler rammer mellom HF-ene i regionen. Der er det styret som til syvende og sist har den overordnede rollen vis a vis den regionale styreledelsen.”

Videre forteller topplederrepresentanten hvordan styret formulerte krav i budsjettet:

”Vi har hatt ganske tøffe budsjettprosesser. Styret har stilt krav og vi har lagt, i våre øyne, relativt harde budsjettmessige krav på oss selv. Dog har vi da måttet akseptere å ha en ikke ubetydelig vekst gjennom disse årene som ikke har vært flatterende økonomisk. Så har styret vært opptatt av å holde disse budsjettene, noe vi har gjort. Vi hadde en sprekk på slutten av fjoråret, men utover det så har vi stort sett alle år gått bedre enn budsjett.”

Det er særlig det økonomiske området som fremstår som utfordrende. Det at eier først krevde budsjettmessig balanse for så å utsette kravet har gjort styringen komplisert. Styrerepresentanten forteller følgende:

”...intensjonen var at man rimelig fort skulle gå i såkalt balanse. Altså en skulle ikke ha underskudd og det var også det som ble lagt fram for 2003 og 2004 og 2005 og 2006. Men det gikk ikke lang tid før regjeringen hadde lagt frem den type målsettinger før de ble avlyst. De ble utsatt. Og det tror jeg var for 2003 og 2004 og 2005... alle ble utsatt.”

Også topplederrepresentanten uttrykker en klar frustrasjon i denne saken:

”Det blir komplisert når du får beskjed om at i 2004 skal du legge et budsjett i balanse så får du i løpet av behandlingen av statsbudsjettet beskjed om at det skal du ikke gjøre. Så får du samme beskjed i 2005... Det har jo ført til at budsjettene våre ikke har vært ferdige før i februar/mars det påfølgende år. Det er ikke holdbart!”

Denne problematikken var grobunn for en usikkerhet i både styret og ledelsen. Topplederrepresentanten uttrykker dette slik:

”På et eller annet tidspunkt, sannsynligvis allerede i 2004 ble det en utbredt holdning i de ulike styrene at man var usikker på hva var det nå egentlig eier mente? Hvor alvorlig mente eier dette [balansekravet]? Så i og med at man var veldig uklar på dette og utsatte et krav både i 2004 og 2005 så ble det en holdning at ”de kan da umulig mene det i 2006 heller”. Så det er det viktigste styringssignalet hvor vi kan si

at det er vanskelig for et styre å forholde seg til en eier som er såpass vakkelmendig som det der.”

Signalene på økonomisiden oppfattes altså som vanskelig å forholde seg til både for styret og ledelsen. Dette gir seg utslag i en svak kopling mellom strategi og budsjett. Styrerepresentanten mener grunnen er ustabilitet fra eier:

”da er vi tilbake til variasjonen i nivåene på den innsatsstyrte finansiering. Det har gjort det vanskelig.”

Topplederrepresentanten bekrefter dette og understreker at det var nødvendig med flere tilpasninger i strategiarbeidet ettersom rammene ble endret:

”(…) i og med at det har vært så varierende signaler så har vi måttet lage ny strategi nesten hvert år. Det har vært vanskelig å få en langsiktig planmessig utvikling fordi rammebetingelsene så til de grader har føket opp og ned.”

Utfordringene rundt den økonomiske styringen av St. Olavs Hospital kan oppsummeres i topplederrepresentantens følgende kommentar:

”Hadde man måttet forholde seg til rammebetingelser i et marked som en privat bedrift må gjøre, for der kan jo også rammebetingelsene endre seg dramatisk, så blir det annerledes enn om det er din egen eier som driver og sjonglerer opp og ned på rammebetingelsene som en jojo hvert år. Så finnes det jo bakenforliggende politiske forklaringer på hvorfor dette har skjedd, men det gjør jo ikke styrearbeidet noe enklere.”

Dette gir indikasjoner på at simultan eksistens av regelstyring og økonomiske incentiver har vært vanskelig å håndtere. Dette bringer oss over til analysens neste del.

7.4 Regelstyringens påvirkning på styrets arbeid

Som i det foregående kapittelet fokuseres det på utfordringer i forhold til vridning av ressurser fra psykiatri til somatikk og innsatsstyrt finansiering (ISF). Det er valgt å belyse to

foretaksspesifikke saker for St. Olav. Den ene saken dreier seg om en nedlegging av Ørland fødestue. Den andre saken er et mediaoppslag rundt tilbudet av kreftmedisin som fikk sterk innvirkning på sykehusenes økonomi. Denne saken stammer opprinnelig fra Haukeland sykehus, men ga ringvirkninger til alle sykehusene i landet. Således er det i grunnen ikke en foretaksspesifikk sak, men den inkluderes likevel for å belyse et viktig aspekt, nemlig medias makt.

7.4.1 Psykiatri og/eller somatikk?

Både styret og toppledelsen erkjenner at finansieringssystemet har et iboende incentiv til å vri ressurser mot somatisk virksomhet. Styrerepresentanten på St. Olav påpekte imidlertid at problemet ikke var for lite ressurser i psykiatrien, men en lav tilgang på kvalifisert psykiatrisk personell:

”[Vi hadde et] løpende fokus på at psykiatrien får de midlene som er stilt til disposisjon, men problemet på det området var tilgang på viktig personell. Så flaskehalsen i psykiatrien var ikke, nettopp ut fra det du påpeker her, ikke økonomien, men tilgangen på kvalifisert personell.”

Topplederrepresentanten forteller hvordan dette førte til at ressurser ble overført fra psykiatrisk til somatisk sektor:

”Vi har flyttet penger fra psykiatri til somatikk. Ikke planmessig, men det har blitt sånn fordi opptrappingen innenfor psykiatri pengemessig har gått raskere enn vi har maktet å svelge unna. (...) Så i og med at somatikken har gått med underskudd og vi ikke har klart å bruke opp pengene i psykiatrien så blir det jo da automatisk, regnskapsmessig, en overføring.”

Begge representantene understreker at det har vært full åpenhet rundt denne overføringen overfor eier. Således kan det vanskelig hevdes at det er grupperinger innad i foretaket eller i omgivelsene som har vært vridningsdrivende. Det gir med andre ord ikke et grunnlag for å forklare dette i et stakeholder-perspektiv da eier har godkjent budsjettene hele veien.

7.4.2 utfordringer rundt Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Svingninger i ISF-satsen

Som nevnt har usikkerhet i de økonomiske rammebetingelsene vært et stort problem på St. Olav. Dette har spesielt vært vanskelig for toppledelsen som har ansvaret for å utarbeide budsjett og utvikle økonomiske kalkyler. Topplederrepresentanten beskriver utfordringene rundt svingningene i ISF satsen slik:

”enhver form for økonomisk analyse på mikroplanet vil bli særdeles vanskelig. Når det er på 40% er det greit, da lønner det seg ikke å investere i noe. Men i periodene med 60% har man prøvd å gjøre en del økonomiske analyser for å finne ut hvor er det fornuftig, økonomisk sett, å satse. De regnestykkene har da vært riktig annethvert år. Ved så varierende parametere har det vært umulig å drive en fornuftig mikroøkonomisk analyse i helseforetak. Da folder man stort sett sine hender og stirrer i veggen.”

Styrerepresentanten bekrefter hvordan toppledelsen har hatt problemer med økonomisk styring på grunn av svingningene:

”Vanskelig. Uforutsigbart. En pine og plage for administrerende. Det kom på bordet til styret med disse problemene. De var krevende og gjorde økonomistyring veldig vanskelig og lite forutsigbart.”

Det er altså ikke slik at styringen i foretaket påvirkes direkte av grupper slik en ville forvente i stakeholder-perspektivet. Det er en inkonsistent eier som fremstår som det vesentlige problemet. For å forklare komplikasjonene for styret må man derfor finne det som forårsaker svingningene i ISF-satsen. Disse kan muligens delvis forklares fra et stakeholder-perspektiv. Det er grupperinger i eierstrukturen som lar seg påvirke til å fremme krav om endringer i ISF-satsene. Flere ganger har det vært den politiske opposisjonen som har fremmet krav om å øke eller redusere ISF-satsen. Motivet for dette er imidlertid ikke tema for denne rapporten og analyseres ikke nærmere.

Produksjon i følge ISF eller prioriteringsforskriftene?’

Styrerepresentanten understreker at styret har instruert administrerende direktør til å følge prioriteringsforskriftene i tilpasning av produksjonen:

”Det har vært styret sin klare beskjed til administrerende at vi driver ikke med planlegging som et økonomisk verktøy og det å lage diagnoser ut fra hva som lønner seg, men fra hva som faktisk er. Og det mener jeg at det har vært styret og administrerendes felles oppfatning.”

Den samme representanten erkjenner at problemstillingen skaper begrepet lønnsomme pasienter:

”Det utfordrer systemet på en måte som gjør at det fort gjort å tenke hva som lønner seg.”

Styret på St. Olav har altså gitt klart uttrykk for at prioriteringsforskriftene skal følges.

Vekst i aktiviteten

Topplederrepresentanten forteller at en høy ISF-sats stimulerer til vekst i aktiviteten:

”I 2003 kom jo da DRG finansiering opp i 60% og som økonomisk incentiv virket jo dette fenomenalt bra. Aktiviteten økte voldsomt men det som man sannsynligvis hadde håpet på en effektivisering.”

Videre forteller representanten hvordan eier samtidig ville begrense veksten ved å innføre en regel om nullvekst:

”Så fikk da departementet plutselig en akselererende regning inn på sitt bord så satte man da denne DRG satsen ned til 40% og gikk ut med dekret om at det måtte skje en stopp i veksten av pasientbehandling. Høybråten sendte ut et famøst brev i begynnelsen av 2004 om at det ikke skulle behandles flere pasienter i 2004 enn i 2003. Det ble en formidabel politisk storm rundt det brevet og det ble trukket tilbake. Vi fikk et nytt brev i august hvor de gikk vekk fra dette postulatet om å ikke behandle

flere pasienter enn året før. Men det er klart at den 40% DRG finansieringen gjør at veksten er ulønnsom.”

Problemstillingen oppfattes som utfordrende. Det kommer ikke frem hvordan styret konkret har håndtert dette, men det kan virke som at toppledelsen har hatt et sterkt forhold til incentivmekanismene i den innsatsstyrte finansieringen.

7.4.3 Nedleggningen av Ørland fødestue

I 2004 vurderte styret å legge ned Ørland fødestue fordi man hadde problemer med å få noen faglige ansvarlige personer til å stå inne for driften. Styrerepresentanten beskriver forholdet slik:

”fødselstallet var i ferd med å komme så lavt at medisinsk ansvarlig hos oss ga beskjed om at virksomheten ikke var sånn at han kunne stå inne for det medisinske ansvar.”

Av styredokumentene fremkommer det at Ørland-saken utsettes på flere styremøter. Saken introduseres første gang på møtet den 02.04.04, men den blir der trukket. Saken reises igjen på styremøtet den 30.04.04 og vedtas utsatt. Neste gang saken kommer opp er over et halvt år senere på møtet den 08.11.04. Denne gangen vedtar styret at de ikke vil ha det faglige ansvaret for fødestuen og sier opp avtalen med Ørland kommune. I vedtaket legges det ved en rekke dokumenter som viser sakes forløp. Representanten fra styret forteller dette om utfallet i saken:

”[fødestuen] fikk vi signaler om at vi ikke fikk legge ned. Vi fant et kompromiss hvor vi løste det ved noe hospitering og noen sånne greier, men det var helt klart at dette var veldig sterke politiske føringer.”

Styret påpeker altså at det var et sterkt innslag av politikk inne i bildet. Grunnen til dette beskrives som følger:

”Det var kommunene og pressgrupper på det aktuelle stedet. Dette er jo helt legitimt. Altså, politikere er til for å påvirkes så det er helt legitimt. Men vi som styre (...) både

skal høre og forstå og forsøke å finne løsninger. Det er visse prinsipper en ikke kan gå på akkord med og det er at det skal fødes og det skal drives pasientbehandling under forhold som medisinsk ansvarlig folk er beredt til å ta ansvaret for. (...) Det er klart at det politiske innslaget har tiltatt når du nærmest ikke får lov til å legge ned en fødestue som du har problemer med å få noen faglige ansvarlige til å stå inne for.”

Man ser altså helt tydelig hvordan interessegrupper henvender seg til det politiske systemet for å ivareta egne interesser. Styret understreker at slik atferd må påregnes slik systemet er lagt opp, men at det ikke bidrar til å gjøre styringen lettere. Styrerepresentanten påpeker videre at det, gjennom perioden, har vært en intensivering i interessenters dialog med politikere enten direkte eller gjennom mediene:

”[interessegruppene] har brukt media, de har gått mer og mer direkte på politikere i Stortinget og det har kommet i spørretimen og i merknader og sårne ting. Som sagt, det er fullt legitimt, men systemet har blitt mer politisert (...)”

Dette kan forklares ut fra stakeholder-perspektivet. For pressgruppene ved Ørland fødestue var det rasjonelt å ty til alle midler for å beholde virksomheten og sine arbeidsplasser (Brunsson 1989). Da de ikke fikk gehør ved å gå direkte til styret henvendte de seg i stedet til det politiske system eller media som hadde en mye større påvirkningskraft på eier. Styrerepresentanten forteller at det er viktig for et styre å klare å bevege seg i det politiske systemet:

”[viktige grupper] er jo samfunnet gjennom de ulike politiske nivåene. Det å ikke høre hva som blir sagt både i departementet og i Storting det er ikke klokt så en er nødt til å forstå de prosessene, men det kan være krevende for de er motstridende.

7.4.5 ”Nektet livsviktig kreftmedisin”

Den 18.02.05 trykket Verdens Gang en sak om en kreftsyk pasient ved Haukeland sykehus som ikke fikk en medisin som kunne forlenge livet hans med flere måneder. Saken fikk ringvirkninger også på St. Olavs Hospital der topplederrepresentanten hadde følgende å si:

”...et oppslag i VG i fjor vår påførte de store sykehusene en merkostnad på 100 mill kroner per år som ikke vi får dekket inn over statsbudsjettet. (...) Det var kommet noen nye kreftmedikamenter som ikke har helbredende effekt, ei heller noen form for smertedempende effekt, men i snitt så kan dem øke, for noen kreftformer, levetiden med tre måneder. Ut i fra en rimelig grundig vurdering så bestemte vi oss i de store sykehusene at den type behandling gir vi ikke. Rett og slett fordi de gir en svært kortvarig livsforlengelse, medikamentene virker ikke engang på alle, og er fryktelig kostbare. En kur koster fra en halv million til en million.”

Utfallet av saken ble altså at myndighetene grep inn i saken og bestemte at den nye typen medisin skulle tilbys. Det ble imidlertid ikke fulgt opp i budsjettbevilgninger og rystet den økonomiske situasjonen ved helseforetakene. Topplederrepresentanten forteller videre hvordan media påvirker politikere og gjør styring vanskelig:

”det vanskelige er at media kan ta fatt i et helt enkeltstående tilfelle og skape et behandlingstilbud, som man kan stille spørsmålstegn ved kvaliteten av, for en hel gruppe. Og at politikere og departementet lar seg påvirke veldig sterkt av media i en sånn sammenheng.”

Dette var en enkeltsak, men fikk enorme virkninger for hele helsesektoren. Igjen kan man bruke stakeholder-perspektivet til å forklare hvordan pasienter som ikke blir hørt kan påvirke det politiske apparatet gjennom mediene.

7.5 Oppsummering

På St. Olav er det shareholder-perspektivet som forklarer hovedvekten av styrets atferd. Styret oppfatter sin rolle til å være eiers representant som det ville vært i en bedrift i næringslivet. Det ønsker å ivareta eiers interesser best mulig. I kapittel 3 ble shareholder-perspektivets hovedprinsipp om profittmaksimering beskrevet (Friedman 1962). I denne sektoren vil ikke profittmaksimering være i tråd med eiers ønsker, men hva styrets orientering angår, kan man likevel hevde at styret på St. Olav er eierorientert. Det er imidlertid en liten dissonans mellom styrets og toppledelsens holdning til eiers representasjon i styret. Toppledelsen er noe i tvil om det er optimalt at eier ikke representeres sterkere i foretaksstyret.

Den økonomiske styringen har ikke vært problemfri. Hovedutfordringen har vært å forstå og forholde seg til signalene som kom fra eier. Dette har vært spesielt vanskelig på økonomisiden, hvilket har gjort det utfordrende å bruke budsjettet som styringsverktøy. Begge representantene oppfatter eier som ustabil og uforutsigbar. En innser likevel at det er nødvendig å være i stand til å tolke eier så lenge denne har feste i politikken. Koplingen mellom strategi og budsjett oppfattes dermed som svak av begge representantene. Begge hevder at grunnen til dette er uforutsigbare styringssignaler og rammevilkår fra eier gjennom perioden.

Styringen oppfattes altså som vanskelig på grunn av tvetydighet fra eier. Denne tvetydigheten kan forklares i et stakeholder-perspektiv da styret opplever at de må ta hensyn til interessegrupper som påvirker eieren til å endre holdninger og signaler. I kapittel 3 ble interessenter definert som *"any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization's objectives"* (Freeman 1984). I dette tilfellet ser vi tydelig hvordan slike grupper har innvirkning på styrearbeidet. Det er dermed grunn til å tro at føringer fra stakeholder teorien oppleves som nyttige for håndtering av noen utfordringer. Dette gjelder kanskje særlig det deskriptive perspektivet som hjelper styret å identifisere hvilke grupper som er viktige (Donaldson og Preston 1995). Her gjør imidlertid kritikken fra Friedman og Miles (2002) seg gjeldende. I kapittel 3 ble det beskrevet hvordan disse hevdet at stakeholder-teoriens hovedfokus var fra organisasjonens egen synsvinkel. Dette indikerer at styret kan ha vanskeligheter med å oppfatte hvilke grupper som er viktige for eier å ta hensyn til. Eier, særlig når denne har et sterkt politisk innslag, vil påvirkes av mange grupper som for styret kan virke mindre viktig, men som i virkeligheten har stor politisk gjennomslagskraft. Denne kraften forsterkes gjennom valg av kommunikasjonskanal som skaper blest og synlighet, for eksempel media.

Styrets holdning forklares imidlertid best i et shareholder perspektiv fordi eier hele tiden er involvert i og informert om styrets arbeid. Eier er representert i styret og alle styrevedtak er godkjent av det regionale helseforetaksstyret. Det kan likevel være grunn til å tro at koplingen til eier, gjennom representasjon som vanlig styremedlem, ikke har gir tydelige nok styringssignaler. Dette kan forklare noe av den uttrykte frustrasjonen i forbindelse med svingningene i rammevilkårene.

8.0 Helse-Bergen HF

8.1 Presentasjon av Helse-Bergen HF

Helse-Bergen, Haukeland Universitetssykehus HF er eiet av det regionale helseforetaket Helse Vest RHF og består, foruten hovedsykehuset på Haukeland i Bergen, av sykehus på Voss og i Sandviken. Foretaket inkluderer også distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Bjørgvin og på Fjell og Årstad. I Hagevik ligger et Kysthospital, i Osheim et behandlingshjem og på Radøy en sjukeheim. I tillegg er det virksomhet på Nordåstunet, i Askviknes og i habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede. Helseforetaket har ca. 8465 ansatte og et budsjett på rundt 5 milliarder kroner. (www.helse-bergen.no).

Helse Bergen HF bygger ikke nytt sykehus. Det betyr imidlertid ikke at behovet for fornying og kapasitetsutvidelse er mindre enn ved de to foregående helseforetakene. Man har på Helse Bergen HF valgt å bygge ut fremfor å bygge nytt. Styret og ledelsen har dermed utviklet en rullerende arealplan som har vært en vesentlig del av strategien. Dersom dette ikke hadde vært gjort hadde alternativet vært flytting fra tomten på Haukeland og opprettelsen av et nybygg.

8.2 Forholdet mellom styret i Helse-Bergen og den nye eieren

Styret i Helse-Bergen hadde eierrepresentasjon fra administrasjonen i Helse-Vest RHF. Vedkommende hadde posisjon som et ordinært styremedlem. Styrelederen gjennom hoveddelen av perioden hadde bakgrunn fra ledelse innenfor offentlig sektor. Administrerende direktør i Helse-Bergen hadde bakgrunn fra det private næringsliv, men hadde posisjon som styreleder i Helse Vest initielt. Det er dermed grunn til å anta at også dette styret, hva angår sammensetning, har en klar orientering mot eier.

8.2.1 Hva ble styrets rolle da helsereformen trådte i kraft?

Begge representantene fra Helse-Bergen oppfattet initielt at styrene som ble etablert i helseforetakene skulle fungere som et styre i et aksjeselskap. Styrerepresentanten uttrykker dette slik:

”I utgangspunktet skulle vi langt på vei opptre som profesjonelle styrever.”

Topplederrepresentanten bekrefter dette:

”det skulle være et profesjonelt styre på lik linje med et styre i et AS og ta og sørge for å gjøre jobben for eieren i forhold til det som var strategi og framtidsvyer og sånne ting.”

I denne innledende fasen opplevde styret at eier signaliserte økt frihet og økt ansvar i styrearbeidet. Styrerepresentanten sier det slik:

”Først og fremst oppfattet vi at vi skulle etablere foretak der prinsipper det private næringsliv og privat sektor i større grad ble lagt til grunn for driften av foretaket. (...) Det kunne handle om å gi videre fullmakter til foretaksledelsen. Det kunne handle om å bruke markedet i større grad enn tidligere.”

Som i de to andre helseforetakene vil det på bakgrunn av dette være grunn til å tro at styret i Helse-Bergen ville være eierorientert. Styrerepresentanten påpeker at eiers representant i styret er med på å forankre en slik orientering:

”...vi hadde en representant og det har en fremdeles fra RHF-et i styret. Og det sikrer at styret og RHF ble samordnet i sine bestrebelser på å realisere både de store overordnede målene for reformen og de andre målene som er mer spesifiserte mål.”

Igjen er det altså shareholder-teorien som kan brukes til å forklare styrets initielle holdning i forhold til eier.

8.2.2 Var det noen utvikling av styrets rolle gjennom perioden?

Representantene fra Helse-Bergen forteller at den politiske eieren har blitt merkbart mer aktiv i styringen gjennom perioden. Dette har skapt en utvikling der den friheten som initielt ble signalisert har blitt begrenset. Topplederrepresentanten uttrykker det slik:

”politikkerne har ikke klart å holde fingrene av fatet sånn som intensjonen var med helsereformen”

Styrerepresentanten mente forklaringen på dette var at man ikke kunne ta helsepolitikken ut av den øvrige politikken. At man forsøkte å fjerne politikken fra styrene har ikke endret noe særlig så lenge politikk fortsatt er integrert i eieren.

”Det har vært en bevegelse der hvor en kanskje trodde i utgangspunktet at bare en fikk gitt makt og myndighet til de lokale styrene så kunne Stortinget og departementet lene seg littegrann tilbake og be foretakene gjennomføre det som var nødvendig. Men når vi begynte å gjennomføre ting kom jo tingene strakt på den politiske dagsorden for det vi skulle gjennomføre er jo noe av det som er blant det viktigste i norsk politikk, nemlig helsepolitikken. Og helsepolitikken kan du ikke ta ut av politikken. Den er i politikken. Slik at Stortinget og departementets tro på at du kunne flytte dette ut og privatisere det, i gåseøyne, har jo overhodet ikke slått til. Det er mer spørsmål om detaljer knyttet til det norske sykehusvesenet i det norske Stortinget enn noen gang. (...) Vi har så og si vært ringet inn av politikken og det har vært mer og mer synes jeg.”

Topplederrepresentanten påpeker at administrerende direktør i Helse-Bergen hadde kontakt både med administrerende direktør i Helse Vest og sitt eget styre. Dette ble oppfattet som vanskelig:

”Skal du holde noen formelle roller og linjer og sånt her så er den modellen litt uryddig”

Økt kommunikasjon med eier gjennom administrasjonen i det regionale foretaket gjorde altså ikke ledelse av virksomheten lettere, men skapte tvil rundt styrets rolle og funksjon.

Når det gjelder eiers styringssignaler uttrykker representanten fra toppledelsen en klar frustrasjon over den uforutsigbarheten som preger disse:

”Ganske ofte så kommer det en del ting plutselig. De [Helse Vest] hadde da fått en klage fra departementet om et eller annet eller ett foretak i Norge hadde gjort noe

som departementet hadde stilt spørsmål til så sendte departementet ut noe som alle helseforetakene måtte gjøre. Det er lite konsekvent og alt for mange ting. Hvis du ser i Helse Bergen styringsdokumentet så står det vel Helse Bergen skal, Helse Bergen skal, Helse Bergen skal altså... 50 ganger minst! Hvordan skal du da klare å prioritere? Det er alt for mye som kommer fra eier i forhold til hva du skal levere og hva du skal gjøre. I forhold til det å klare å prioritere. Du må gjøre alt.”

8.3 Den økonomiske styringen på Helse-Bergen

8.3.1 Strategi

I Helse-Bergen hadde foretaksledelsen en sterk rolle i utarbeidelsen av strategi. Styrerepresentanten forteller om regelmessig rapportering fra strategiarbeidet, men at selve arbeidet er utført av foretaksledelsen:

”Styret har deltatt i det strategiarbeidet ved at vi på styremøtene fikk oss forelagt dokumenter jevnlig knyttet til det arbeidet. Men styret har ikke hatt noen egne seminarer eller brukt veldig mye tid på strategiarbeidet. Strategiarbeidet har først og fremst vært noe som har skjedd i regi av foretaksledelsen.”

Topplederrepresentanten bekrefter dette og forklarer at arbeidet var omfattende og det tok derfor tid før styret fikk et utkast:

”I Helse-Bergen tok vi alle disse dokumentene som er styrende for oss og gikk inn og så på hvordan ståa var i foretaket og hadde store mål- og strategikonferanser med 120-150 ledere på hver av de og hadde masse prosjekter på gang og jobbet med dette her i ganske lang tid før vi kom opp med et utkast vi tok opp til styret. (...) ...det var veldig mange internt som fikk eierskap til både prosessen og konklusjonene og alt sammen fordi de hadde vært veldig involvert i dette her. Men styret var ikke med.”

Dette kan tyde på at styret ikke var så aktivt som man skulle forvente av et profesjonelt styre etter beskrivelsen i kapittel 2. En av styrets hovedoppgaver er nettopp å være aktiv i utformingen av virksomhetens strategi. Styrerepresentanten påpeker at det ble opplevd som vanskelig å bruke styremøtene til strategidiskusjon på grunn av offentlighetsprinsippet:

”I den perioden da dette var særlig aktuelt var styremøtene ikke offentlige, åpne, slik at det ble jo kanskje også en litt annen diskusjon knyttet til strategiarbeidet. Styremøtene hadde mer preg av et diskusjonsforum når vi hadde sånne type saker til behandling enn det det er blitt etterpå når vi har gått over til åpne styremøter. (...) Formen må bli, nødvendigvis, noe mer formell og mindre preget av høyttenkning fra enkeltmedlemmer fra styrets vedkommende enn det kan være når man har et åpent møte”

Dette kan indikere at styret i Helse-Bergen på det strategiske området bar mer preg av et offentlig styre enn et profesjonelt styre. Implikasjonen av dette kan være at styret ikke sørger for at strategien, på en god nok måte, ivaretar eiers interesser. På strategiområdet vil styrets atferd dermed kunne forklares fra et stakeholder-perspektiv der en sterk foretaksledelse styrer strategiprosessen. Dette betyr ikke nødvendigvis at strategien blir feil da det til syvende og sist er styret som godkjenner den. Det er imidlertid grunn til å tro at når et styre får seg forelagt et nærmest ferdigarbeidet strategidokument vil det være vanskelig og kanskje umulig å kreve særlige endringer. En strategi utarbeidet av foretaksledelsen uten samråd med styret vil kunne avvike fra eiers interesser i et helhetlig perspektiv.

8.3.2 Planlegging (budsjett)

Begge representantene fra Helse-Bergen opplever at kravet til økonomisk balanse har vært eiers viktigste prioritering. Topplederrepresentanten forteller at kravet har vært like sterkt hele perioden:

”Jeg opplever at det viktigste for eier er økonomi. Det er desidert det største fokuset. Det synes jeg det har vært hele tiden.”

Representanten fra styret bekrefter dette, men påpeker også at det har vært krav om reduksjon i ventetider og korridorpasienter samt økt kvalitet:

”Det har jo vært det store og, til dels, overskyggende spørsmålet. Det å kunne oppnå økonomisk balanse. (...) Det har også vært andre krav til oss. Først og fremst vil jeg nevne kravet til å få ned ventetidene. (...) Så er det jo et annet krav som har vært stilt, at vi skal få ned antallet korridorpasienter. Og et tredje krav er kravet til epikrisetid.”

Topplederrepresentanten forteller at tidspunktet da budsjetttrammene var klare fra eier som oftest var for sent i forhold til styringen:

”budsjettarbeidet var også vanskelig fordi at vi fikk aldri rammene før året var begynt. (...) Det vi gjorde (...) var at vi gikk ut fra at det vi hadde i år legger vi til grunn for at blir videreført med et krav om effektivisering på 2-3% og sånn. Vi lagde jo forutsetninger selv til budsjettet, men de stemte jo da ikke da bevilgningene kom.

Styrerepresentanten understreker at styret har hatt en overordnet rolle i budsjettarbeidet og at det fra tid til annen har vært nødvendig å behandle budsjettet i flere runder:

”Styret har nok i all hovedsak operert på et makronivå når det gjelder helseforetaket. Vi har ikke gått inn i diskusjoner om fordeling av penger nedover til avdelingene. (...) Vi har stort sett hatt noen runder knyttet til det. Men uansett så har styret behandlet budsjettet flere ganger.”

Av alle styresakene som har blitt behandlet i Helse-Bergen har budsjettsakene helt klart skapt mest blest både internt og eksternt. Styrerepresentanten påpeker at oppmøte fra media har vært ekstra stort på styremøter med budsjettbehandling. Årsaken til dette hevdes å være at budsjettet synliggjør konsekvensene av tiltak som skal iverksettes:

”...budsjettene har nok vært desidert de mest heftige og er nok de mest heftige i alle norske helseforetak for det er ofte der det kommer fram spørsmål knyttet til strukturendringer og omstillinger”

Budsjettarbeidet i et helseforetak er begynnelsen på implementeringen av strategi. Utsagnene over beviser tydelig at både styret og foretaksledelsen i Helse-Bergen har opplevd dette arbeidet som krevende. Styrerepresentanten påpeker også at de har hatt en ekstra utfordring i forbindelse med en skjevhet i bevilgningene fra Stortinget:

”...har vi jo her i vest hatt dette spørsmålet om skjevfordeling, som er komplisert og der vi helt klart mener at vi får for lite penger i forhold til østlandssykehusene. (...) Stortinget har jo vedtatt en viss oppretning av skjevfordelingen, men det er jo den de

har vedtatt de skal opprette. Eller rette opp. Så er det mange andre som mener at det er andre skjevfordelinger.”

8.4 Regelstyringens påvirkning på styrets arbeid

8.4.1 Psykiatri og/eller somatikk?

Begge representantene for Helse Bergen understreker at midler ikke har blitt flyttet fra psykiatri til somatikk. Faktisk har aktiviteten i psykiatrien økt mer enn aktiviteten i somatikken. Styreleder forklarer dette gjennom en bevisst holdning i styret:

”I Helse-Bergen har vi klart å prioritere opp psykiatrien. Det har både styret og foretaksledelsen hatt en klar forståelse om at det er et krav. Det har vi evnet og gjort. Det har ikke vært noe mer diskusjon om det i styret enn at vi ønsket å se at så ble gjort. Og foretaksledelsen har vært dette bevisst. Vi kan vel her i vårt område dokumentere at vi har høyere veksttakt enn det somatikken har.”

Dette er altså i tråd med shareholder-perspektivet som forventer at styret skulle sørge for at eiers ønske bli oppfylt til tross for motvirkende mekanismer.

8.4.2 Utfordringer rundt Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Svingninger i ISF-satsen

Svingningene i ISF-satsen oppleves som problematisk fordi Helse-Bergen er et stort sykehus med en høy produksjon. Styrerepresentanten forteller at helseforetaket har hatt problemer:

”Vi har vel ikke to år på rad hatt samme ISF grad. Først hadde vi 60-40, så hadde vi 40-60 så hadde vi 60-40 så hadde vi 40-60. Den andelen som var variabel har variert over år. For et sykehus med så høy produksjon som Helse-Bergen har det ført til at vi har tapt på å ha et høyt konstantledd altså en lav variabel bit.”

Topplederrepresentanten mener hovedårsaken til svingningene er mangel på langsiktighet hos eier og påpeker at justeringer i tildelingene som vil komme helseforetakene til gode tar lenger tid å gjennomføre enn justeringer som kommer eier tilgode:

”...igjen går det jo på det politiske systemet og at det er manglende langsiktighet. At vi hopper fra det ene året til det andre og vi hopper underveis i året også. De endrer på rammebetingelsene underveis i året, setter ned takster fordi plutselig finner de en takst der vi får for mye, mens systemet egentlig er sånn at noe får du dårlig på og noe får du bra på, men ser du på totalen så skal det være sånn at det er greit. Men når de finner ut at det er noe du får for mye for så justerer de underveis i året. Får du for lite går det 3-4 år før du får det justert.”

Begge representantene uttrykker en klar og tydelig frustrasjon på dette området.

Produksjon i følge ISF eller prioriteringsforskriftene?

Styrerepresentanten påpeker at ISF systemet skaper begrepet lønnsomme pasienter hos lederene nedover i organisasjonen og at prioriteringsforskriftene gir rom for tolkning:

”[lederene] ser jo det at en kan tape inntekter som en ellers ikke burde tapt så det dilemmaet vet jeg ikke om det er noe enkelt svar på. Nå er det jo sånn at prioriteringsforskriftene gir jo ikke noe 100% svar på hva du skal gjøre. Da har du et tolkningsrom igjen og det kan jo hende da, uten at jeg har noe som helst belegg for det, at du tolker prioriteringene dine inn mot noen grupper.”

Denne tolkningen ligger utenfor styrets kompetansefelt. Topplederrepresentanten forteller imidlertid at Helse Bergen har vært et foregangsforetak i arbeidet med prioriteringsforskriftene:

”I Helse-Bergen hadde vi en veldig stor prosess i hele foretaket på alle fagfeltene hvor spesialistene – legene gikk inn og lagde rutiner for det med prioritering. Alle legene prioriterte også forskjellig så det var å lage interne retningslinjer for hvordan de skulle prioritere innenfor det og det og det feltet.”

Dette gjorde at Helse-Bergen har fått en sentral rolle i arbeidet med å lage rutiner for prioritering på nasjonalt nivå. Videre forteller representanten hvordan ledelsen opplevde

styrets håndtering av dilemmaet og hvordan resultatene har synliggjort at de sykeste pasientene får behandling først:

”Det som styret har vært fornøyd med er at, du har de som har krav på nødvendig helsehjelp og de som har rett på nødvendig helsehjelp, der kan du se at ventetidene på de som har rett på nødvendig helsehjelp gikk opp, mens de dårligste pasientene, der gikk ventetidene ned. Det viser at du bruker prioriteringsforskriften rett. Hadde du gått på økonomi hadde ventetidene for de lavest prioriterte gått ned og ventetiden på de andre gå opp på grunn av at ISF gir underbetalt for de som er de sykeste og veldig godt betalt for snorkeoperasjoner og sånne enklere operasjoner. Styret var veldig godt fornøyd med det arbeidet uten at de var involvert.”

Styret har i denne sammenhengen innsett sin begrensning, men samtidig vært bevisst på å uttrykke at prioriteringsforskriften skal følges. I samarbeid med foretaksledelsen har Helse-Bergen klart å oppnå gode resultater som følge av et godt arbeid.

Vekst i aktiviteten

Styrerepresentanten påpeker at ISF kan stimulere til vekst og at dette kolliderer med regler for aktivitetsnivå fra eier. Det understrekes at det er enklere for styrene å oppfatte reglene som eier signaliserer enn det er for ansatte nedover i organisasjonen. Dette utfordrer systemet fordi ledere på mellomnivåer vil se at vekst er lønnsomt:

”En høy ISF er et incentiv til meraktivitet. Samtidig har vi altså fått beskjed om at vi skal ha tak på aktiviteten. Sånn at det blir gitt to helt forskjellige signaler. Det er i hvert fall lett å oppfatte det sånn. Jeg tror nok vi i styrene forstår at det ikke er ment på den måten, men den enkelte klinikk og avdeling ser jo hva som lønner seg. Når du har en så stor etterspørsel som du har her og du har krav til tilpasninger så vil jo de velge den tilpasning som er mest bekvem. Og det har ofte vært aktivitetsvekst. Så det har jo gjennom denne perioden vært en kraftig aktivitetsvekst i helseforetakene.”

Styrerepresentanten forteller videre for å skape klarhet i dilemmaet her styret gitt spesifikk instruks om at aktiviteten ikke skal økes:

”For 2006, sånn som det nå er blitt, så har vi jo sagt helt konkret at den enkelte klinikk ikke skal produsere eller ha større aktivitet enn de hadde året før og foretaksledelsen har oppfattet dette signalet og gått nedover i organisasjonen til alle klinikkene og gjennomført det. Som sagt, tatt klinikk for klinikk og avdeling for avdeling og bedt de om å produsere så og så mange DRG-poeng, punktum finale og det er gjennomsnittet av det en produserte i fjor. Da har en brukt den logikken gjennomgående også. Når du ikke skal produsere med enn i fjor skal du ikke ha flere ansatte enn i fjor og du skal ikke bruke mer penger på det og det og det enn i fjor. Så enkelt er det, og så vanskelig er det.”

Dette viser igjen at styret har vært bevisst på problemstillingen. De har grepet inn for å tydeliggjøre eiers krav i forhold til vekst. Dette kan forklares ut fra shareholder-perspektivet, men spørsmålet blir selvsagt om det skal være nødvendig at et styre må gå inn å intervenere i virksomheten på denne måten. Dersom intensjonen er at styret skal være det øverste styringsorganet med et strategisk fokus kan det hele indikere dysfunksjonelle styringsmekanismer.

8.4.3 Nedlegging av fødeavdelingen på Voss sjukehus

Den foretaksspesifikke saken for Helse-Bergen dreier seg også om nedlegging av en fødeavdeling på et mindre lokalsykehus. Topplederrepresentanten forteller at forslaget om å legge ned avdelingen kom fra Voss sykehus selv:

”...det var faktisk internt i Voss at de foreslo at dette kunne de flytte til Bergen hvis de skulle spare ytterligere penger. Bergen mente at det var fornuftig for at ved 5000 fødsler så klarer du 300 mer i året uten å øke ressursene”

Forslaget fra foretaksledelsen ble oppfattet som såpass politisk brennbart at styret informerte offentlig at et vedtak om nedleggelse ikke var aktuelt. Styrerepresentanten forteller at styret ikke følte behovet for å diskutere saken i et styremøte på grunn av eiers holdning til slike saker:

”det er noen ting du ikke gjør uten at du har sikret deg en politisk støtte for det du skal gjennomføre. I ting som er viktige for befolkningen gjør ikke styret vedtak uten en

har sikret seg en støtte eller basis i det regionale foretaket eller hos statsråden. Det bør en sjekke ut på forhånd. Et år foreslo foretaksledelsen at fødeavdelingen på Voss sykehus skulle avvikles (...) det var ikke aktuelt for styret å gå inn på noe sånt. Og grunnen til det var at det var et alt for sterkt inngrep i forhold til det som våre eiere kunne akseptere. Når det gjelder lokalsykehusene er det jo slike ting som nå har blitt klarere og klarere.”

Videre forklarer representanten at styret hadde regnet med at et vedtak om nedleggelse av fødeavdelingen ville ført til en omgjørelse fra eier:

”hadde f.eks. styret i saken Voss sluttet seg til administrerende direktørs forslag hadde vi nok måtte påregne at statsråden gjennom det regionale foretaket hadde bedt om å legge saken til side.”

Også i denne saken ble det mobilisert grupper mot nedlegging og lokalbefolkningen demonstrerte i fakkeltog. Igjen viser dette hvordan interessenter i omgivelsene påvirker styringen av helseforetaket. Dette kan forklares i et stakeholder-perspektiv.

Representantene oppfatter flere grupper som viktige for styringen. Det er imidlertid en holdningsforskjell i forholdet til media. Styrerepresentanten forteller at styret ikke hadde en etablert mediestrategi:

”Vi har ikke hatt noen sånn spesiell strategi eller tanker omkring hvordan vi skulle håndtere pressen. Ikke fra styrets side.”

Topplederrepresentanten understreker imidlertid at forholdet til media er viktig og at saker som havner i media ofte får fokus av eier:

”Når det gjelder media er det også saker som kommer fram som kan komme opp i spørretimen på Stortinget og kan komme tilbake den veien der.”

Forskjellen i holdningen til mediehåndtering kan være at foretaksledelsen oftere er i medias søkelys enn det styret er. Derfor er det naturlig at media oppfattes som viktigere av representanten fra ledelsen enn representanten fra styret.

Videre forklarer representanten fra toppledelsen at helseforetaksstyrene som oftest ikke kontaktes direkte av interessenter i omgivelsene. Det er heller eieren som påvirkes:

”...det er ikke styrene de går til, det er politikerne de går til. Det er selvfølgelig sikkert også noen saker som går til styret og til Helse Vest, men jeg tror det meste går via politikere for folk vet hvem som har makt, hvem som bestemmer og hvordan det er mulig å påvirke.”

Foruten media understreker begge representantene at forholdet til det lokale politiske apparatet er viktig. Styrerepresentanten beskriver hvordan ledelsen har kommunisert med de kommunale samarbeidspartnerne både gjennom møtevirksomhet og samarbeidsavtaler:

”foretaksledelsen har hatt systematiske møter med kommunene i dette geografiske området. En annen ting som har vært viktig i dette arbeidet er, gjennom formelle samarbeidsavtaler med kommunene, å få til en så hensiktsmessig samhandling som mulig. Det har vært et krav mot oss det også.”

Stakeholder-perspektivet kan forklare funnene over. Det er andre grupper enn eieren som har betydning for styringen og må tas hensyn til. Igjen støttes funnet fra de to foregående analysene om at gruppene ikke har nevneverdig innvirkning på styret direkte, men gjennom eier. Styrerepresentanten forteller:

”...gruppene har jo tilgang og representasjon inn i eiernes organer. De ansattes organisasjoner er representert i styrene. De har jo anledning til å ta opp, i de organene og møteplassene som er, spørsmål og det er jo også møter der det regionale foretaket er ute og møter kommunene.”

Likevel uttrykker styrerepresentanten en holdning med en klar eierorientering:

”Styret har nå først og fremst sett det som sin oppgave å spille på lag med eier.”

8.5 Oppsummering

Styret i Helse-Bergen oppfattes som orientert mot eier og håndteringen av problemstillingene over forklares hovedsakelig ved hjelp av shareholder perspektivet. Man har klart å kople strategi og budsjett, men styret har spilt en overordnet rolle i strategiarbeidet. Dette kan ha vært med på å skape større utfordringer i den strategiske implementeringen i budsjettet. Dette arbeidet oppfattes også som problematisk av både styret og foretaksledelsen.

Videre finner analysen støtte for at grupper i omgivelsene påvirker styringen via eier. Dette innebærer at det er et samspill mellom shareholder-mentaliteten i styret og stakeholder-realiteten de befinner seg i. Saken på Voss sykehus viser tydelig det instrumentelle perspektivet i stakeholder teorien (Donaldson og Preston 1995). Perspektivet angir sammenheng mellom spesifikke handlinger og organisasjonsmessige resultater. Styret antok at handlingen – å behandle forslag om nedlegging av fødetilbudet – ville skape resultatet – omgjøring av vedtaket fra eiers side. Dermed ble ikke handlingen utført.

Oppsummeringen blir altså relativt lik som for de to foregående helseforetakene. Totalt sett er styret orientert mot eier. Det finnes imidlertid grupper som må tas hensyn til, ikke fordi styret påvirkes direkte, men fordi gruppene har gjennomslagskraft overfor eieren.

9.0 Sammenlikning av de tre helseforetakene

Dette kapitlet samler de tre foregående analysene og fremhever sentrale likheter og forskjeller mellom helseforetakene. Målet er å gi leseren en forberedelse på neste kapittel som trekker en rekke konklusjoner på bakgrunn av denne delen.

9.1 Eierrepresentasjonen i styret er ulik

De tre styrene oppfatter sine nye roller i forbindelse med helsereformen relativt likt i den innledende fasen. Alle informantene uttrykker at eier signaliserte økt ansvar og frihet. Alle tre helseforetakene gjennomførte initielt samme type opplæring og seminarer for styremedlemmene. Det er imidlertid regionale forskjeller i hvordan eier representeres i på helseforetaksnivå.

På Ahus er styreleder viseadministrerende direktør i Helse-Øst RHF. I tillegg er vedkommende som har vært administrerende direktør i hoveddelen av perioden tidligere viseadministrerende direktør i Helse-Øst RHF. På St. Olav har det regionale foretaket bestemt at eier skal representeres med et ordinært styremedlem på helseforetaksnivå. Dette medlemmet var oppnevnt fra det regionale foretakets administrasjon. Det fremkommer noe uenighet mellom styret og toppledelsen om dette var en optimal modell til tross for at styreleder hadde bakgrunn fra det politiske liv og dermed skulle kunne være i stand til å tolke en politisk eier. I Helse-Bergen har administrerende direktør i det regionale foretaket hatt posisjon som et ordinært styremedlem i helseforetaksstyret initielt. Styreleder i perioden har lang erfaring fra ledelse innen offentlig sektor og administrerende direktør begynte sin karriere i helsesektoren som styreleder for Helse Vest RHF.

Når det gjelder utviklingen av styrets rolle påpeker alle representantene at den initielle grad av frihet og ansvar signalisert av eier gradvis ble innskrenket. Av de målene og kravene som ble oppfattet som viktige fremhever alle representantene kravet til økonomisk balanse, kortere ventetider og færre korridorpasienter. Det er også konsensus om at man utover i perioden har hatt en utvikling til at kvalitet har blitt viktigere, men alle representantene er enige i at kravet til økonomisk balanse har vært det store og vedvarende kravet fra eier. Holdningene til rammebetingelser og styringssignaler er derimot noe forskjellig.

Ahus skiller seg her fra de to andre. Mens styret på Ahus riktignok erkjenner noe av problematikken i tvetydige og svingende styringssignaler, spesielt på det økonomiske området, mener de at de har vært i stand til å forutse dette i tide til å kunne håndtere det på en god måte i styringen. På St. Olav og i Helse-Bergen uttrykker representantene en mye større frustrasjon. I tillegg er topplederrepresentantene fra St. Olav og Helse-Bergen kritiske til eiers duale måte å kommunisere med helseforetaket på. I tillegg til at administrasjon og styre i det regionale foretaket kommuniserer med helseforetaksstyret er det opprettet et eget direktørmøte der administrerende direktører på regionalt og lokalt nivå møtes. Denne modellen oppfattes som lite sammenhengende og bidrar til å skape forvirring rundt helseforetaksstyrets reelle rolle. På Ahus har man tilsvarende struktur, men ingen av representantene uttrykker at dette har vært problematisk. Topplederrepresentanten understreker imidlertid at det har tatt noe tid før direktørmøtet har funnet en fungerende form.

9.2 Likheter og ulikheter i den økonomiske styringsprosessen

Ahus er det eneste helseforetaket som har gått i balanse. Som nevnt i kapittel 2 er denne observasjonen likevel ikke tilstrekkelig for å hevde at økonomistyringsprosessen har vært bedre på Ahus enn på de to andre.

9.2.1 Strategiprosessen er noe ulik med hensyn til styrets aktivitet

Ser man samlet på funnene fra de tre foregående kapitler fremstår prosessen noe forskjellig. Styret og ledelsen på Ahus begynte allerede før det regionale helseforetaket hadde omformet helsedepartementets styringsdokument å trekke ut de punkter som hadde betydning for deres helseforetak. På St. Olav var styrelederen sentral i strategiarbeidet. Han tok tidlig ansvaret med å utvikle en evaluering av situasjonen for foretaket og utviklet dokumentet ”Styreleders oppfatning av situasjonen”. Dokumentet var basert både på lokale observasjoner og på styringsdokumentet fra det regionale helseforetaket. I Helse-Bergen ble hovedvekten av strategiarbeidet lagt til foretaksledelsen. Styret inntok en mer overordnet rolle og følte ikke behov for å arrangere egne styrekonferanser med fokus på strategi.

9.2.2 Budsjettprosessen fremstår som relativt lik

Hvert av foretakene har hatt sine respektive utfordringer og det vil ikke være rettferdig for noen å sette oppnådd balanse som eneste kriterium for ryddighet i budsjettbehandlingen. Det ser imidlertid ut til å være slik at Ahus brukte de første to årene på å nærmest utelukkende fokusere på balansekravet for så å gradvis fokusere mer på andre områder som ventetid og korridorpasienter når balanse var oppnådd.

På St. Olav understreket begge informanter et kritisk behov for å gjøre noe med ventetider/ventelister og korridorpasienter. Det faktum at St. Olav var helt på bunnen av de nasjonale oversiktene over disse områdene gir grunn til å tro at de fikk høy prioritet. Situasjonen rundt ventetider/ventelister og korridorpasienter ble også oppfattet som kritisk av det regionale foretaket, hvilket skaper ytterligere press for å sette inn tiltak.

Både styre- og topplederrepresentanten fra Helse-Bergen fremhevet at kravet til økonomisk balanse var overskyggende. Man følte imidlertid at kravene om nedkorting av ventetider og færre korridorpasienter også stod tydelig frem i eiers styringssignaler slik som på St. Olav.

9.3 Sammenlikning av forholdet til regelstyringen

9.3.1 Vridning av ressurser fra psykiatri til somatikk hos et foretak

Det eneste foretaket som har vridd ressurser fra psykiatri til somatikk er St. Olavs Hospital HF. Dette begrunnes i flaskehalsproblematikk i forbindelse med tilgang på kvalifisert psykiatrisk personell. Det påpekes at denne vridningen var godkjent av eier. I Helse-Bergen har man klart å øke aktiviteten i psykiatrien mer enn aktiviteten i somatikken slik som eierkravet var. Man har ikke flyttet ressurser fra psykiatri til somatikk. På Ahus har en heller ikke overført ressurser fra psykiatri til somatikk.

9.3.2 ISF-problematikken oppleves forskjellig

På Ahus oppleves svingninger i ISF-satsen og konfliktene mellom ISF og vekst/prioriteringsforskriften som ganske uproblematisk. Styret og ledelsen har hele tiden forholdt seg til regelverket, altså prioriteringsforskriftene og regelen om nullvekst. Styret har vært tydelige overfor administrerende direktør ved å eksplisitt uttrykke forventningen om

nettopp å følge reglene. De erkjenner imidlertid problematikken med at økonomiske styringsmekanismer og regelverk kolliderer, men håndteringen fremstår likevel som relativt enkel. Evnen til å kunne forstå og tolke det politiske landskapet for at det å følge regelverket skal fremstå som det riktige alternativet fremheves sterkt av begge informantene.

St. Olavs Hospital HF og Helse-Bergen HF opplever de samme utfordringene som vesentlig mer problematiske. De uttrykker på samme måte som informantene fra Ahus at det er nødvendig å være i stand til å tolke politiske signaler. Samtidig gir de uttrykk for en sterk frustrasjon med svingningene i de økonomiske rammebetingelsene og utsetning av balansekravet. Når det gjelder det faktum at ISF skaper begrepet lønnsomme pasienter understreker også styret på St. Olav og i Helse-Bergen at man behandler i tråd med prioriteringsforskriften. Helse-Bergen viser til at ventetidene for pasienter med krav på behandling er blitt redusert, mens tidene for de med rett til behandling har økt. Det påpekes imidlertid at selv om man i styrene forstår intensjonen bak de etablerte mekanismene, skaper motstridende elementer likevel usikkerhet nedover i organisasjonen. Styret har dermed følt et behov for å eksplisitt uttrykke at det er reglene som skal følges. Svingningene i ISF-satsen og regelen om nullvekst oppfattes som utfordrende og alle representantene påpeker at det har vært en betydelig generell vekst i aktiviteten i helseforetakene etter reformen.

9.3.3 Foretaksspesifikke saker viser at interessegrupper påvirker eieren

Alle foretaksspesifikke sakene som er drøftet viser hvordan grupper i omgivelsene har endret sin måte å påvirke styringen på. Under det forrige regimet, der fylkeskommunen var eier, kunne grupper påvirke styrene gjennom den politiske representasjonen i styresammensetningen. Etter helsereformen når gruppene imidlertid ikke gjennom hos styret lenger. Dette har medført at gruppene går direkte til eieren gjennom politiske kanaler eller mediene.

På Ahus ble saken om Stensby sykehus brukt. Her så vi at en tidligere observasjon av lokale aksjonsgrupper som fikk eieren til å omgjøre et vedtak om sammenslåing av fødeavdelingene på sykehusene i Gjøvik og på Lillehammer ble førende for utfallet i saken om funksjonsfordeling mellom sykehusene på Stensby og Nordbyhagen.

På St. Olav hadde man et tilsvarende tilfelle i forbindelse med nedleggingen av Ørland fødestue. Her var det pressgrupper som påvirket det politiske systemet slik at driften ved fødestuen ble opprettholdt til tross for at de medisinsk-faglig ansvarlige på St. Olav ikke ville stå inne for det. Det ble i tillegg satt fokus på et tilfelle der et oppslag i nasjonalpressen medførte et betydelig økonomisk tap som følge av at eier påla sykehuset å tilby en ny type kreftmedisin. Dette gjelder alle helseforetakene og viser medias makt.

I Helse-Bergen hadde vi et eksempel hvor man ønsket å legge ned en fødeavdeling ved lokalsykehuset på Voss. I denne saken ga representantene uttrykk for at dette aldri ble diskutert i en egen styresak nettopp fordi man regnet med at et slikt vedtak ville blitt omgjort av eier. Det ble fremhevet at styret var nødt til å inneha en kompetanse som gjorde at denne typen saker ble koplet til politiske føringer.

DEL V: AVSLUTNING

10.0 Konklusjon

10.1 Styrene er eierorientert, men i ulik grad

Informantene fra Ahus mener begge at eierrepresentasjonen i styret og toppledelsen har bidratt til å øke forståelsen av og forutsigbarheten i den politiske eieren. Styreleder på St. Olav har en relativt lang politisk erfaring som man kan hevde har vært med på å øke evnen til å lese den politiske eieren. Det er likevel grunn til å hevde at dette vil gi en svakere kopling totalt sett i forhold til på Ahus. Styrelederen i Helse-Bergen er, gjennom erfaring som leder i offentlig sektor, kjent med de politiske prosesser som er viktige i forholdet til eier og administrerende direktør har en forhistorie som styreleder på regionalt nivå. På samme måte som ved St. Olavs Hospital er det likevel vanskelig å se at eierkoplingen er like sterk som på Ahus. Det er her viktig å understreke at konklusjonen ikke betyr at styret på Ahus er eierorientert og de to andre ikke. Konklusjonen blir imidlertid følgende:

KONKLUSJON I: Rapporten finner støtte for at styrets sammensetning og eierrepresentasjon sammen med administrerende direktørs bakgrunn fra eieradministrasjonen gjør at styret på Ahus har en sterkere kopling til eier enn styrene på St. Olavs Hospital og i Helse-Bergen. Holdningen som preger styringen på Ahus kan dermed forklares ut fra shareholder-perspektivet gjennom den høye graden av eierorientering.

Å tolke eier fremstår som en vesentlig utfordring og nødvendig evne i styringen av et helseforetak. Styret på Ahus ser ut til å ha lettere for å tolke eier. Dette kan i hovedsak forklares fra konklusjon I. Det ser faktisk ut til at det er nødvendig å ha en så sterk kopling til eier når denne er politisk. Dette gir følgende konklusjon:

KONKLUSJON II: Rapporten finner støtte for at det er nødvendig for styret i et helseforetak å være i stand til å lese eier da eierskapet ivaretas på det nasjonalpolitiske plan. Videre finner rapporten støtte for at den ovennevnte evne er større for styret på Ahus enn for styrene på St. Olav og i Helse-Bergen. Dette har sammenheng med konklusjon I og forklares dermed også med shareholder-perspektivet.

Det kan imidlertid også være andre forhold som styrker eierkoplingen i styret på Ahus. Man kan tenke seg av fordi man på Ahus er geografisk lokalisert nærmere eier skaper dette en mer intens dialog gjennom uformelle kanaler fordi de involverte personene kjenner hverandre og treffes oftere. Med andre ord kan det være slik at avstanden fra eier skaper en følelse av fremmedgjøring for St. Olav og Helse-Bergen. Dette må imidlertid undersøkes nærmere før en konklusjon kan trekkes.

10.2 Styrene opptrer forskjellig i den økonomiske styringsprosessen

Når det gjelder det strategiske arbeidet fremhever representantene fra Ahus betydningen av å være i forkant. Det er grunn til å tro at styret på Ahus var kommet noe lenger i forståelsen av eiers føringer for strategi som følge av styreleders posisjon hos og administrerende direktørs bakgrunn fra eierforetaket. Dette betyr imidlertid ikke at de to andre styrene har gjort en dårlig jobb, men fortrinnet hos styret på Ahus var større.

KONKLUSJON III: Styret på Ahus var noe mer proaktive i det strategiske arbeidet enn styret på St. Olav og i Helse-Bergen. Dette kan forklares ut fra et shareholder-perspektiv der kunnskapsnivået om eiers intensjoner hos sentrale enkeltpersoner i styret og ledelsen var betydelig og ga raskere reaksjon enn hos de to andre styrene.

Budsjettmessig har Ahus har gått i balanse. Dette er likevel ikke grunn til å hevde at styrene på St. Olav og i Helse-Bergen ikke har vært opptatt av økonomistyring. Det finnes blant annet utredninger som sår tvil om den relative tildeling av midler mellom regionene er rettferdig (Hagen et. al. 2003).

Alle tre helseforetaksstyrene ser derimot ut til å ha prioritert økonomisk balanse, dog noe ulikt. Styret på Ahus har tilsynelatende hatt et mer sekvensielt fokus der økonomisk balanse innledningsvis har fått nær all oppmerksomhet. De andre styrene har vært mer balansert gjennom perioden.

KONKLUSJON IV: Rapporten finner støtte for at styret på Ahus de to første årene etter reformen har hatt et sterkt fokus på å oppnå økonomisk balanse og et tilsvarende mindre fokus på andre områder. Fokus i styret på St. Olav og i Helse-Bergen har vært mer balansert gjennom perioden. Begge tilnærmingene kan forklares ut fra shareholder-perspektivet fordi alle styrene har fått godkjent både sin strategi og sine budsjetter hos eier og i all hovedsak oppnådd sine budsjettmål. Fokuset er derfor forankret og gjenspeiler holdningen hos eier.

10.3 Styrene håndterer regelstyringen etter eiers interesser

Det er kun styret på St. Olav som har flyttet midler fra psykiatri til somatikk. Dette har imidlertid blitt gjort åpent og etter godkjenning fra eier. Dette gir følgende konklusjon:

KONKLUSJON V: Rapporten finner ikke støtte som bekrefter en vridning av ressurser fra psykiatrisk sektor til somatisk sektor som følge av finansieringssystemets iboende incentiver. Styrene på helseforetaksnivå har hatt en bevisst holdning til dilemmaet. Dette kan forklares ut fra et shareholder-perspektiv der styrene har håndtert dette i henhold til eiers ønsker.

Vi har sett at ISF gir økonomiske incentiver som kommer i konflikt med de regelverk som eier har fastsatt for virksomheten i helseforetakene når det gjelder prioritering av hvilke pasienter som skal behandles. Styrene behandler imidlertid dette relativt likt:

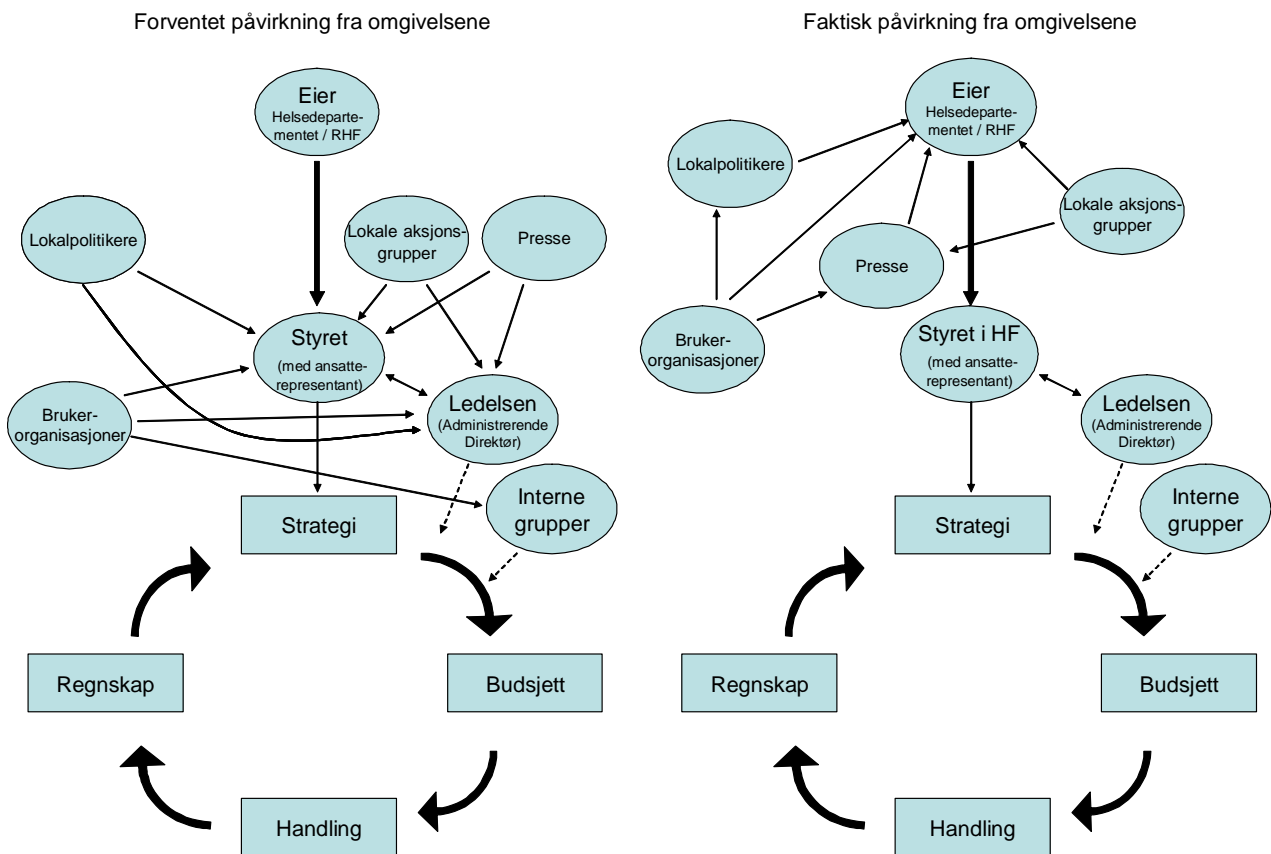
KONKLUSJON VI: Rapporten finner støtte for at styrene i de tre helseforetakene har forholdt seg til regelstyringen som tilsier at prioriteringsforskriftene angir hvilken type pasienter som først får behandling. Utfordringen i tilpasning er imidlertid mindre på styrenivå enn for resten av organisasjonen. Tilpasningen er i tråd med eiers signaler og kan dermed forklares ut fra shareholder-perspektivet.

Svingningene i ISF satsen har imidlertid gitt opphav til problemer i generell mikroøkonomisk planlegging, men de har også vært sterkt knyttet til utfordringer i aktivitetsvekst. På Ahus fremstår dette som uproblematisk og håndterbart, mens på St. Olav og i Helse-Bergen er det tvert om. Det er ikke på sin plass å hevde at disse to helseforetakene ikke har forsøkt å forstå

eier, men det er grunn til å anta at dette har vært en betydelig større utfordring på St. Olav og Helse Bergen enn på Ahus.

KONKLUSJON VII: Rapporten finner støtte for at styrenes opplevelse av de økonomiske rammebetingelsene gitt av eier varierer. Styret på Ahus opplever betingelsene som håndterbare og forutsigbare, mens styret på St. Olav og i Helse-Bergen opplever dem som uhåndterbare og uforutsigbare. Dette kan forklares i et shareholder-perspektiv der konklusjon I støtter opp om dette funn.

I utgangspunktet skulle man kunne forvente at interessegrupper i omgivelsene forsøkte å utøve innflytelse overfor foretaksstyrene direkte. Dette finner analysen likevel lite støtte for. Analysen finner imidlertid sterk støtte for at gruppene har tilpasset seg det nye maktsentrum, nemlig den nye departementale eieren. Dette gir en påvirkning som vist i følgende figur:



Figur 9.0: Forventet og faktisk påvirkning fra viktige interessegrupper i omgivelsen

Så langt har alle konklusjoner vært sterkt knyttet til shareholder-perspektivet. Gjennom analysen av de utvalgte foretaksspesifikke områdene ser man imidlertid tydelig at alle tre foretakene i den praktiske styringen erkjenner at grupper i omgivelsen har betydning fordi de har muligheten til å påvirke eier i den grad at styrevedtak kan bli omgjort. Det er en utbredt oppfattelse om at dette vil skade styrets legitimitet. Vi kan delvis forklare styrets håndtering av interessenter ved å bruke stakeholder-perspektivet som tilsier at det for et styre er nødvendig å ivareta interesser som ikke ligger hos eier. Det kan imidlertid bare delvis forklares i dette perspektivet fordi styret balanserer ikke alle interessegrupper på lik linje med eier som stakeholder-perspektivet forventer. Man kan i større grad forklare håndteringen i et ”opplyst shareholder-perspektiv” (Jensen 2001). Styret har bevisst prioritert samhandling og dialog med de interessentene som har evne til å påvirke eier. Man handler altså i tråd med Jensens (2001) anbefaling som vi husker fra kapittel 3:

”Spend an additional dollar on any constituency provided the long-term value added to the firm from such expenditure is a dollar or more”.

Det er imidlertid på sin plass å minne om at begrepet ”firmaets langsiktige markedsverdi” i denne sammenhengen ikke vil være helt sammenfallende med den betydning det har i Jensens utsagn. For et helseforetak er ikke eiers mål økonomisk avkastning, men et best mulig helsetilbud til befolkningen. Styrene fokuserer dermed på interesser som i deres oppfatning kan forpurre dette målet.

KONKLUSJON VIII: Rapporten finner støtte for at alle helseforetakene opplever det som nødvendig å ta hensyn til interesser i omgivelsene. De viktigste interessentene oppfattes som media, kommunale samarbeidspartnere og det lokalpolitiske apparatet. Dette kan forklares i et ”opplyst shareholder-perspektiv” der styret godtar å bruke ressurser på de interesser som innehar nok innflytelse til å påvirke eiers signaler dit hen at opprinnelige intensjoner omgjøres.

10.4 Hovedkonklusjon:

Da er vi tilbake til problemstillingen. Hvordan skaper så styrene i helseforetaken bedre økonomisk styring samtidig som de forholder seg til regelstyringen? Alle konklusjonene over forklares helt, eller delvis, ut fra et shareholder-perspektiv. Det lå i intensjonen med reformen at styrene skulle bli mer eierorientert. Det ser også ut til at denne endringen har forekommet. Alle styrene oppfattet dette signalet, men utover i perioden viste det seg at en eierorientering i helsesektoren ikke var det samme som en eierorientering i et aksjeselskap. Hovedgrunnen er eiers politiske natur.

De problemer man har hatt i styrene er knyttet til en uklarhet og variasjon i eiers signaler. Dette har delvis blitt forårsaket av grupper i omgivelsen som har påvirket eier gjennom det politiske apparatet. Dette har vært lettest for styret på Ahus å håndtere. Den sterkeste eierorienteringen finner vi nemlig i styret på Ahus der de mest sentrale personene i styret og toppledelsen så godt som er eieren. Informantene fra St. Olav og Helse-Bergen uttrykte gjennom intervjuene en skepsis til og setter spørsmålsteget ved hele helsereformen. Noe av forklaringen kan være at styrene ikke er sterkt nok koplet til eier, men dette er heller ikke helseforetakenes skyld. Det er det regionale helseforetaket (altså eier) som har valgt å ha en lavere grads eierrepresentasjon. Det indikerer altså at eieren, gjennom det regionale foretaket, ikke opplever egen uklarhet og svingning som en like stor utfordring som

helseforetaksstyrene. Spørsmålet blir om det virkelig skal være nødvendig at både styrets leder og administrerende direktør i helseforetakene er like sterkt knyttet til eier som på Ahus for at eierens egne signaler skal oppfattes som tydelige og håndterbare. Dette var neppe intensjonen med reformen og man kan dermed forstå frustrasjonen hos de to andre helseforetakene.

Den økonomiske styringen i helseforetak har helt klart fått mye større fokus etter helsereformen. Utfordringene har vært store og flerfoldige. Det er vanskelig å sammenlikne den økonomiske styringen før og etter reformen fordi helsereformen medførte store endringer i variablene som styret og foretaksledelsen må ta hensyn til. Avskrivningskostnader og andre prinsipper fra regnskapsloven var ikke gjeldende før reformen. Når forhold rundt disse variablene i tillegg har vært uavklart kan man ikke automatisk sammenlikne periodene før og etter reformen og så komme med dommen; bedre eller verre. Styrene skaper en bedre økonomistyring gjennom å rette seg inn mot eier, tolke eier og forsøke å forutse eier. Signalene om ansvar og frihet på lik linje med et styre i et AS ble ikke etterlevd fra eiers side og det har nok vært smertefull for styrene. Denne rapporten finner derfor støtte for at utviklingen fra da helsereformen trådte i kraft og frem mot år 2006 har vært fra en initiell og ren shareholder-orientering mot en mer opplyst shareholder-orientering.

Hovedkonklusjonen blir altså at styrene skaper en bedre økonomisk styring ved at de er orientert mot de kravene som eier stiller, men også ved at de leser politiske trender og inkluderer sterke grupper med egne interesser i styringen. Den sterke eierorienteringen som man ønsket å oppnå gjennom reformen har altså forekommet, men gradvis glidd over til å inkludere elementer fra stakeholder-teorien. Dersom en ønsker å oppnå en enda sterkere eierstyring som følge av normene som kom med helsereformen, vil dette kreve en sterkere eier. Når det er sagt, er det jo også grunn til å påpeke at når eier er på et nasjonalpolitisk plan, slik som i helsesektoren, er det ikke gitt at man direkte kan overføre prinsipper fra shareholder-teorien uten videre. Forskjellen mellom en politisk eier og eierstrukturen i et aksjeselskap er kanskje for stor til det. Kanskje styrene, gjennom perioden, har blitt akkurat så eierorienterte det går an å bli i denne sektoren?

11.0 Forslag til videre forskning

Denne rapporten er avgrenset i sitt omfang. Det som studeres er to av tre hovedkategorier med styringsmekanismer, nemlig økonomisk styring gjennom incentiver og regelstyring. Den siste kategorien, klanstyring, er utelatt til tross for at denne typen styring vil kunne være svært passende i sektoren som preges av en svært høy andel av profesjonelle. Fremtidige studier som omhandler klanmekanismers effekt i sektoren vil derfor kunne være svært interessant.

Rapporten tar opp viktige problemstillinger i forhold til et styres håndtering av konflikt mellom styringsystemer. I denne forbindelse har det vært lagt ekstra stor vekt på styrets tilkoping til sin eier gjennom representasjon. Rapporten fant støtte for at styret på Ahus, der styreleder var fra administrasjonen i eierforetaket, hadde en sterkere koping til eier. Fremtidige studier som stiller spørsmålet ”hvor viktig er styrelederen for et styre?” kan avdekke validiteten av funnet i denne rapporten.

Rapporten indikerer også at uformelle kanaler for kommunikasjon mellom eier og styre på grunn av geografisk lokalisering kan bidra til å forenkle styringen av helseforetak. Studier som stiller spørsmålet ”Hva er betydningen av geografisk lokalisering i forholdet mellom departementet, regionalt helseforetak og helseforetaksstyret?” vil være nyttige for å bedre kunne forstå hva som skiller Ahus fra de andre helseforetakene.

12.0 Kilder

Artikler

Bragelien, Iver (2003): Bruk av lønn som styringsinstrument: Hvorfor så mange mislykkes. (Magma. Økonomisk fagtidsskrift, nr. 2, s. 47-57)

Donaldson, T og Preston, L.E. (1995): The stakeholder Theory of the corporation: Concepts evidence and implications. (Academy of Management Review, 20, 1, 65-91)

Friedman, A L and Miles S (2002): Developing Stakeholder Theory. (Journal of Management Studies 39:1)

Friedman, M (1970): The Social Responsibility of Business Is To Increase Its Profits. (New York Times Magazine, 13. sept. sec 6, p.32)

Hagen, Terje P og Kaarbøe, Oddvar (2004): The Norwegian Hospital Reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals. (Oslo, Health Management Research Program Norway.

Jensen, Michael C (2001): Value Maximization, Stakeholder Theory and the Corporate Objective Function. (Bank of America - Journal of Applied Corporate Finance. Volum 14 number 3)

Mintzberg, Henry (1987): The Strategy Concept I: Five Ps for Strategy. (California Management Review; Fall 1987; 30, 1)

Mitchell, R.K., Agle, B.R. og Wood, D.J. (1997): Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. (Academy of Management Review, 22, 4, 853-886)

Ouchi, W G (1979): A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. (Management Science 25. September: 833-848).

Smith, J H (2003): The Shareholders Vs Stakeholders debate. (MIT Sloan Management Review Vol 44, Issue 44, p 85, 6p)

Wallander, Jan (1999): Budgeting – an unnecessary evil. (Scandinavian Journal of Management. 15 p. 405-421).

Bøker

Anthony, Robert N. og Govindarajan, Vijay (1995): Management Control Systems. 8th ed. McGraw-Hill Education – Europe.

Brunsson, N (1989): The Organization of Hypocrisy: Talk Decisions and Actions in Organizations. John Wiley, New York.

Freeman, R.E. (1984): Strategic management: A stakeholder approach. Pitman, Boston.

Friedman, Milton (1962): Capitalism and Freedom. The University of Chicago Press, Chicago.

Hagen, Terje P et. Al. (2002) Norges offentlige utredninger 2003:1: Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning, Oslo.

Hallingstad, Rune (2004): Regional styring i lys av foretaksorganiseringen: en sammenliknende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF. Bergen, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.

Hill, Charles W. L. og Jones, Gareth R. (2001): Strategic Management Theory – An integrated approach. Houghton Mifflin Company, Boston, U.S.A.

Johannessen, Asbjørn et al. (2004): Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 2. utg. Abstrakt forlag, Oslo.

Lindvall, Jan (2001): Verksamhetsstyrning. Från traditionell ekonomistyrning till modern verksamhetsstyrning. Studentlitteratur.

Malhotra, Naresh K. og Birks, David (2003): Marketing research: an applied approach. 2nd European ed. Harlow: Pearson Education.

Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie et. al. (2005): Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005 – En prosessevaluering. Sluttrapport. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.

Magnussen, Jon, Helge Bryne, Marianne N. Fålun, Tor Iversen, Cecilie M. Batalden, Karl G. Øhrn og Katarina Østergren (2005): Årsrapport Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten.

Porter, Michael (1985): The value chain and competitive advantage. New York: Free Press.

Reve, Torger og Grønlie, Tore (1993): Styrets rolle. Tano, Oslo.

Yin, Robert K. (2003): Case study research: design and methods. Thousand Oaks, California: Sage.

Internett

www.ahus.no

¹⁾http://www.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?iDisplayType=2&iCategoryId=335&iInfoId=1771&mids=735. Dato 10.05.06, kl 09:51

²⁾http://www.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?iDisplayType=2&iCategoryId=412&iInfoId=2052. Dato 10.05.06, kl 09:52

www.ba.no

¹⁾<http://www.ba.no/nyheter/article1925319.ece>. Dato 20.05.06, kl 11:01.

www.nrk.no

¹⁾http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_hordaland/3507403.html. Dato 15.05.06, kl 10:53.

www.helse-bergen.no

¹⁾http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/Om_Helse_Bergen.htm. Dato 05.05.06, kl 10:43.

²⁾http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/styredokumenter/styreprotokoller.htm. Dato 05.04.06, kl 09:51.

³⁾http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/aarsrapporter/Aarsberetning.htm. Dato 05.04.06, kl 10:01.

⁴⁾http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/dokumenter/dokumenter.htm. Dato 05.04.06, kl 10:18.

www.odin.dep.no/hod

¹⁾<http://odin.dep.no/hod/norsk/helse/sykehus/organisering/042031-990079/dok-bn.html>. Dato 12.03.06, kl 10:14.

www.statsbudsjettet.dep.no

¹⁾ <http://www.statsbudsjettet.dep.no/2005/ordliste.asp?word=Sykehus%F8konomi>. Dato 28.04.06, kl 13.07.

²⁾ <http://www.statsbudsjettet.dep.no/2004/ordliste.asp?word=Sykehus%F8konomi>. Dato 28.04.05, kl 13.10.

³⁾ <http://www.statsbudsjettet.dep.no/2003/ordliste.asp?word=Sykehusene>. Dato 28.04.05, kl 13.11.

www.stolav.no

¹⁾<http://www.stolav.no/stolav/Om+St+Olavs+Hospital+HF/>. Dato 05.05.06, kl 10:47.

²⁾http://www.stolav.no/stolav/Om+St+Olavs+Hospital+HF/styre/motekalender_styret/index.htm. Dato 28.03.06, kl 11:04.

www.vg.no

¹⁾<http://www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=103850>. Dato 20.05.06, kl 10:55

²⁾<http://www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=267502>. Dato 20.05.06, kl 10:58

Figur- og tabelliste

Figurliste

Figur 1.0:	Oppgavens hovedfokus er på koplingen mellom strategi og budsjett, samt dynamikken mellom ulike interessegrupper.....	16
Figur 2.0:	Styringshjulet.....	27
Figur 7.0:	Kommunikasjonen mellom eier, styre og toppledelse.....	68
Figur 9.0:	Forventet og faktisk påvirkning fra viktige interessegrupper i omgivelsen...	104

Tabelliste

Tabell 2.0:	Oppsummering av helseforetakslovens kapittel 7. Styrets oppgaver og kompetanse.....	25
Tabell 4.0:	Fire designstrategier for casestudier (Johannessen 2004).....	42
Tabell 5.0:	Struktur for analyse av regelstyring.....	48
Tabell 5.2:	ISF-satsen 2002-2006 (www.statsbudsjettet.dep.no).....	48

Appendix

Intervjuguide - hovedrammer

Styret og dets rolle	Eierens styringssignaler (det som kommer fra RHF)	Omformning av eierens? styringssignaler til strategi	Budsjettarbeidet	Omgivelsen andre interessegrupper
<p>Hvordan oppfatter styret sin rolle og hvordan har det vært sammensatt etter reformen?</p> <p>Eie styrets rolle forandret da helse reformen trådte i kraft?</p> <p>Hvordan ble styrets rolle redegjort for da helse reformen trådte i kraft? Har dette blitt klarere i løpet av perioden?</p> <p>Hva er styrets rolle i et HF?</p> <p>Hvilke egenskaper må et styre ha for at det skal være effektivt? Hvorfor?</p> <p>Hvordan vil du karakterisere ditt styre i forhold til dette?</p> <p>Hvordan vil du beskrive styrets sammensetning i den aktuelle perioden? Har denne sammensetningen vært stabil?</p>	<p>Hvordan har styret opplevd de signalene som eieren gir gjennom de ulike styringsmekanismene?</p> <p>Hvordan formidler eieren sine styringssignaler? Er dette annerledes i dag enn i 2002?</p> <p>Hva utpeker seg som de viktigste områdene for eier?</p> <p>Hvordan har disse signalene utviklet seg over tid? Hvorfor?</p> <p>Er RHF og staten samme aktør når de forholder seg til HF? Hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Har forholdet mellom RHF og staten endret seg over tid? Hvordan har dette påvirket styringen for dere?</p>	<p>Hvordan har styret arbeidet for å omforme eiers styringssignaler til en hensiktsmessig strategi for helseforetaket?</p> <p>Kan du kort beskrive hvordan dere startet arbeidet med å formulere HF's strategi?</p> <p>Har dette arbeidet blitt lettere med årene? Hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Hva var det som var bra med signalene fra eier?</p> <p>Hvordan kunne eier forbedret sine styringssignaler?</p> <p>I hvor stor grad hadde dere anledning til å påvirke eiers styringssignaler? Hvordan?</p> <p>Har dere alltid hatt disse mulighetene?</p>	<p>Har det vært problematisk å implementere strategien i det økonomiske styrings-systemet? Hvorfor?</p> <p>Hva er styrets rolle i arbeidet med budsjettet?</p> <p>Hvordan vil du beskrive prosessen med å implementere styrings-signalerne fra eier i budsjettet?</p> <p>Er prosessen annerledes nå enn i begynnelsen av perioden?</p> <p>Har styret godkjent budsjettet direkte eller sendt det tilbake for revidering (generelt sett)?</p> <p>I hva slags saker har man valgt å sende budsjettet tilbake? Hvorfor?</p> <p>Har dette endret seg over tid?</p> <p>Hvordan hånderte styret det å måtte forholde seg til en usikker ISF sats?</p> <p>Hvordan har styret håndtert styringsmekanismer som i konflikt som f.eks. finansieringen av psykiatrien kontra somatikken?</p> <p>Har dere klart å kople strategien og budsjettet? På hvilken måte? Har dette vært lettere etter hvert?</p>	<p>Hvilke interesser har hatt størst betydning for styringen av helseforetaket og hvordan har disse arbeidet for å påvirke styringen?</p> <p>Hvem har det vært viktig for styret å spille "på lag" med?</p> <p>Hvorfor er akkurat disse gruppene så viktige? Har det alltid vært slik?</p> <p>Hva kunne konsekvensen bli dersom man kom i konflikt med disse gruppene?</p> <p>Hvordan kunne gruppene påvirke styrets arbeid? Har dette forandret seg?</p> <p>Kunne gruppene påvirke eiers styringssignaler? Hvordan? Har dette forandret seg?</p> <p>Har det dukket opp nye grupper underveis?</p> <p>Vil du si at styret hadde aksept i lokalsamfunnet? Hvorfor? Har dette forandret seg?</p>