

# **Styring av en støtteavdeling ved Haukeland sykehus**

*En case studie av Kirurgisk serviceklinikks ortopediske seksjon  
ved Haukeland Universitetssykehus*

**Håkon Isdal Selmer**

**Veileder: Kari Nyland**

Masterutredning

Økonomisk styring

**NORGES HANDELSHØYSKOLE**

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 inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

## Forord

Denne utredningen er skrevet som et ledd i mitt masterstudium på Norges Handelshøyskole (NHH) under profilen Økonomisk styring.

Som siste ledd av fem års studier ved NHH ønsket jeg å skrive en utredning som ga meg økt innsikt i et bestemt fagområde. Valget falt på å skrive om et styringssystem og etter en samtale med veileder foreslo hun å se nærmere på styringssystemet til en støtteavdeling ved et sykehus. Etter å ha satt meg noe mer inn i helseøkonomi, kontaktet jeg Kirurgisk serviceklinikk ved Haukeland sykehus for å høre om de ville være behjelpelige med å stille tid til disposisjon og gi meg innsyn i hvordan styringen foregikk ved avdelingen. Noe jeg er veldig takknemlig for at de sa ja til.

Etter hvert som jeg ble bedre kjent med styringssystemet ved Kirurgisk serviceklinikk fant jeg at det var mange spennende deler av styringssystemet man kunne studere, dette gikk både på ting som ligger innenfor fagfeltet økonomisk styring og utenfor. Av naturlige årsaker har jeg valgt å holde meg til det som går på økonomisk styring. Jeg har også valgt å begrense oppgaven til å se på styringssirkelen som ligger som er en grunnleggende teori innenfor økonomisk styring. Fokuset her har vært på koblinger, eller manglende koblinger mellom fasene. Jeg har også valgt ut to temaer innen økonomisk styring som har stor påvirkning på koblingene mellom fasene.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder som både har hjulpet meg med å velge studieobjekt og rettet meg underveis. Jeg er også veldig takknemlig til alle på Haukeland sykehus som har stilt opp i intervjuer, en spesielt stor takk går til Kari Birkeland og Åse Haavde Hansen som både tok seg tid til både å sette meg inn i styringssystemet i mitt innledende arbeid og intervjuer senere i prosessen.

Oslo, 9. desember 2012.

## Sammendrag

Formålet med denne utredningen har vært å studere hvordan den økonomiske styringen ved Ortopedisk seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk på Haukeland sykehus foregår og hvordan det fungerer. Problemstillingen i utredningen er: *Hvordan er styringssystemet til Ortopedisk seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk, som støtteavdeling, bygget opp og hvilke erfaringer har man med det?*

For å svare på dette har jeg tatt utgangspunkt i teori om økonomisk styring, herunder den økonomiske styringssirkelen, prinsippal-agentteori, budsjetteringsteori og teori om ansvarssteder i organisasjoner.

Case studiet tar utgangspunkt i en utforskende forskningsdesign. Innhenting av primærdata har foregått gjennom intervjuer med brukere av styringssystemet til Ortopedisk seksjon, og personer i roller som blir påvirket av styringssystemet til Ortopedisk seksjon.

Analysen av datamaterialet tar utgangspunkt i den økonomiske styringssirkel, og det er fokusert på om det er koblinger mellom fasene, og om de fasene følger den rekkefølgen som er definert i teorien. Det er også sett spesielt på valg av budsjetteringsmetode og hvilken type ansvarssted Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon er organisert som, herunder hvordan de er finansiert.

Utredningen konkluderer med at det er flere brudd mellom fasene i den økonomiske styringssirkelen. Noe av dette kan spores til generelle problemer i helsesektoren, som at man får budsjettet sent og derfor må tilpasse målene til planen. Mens andre faktorer skyldes måten man løser ting på ved sykehuset, herunder at man benytter seg av inkrementell budsjettering som fører til at man ikke fanger opp eventuelle behov for endringer av målene i neste periode. Det blir også et brudd i koblingen mellom plan og handling i styringssirkelen som en følge av at mottaker av Ortopedisk klinikk har innsatsstyrt finansiering, mens Ortopedisk seksjon er rammefinansiert. Dette løses tidvis med midlertidige internkjøp, men for virkelig å løse problemet bør finansieringsmetoden til Ortopedisk seksjon endres til innsatsstyrt, gjennom permanente internpriser.

---

# Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>FORORD .....</b>                                       | <b>2</b>  |
| <b>SAMMENDRAG.....</b>                                    | <b>3</b>  |
| <b>INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>                          | <b>4</b>  |
| <b>FIGUR OG TABELL LISTER.....</b>                        | <b>7</b>  |
| FIGURLISTE.....   | 7         |
| TABELL LISTE .....  | 7         |
| <b>1.    INNLEDNING .....</b>                             | <b>8</b>  |
| 1.1    BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING ..... | 8         |
| 1.2    TEORETISK UTGANGSPUNKT.....                        | 9         |
| 1.3    FREMANGSMÅTE FOR DATAINNSAMLING .....              | 9         |
| 1.4    KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING .....            | 10        |
| 1.5    OPPGAVENS STRUKTUR .....                           | 10        |
| <b>2.    METODE .....</b>                                 | <b>11</b> |
| 2.1    VALG AV METODE .....                               | 11        |
| 2.2    INNSAMLING AV DATA.....                            | 13        |
| 2.3    INTERVJUER .....                                   | 14        |
| 2.4    ANALYSE AV DATA.....                               | 16        |
| 2.5    EVALUERING AV FUNNENE .....                        | 16        |
| 2.5.1 <i>Reliabilitet</i> .....                           | 16        |
| 2.5.2 <i>Validitet</i> .....                              | 18        |
| <b>3.    TEORETISK RAMMEVERK .....</b>                    | <b>19</b> |
| 3.1    PRINSIPAL-AGENT-TEORI.....                         | 19        |
| 3.2    STYRINGSSIRKEL.....                                | 24        |
| 3.2.1. <i>De fire faser i økonomisk styring</i> .....     | 24        |

---

|   |           |
|---|-----------|
| 3.2.2. Styrings sirkelen i praksis.....                     | 26        |
| 3.3 BUDSJETTERING.....                                      | 28        |
| 3.3.1. Budsjetteringsmetoder.....                           | 29        |
| 3.4 ANSVARSENTER.....                                       | 33        |
| 3.4.1. Servicesenter.....                                   | 33        |
| 3.4.2. Kostnadssenter.....                                  | 34        |
| 3.4.3. Inntektssenter.....                                  | 34        |
| 3.4.4. Overskuddsenter.....                                 | 35        |
| 3.5 INTERNPRISER.....                                       | 36        |
| 3.5.1 Metoder for internprising.....                        | 36        |
| <b>4. SYKEHUSREFORMEN.....</b>                              | <b>39</b> |
| 4.1 SITUASJONEN FØR SYKEHUSREFORMEN.....                    | 39        |
| 4.2 SYKEHUSREFORMEN.....                                    | 40        |
| <b>5. EMPIRI.....</b>                                       | <b>42</b> |
| 5.1 HAUKELAND UNIVERSITETSSYKEHUS.....                      | 42        |
| 5.1.1 Kirurgisk Serviceklinikk.....                         | 43        |
| 5.1.2 Ortopedisk seksjon.....                               | 44        |
| 5.2 STYRINGSSYSTEMET.....                                   | 45        |
| 5.2.1 Kobling mellom mål og plan.....                       | 45        |
| 5.2.2 Kobling mellom plan og handling.....                  | 49        |
| 5.2.3 Kobling mellom handling og oppfølging/evaluering..... | 52        |
| <b>6. ANALYSE.....</b>                                      | <b>58</b> |
| 6.1 STYRINGSSYSTEMET.....                                   | 58        |
| 6.1.1 Kobling mellom mål og plan.....                       | 58        |
| 6.1.2 Kobling mellom plan og handling.....                  | 59        |

---

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 6.1.3     | <i>Evaluering</i> .....                     | 61        |
| 6.2       | BUDSJETTERINGSMETODE .....                  | 65        |
| 6.3       | FINANSIERING .....                          | 67        |
| 6.3.1     | <i>Dagens finansieringsmåte</i> .....       | 67        |
| 6.3.2     | <i>Alternative finansieringsmåter</i> ..... | 71        |
| <b>7.</b> | <b>OPPSUMMERING OG KONKLUSJON</b> .....     | <b>75</b> |
|           | <b>LITTERATURLISTE</b> .....                | <b>78</b> |

---

## Figur og tabell lister

### Figurliste

|   |    |
|---|----|
| Figur 1 Prinsipal og Agent (Opstad og Berg 1992).....                                       | 19 |
| Figur 2 Styrings sirkel (Anthony og Young, 2003).....                                       | 24 |
| Figur 3 De fire verdener i økonomisk styring (Pettersen m.fl. 2008) .....                   | 27 |
| Figur 4 Budsjetteringsmetoder (Bergstrand 2009).....  | 29 |
| Figur 5 Organisasjonskart Haukeland Universitetssykehus (kilde: www.haukeland.no, 2) ..     | 42 |
| Figur 6 Organisasjonskart Kirurgisk serviceklinikk (Kilde: internt organisasjonskart) ..... | 44 |
| Figur 7 Pasientens gang gjennom sykehuset.....  | 45 |

### Tabell liste

|  |    |
|--|----|
| Tabell 1 Relevante situasjoner for ulike forskningsmetoder (Yin, 2003) ..... | 12 |
| Tabell 2 Oversikt over intervjuobjekter .....                                | 15 |

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Interessen for å skrive en utredning innenfor feltet helseøkonomi oppstod som en følge av den store mediedekningen helsesektoren til stadighet får. Mye av denne oppmerksomheten knytter seg til enten budsjettoverskridelser eller ventelister. I 2002 ble det innført en ny helsereform i Norge der et av hovedmålene var å få orden på økonomien og få mer helse for pengene. Et viktig virkemiddel her var å få mer bedriftsøkonomiske prinsipper inn i den økonomiske styringen. Et sentralt punkt i bedriftsøkonomiske prinsipper er profittmaksimering. Dette står delvis i kontrast til sykehusenes samfunnsøkonomiske mål om å levere gode og tilgjengelige helsetjenester som et offentlig gode.

Sykehus er store komplekse organisasjoner, og en pasient er avhengig av tjenester fra langt flere avdelinger enn den han eller hun er innlagt ved. Etter at man begynte med innsatsstyrt finansiering som en del av finansieringsgrunnlaget til sykehusene, har dette igjen ført til endringer i hvordan den enkelte klinikk eller avdeling ved hvert enkelt sykehus er finansiert. Noen klinikker får inntekter basert på hvor mye de produserer (hvor mange DRG poeng som genereres ved klinikken), mens andre avdelinger har en fast budsjetttramme å forholde seg til.

Temaet i denne oppgaven er styringssystemet til en støtteavdeling ved Haukeland Universitetssykehus, altså en avdeling som ikke selv tar inn pasienter, men som leverer tjenester til klinikkene der pasientene er innlagt. Temaet vil bli utforsket ved å se på Kirurgisk serviceklinikk som er den overordnede serviceklinikken ved Haukeland. For å få en dypere innsikt i hvordan styringssystemet virker har jeg valgt å fokusere på en seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk som leverer tjenester til en enkelt somatisk klinikk ved Haukeland. Ved å gjøre det på denne måten har det vært mulig å identifisere eventuelle fordeler og ulemper ved blant annet ulik finansieringsform, innsats eller ramme, på klinikker som er gjensidig avhengige av hverandre.



---

## 1.2 Teoretisk utgangspunkt

Fokuset i oppgaven er hvordan styringen ved en støtteavdeling gjennomføres, den økonomiske styringssirkelen beskrevet i Anthony og Young (2003) blir brukt som et rammeverk for å beskrive dette. Gjennom den samme teorien identifiseres også eventuelle brudd mellom de ulike fasene i styringen. Siden budsjettet er et viktig styringsverktøy i norske sykehus er det også tatt med budsjetteringsteori fra Pettersen m.fl. (2008) og Bergstrand (2009) som et grunnlag for å studere hvordan budsjetteringen foregår ved klinikken og for å identifisere hvilke konsekvenser dette får for den økonomiske styringen. Prinsipal-agent teori beskrevet av blant annet Opstad (2003), benyttes for å beskrive eventuelle målkonflikter og asymmetrisk informasjon, og virkemidler for å redusere disse problemene. Siden det som studeres er en støtteavdeling ved sykehuset er det også brukt teori om ansvarsenheter i organisasjoner, beskrevet av blant annet Hoff (2010), for å se på egnetheten av ulike typer ansvarssteder. Under dette ligger det også hvordan man finansierer de ulike ansvarsenheterne i en organisasjon basert på teori fra blant annet Bergstrand (2009).

## 1.3 Fremgangsmåte for datainnsamling

For å få en innføring i hvordan Kirurgisk serviceklinikk er organisert og styrt, startet jeg med to innledende samtaler med assisterende klinikkdirektør og controller ved Kirurgisk serviceklinikk. Deretter har det vært kvalitativ datainnsamling i form av intervjuer. Her begynte jeg med intervjuer med de samme personene, da disse satt i en god posisjon til å gi innsikt i hvordan styringssystemet er utformet. Deretter ble det gjennomført intervjuer med klinikkdirektør og klinikkoverlege ved Ortopedisk klinikk og seksjonsleder på ortopedisk seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk som kunne gi innsikt i deres bruk og oppfatning av styringssystemet. Avslutningsvis intervjuet jeg økonomidirektør ved Haukeland Universitetssykehus og klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk. Bakgrunnen for at jeg valgte å gjennomføre disse intervjuene til slutt var at jeg anså disse personene som de viktigste intervjuobjektene, jeg ønsket derfor å ha størst mulig innsikt i både hvordan det var tenkt å fungere og hvordan det fungerte så jeg kunne stille gode spørsmål og på den måten få gode svar.

## 1.4 Konkretisering av problemstilling

Tema i denne oppgaven er økonomisk styring ved en støtteavdeling på et statlig sykehus, studieobjektet er Kirurgisk serviceklinikk på Haukeland sykehus med et fokus på Ortopedisk seksjon ved klinikken. Problemstillingen som skal besvares er:

***Hvordan er styringssystemet til Ortopedisk seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk, som støtteavdeling, bygget opp og hvilke erfaringer har man med det?***

For å besvare dette ser jeg på hvordan styringssystemet er bygget opp, hvordan det fungerer og hva man med utgangspunkt i litteraturen kunne løst på en annen måte.

## 1.5 Oppgavens struktur

I kapittel 2 presenteres metoden som er benyttet for innsamling og analyse av data.

I kapittel 3 presenteres det teoretiske rammeverket utredningen baserer seg på, teorien omfatter blant annet prinsippal-agent teori, styringssirkel og budsjetteringsteori.

Kapittel 4 gir en kort innføring i hvilke endringer helsereformen fra 2002 medførte.

I kapittel 5 presenteres først Haukeland Universitetssykehus og avdelingene det er sett på i denne utredningen før funnene som ble gjort i utredningen presenteres.

I kapittel 6 analyseres funnene som ble presentert i kapittel 5 med utgangspunkt i teorien som ble presentert i kapittel 3 med sikte på å besvare problemstillingen som er presentert over.

I kapittel 7 blir analysen oppsummert.

## 2. Metode

Kvaliteten på analysen avhenger av hvilken metode man har valgt å bruke, i dette kapitlet vil det derfor bli redegjort for den metodiske tilnærmingen som er brukt og fremgangsmåten for å besvare problemstillingen. Først vil valg av metode basert på studiets formål bli presentert, før det vil bli gitt en presentasjon av hvordan innsamlingen og analysen av datamaterialet ble gjort. Til slutt vil det bli gitt en kort presentasjon av evalueringskriteriene for den valgte metoden.

### 2.1 Valg av metode

I følge Yin (2003) kan man skille mellom tre typer case studier ut fra hvilket formål de har,

1. *Forklarende* studier fokuserer på å forklare årsak og virkning, denne typen studier kan også kalles kausale studier.
2. *Beskrivende* studier passer når man har problemet klart frem for seg og vet hva man ønsker å belyse, men ikke svarene.
3. *Utforskende* studier brukes når det kan være vanskelig å begrense temaet og det er vanskelig å vite hvilken vei utfallene av det man ønsker å se på vil ta.

For å beslutte hvilken forskningsmetode man bør bruke kan man i følge Yin (2003) stille tre spørsmål, (1) hvilken type forskningsspørsmål ønsker man å stille? (2) Kreves det kontroll over atferden? Og (3) fokuseres det på dagens hendelser? Hvilken forskningsmetode som passer best til en gitt situasjon kan vises i matrisen under.

| Forskningsmetode    | Type forskningsspørsmål                | Kreves det kontroll over atferden? | Fokuseres det på dagens hendelser |
|---------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| Eksperiment         | Hvordan, hvorfor?                      | Ja                                 | Ja                                |
| Spørreundersøkelse  | Hvem, hva, hvor, hvor mange, hvor mye? | Nei                                | Ja                                |
| Komparative studier | Hvem, hva, hvor, hvor mange, hvor mye? | Nei                                | Ja/nei                            |
| Historie            | Hvordan, hvorfor?                      | Nei                                | Nei                               |
| Case studier        | Hvordan, hvorfor?                      | Nei                                | Ja                                |

*Tabell 1 Relevante situasjoner for ulike forskningsmetoder (Yin, 2003)*

Målet med denne studien er å få en forståelse for hvordan den økonomiske styringen ved Kirurgisk serviceklinikk, med spesielt fokus på Ortopedisk seksjon, på Haukeland Universitetssykehus gjennomføres, hvordan styringssystemet er utformet og hvilke erfaringer de har med det. Målet med studien er med andre ord å utforske et spesifikt system ved klinikken, spørsmålsstillingen i problemstillingen er hvordan og et annet sentralt spørsmål er hvorfor de har valgt det styringssystemet de har. I følge Yin (2003) er case studier en velegnet forskningsmetode når man skal se et fenomen i sin virkelige kontekst, den naturlige forskningsmetoden blir derfor en utforskende case studie.

Når man skal velge tilnærming, kan man skille mellom kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Skillet ligger i at kvalitative studier baseres på data i form av ord, mens kvantitative baserer seg på data i form av tall. Hvilken studietilnærming man skal bruke avhenger av hvilke data som er nødvendige for å besvare problemet man har definert at man skal besvare.

I følge Yin (2003) kan det å undersøke et enkelt tilfelle betegnes som et enkelt-case studie. En enkelt-case studie er en studie av en sammenhengende enhet. Til sammenligning vil en fler-case studie være en studie av mange tilsvarende typer enheter, felt, personer eller områder på tvers av tid og rom. En enkelt-case studie kan fungere som en innledning til videre fler-case studier. En svakhet ved enkel-case studier er at det valgte caset senere kan

vise seg å representere en annen problemstilling enn det som i utgangspunktet var tenkt. Enkelt-case studier krever derfor grundig forskning og størst mulig tilgang til materiale til innsamling av case studiebevis. I tillegg kreves det at det hele tiden holdes oversikt over problemet som skal utforskes.

## 2.2 Innsamling av data

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ tilnærming i innsamlingen av data. Det vil si at jeg fokuserer på å finne meningssammenhenger fremfor tallmessige sammenhenger (Yin 2003). Bakgrunnen for dette valget er at jeg vil finne empiri for å kunne analysere hvordan Kirurgisk serviceklinikk styres. Målet med utredningen er å finne svar på hvordan man løser den økonomiske styringen og hvilke erfaringer de har med det.

Siden man ikke alltid vet man vil finne ved en utforskende studie, og denne typer studier i følge Johannessen m.fl. (2010) ofte kan bli veldig brede, har jeg valgt å bruke teori for å spesifisere hva jeg ville studere. På den måten kunne jeg avgjøre hvilke data jeg ville samle inn. Da dette er en utforskende studie, har jeg funnet det hensiktsmessig å samle inn primærdata ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer, på denne måten oppnås det en viss struktur ved innsamlingen, samtidig som det gir mulighet til å være noe fleksibel.

I tillegg til primærdata gjennom intervjuer har jeg også innhentet sekundærdata gjennom bøker om økonomisk styring i helsesektoren samt interne rapporter og avtaler. Innholdet i de rapportene jeg har fått innsyn i har jeg ikke fått tillatelse til å gjengi i oppgaven, men hva som rapporteres og strukturen i rapportene har likevel gitt en verdi for å øke forståelsen av styringssystemet. I følge Yin (2003) er det viktig å ta hensyn under hvilke omstendigheter data ble produsert og for hvem. Dette er det tatt høyde for i innsamlingen av sekundærdata. Med tanke på at innholdet i rapportene jeg har fått tilgang til er hemmelig og det i denne utredningen derfor kun er sett på hvilke nøkkeltall som rapporteres og strukturen på det, vil ikke det ikke knytte seg særlig stor risiko til bruken av disse sekundærdataene.

## 2.3 Intervjuer

Det er som nevnt over brukt en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, og primærdata er samlet inn gjennom semi-strukturerte intervjuer. Dette skyldes at jeg har intervjuet personer med ulik bakgrunn og i ulike roller og dermed var avhengig av å ha en viss fleksibilitet. Det var likevel ønskelig å ha en viss struktur i intervjuene og jeg laget derfor en intervjuguide basert på den innhentede teorien. Intervjuguiden ble delt inn i ulike temaer og hvilke spørsmål som ble stilt til hvilke intervjuobjekter ble basert på hvilken rolle de hadde og på den måten hva de hadde mest kunnskap om. På denne måten kunne intervjuobjektene komme med ny informasjon, samtidig som jeg forsikret meg om at alle relevante temaer ble dekket.

Intervjuguiden ble brukt som et utgangspunkt for alle intervjuene, men hvert enkelt intervju ble tilpasset det aktuelle intervjuobjektet. I tillegg ble det etter hvert som jeg hadde gjennomført intervjuer føyet til spørsmål basert på informasjon som hadde kommet frem i tidligere intervjuer.

Jeg intervjuet syv personer i ulike stillinger ved Haukeland universitetssykehus. Johannessen m.fl. (2010) skriver at man når en grenseverdi ved antall intervjuer der man ikke lenger får tilført særlig verdi fra intervjuet. Det antallet intervjuer som ble gjennomført i denne utredningen var hensiktsmessig for å samle inn tilstrekkelig informasjon og for å sikre reliabiliteten til datamaterialet. Det var også viktig å intervjuer personer i ulike roller for å få førstehåndsinformasjon om de ulike personenes erfaring med styringssystemet. Alle informantene har ledende stillinger innenfor sin avdeling. I tabellen under følger en oversikt over intervjuobjektene, tidspunkt for intervju og varighet.

| Informant nummer   | Stilling  | Dato for intervju | Varighet på intervju |
|--------------------|---|-------------------|----------------------|
| Informant nummer 1 | Controller ved Kirurgisk serviceklinikk                   | 10.5.2012         | 1 time               |
| Informant nummer 2 | Assisterende klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk | 14.5.2012         | 35 minutter          |
| Informant nummer 3 | Klinikkdirektør ved Ortopedisk klinikk                    | 29.5.2012         | 1 time               |
| Informant nummer 4 | Klinikkoverlege ved Ortopedisk klinikk                    | 29.5.2012         | 45 minutter          |
| Informant nummer 5 | Seksjonsleder ved Ortopedisk seksjon                      | 29.5.2012         | 50 minutter          |
| Informant nummer 6 | Økonomidirektør   | 7.6.2012          | 45 minutter          |
| Informant nummer 7 | Klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk              | 7.6.2012          | 1 time               |

*Tabell 2 Oversikt over intervjuobjekter*

Alle intervjuene ble gjennomført på tomannshånd, dette ble gjort fordi jeg ønsket at hver person skulle svare mest mulig fritt fra hva andre kanskje skulle mene om temaet og for å la intervjuobjektene fullføre resonnementene sine. Det ble benyttet båndopptaker på alle intervjuene, dette hadde både fordeler og ulemper. Enkelte personer vil kanskje være noe mer restriktive med hvilken informasjon de gir når det blir tatt opp. Samtidig sørger det for at man kan gi en mer korrekt gjengivelse av hva som ble sagt i etterkant enn hva man hadde hatt mulighet til om det ikke ble tatt opp. I transkriberingsprosessen ble språket fra intervjuene gjort noe mer skriftlig for at det skulle bli enklere å lese. De transkriberte intervjuene ble så sent til sitatsjekk hos de respektive intervjuobjektene, der de fikk muligheter til å komme med innvendinger på innholdet. Det kom ingen innvendinger mot de transkriberte intervjuene. Intervjuene ble gjennomført i perioden fra midten av mai til begynnelsen av juni. Tidspunktet de ble gjennomført på skyldes en kombinasjon av at et ønske om å ha innhentet relevant teori og informasjon før intervjuene, samt at det var

vanskelig å få avtalt intervjuer på et tidligere tidspunkt. Det var også et ønske om å gjennomføre de to siste intervjuene, med klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk og økonomidirektøren, til slutt når forståelsen for økonomistyringen var best.

## 2.4 Analyse av data

Alle intervjuene ble transkribert kort tid etter at de ble gjennomført mens de fortsatt var friskt i minnet. Intervjuguiden tok utgangspunkt i de ulike fasene i styringssirkelen. De transkriberte intervjuene ble så kategorisert basert på koblingen mellom de ulike fasene i styringssirkelen, så det var lettere å få oversikt over hva de ulike intervjuobjektene hadde sagt om hvert enkelt tema. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at struktureringen av det innhentede datamaterialet i seg selv er en begynnelse på analysen. At transkriberingen og struktureringen ble gjort kort tid etter selve intervjuet gjorde også at jeg i tillegg til å kategorisere basert på det teoretiske rammeverket kunne trekke inn inntrykkene jeg satt med av hva de ulike intervjuobjektene hadde vært mer og mindre opptatte av. Den teoretiske forankringen ble brukt som et rammeverk for å fokusere på de relevante funnene, men ikke strengere enn at jeg i denne prosessen var åpen for relevant informasjon intervjuobjektene kom med.

## 2.5 Evaluering av funnene

Reliabilitet og validitet brukes som kriterier for å vurdere kvaliteten til metoden (Johannessen m.fl., 2010) Jeg vil i det følgende drøfte de faktorene jeg finner relevante for denne utredningen.

### 2.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om i hvilken grad innsamlingen og analysen av data kan repeteres med samme resultat (Yin, 2003). Det vil si i hvilken grad utredningen er pålitelig. Reliabiliteten i denne utredningen er styrket av at intervjuene er planlagt godt og ved at det har vært en framdriftsplan som har definert rekkefølgen ting skal gjennomføres i på forhånd. Gjennom å ha satt meg inn i teorien for de temaer jeg mente var relevante å belyse i forkant av intervjuene kunne jeg stille gode oppfølgingsspørsmål til informasjonen intervjuobjektene ga meg. I løpet av intervjuene kom det også frem noe informasjon om temaer jeg ikke hadde



---

satt meg like godt inn i på forhånd, dette er temaer det kunne vært interessant å belyse i en annen utredning. Da jeg ikke hadde satt meg inn i disse temaene på forhånd, har jeg vurdert det til at utredningens reliabilitet ville blitt svekket dersom fokuset i analysen hadde blitt skiftet over til andre deler av styringssystemet. Disse funnene var heller ikke direkte relatert til det økonomiske styringssystemet, som er fokuset i denne utredningen. Før alle intervjuene ble det kommunisert på e-post eller telefon om hva som var formålet med utredningen slik at de kunne forberede seg, dette ble så gått nøyere gjennom rett i forkant av intervjuet og intervjuobjektene ble gitt mulighet til å komme med eventuelle spørsmål før intervjuet startet. Dette ble gjort for å skape tillit mellom meg og intervjuobjektet og for å få avklare formålet med utredningen. Alle intervjuobjektene jobber med en del av styringssystemet som er studert til daglig og er derfor meget relevante for å besvare problemstillingen. Dette gir utredningen en høy grad av reliabilitet. Det har ikke blitt intervjuet noen nøytrale, noe som svekker utredningens reliabilitet noe. Dette er dog blitt kompensert for gjennom å innhente sekundærdata fra bøker både om styringssystem spesifikt for helsesektoren og styringssystem generelt. At datainnsamlingen ble gjort ved bruk av båndopptaker kan ha ført til at intervjuobjektene holdt noe mer tilbake i intervjusituasjonen, denne mistanken ble til dels bekreftet av at jeg gjerne fikk ny informasjon etter at opptaket var stoppet. Denne risikoen var kjent på forhånd, men det ble vurdert til at fordelene av å få en bedre flyt i intervjuet og eksakte sitater var større enn ulempen ved at de ble mer tilbakeholdne. Tilleggsinformasjonen som ble gitt i etterkant av intervjuene var heller ikke vesentlige for å besvare problemstillingen.

Tidspunktet for gjennomføringen av intervjuene kan også påvirke reliabiliteten til utredningen, for å unngå at fokuset til intervjuobjektet er på noe annet enn intervjuet er alle intervjuene gjennomført på et tidspunkt hvor intervjuobjektet hadde godt med tid satt av og med et unntak unngikk jeg intervjuer på mandager eller fredager hvor fokuset gjerne er rettet mot helgen. En fare ved bruk av semi-strukturerte intervjuer er at intervjuobjektens svar påvirkes av intervjueren. Dette ble forsøkt unngått ved å bruke en intervjuguide. Ved å følge intervjuguiden ble det også alltid stilt åpne spørsmål om temaet først for å unngå dette. I noen tilfeller ble det likevel nødvendig med mer konkrete spørsmål som oppfølging på andre intervjuobjekters svar om det samme temaet. Det skal også trekkes inn at det er en potensiell ulempe ved intervjuer og en kvalitativ tilnærming at intervjuobjektet får lite betenkningstid og på den måten ville svart noe annerledes hvis de fikk lengre betenkningstid, for å kompensere for dette ble det stilt klare spørsmål og gitt presiseringer der noe var uklart. Ved

å sende det transkriberte intervjuet til gjennomlesning og sitatsjekk i ettertid har jeg gitt respondentene en mulighet til å rette opp i eventuelle feil i svarene de har kommet med. Samtlige intervjuer ble foretatt på Haukeland, det er derfor en fare for at intervjuobjektene har hatt en ekstra lojalitetsfølelse til Haukeland i intervju situasjonen. I hele datainnsamlingsprosessen har jeg søkt å ha et objektivt syn på kildene mine.

### **2.5.2 Validitet**

Validiteten til datamaterialet handler om dets relevans og troverdighet. Saunders m.fl. (2007) skriver at det dreier seg om hvorvidt funnene faktisk dreier seg om det de ser ut til å gjøre.

I følge Johannessen m.fl.. (2010) dreier begrepsvaliditet seg om i hvilken grad funnene representerer virkeligheten og formålet med studiet. I denne utredningen knytter dette seg til hvorvidt svarene fra intervjuene faktisk representerer den situasjonen man faktisk opplever ved Haukeland. Dette bør være godt ivaretatt i denne utredningen, da jeg har intervjuet personer i ulike stillinger som jobber daglig med styringssystemet.

*Intern validitet* i kvalitative undersøkelser dreier seg i følge Johannessen m.fl.. (2010) om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn reflekterer virkeligheten og formålet med studiet. For å ivareta dette brukte jeg først noe tid på å bli kjent med fagfeltet, før jeg hadde to uformelle samtaler med ansatte ved avdelingen for å bli bedre kjent med caset. Jeg satte meg så dypere inn i fagfeltet og leste tilgjengelig informasjon om avdelingen før jeg gjennomførte intervjuene. På denne måten kunne jeg i forbindelse med datainnhentingene skille ut relevant informasjon.

*Ekstern validitet* handler om i hvilken grad man kan generalisere funnene i utredningen. Siden det her bare er sett på hvordan styringssystemet til en avdeling ved ett sykehus fungerer er det vanskelig å generalisere disse funnene. Målet med oppgaven var dog å få dyp innsikt i hvordan styringssystemet er bygget opp og fungerer ved et sykehus og ikke å generalisere. Utredningen kan derimot brukes som et sammenligningsgrunnlag eller et utgangspunkt for andre studier av styringssystem ved støtteavdelinger.

### 3. Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil det teoretiske rammeverket brukt i utredningen bli presentert, teorien som vil være i fokus knytter seg til økonomisk styring.

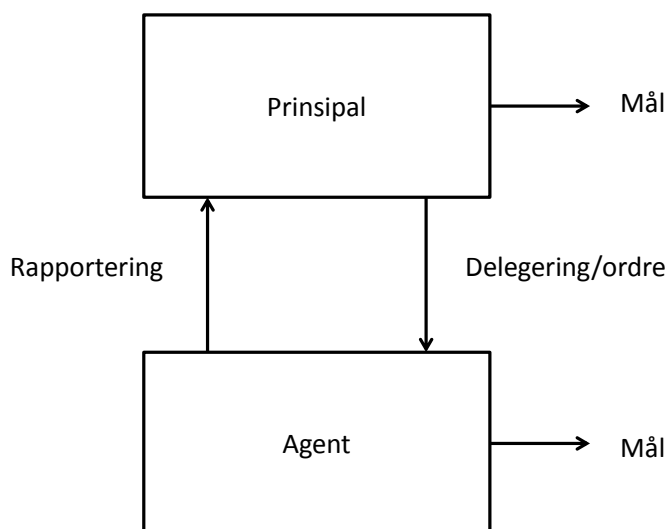
Den økonomiske styringen i en organisasjon har to hovedformål, å ha kontroll på ressursbruken og å styre organisasjonen mot et fastsatt økonomisk mål. For å klare dette lager organisasjoner et styringssystem. Bergstrand (2009, side 14) sier følgende om å styre et selskap.

*”Å styre et stort selskap handler om å skape et styringssystem som gjør at ambisiøse ansatte løser de riktige problemene mens de arbeider mot de riktige målene.”*

Et sentralt punkt i styringen er altså å ha et system som sørger for at man gjør de rette tingene og jobber i samme retning. Utfordringen ligger i hvordan dette systemet skal lages. I følgende vil det presenteres teori om hvordan styringssystemer utformes og anvendes.

#### 3.1 Prinsipal-agent-teori

I en organisasjon der eier og leder er to forskjellige personer, eller man har flere hierarkiske nivåer, oppstår det et prinsipal-agent forhold. Prinsipalen får agenten til å handle på sine vegne og belønner agenten for dette, Opstad og Berg (1992).



Figur 1 Prinsipal og Agent (Opstad og Berg 1992)

Ser man på prinsipal-agent forholdene blant de ansatte i organisasjonen kan man si at prinsipalen har ansvar for at de oppsatte målene blir nådd, han bestemmer reglene for hvordan ting skal gjøres, gir belønning, oppmuntring, kontroll og sanksjoner som sikrer effektiv ressursutnyttelse. For at dette skal gjøres delegerer han oppgaver til agenten. Prinsipalen er enten eier eller leder i organisasjonen. Agenten kan sees som prinsipalens virkemiddel for å nå målene. Agenten utfører selve arbeidet innenfor de gitte rammene og rapporterer tilbake til prinsipalen.

I en organisasjon kan man ha flere prinsipal-agent forhold, eieren er prinsipalen til topplederen og topplederen er dermed agenten til eieren. Topplederen er igjen prinsipalen til neste leder under seg i organisasjonen og den lederen agenten til topplederen. Slike prinsipal-agent forhold vil man finne helt ned til fagarbeideren som utfører arbeidet i siste ledd som ikke har noen under seg. Utfordringene med et prinsipal-agent forhold vil derfor kunne oppstå flere steder i en organisasjon, Opstad (2003).

Det hender dog at prinsipalen og agenten ikke har samme mål og interesser, og agenten ikke følger prinsipalens ønsker. Dette kan i følge Opstad (2003) skyldes,

1. *Helhetsvurdering*

*Prinsipalen ser organisasjon fra et høyere nivå og vet mer om hvilke prioriteringer som må gjøres for det beste helhetlige resultatet.*

2. *Nærhet til brukere*

*Agenten jobber med de aktuelle oppgavene til daglig og har derfor bedre kjennskap til de lokale behovene, her kan også utdannings- eller yrkesbakgrunn spille inn.*

3. *Egeninteresse*

*Prinsipalen og agenten vil begge ha egne interesser, det hender at disse ikke sammenfaller og at agenten velger å følge sine interesser fremfor prinsipalens føringer. Det hender også at prinsipalens egeninteresser gjør det vanskelig for agenten å agere, for eksempel på grunn av for lite handlings rom.*

4. *Forskjellig virkelighetsoppfatning*

*Dersom prinsipalen og agenten har ulik oppfatning om hva de reelle behovene det er kan dette føre til problemer.*

5. *Ulik holdning til risiko*

*En av aktørene kan vegre seg for å gjøre investeringer som den andre mener er nødvendig på grunn av at utfallet er ukjent. De kan også ha ulik holdning til risikoen knyttet til å bryte prosedyrer og spilleregler.*

---

## 6. Målforskyvning

*Forhold endrer seg over tid, dette krever at oppgaver og mål tilpasses dette. De ulike aktørene kan ha en ulik oppfatning og kunnskap av hva som kreves av endringer for å tilpasse seg den nye situasjonen.*

I et prinsipal-agent forhold vil det alltid være asymmetrisk informasjon, utfordringen her ligger i at agenten har informasjon prinsipalen ikke har. Dette kan være enten *skjulte handlinger, skjult informasjon eller moralsk hasard*. Skjulte handlinger vil si at prinsipalen ikke kan se hva agenten gjør eller det er for dyrt for prinsipalen å få tilgang til denne informasjonen. Skjult informasjon er der agenten baserer sine handlinger på informasjon som er utilgjengelig for prinsipalen. Såkalt moralsk hasard er en situasjon hvor prinsipalen ser resultatet, men ikke kan observere hva agenten har gjort. Prinsipalen vet derfor ikke om resultatet skyldes utenforliggende forhold eller innsatsen til agenten.

I et prinsipal-agent forhold er det altså utfordringer knyttet til informasjonen om hva som gjøres og ikke minst hva som kunne vært gjort. Dersom prinsipalen kunne gjort en bedre jobb enn agenten snakker vi om et *resttap*, størrelsen på resttapet avhenger av hvor mye bedre jobben kunne vært gjort. For å minimere resttapet vil prinsipalen opprette et styringssystem som agenten må forholde seg til, dess mer omfattende dette styringssystemet er, dess mer informasjon vil prinsipalen få om hva agenten foretar seg. Et styringssystem koster dog penger og dess mer omfattende det er dess dyrere blir det. Dess mer omfattende styringssystemet er dess mer tid vil både agenten og prinsipalen bruke på å legge inn og hente ut informasjon fra det. Kostnaden av et styringssystem kan derfor både sees direkte gjennom den kostnaden det er å opprette og bruke det og gjennom alternativkostnaden til tiden som kunne vært brukt på å utføre de faktiske arbeidsoppgavene knyttet til å nå målene. Kostnaden av styringssystemet kalles *styringskostnad*. Når man skal bestemme hvor detaljert styringssystemet skal være må man derfor forsøke å legge det på det nivået som minimerer summen av resttapet og styringskostnaden, denne summen kalles *agentkostnaden*.

Opstad (2003) nevner ti punkter for hvordan prinsipalen kan utøve sin styring på

### 1. Spesifisering av målene

*Prinsipalen kan spesifisere målene i ulik grad av detalj til agenten, jo mer detaljert målene beskrives jo mindre handlings rom gir det agenten til å avvike fra dette.*

### 2. Grad av delegering av beslutninger

*Prinsipalen kan bestemme hvilke avgjørelser agenten skal få lov til å ta uten å innhente godkjenning fra prinsipalen.*

3. *Omfang av pålagte oppgaver*

*Prinsipalen kan gi agenten mange konkrete oppgaver som gjør at agenten ikke har rom for å fravike disse oppgavene.*

4. *Instruks om hvordan oppgavene skal gjennomføres*

*Prinsipalen kan i ulik grad spesifisere hvordan oppgavene skal utføres, prinsipalen vil da ikke lenger bare styre hva som gjøres, men han kan også styre når og hvordan.*

5. *Grad av rapportering og tilbakemelding*

*Prinsipalen kan bestemme hvor mye og hvor ofte agenten skal rapportere, dess mer og dess oftere agenten må rapportere til prinsipalen, dess mindre slingringsmonn har agenten til å avvike prinsipalens instruksjoner.*

6. *Etablering av en felles kultur*

*Dersom man klarer å skape en følelse av at man har samme interesser vil dette redusere motsetningsforholdene og føre til at alle drar i samme retning.*

7. *Belønnings- og sanksjonsordninger*

*Prinsipalen kan strukturere belønningssystemet på en sånn måte at agenten blir belønnet for rette valg og straffet for gale valg.*

8. *Innføring av kontraktstyring*

*Det at det er en informasjonsasymmetri mellom prinsipalen og agenten vil kunne virke til agentens fordel ved at agenten kjenner til detaljer det er umulig for prinsipalen å sette seg inn i. Ved å innføre kontraktstyring der agenten må konkurrere med andre om å få utføre de samme oppgavene vil noe av makten flyttes over til prinsipalen.*

9. *Omorganisering av virksomheten*

*Prinsipalen kan endre strukturen i organisasjonen, for eksempel gjennom endring i ledelsens sammensetning, organisering i seksjoner eller beslutningsprosedyrene. Prinsipalen kan også frata agenten arbeidsoppgaver.*

10. *Utskiftning*

*Prinsipalen kan skifte ut agenten dersom arbeidsoppgavene ikke utføres på en tilfredsstillende måte. Trusselen om dette kan gi agenten incentiver til å handle etter prinsipalens ønske, men agenten kan også møte utfordringer her fordi han kan ha bedre kjennskap til utfordringene enn prinsipalen.*

En viktig del av prinsipal-agent forholdet er kampen om budsjettmidler, agenten vil ønske å kapre mest mulig midler og sitter på kunnskap om bruken av midlene prinsipalen ikke nødvendigvis har innsikt i. I følge Opstad og Berg (1992) gir dette agenten et incentiv til å overrapportere kostnadene knyttet til viktige mål for prinsipalen. På denne måten vil agenten få mer midler som kan benyttes på andre områder han men er viktig. På bakgrunn av dette starter et spill mellom prinsipalen og agenten. Dersom agenten tror prinsipalen kommer til å gjennomskue taktikken hans, kan han for eksempel øke kostnadsrapporteringen ytterligere så han selv etter at prinsipalen har kuttet noe sitter igjen med mer. Et motvirkemiddel fra prinsipalen kan være krav om økt aktivitet som følge av de økte bevilgningene. En måte for agenten å få midlene sine på kan være å fortelle prinsipalen at dersom han ikke får bevilgningene vil han kutte i aktiviteten. Problemet for agenten er at dersom han er ærlig og rapporterer de faktiske kostnadene kan han risikere at prinsipalen antar at han rapporterer for høyt og dermed kutte i bevilgningene, dette gir med andre ord agenten et incentiv til å være uærlig. Et virkemiddel for prinsipalen for å unngå en situasjon der agenten omdisponerer midlene mot prinsipalens ønske kan være å øremerke midlene, dette er dog en strategi som vil fungere dårlig i en situasjon hvor de faktiske behovene endrer seg i løpet av budsjettperioden. En annen taktikk agenten kan benytte seg av for å få økte bevilgninger kan være å avstå fra å gjøre arbeid som kunne vært utført under gjeldende rammer, dersom denne taktikken fører fram ender altså prinsipalen opp med å premiere ineffektivitet.

## 3.2 Styrings sirkel

I følge Anthony og Young (2003) kan den økonomiske styringsprosessen kan deles inn i fire etterfølgende faser, først gjennomfører man den strategiske planleggingen hvor man bestemmer hva som skal gjøres, deretter kvantifiserer man de strategiske planene gjennom å utarbeide et budsjett. Dette danner grunnlaget for årets drift som måles i forhold til budsjettet, dette evalueres igjen og brukes som grunnlag for neste års strategiske planlegging. Dette kan gjerne illustreres i en styrings sirkel.



Figur 2 Styrings sirkel (Anthony og Young, 2003)

### 3.2.1. De fire faser i økonomisk styring

#### Strategisk planlegging

I den strategiske planleggingsfasen bestemmer ledelsen hvilke programmer organisasjonen skal gjennomføre i kommende periode, og anslår hvor mye ressurser dette kommer til å kreve. Beslutningene her baserer seg på hva ledelsen av organisasjonen har kommet frem i sin strategiplanlegging. Introduksjon av nye programmer er ikke en del av den økonomiske styringsprosessen, dette planlegges i en tidligere fase. Lengden på de strategiske planene varierer fra organisasjon til organisasjon, men varer ofte lenger i offentlige organisasjoner på bakgrunn av innholdet i planene som er å yte en tjeneste heller enn å tjene penger. Dette er også det store skille mellom den strategiske planleggingen i en privat organisasjon med mål



om å tjene penger og en offentlig organisasjon som skal tilby tjenester til befolkningen. Mens man i private organisasjoner gjerne kobler programmer opp om produkter eller produktlinjer og bestemmer hvor mye ressurser som skal brukes på det, tar man i det offentlige utgangspunkt i hvilke tjenester organisasjonen skal tilby. I utgangspunktet er beslutninger i dette og tidligere ledd basert på en analyse av hvor mye man forventer å tjene på et program sammenlignet med utgiftene, i det offentlige måler man ikke inntektene i penger, men i nytte for samfunnet. I denne delen av prosessen er man i stor grad utsatt for press for andre aktører, blant annet gjennom politiske valg og opinionen i folket.

### **Budsjett forberedelse**

Budsjettet er en kvantitativ plan, som regel målt i penger, på hva som skal gjennomføres i budsjettperioden, som regel et år. I denne delen av den økonomiske styringssirkelen beslutter man hvor mye man skal gjøre av hva og allokterer ressurser deretter. Kort fortalt kan man si at man i denne fasen delegerer ansvar fra planene som er lagt i den strategiske fasen. Denne prosessen innebærer mye forhandlinger og budsjettet man kommer frem til er derfor et kompromiss mellom flere parters interesser.

### **Drift og måling**

Under den normale driftsperioden overvåker ledere hva som skjer og regnskapsavdelingen fører regnskap over faktisk input og output. I mange organisasjoner føres regnskap så man kan se hva som er brukt av ressurser, både for programmer og ansvarssteder, for å bruke som grunnlag for senere programmer og evaluering av ansvarssteder og deres ledere.

### **Rapportering og evaluering**

Regnskapsinformasjonen fra driften samles sammen med annen informasjon og summeres, analyseres og sendes til de lederne som er ansvarlige for det aktuelle området og deres overordnede for å sammenlignes med budsjettplanen. Formålet med dette er i følge Anthony og Young (2003) tredelt. (1) Rapportene hjelper ledere til å koordinere og kontrollere den pågående driften, sammen med annen informasjon lederne observerer kan de se til at ting går som planlagt og eventuelt gripe inn om nødvendig. (2) Rapportene brukes også til å evaluere driften og de ansvarlige ledere, denne prosessen gir også rom for at ledere ser forbedringspotensial i driften de er ansvarlig for. (3) Til slutt brukes rapportene for å evaluere hele programmer, her kan man avdekke om man driver på optimal måte eller ikke. Finner man at det er forbedringspotensial går man tilbake til fase en og starter den strategiske planleggingen igjen basert på erfaringene som har kommet frem gjennom perioden som har gått.

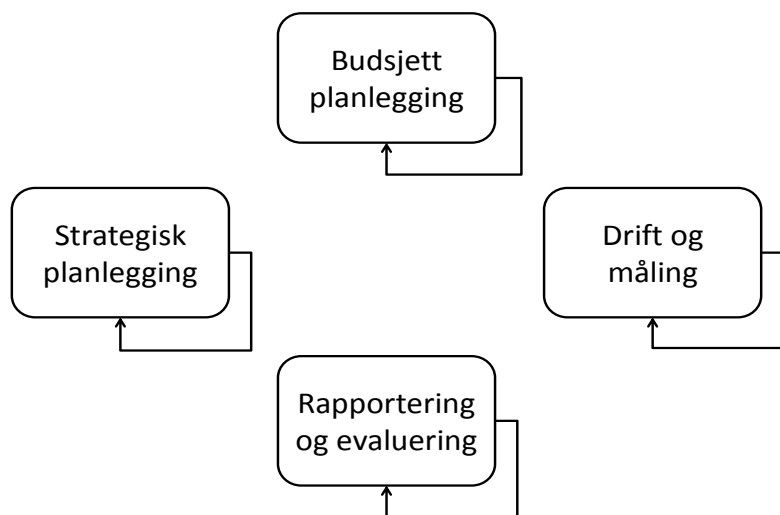
### 3.2.2. Styrings sirkelen i praksis

Skal styringssystemet fungere i praksis må det være en klar kobling mellom hva som gjøres i de ulike fasene og fasene må komme i kronologisk rekkefølge, altså må målene man setter i den strategiske planleggingsfasen følges opp i den kvantitative planen budsjettet er. At planene i budsjettet omsettes til handling og dermed gjennomføres i den faktiske driften og at det er en klar kobling mellom handlingene og det man rapporterer på. Nyland og Pettersen (2010) finner dog at den ideelle styrings sirkelen som er beskrevet over ikke lar seg gjennomføre i praksis, dette er spesielt knyttet til målkonflikter som i stor grad kommer av det faktum at den strategiske planlegging foregår på et politisk nivå. Man får altså et brudd fra rapportering og evaluering til strategisk planlegging. En mye brukt tilnærming er istedenfor inkrementell budsjettering der størsteparten av budsjettet bygger på tidligere års budsjett og gjør mindre tilpasninger basert på tidligere erfaringer, inkrementell budsjettering vil bli presentert nærmere senere. Styrings sirkelen bygger på en forutsetning om formålsrasjonalitet, altså at de ulike aktørene i prinsipal-agent forholdet har samme mål. Dette er, som beskrevet i presentasjonen av prinsipal-agent teorien over, ikke alltid tilfelle og man trenger derfor et styringssystem som kan samordne dette. Modellen bygger også på at prinsipalen og agenten har samme tilgang til informasjon, som vist i prinsipal-agent teorien er heller ikke det tilfelle, styringssystemet må derfor også utformes for å gi prinsipalen informasjon om agentens atferd og en mulighet til å styre den.

En utfordring man ofte finner i helsesektoren er i følge Pettersen m.fl. (2008) at det ikke er en kobling mellom de ulike fasene i styrings sirkelen. Dette har ulike årsaker i de ulike koblingene. I koblingen mellom målene fra den strategiske planleggingen og planene i budsjettet knytter dette seg til tidspunktet budsjetttrammen fra staten blir klar på, dette skjer som regel ikke før man har kommet inn i driftsåret, man risikerer derfor at det budsjettet man har laget basert på målene som er satt må kuttes i. På grunn av tidspunktet dette kuttet kommer på kan det bli vanskelig å gjennomføre en ny budsjettprosess for å tilpasse den nye rammen, en mye brukt løsning i helsesektoren er å gjennomføre kuttet likt over hele organisasjonen. Budsjettet blir derfor ikke lenger realistisk i forhold til målene. Det er også en utfordring i denne koblingen at man ofte benytter inkrementell budsjettering og derfor ikke klarer å tilpasse seg målene. I koblingen mellom plan (budsjett) og handling (drift) kan problemene oppsummeres som en potensiell avveining mellom å oppnå de økonomiske målene eller aktivitets- og kvalitetsmålene som er satt og planlagt for, dette vil hvis man velger aktivitetsmålene og kvalitetsmålene innebære enten at man enten går med underskudd

eller får en tilleggsbevilgning. På denne måten følger plan handling, ikke motsatt som modellen forutsetter. Også koblingen mellom handling og oppfølging er ofte svak eller fraværende i sykehus, dette kan skyldes flere faktorer. Regnskapene i sykehus er gjerne strukturert for å ansvarliggjøre ledere, dette sammenfaller ikke med aktiviteten i sykehuset siden hver pasient skaper kostnader i flere avdelinger på sykehuset. Samtidig er ikke alle kostnadene i sykehus drevet av antall pasienter. Dette fører til at det blir vanskelig å måle de rette tingene i driften, som igjen fører til at det blir vanskelig å evaluere på bakgrunn av det som rapporteres. Et annet problem er at regnskapsdataene ofte ikke er gode nok, dette kan blant annet skyldes periodiseringsproblemer. I tillegg til dette opplever man at regnskap blir utarbeidet for historisk dokumentasjon og revisjon og at man ikke bruker regnskapet til å gi tilbakemelding til den strategiske planleggingen.

Pettersen m.fl. (2008) finner derfor at man istedenfor den ideelle styrings sirkelen som beskrevet over istedenfor har fire separate verdener som hver lever sitt eget liv.



Figur 3 De fire verdener i økonomisk styring (Pettersen m.fl. 2008)

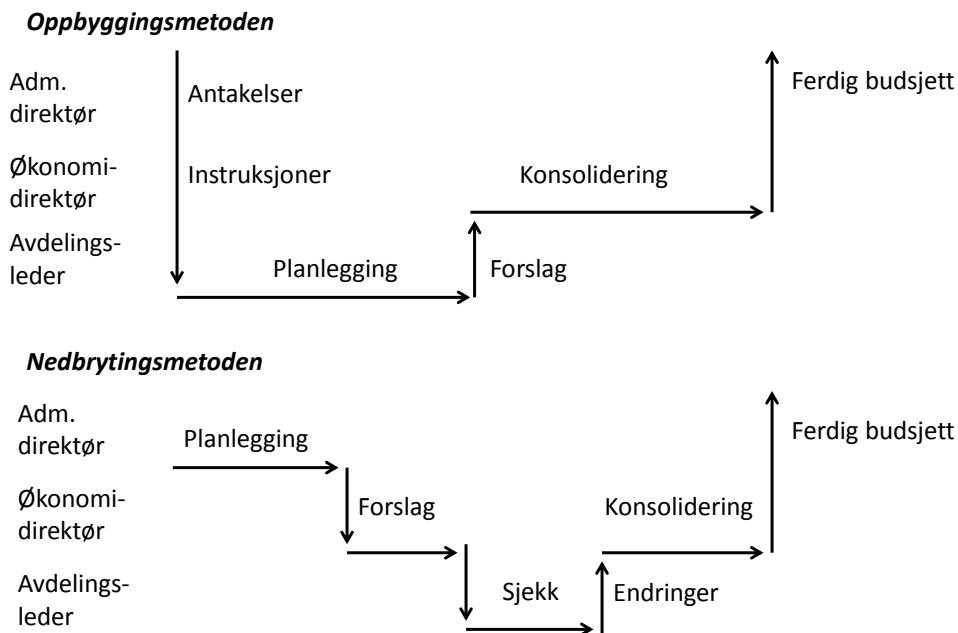
### 3.3 Budsjettering

I det offentlige har det vært en lang tradisjon for budsjettering, dette er knyttet til behovet for å bestemme hvordan man skal fordele begrensede ressurser på en best mulig måte og informere offentligheten om det. I tiårene etter andre verdenskrig ble det også vanligere med budsjetter i store private organisasjoner. Bergstrand (2009) nevner følgende mål med budsjetter i private organisasjoner i dag, budsjettering gir en plan for de totale aktivitetene i organisasjonen, i budsjettet utvikler man mål for avdelinger og profittsentre, budsjettering bidrar til å skape koordinasjon og kommunikasjon mellom profittsentre, budsjettet danner et viktig grunnlag for oppfølging og variansanalyse, når et kvartal er over kan man bruke budsjettet til å gi prognoser på resten av året, budsjettering kan brukes til å prioritere mellom kostnader, identifisere ansvarlige ledere og skape motivasjon. Budsjettering kan også være en kilde til incentiver og bonuser. Mesteparten av dette er overførbart til det offentlige, men ikke alt, for eksempel er bonuser lite utbredt i det offentlige.

Når man ser videre på budsjettering er det et klart skille mellom det private og det offentlige. I privat sektor tjener penger på å selge produkter eller tjenester i et marked, i det offentlige får man bevilgninger fra staten for å utføre tjenester det er vedtatt at de skal levere. Nyland og Pettersen (2010) viser motsetningen mellom budsjettkoblede (offentlige) organisasjoner og markedskoblede (private) organisasjoner ved å skille mellom forskjellen mellom mål og virkemiddel i de to sektorene. Mens private organisasjoners mål er å tjene penger og deres middel er de forskjellige aktivitetene de kan bedrive, er det motsatt i det offentlige. Her er det bestemt hvilke aktiviteter som er målet at skal utføres og middelet for å nå dette er penger.

### 3.3.1. Budsjetteringsmetoder

Tradisjonelt sett har man sagt at budsjetteringsprosessen kan gjennomføres på to måter, disse metodene kalles oppbyggingsmetoden og nedbrytingsmetoden. I virkeligheten er dog situasjonen langt mer komplisert enn disse to modellene beskriver, likevel kan de brukes som et grunnleggende rammeverk for videre analyse av budsjetteringsprosessen.



Figur 4 Budsjetteringsmetoder (Bergstrand 2009)

#### Oppbyggingsmetoden

Oppbyggingsmetoden begynner med at man gjør noen antakelser og lager instruksjoner som man sender nedover i organisasjonen til de ulike avdelingslederne. Antakelsene man videresender vil inneholde toppledelsens og styrets forståelse av den generelle markedssituasjonen, sykluser man vil få i perioden, myndigheters handlinger, lover og regler, rentesituasjonen og markedets etterspørsel etter tjenestene man skal yte. I tillegg til dette vil antakelsene inneholde en beskrivelse av hvordan endringer i markedet vil påvirke selskapets valg i forhold til produkter man skal tilby, priser, volum, profittmål, investeringer i nye prosjekter og hvordan man ser på ansettelser og forhold knyttet til dette. I tillegg kommer instruksjonene som beskriver budsjetteringsprosessen, ansvar i budsjetteringsprosessen og tidsfrister. Når ledelsen har gjort sine antakelser og sendt ut disse sammen med instruksjonene starter budsjetteringsprosessen fra bunnen i organisasjonen. Hver avdeling får derfor ansvar for å utarbeide sitt eget budsjett og sende dette til den

lederen som sitter på nivået over i organisasjonen. Denne lederen vil så motta budsjetter fra de avdelingene den er ansvarlig for og sette disse sammen til et budsjett for hele avdelingen. I denne prosessen vil den ansvarlige lederen trolig kalle inn til et møte med de som har sendt budsjettet sitt til ham og revidere og samkjøre budsjettene med kutt og økninger der det er nødvendig. Når denne prosessen er fullført vil budsjettet igjen sendes oppover i hierarkiet og prosessen med møter og revidering gjentas til budsjettet sendes til toppledelsen og styret for en siste revidering og endringer og til slutt godkjenning, Bergstrand (2009).

En stor fordel med oppbyggingsmetoden er i følge Bergstrand (2009) at den blir sett på som en demokratisk metode der ansatte lenger nede i organisasjonen kommer til orde og får gitt sitt bidrag. Kritikken går i stor grad på at det er en meget tidkrevende prosess med mye forhandlinger på ulike nivåer, som følge av alle leddene og forhandlingene man må gjennom kan man derfor ende med et budsjett som ikke passer med antakelsene og instruksjonene toppledelsen sendte ut i begynnelsen av budsjetteringsprosessen. Man risikerer derfor å ende opp med et budsjett som ikke er særlig godt for organisasjonen sett under ett. At prosessen tar lang tid gjør også at dersom man i de avsluttende runder oppdager elementer som burde vært annerledes, kan det hende man ikke har tid til å sende budsjettet nedover i organisasjonen igjen for å rette opp i dette på en tilfredsstillende måte. Dersom man da gjør endringene i toppledelsen vil man miste den demokratiske troverdigheten i budsjettet som ofte vil være hovedargumentet for å velge denne metoden. Pettersen m.fl. (2008) peker spesielt på koordineringsproblemene ved oppbyggingsmetoden og viser at det i praksis sendes ut planer for blant annet aktivitetsnivået i perioden for å gjøre koordineringen lettere og gi et mer samstemt budsjett.

### *Nedbrytingsmetoden*

Nedbrytingsmetoden starter med at toppledelsen lager et forslag til budsjett for hele organisasjonen, dette sendes så videre til den budsjettansvarlige i ledelsen som splitter opp budsjettet til avdelingsbudsjetter. Budsjettet sendes så videre nedover i avdelingene og blir splittet opp videre helt ned til minste nivå med eget budsjett i organisasjonen og koblet opp mot behovene til kunder, leverandører og ansatte i den aktuelle avdelingen. Her gjøres nødvendige endringer i budsjettet før det sendes videre oppover i organisasjonen igjen med budsjettmøter på de ulike nivåene som i oppbyggingsmetoden. En klar fordel med nedbrytingsmetoden er at den gjør det lettere å møte målene til organisasjonen og at den er mindre ressurskrevende på alle nivåer enn oppbyggingsmetoden. Det er også klarere at beslutningsmakten ligger hos toppledelsen og det blir derfor ingen falske forhåpninger om en

---

demokratisk budsjetteringsprosess. I følge Bergstrand (2009) kan mangelen på følelse av påvirkningskraft nedover i organisasjonen også gå utover motivasjonen til de ansatte, da de vet at alle avgjørelser tas over hodene deres uansett. Dette kan samtidig føre til at ansatte lenger ned i systemet ikke bidrar til å komme med nødvendige forslag til endringer. Summen av dette kan bety at man får et budsjett som stemmer godt overens med ledelsens mål og prioriteringer, men som ikke er realistisk i den enkelte avdelingen. Det finnes dog enkelte tilfeller hvor nedbrytingsmetoden er veldig effektiv. Dette vil typisk være når organisasjonen opplever en krise og alle derfor vil dra i samme retning eller når ledelsen sitter på bedre informasjon enn de lokalt ansatte og har forståelse for hva som faktisk kreves.

### *Kombinasjoner og variasjoner av oppbyggings og nedbrytingsmetoden*

Bergstrand (2009) viser også kombinasjoner av de to metodene. En måte å gjøre dette på er å lage et overordnet budsjett for hele organisasjonen, som i nedbrytingsmetoden, først, men hovedformålet med det overordnede budsjettet er å bruke det som instruksjoner og rammer for avdelinger nedover i organisasjonen. På denne måten sikrer man klare rammer nedover i organisasjonen, men avdelingene har fortsatt muligheten til å utvikle et budsjett de selv har tro på. Her er det viktig å gi rom for at man nedover i organisasjonen gir ansatte mulighet til å komme til orde og bidra. Fra dette utgangspunktet følger man oppbyggingsmetoden for resten av budsjetteringsprosessen. En fordel med denne metoden kontra en ren oppbyggings- eller nedbrytingsprosess er at man ved klare instruksjoner unngår koordineringsproblemer man kan oppleve med oppbyggingsmetoden samtidig som man utnytter fordelene ved den.

En annen metode som i følge Bergstrand (2009) kan benyttes er iterativ budsjettering, denne bygger typisk på oppbyggingsmetoden og foregår ved at man først lager budsjettet på et lavt nivå i organisasjonen etter å ha fått antakelser, mål og instruksjoner fra toppledelsen. Budsjettet sendes så oppover i systemet med små revideringer. Når det til slutt når toppledelsen vedtar de deler av budsjettet og forkaster andre deler. Det som blir forkastet må gjennom prosessen på nytt, etter at ledelsen har gitt nye antakelser, mål og instruksjoner, helt til de kommer et forslag som godtas av styret. Dette kan innebære både større og mindre endringer. Denne budsjetteringsmetoden vil kunne gi et bedre budsjett enn ved bruk av oppbyggingsmetoden eller nedbrytingsmetoden, dette skyldes at man er forberedt på at man skal gå flere runder og dermed blir ikke forhandlingene så intense. Ulempen med denne metoden er at det blir en veldig stor arbeids byrde på de som er involvert i prosessen og enkelte avdelinger vil måtte gjøre minimale endringer flere ganger noe som kan virke

demoraliserende i prosessen fordi de ikke er klar over at de små endringene som gjøres i deres budsjett vil få stor betydning andre steder i organisasjonen.

### *Inkrementell budsjettering*

Inkrementell budsjettering er en form for budsjettering man ser mye av i offentlig sektor. Ved inkrementell budsjettering bygger man budsjettet sitt på budsjettet fra foregående periode og justerer det mot prisendringer og de mindre endringene som skal gjøres i forhold foregående budsjett. Disse endringene er typisk endringer som er gitt eksternt som man må forholde seg til. Det viktigste dokumentet i planleggingsprosessen er tidligere budsjetter, mens regnskapet fra tidligere perioder tillegges mindre vekt. Denne metoden å budsjettere på er langt mindre tidkrevende enn nedbrytnings- eller oppbyggingsmetoden, ulempen er i følge Pettersen m.fl. (2008) at feilfordelinger fra tidligere perioder vil videreføres og man får derfor permanente skjevheter og prioriteringer. Dette kan føre til at man ikke klarer å utnytte ressursene tilstrekkelig og at man ikke er klar over hvordan ressursene faktisk benyttes.



---

## 3.4 Ansvarssenter

Etter hvert som organisasjoner har blitt mer større og mer komplekse har man begynt å dele inn organisasjonen i ansvarsenheter. Hoff (2010) definerer en ansvarsenhet på følgende måte.

*”En ansvarsenhet er en organisatorisk enhet i bedriften med en leder som har delegert beslutningsmyndighet til og ansvar for å gjennomføre og følge opp definerte planer og oppgaver.”*

Bakgrunnen for å ha ansvarsenheter er at de øverste lederne i organisasjonen ikke kan ha detaljert kunnskap eller oversikt over alle delene av bedriften, man velger derfor å delegere ansvar til en person på et lavere nivå i organisasjonen for på denne måten også ansvarlig gjøre den enkelte leder i større grad.

I følge Hoff (2010) kan man dele ansvarssenter inn i fire ulike typer

1. Servicesenter (utgiftsenter)
2. Kostnadssenter
3. Inntektssenter (markedsføringsseter)
4. Overskuddssenter

I offentlige organisasjoner finner man som regel overskuddssentre, kostnadssentre og servicesentre. I kostnadssentre og utgiftsentre er fokuset å holde kostnadene så lave som mulig, mens det i overskuddssentre er fokus både på kostnader og inntekter.

### 3.4.1. Servicesenter

En avdeling som produserer tjenester som leveres internt i organisasjonen uten at mottaker av tjenestene betaler for det, kan defineres som et servicesenter. Ved et servicesenter er fokuset på de totale kostnadene og det gis et rammebudsjett som man må holde seg innenfor når man leverer tjenestene. Et typisk kjennetegn ved et servicesenter er at det er vanskelig å kvantifisere det de produserer og at det de produserer derfor må vurderes kvalitativt, Hoff (2010). Det er potensielle incentivproblemer knyttet til måten et servicesenter er finansiert på, ved kun å gi avdeling en ramme, kan avdelingen i prinsippet gjøre akkurat så mye eller lite de vil innenfor denne rammen, det må derfor spesifiseres mål som avdelingen skal oppnå innenfor den gitte rammen. En annen utfordring er at ved ikke å ta betalt for tjenestene man produserer er at etterspørselen da vil kunne stige til uante høyder siden mottakeren av varene

eller tjenestene ikke påføres en kostnad som får de til å begrense bruken utover det som er nødvendig, Bergstrand (2009). Servicesentre er at de som regel er arbeidsintensive og en stor del av fokuset blir derfor kontroll av bemanningen, Hoff (2010).

### **3.4.2. Kostnadssenter**

Et kostnadssenter har heller ingen inntekter, og følgelig er også her fokuset på kostnadene. Ansvar til et kostnadssenter er å gjennomføre produksjonsplanen sin mest mulig effektivt og produktivt. Et kostnadssenter jobber ut fra et mål om en enhetskostnad på det de produserer. For at et ansvarssenter skal kunne defineres som et kostnadssenter forutsettes det derfor at man kan spesifisere sammenhengen mellom kostnadene som påløper og det de produserer, Hoff (2010). Kostnadssenteret finansieres gjennom et fleksibelt budsjett, det innebærer at de kompenseres for det de produserer etter en forhåndsavtalt pris som skal være lik kostnadene. Budsjettet blir derfor fleksibelt i form av at det varierer etter hvor mye de produserer, Anthony og Young (2003). Ved et kostnadssenter må den ansvarlige lederen få mulighet til å påvirke kostnadene, dette innebærer at beslutningsmakten desentraliseres til den ansvarlige ved avdelingen så den tar avgjørelser om innkjøp av varer og tjenester, ansettelse og oppsigelse av personell og den kortsiktige produksjonsplanleggingen, Hoff (2010). Et typisk eksempel på et kostnadssenter ved et sykehus vil være en klinisk avdeling som behandlet et visst antall pasienter per år, Løkkebø og Vik (2006).

### **3.4.3. Inntektssenter**

En avdeling som kun har ansvar for inntektene kalles et inntektssenter eller et markedsføringscenter. Et inntektssenter får den ferdige varen levert av produksjonsavdelingen og har ansvaret for selve salget. Et inntektssenter vil typisk ha mål som salgsinntekter, dekningsbidrag og/eller markedsandeler, Hoff (2010).

### 3.4.4. Overskuddssenter

Mens servicesentre og kostnadssentre bare måles på kostnadene og inntektssenter måles på inntektene til avdeling, måles et overskuddssenter både på inntektene og utgiftene til avdelingen. Anthony og Young (2003) nevner fem kriterier for å avgjøre om et ansvarssted skal være et overskuddssenter eller ikke

- (1) Lederen ved kostnadssenteret skal ha mulighet til å påvirke ansvarsstedets inntekter og utgifter i rimelig grad.*
- (2) Lederen ved ansvarsstedets må oppfatte at profitten som rapporteres gir et rettmessig inntrykk at den økonomiske situasjonen ved ansvarsstedet.*
- (3) Konkurransen internt som kommer som en følge av å være overskuddssenter skal ikke få negative konsekvenser for organisasjonen som helhet.*
- (4) Det finnes internpriser.*
- (5) Fordelen med å ha et overskuddssenter må være større enn de økte kostnadene ved å organisere det som et overskuddssenter.*

## 3.5 Internpriser

De fleste store organisasjoner er i dag delt opp i ansvarssentre, som beskrevet over. En måte å gjøre resultatene ansvarssentrene leverer reelle er å sette en pris på varene og tjenestene som forflytter seg internt i organisasjonen. Det finnes flere grunner til å bruke internpriser, Bergstrand (2009) lister opp fire hovedgrunner, for det første oppfordrer man til økonomiske tenkning og rasjonell oppførsel ved å sette en pris på de varene eller tjenestene man leverer, internpriser gir et incentiv for tilbyder av tjenestene til å tilby så mye som mulig, samtidig som det gir kjøper av varene og tjenestene et incentiv til å unngå overforbruk. For det andre gir internpriser et bilde på hva den totale kostnaden til de varene eller tjenestene som tilbys. For det tredje gir internpriser en mulighet til å måle lønnsomheten til hvert enkelt ansvarssted og for det fjerde kan man bruke det til skatteplanlegging i store selskaper som har aktiviteter i flere land, dette er dog ikke veldig aktuelt i offentlige organisasjoner som sykehus.

### 3.5.1 Metoder for internprising

I følge Bergstrand (2009) skal man ideelt sett benytte særkostnad pluss alternativ kostnad, men det kan ofte være vanskelig å finne den reelle alternativkostnaden. Da må man bruke andre metoder.

#### *Markedsbaserte internpriser*

Når det finnes en markedspris bør man bruke denne, da den viser den reelle alternativkostnaden. Problemet er at når man selger internt vil man slippe en del av kostnadene man har ved å selge eksternt. Dersom man har en markedspris vil det logiske være å selge til markedspris minus kostnadene ved å selge eksternt. Spørsmålet blir da hvordan man skal fordele profitten mellom de ulike enhetene, Bergstrand (2009) presenterer tre muligheter. (1) Argumentere at pengene man sparer i handelen er foretaket sin fortjeneste og beskatte transaksjonene så hovedkontoret får profitten. (2) Gi rabatten til kjøperen, som da vil kunne sette markedsprisen sin bedre og man vil lettere kunne svare på endringer i konkurrentenes priser og maksimere selskapets profitt. Eller (3) hvis det er store forskjeller i størrelsen på avdelingene kan man velge å fordele profitten for å styrke en avdeling. En annen situasjon man kan komme opp i er at den interne kjøperen konsumerer så mye at den også må kjøpe fra utenforstående, i så fall vil det være naturlig å betale hele markedsprisen til den interne selgeren. Dette vil også motivere selger til å utvide og bedriften vil holde mer

---

av profitten fra sluttproduktet internt. I mange tilfeller vil dog ikke markedsprisen være relevant eller mulig å finne, dette gjelder spesielt dersom det aktuelle produktet eller tjenesten er spesielt tilpasset den interne kjøperen. I så fall må man velge en annen måte å beregne internprisen på.

### *Kostnadsbaserte priser*

Tidligere har mange ment at man skal bruke de direkte kostnadene som internpris, dette er meget problematisk da det ikke vil gi noen incentiver til å fortsette å selge internt, eller i verste fall å produsere i det hele tatt. Til å begynne med vil man kanskje selge unna noe ekstra for å dekke inn ledig kapasitet, men så lenge man ikke får dekket de indirekte kostnadene vil man tape penger på sikt og altså bli tvunget til å legge ned. Man må i så fall bruke selvkost som internpris. Denne prisen må kalkuleres på forhånd, hvis ikke vil man ikke ha noen incentiver til å holde kostnadene nede i løpet av året. Dersom den er kalkulert på forhånd vil man derimot strekke seg etter å være mer effektiv og tjene penger. Det må ikke settes noe påslag på selvkosten da dette vil snu selgers incentiv fra å holde kostnadene nede til å øke kostnadene, siden påslaget da blir høyere.

Bergstrand (2009) nevner to argumenter mot bruk av selvkostpriser, for det første vil man tape penger på å kjøpe internt hvis kostnadene overstiger markedsprisen på tilsvarende produkt, dette kan dog løses med en klausul om at internprisen ikke kan overstige markedspris. For det andre vil selger ha et incentiv til å blåse opp prisene hvis markedspriser ikke er tilgjengelige, på denne måten beholder selger profitten selv, mens selskapet samlet taper på det. Et alternativ til selvkost er derfor å bruke ABC og kun betale for de kostnadsdriverne produktet som handles internt faktisk bruker. Også her må man passe på at prisene er satt på forhånd for at selger faktisk skal ha incentiver til å holde prisene nede.

### *Forhandlingsbaserte priser*

Hvis det ikke er noen regler for kostnadsbaserte eller markedsbaserte priser, velger man ofte å forhandle. Hvis varen eller tjenesten kan handles i et marked og det derfor er mulig å finne en markedspris, brukes den som regel som utgangspunkt for forhandlingene. Dersom det er snakk om et spesielt tilpasset produkt som det ikke finnes noe marked for, tar man utgangspunkt i kostnadene og forhandler frem en pris begge er fornøyd med. Et potensielt problem med forhandlinger er i følge Bergstrand (2009) at noen ledere finner det lettere å tjene penger på gode forhandlinger enn effektiv drift, ledelsen bør derfor ha regler i forhold til at man kun kan gjøre små endringer i forhold til markedspris.

### *Toprissystem*

I noen tilfeller vil ikke de tidligere nevnte prismulighetene være tilstrekkelig, da kan man innføre et toprissystem. Dette kan i følge Bergstrand (2009) gjøres på to måter, det første alternativet er at man kan ha forskjellig kjøpspris og salgspris og la hovedkvarteret ta profitten eller tapet et sånt system gir, subsidieringsalternativet er spesielt aktuelt i situasjoner der den potensielle interne k peren ikke ser verdien av   kåpe tjenestene. Det andre toprissystemet går ut på at man tar en pris for   ha kapasiteten tilgjengelig, dette vil si en fastpris basert på ønsket kapasitet, og en pris for den faktiske bruken. På denne måten sikrer man at tjenestene er tilgjengelig uavhengig av midlertidige endringer i bruken, noe som ofte brukes som et argument mot internpriser.

---

## 4. Sykehusreformen

I dette kapitlet vil det kort bli gjort rede for situasjonen før sykehusreformen, bakgrunnen for sykehusreformen og konsekvensene av sykehusreformen. Først vil det bli gitt en kort beskrivelse av hva spesialhelsetjenesten skal tilby til sine brukere. Spesialhelsetjenesten skal tilby sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige, transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og transport av behandlingsspersonell (www.lovdatab.no, 1)

### 4.1 Situasjonen før sykehusreformen

Budsjettoverskridelser og vedvarende underskudd har lenge vært et problem i helsesektoren. I NOU 1996:5 (www.regjeringen.no, 2) ”Hvem skal eie sykehusene?” så man på om det var hensiktsmessig å overføre sykehusenes kapitalkostnader til staten, eventuelt overføre hele eierskapet av sykehusene til staten. Før sykehusreformen trådte i kraft var sykehusene underlagt de respektive fylkeskommunene, og fylkestinget var altså øverste politiske myndighet. I de fleste fylkeskommuner ble det faglige og administrative ansvaret for sykehusene lagt til en utnevnt fylkeshelsesjef. Det faglige ansvaret til fylkeshelsesjefen bestod av tilsyn med at lover og forskrifter knyttet til den faglige gjennomføringen ble fulgt. Det administrative ansvaret var styring basert på budsjett og resultatoppfølging. Sykehusene ble finansiert gjennom rammetilskudd fra den respektive fylkeskommunen. I 1980 la man om finansieringsordningen for institusjonshelsetjenesten, tidligere hadde man fått statlige refusjoner for deler av fylkeskommunenes faktiske utgifter. For å forbedre fordelingen mellom de ulike fylkeskommunene gikk man i 1980 over til en ordning der staten fordelte en ramme eller ga et sektortilskudd til fylkeskommunens helse- og sosialtjenester. Under den nye ordningen spilte demografiske faktorer, som for eksempel alderssammensetning og fødsels- og dødsrater, inn på bevilgingene (NOU 1996:5).

NOU 1996:5 trekker frem flere ulike faktorer som kunne påvirkes i positiv retning i forhold til gjeldende ordninger da utredningen ble skrevet. Blant temaer som ble diskutert er nivået på ressursinnsats, organisasjon, finansieringsmåte og eierstruktur. Ved innføring av en ny

reform var det mange perspektiv reformen måtte ta for seg. Blant de viktigste kan det nevnes hensyntaking av opplæringen av nytt helsepersonell og ivaretaking av pasientenes perspektiv i form av tilgjengelighet. En annen viktig faktor som måtte vurderes var konsekvensen den nye reformen ville få for de ansatte. Et problem med den gamle ordningen gikk på manglende samsvar mellom og midler i form av at det var staten som satte målene for spesialhelsetjenesten, mens fylkeskommunen satt med den direkte styringen siden spesialhelsetjenesten var underlagt dem. Staten forsøkte å styre dette gjennom øremerkede midler, men hadde ingen garanti for at større eller mindre deler av disse midlene ikke ble brukt til andre formål i fylkeskommunene. En stor utfordring man ønsket at en ny reform skulle løse, var å bedre det regionale samarbeidet (NOU 1996:5).

Etter den gamle ordningen var altså finansieringen av spesialhelsetjenesten delt mellom staten og fylkeskommunen, der fylkeskommunen betalte størsteparten av regningen. Finansieringen fra staten kom gjennom ulike ordninger, blant annet i form av tilskudd til poliklinisk undersøkelse og behandling og til prosjekter av ulikt omfang og varighet. Den uklare finansieringssituasjonen medførte situasjoner der man la opp til et taktisk spill for å få mest mulig finansiering fra staten, en spillsituasjon der pasienter gjerne satt igjen som taperen. Det var heller ikke bare et departement spesialhelsetjenesten fikk tilskudd fra, noen tilskudd kom fra Kommunal og arbeidsdepartementet, andre fra Sosial og helsedepartementet. Også dette åpnet ifølge NOU 1996:5 for spillsituasjoner.

Det ble i NOU 1996:5 altså avdekket flere problemer svakheter med den gjeldende organiseringen av spesialhelsetjenesten og utredningen var et viktig bakteppe da det ble innført en ny helseforetakslov som trådte i kraft 1.1.2002.

## 4.2 Sykehusreformen

Sykehusreformen kom altså i form av en ny lov som trådte i kraft i 2002, loven omfatter alle offentlig organiserte spesialhelsetjenester. Loven regulerer på den måten tjenester som ytes av offentlige så vel som private aktører (www.lovdatab.no, 2).

En av de største endringene i den nye loven var eierskapsforholdene til sykehusene, mens disse tidligere var eiet av fylkeskommunene, ble staten nå eier. Dette ble organisert gjennom at man opprettet seks nye regionale helseforetak (RHF). De respektive regionale helseforetakene står som eier og har styrer for helseforetakene i sin region, mens staten igjen eier de regionale helseforetakene. Etter lovendringen som trådte i kraft i 2002 delte man altså



landet i seks regionale helseforetak, Helse Sør, Helse Øst (senere slått sammen til Helse Sør-Øst), Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Haukeland Sykehus hører hjemme under Helse Vest.

I forbindelse med den nye helsereformen gjorde man også endringer i måten sykehusene ble finansiert på. Mens det tidligere var en blanding av midler fra den respektive fylkeskommunen og to departementer, står nå staten for hele finansieringen. Staten bevilger penger til de regionale helseforetakene som igjen bevilger videre til institusjonene i sin region.

Finansiering av spesialhelsetjenesten er i dag todelt, alle institusjoner får tildelt en basisbevilgning av ulik størrelse. I tillegg til at de har en aktivitetsavhengig bevilgning på toppen av dette, såkalt innsatsstyrt finansiering (ISF). Denne finansieringen baserer seg på diagnoserelaterte grupper (DRG), et system som plasserer en pasient i en gruppe avhengig av hvilken diagnose den har. Inntektene man får gjennom DRG baserer seg på en historisk gjennomsnittskostnad av å behandle pasienter i de ulike gruppene ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no), 2).

## 5. Empiri

I dette kapittelet vil det først bli gitt en kort presentasjon av Haukeland sykehus, Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon. Deretter vil funnene jeg har gjort, gjennom intervjuer, om hvordan styringssystemet er bygget opp og hvordan det fungerer bli presentert. Presentasjonen vil bli gitt med utgangspunkt i styringssirkelen som er presentert i teorien for å beskrive hva som gjøres i de ulike fasene og koblingene mellom fasene.

### 5.1 Haukeland Universitetssykehus

Haukeland sykehus ble åpnet i 1912, men allerede i 1754 åpnet det første offentlige sykehuset. Driften var dog svært begrenset og sykehuset var til å begynne med finansiert av fattigkassene i Bergen, og først mot slutten av 1800-tallet ble sykehuset en kommunal virksomhet. 22. juni 1899 ble det vedtatt at det skulle bygges sykehus på Haukeland og 6. juni 1907 ble planer og budsjett vedtatt. 17. januar 1912 var Haukeland sykehus i full drift og dette regnes i dag som den offisielle åpningsdatoen ([www.haukeland.no](http://www.haukeland.no), 1). I dag har Haukeland et budsjett på cirka 8,6 milliarder, rundt 11.000 ansatte, fordelt på omtrent 9.000 årsverk og behandler årlig over 600.000 pasienter.



Figur 5 Organisasjonskart Haukeland Universitetssykehus (kilde: [www.haukeland.no](http://www.haukeland.no), 2)

---

### 5.1.1 Kirurgisk Serviceklinikk

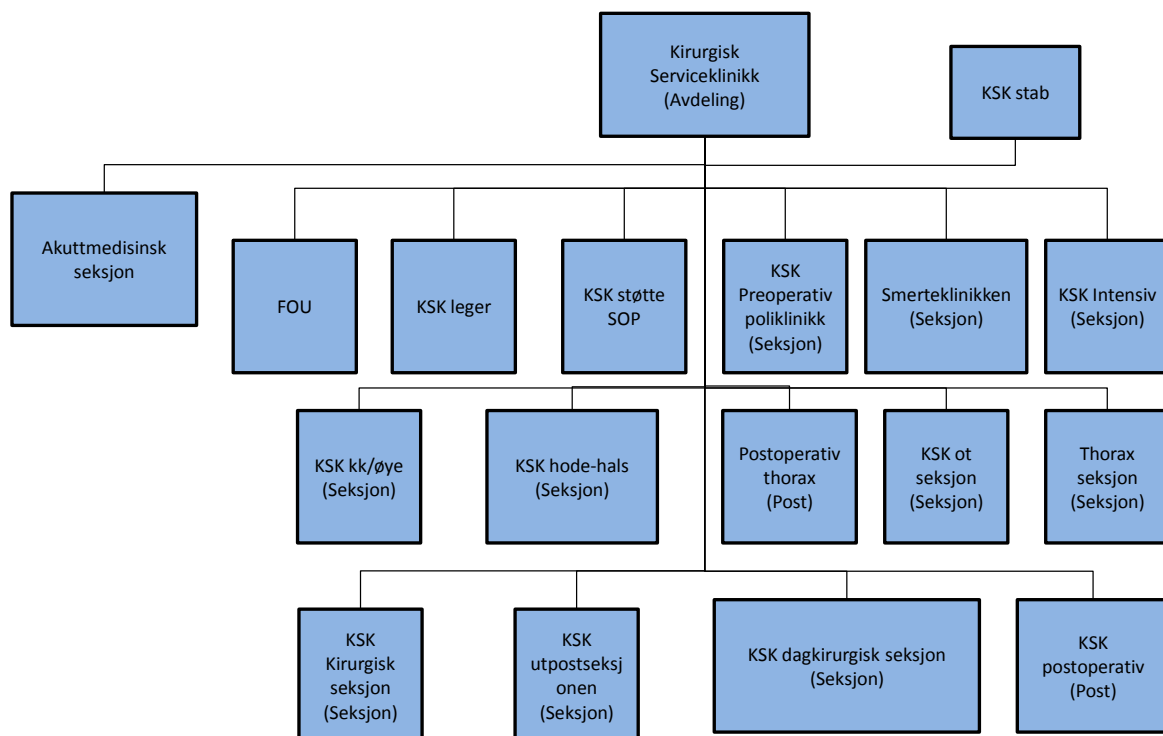
Kirurgisk serviceklinikk er en støtteavdeling ved Haukeland Universitetssykehus, de leverer tjenester til så å si alle avdelinger som behandler pasienter ved Haukeland, i tillegg til at Akuttmedisinsk seksjon med ambulansetjenester og akuttmottak er organisert under Kirurgisk serviceklinikk. Totalt er det omtrent 1.000 ansatte ved Kirurgisk serviceklinikk, fordelt på omtrent 780 årsverk. Budsjettet for 2012 er på cirka 680 millioner. Under følger en kort oversikt over hvilke ansvarsområder ved Haukeland som ligger under Kirurgisk serviceklinikk.

- *Ansvar for operasjonsstuedrift.*
- *Ansvar for narkose og bedøvelse til alle kirurgiske inngrep ved sykehuset.*
- *Gir bedøvelse ved smertefulle undersøkelser og behandlinger.*
- *Overvåker pasienter etter narkose og undersøkelser som krever overvåking.*
- *Intensivbehandling og sykepleie til alvorlig/kritisk syke pasienter etter store operasjoner, alvorlige ulykker eller annen sykdom.*
- *Tverrfaglig vurdering og behandling av pasienter med langvarige og/eventuelt kroniske smertetilstander og alvorlige syke kreftpasienter.*
- *Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) som har ansvar for medisinsk nødmeldetjeneste og ressursstyring.*
- *AMK er et knutepunkt både for kommunikasjon mellom det prehospitalt miljøet og internt i sykehuset.*
- *Ambulanseenheten som har ansvar for all bil og båtambulansetjeneste i Helse Bergen.*
- *Luftambulansetjenesten, hvor Akuttmedisinsk seksjon er ansvarlig for legebemanningen.*

(Kilde: [www.haukeland.no](http://www.haukeland.no), 3)

Ved Kirurgisk serviceklinikk er det altså flere støtteavdelinger som leverer tjenester internt, alle klinikkene ved sykehuset som opererer pasienter har sin egen støtteseksjon som de samarbeider med ved operasjoner, altså finnes det ved Kirurgisk serviceklinikk en kirurgisk seksjon som leverer tjenester til Kirurgisk klinikk, en ortopedisk seksjon som leverer tjenester til Ortopedisk klinikk også videre.

Alle operasjonsstuer og alt operasjonsteknisk utstyr er eid og drevet av Kirurgisk serviceklinikk.



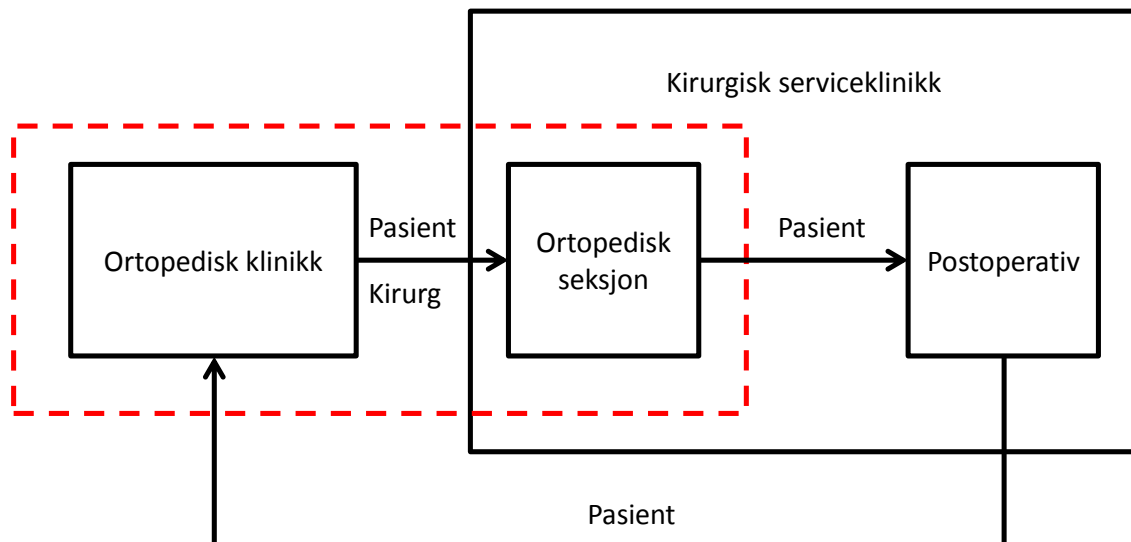
Figur 6 Organisasjonskart Kirurgisk serviceklinikk (Kilde: internt organisasjonskart)

### 5.1.2 Ortopedisk seksjon

Ortopedisk seksjon er den seksjonen som bidrar med operasjons- og anestesisykepleiere under operasjoner knyttet til operasjoner ved Ortopedisk klinikk. Det er også denne seksjonen som er ansvarlig for oppdekking av operasjonsstuen i forkant av operasjon og opprydding i etterkant. Seksjonen har i 2012 38 sykepleiere, disse fordeler seg på 22 operasjonssykepleiere og 15 operasjonssykepleiere, det er også en sekretær ansatt ved seksjonen i en halv stilling. I tillegg til dette er det 6 anestesileger tilknyttet til seksjonen, men disse er offisielt organisert i en egen avdeling ved Kirurgisk serviceklinikk. Ortopedisk seksjon har en budsjetttramme på nærmere 34 millioner kroner i 2012.

Siden det er Ortopedisk seksjon som er det primære studieobjektet i denne utredningen, er det viktig å forstå rollen seksjonen har på sykehuset. Når en pasient ved Ortopedisk klinikk trenger operasjon er det altså Ortopedisk seksjon som bidrar med operasjonsstue, utstyr og sykepleierne som er nødvendig for å gjennomføre operasjonen. Etter at operasjonen er ferdig

rulles pasienten inn på postoperativ avdeling, der pasienten våkner opp, før den til slutt rulles tilbake på Ortopedisk klinikk.



Figur 7 Pasientens gang gjennom sykehuset

## 5.2 Styringssystemet

### 5.2.1 Kobling mellom mål og plan

#### *Budsjettplanlegging*

Den strategiske planleggingen ved Haukeland baserer seg på styringsdokumentet de får av Helse-Vest, det er her de overordnede planene for hva som skal gjøres ved sykehuset legges. Strategiplanen til sykehuset kan deretter sees som en plan for hvordan dette skal gjennomføres i praksis, Pettersen m.fl., (2008)

Basert på denne informasjonen om hva styret forventer at skal gjøres og hvilken budsjetttramme man får kaller administrerende direktør inn til et møte med de ulike brukeravdelingene for å avgjøre hva som skal gjøres innenfor denne rammen.

*"I årsbudsjettet får vi forutsetningene for totalvirksomheten i juni, juli, august en gang. (...) Rundt 20. september fordeler vi tilnærmet hele rammen på disse 28 klinikkene. Og det er da gjort etter en jobb i økonomi og i dialog med nivå 2 og aller mest med administrerende direktør. Så går det en jobb i klinikkene fra rundt 20. september i fem-seks uker, i den perioden følger vi opp med avklaringer, med drøftinger. Og så blir det gjennomført en møteserie med alle klinikkene, økonomidirektør og administrerende direktør, muligens viseadministrerende og noen andre. Der tar klinikkledelsen med seg sin ledergruppe, sine tillitsvalgte og verneombud og har i hvert fall en times budsjettmøte, kan gå opp i en og en halv time for de største klinikkene. I tillegg har vi noen budsjettmøter som ser på samarbeid på tvers, herunder Kirurgisk serviceklinikk, som har møte med opererende klinikker sammen med administrerende direktør og økonomidirektør, medisinsk servicedivisjon, alle sammen. Så får vi inn budsjettdokumenter, da er vi kommet til månedsskiftet oktober november, med tallbudsjett. Og så er det for oss å sy det sammen, og da er forutsetningen at dette forholder seg til rammene, og det gjør det. Det kan hende at vi i denne fasen må inn og justere litt marginalt på rammene, via budsjettmøter eller enkeltsaker som kommer opp. Så syr vi det sammen og ser om det faktisk er kvalitet i det, ser om det er nok på varekost eller ser aktivitetsbudsjettet riktig ut, ser veksten fornuftig ut, kan det være noen som har basert kostnadsbudsjettet på et overvurdert inntektsbudsjett, også videre. Så kjører vi det tilbake til nivå to, i drøftinger, vi kjører det gjennom drøftingsmøter med tillitsvalgte. Alle nivå 2 enhetene. Så kjører vi det gjennom videre opp til styret og så er det ferdigbehandlet rundt midten av desember. Og da har vi et budsjett som er gitt en del forutsetninger, så om det skulle være usikkerhet i betingelsen fra statsbudsjettet eller fra Helse-Vest så har vi lagt til grunn en eller annen forutsetning, slik at budsjettet for enhetene er gitt fra dag en i januar. Det kan jo være at hvis utfordringene er for store eller utvikler seg negativt, at vi kjører en ekstraprosess, det har vi ikke gjort de to-tre siste årene, da vi truffet bra med rammene." – Sitat økonomidirektør*

Budsjettarbeidet ved Kirurgisk serviceklinikk foregår parallelt med at man blir enige med de ulike klinikkene om hvordan samarbeidet på tvers av klinikkene skal være. Dette baserer seg på rammene og instruksjonene fra ledelsen og hva de ulike klinikkene melder inn av behov.

*”Det begynner med at vi får en ramme som blir sendt ut. Den er jo selvfølgelig aldri sånn som vi ønsker at den skal være, så da bruker controlleren og jeg litt tid på å se hva som ligger innenfor og hva som ligger utenfor. Så har vi noen avklaringer i forhold til sentral økonomi og ser hvilke forutsetninger som ligger der. Så kaller vi inn alle seksjonslederne til en grovinformasjon om hva som ligger der og hva som ikke ligger der. (...) Deretter har vi en gjennomgang med alle seksjonslederne i forhold til bemanning, hvor vi går ut fra aktivitetsplan og bemanningsplan og hvor mange hoder de trenger og bygger det opp nedenfra i første omgang. Det går jo aldri bra, men det er sånn vi gjør det. Samtidig så sender vi med en gang vi får rammen ut en forespørsel til alle de andre nivå to lederne [klinikkdirektørene] om hva de trenger, altså hva de planlegger. For i og med at vi er en service avdeling må vi jo vite hva de planlegger. Når vi har begynt å få en første oversikt så har vi et koordinerende møte hvor vi legger frem hva vi mener vi kan få til. Pluss at vi setter en karakter på brukerne våre, hvor vi forteller alle hva de har meldt inn til oss og viser hvordan de har utnyttet kapasiteten, hvor mye de har gjort. Der er nok jeg ganske styrende i forhold til hvem jeg mener skal få mer kapasitet og hvem som ikke skal få det utover det vi oppfatter som leveranse, for alle ønsker seg mer og det er ikke alle som klarer å fylle den aktiviteten. Og der mener jeg vi er ganske gode. Vi har da et stort koordinerende møte hvor alle får se alles ønsker og alles resultater.” – Sitat klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

Dersom man i sykehusledelsen har budsjettert med større ramme enn man får tildelt vil det komme et såkalt osthøvelkutt på hele sykehuset, det vil si at man kutter rammen til alle klinikkene med samme prosentstørrelsen. Dette vil selvfølgelig også påvirke Kirurgisk serviceklinikk. Også på Kirurgisk serviceklinikk foretar man et osthøvelkutt på alle seksjonene ved klinikken, men for å redusere skjevfordelingene dette fører til også på den enkelte seksjonen forsøker man i størst mulig grad å bli enige om sparetiltak fremfor å kutte likt i alle budsjettpostene ved seksjonen.

*”(...) vi innførte i samråd med seksjonslederne et innsparingstiltak som seksjonslederne på tre av seksjonene ikke aksepterte og da fikk de fremlagt at hvis ikke dere skal gjennomføre dette sparingstiltaket så må vi finne på noe nytt. Vi kan ikke la være å spare inn og fortsette sånn som vi gjør, da må vi finne et annet sted å ta det inn igjen. (...)” – Sitat controller ved Kirurgisk serviceklinikk*

### **Budsjettfordelingsmodellen**

Det er en forskjell i hvordan brukerklinikkene, i dette tilfellet Ortopedisk klinikk, og Kirurgisk serviceklinikk som en serviceavdeling er finansiert. Alle avdelinger har i utgangspunktet en budsjettamme. Mens Kirurgisk Serviceklinikk, og på den måten Ortopedisk seksjon, har en gitt budsjettamme uten noen inntektsmuligheter utover rammen, har Ortopedisk klinikk en inntektsmulighet utover budsjettammen i tillegg i form av at de

får 40 % av DRG inntektene klinikken genererer. De har dermed muligheten til å kompensere for økte utgifter med å generere mer inntekter for å dekke et underskudd.

*”(...) Og vi bruker DRG når vi planlegger ekstra aktivitet, så vet vi at det er noen typer pasienter som lønner seg, der vi får dekket kostnadene. Også vet vi at det er noen pasienter som vi vet at det er helt umulig å tenke seg at vi får dekket, der vi bare får dekket en liten del av kostnadene. Og det litt skummelt, for mitt vedkommende kan jeg si at proteser det kan vi klare å gjøre med 40 % DRG, som er det vi får når vi gjør noe ekstra. Det kan vi klare hvis vi er veldig effektive, lage gode produksjonslinjer. Tar vi fire proteser i løpet av en dag, kan jeg dekke merkostnadene med å leie inn personale og sånt på. Men jeg kan ikke gjøre det på en hel del masse andre pasientgrupper. Det vil være et kjempestort tap. Så du vrir på en måte den ekstra innsatsen i en bestemt retning. Det kan jo stilles spørsmålsteget ved, er det korrekt?” – Sitat klinikkdirektør Ortopedisk klinikk*

Ser man isolert på Ortopedisk seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk, er det tjenestene de leverer til Ortopedisk klinikk som driver kostnadene.

*”(...) hos oss er nesten 98 % av kostnadene aktivitetsavhengig (...)” – Sitat controller ved Kirurgisk serviceklinikk.*

Forskjellen i måten klinikkene er finansiert på gjør at det er en potensiell interessekonflikt mellom klinikkene når det kommer til økonomi. Mens brukerklinikkene i flere tilfeller vil ha økonomiske incentiver til å operere flere pasienter vil Kirurgisk serviceklinikk, når man ser på denne klinikken isolert, ikke ha det samme økonomiske incentivet. Dette vil bli presentert nærmere i koblingen mellom plan og handling.

### ***Planlegging av samarbeidet med Ortopedisk klinikk***

Samarbeidet mellom Kirurgisk serviceklinikk og brukerklinikkene reguleres av årlige samarbeidsavtaler, disse samarbeidsavtalene skal styre samhandlingen dem imellom og det kvantitative grunnlaget for disse avtalene bestemmes i møtene mellom Kirurgisk serviceklinikk, brukerklinikkene og sykehusledelsen, som beskrevet over under budsjettarbeidet.

*”Det er noen år siden vi begynte med de avtalene, det var et pålegg fra daværende administrerende direktør om at vi skulle ha samarbeidsavtaler mellom avdelinger og enheter det er samarbeidsrelasjoner mellom. Det er i hovedsak Kirurgisk serviceklinikk som har skrevet avtalen, for de har jo samarbeid med flere avdelinger, så de har en lest der. Også har vi gjort noen tilpasninger over tid.” – Sitat klinikkdirektør ved Ortopedisk klinikk*



I samarbeidsavtalen mellom Ortopedisk klinikk og Kirurgisk serviceklinikk for 2012 heter det under hensikt (punkt 2) at

*«Avtalen skal regulere samhandlingen mellom Ortopedisk klinikk og Kirurgisk serviceklinikk (KSK), slik at tjenestene ytes faglig optimalt og så effektivt som mulig. Ønsket resultat er å*

*1) Kvalitetssikre samarbeidet mellom avdelingene for pasientens beste, slik at pasienten sikres forsvarlig og god helsehjelp.*

*2) Sikre effektiv drift for begge parter ved å gi god planleggingsinformasjon.» (Kilde: Samarbeidsavtale 2012 mellom Ortopedisk klinikk og Kirurgisk serviceklinikk)*

Videre står det at avtalen regulerer grunntilbudet, som er avtalt antall bemannede stuer/stuetid per uke uten bufferkapasitet. Dette vil si at man ved stort fravær i aktuelle funksjoner vil måtte stenge operasjonsstuer.

Som beskrevet over gjennomføres det også måter der man planlegger aktiviteten. Kirurgisk serviceklinikks bidrag i denne delen av prosessen er altså hvilken aktivitet de vil ha mulighet til å tilby de ulike klinikkene, med andre ord hvilke begrensinger det ligger fra deres side.

## 5.2.2 Kobling mellom plan og handling

### *Midlertidige intern prisingsavtaler*

Som beskrevet i forrige avsnitt er det en forskjell på hvordan Kirurgisk serviceklinikk, og på den måten Ortopedisk seksjon, og Ortopedisk klinikk er finansiert. Denne utfordringen løses til en viss grad ved at man inngår avtaler om ekstra aktivitet der Ortopedisk klinikk kompenserer Kirurgisk serviceklinikk økonomisk.

*”Det [DRG inntektene på de ulike pasientene] har ikke noen innvirkning for oss, men det er klart det er kjennskap til [DRG inntektene] og vi leser klinikkbarometer og har forståelse for det, men det har ikke noen praktisk betydning for oss i hverdagen. Men det er klart at det er viktig at vi også på denne måten har forståelse for hvilke inntekter får vi til Helse-Bergen og det vil jo ha noe betydning hvis man skal ta noen ekstra pasienter. Det er av og til vi har noen tilleggsavtaler, for eksempel at vi skal få gjennom en viss gruppe pasienter som et prosjekt.” – Sitat assisterende klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

I tillegg til avtaler om ekstra kapasitet for kortere perioder har man kommet frem en ordning der man holder operasjonsstuen åpne utover kvelden en dag i uken om nødvendig, og da dette er utover budsjettert kapasitet betaler Ortopedisk klinikk overtidsutgiftene som påløper hos Kirurgisk serviceklinikk.

*”Vi innser jo at det er vi som har merinntektene når vi har aktivitet. Sånn at det er jo rimelig at vi dekker en del av de merkostnadene som Kirurgisk serviceklinikk har. Og vi har avtale på det, blant annet hver torsdag, så har vi en åpning, at hvis vi har mange pasienter så kjører vi ekstra øyeblikkelig hjelp inngrep, og da er det noen av våre overleger som tar en ekstra turn. Og da har vi en avtale at innen klokken 12 må vi gi beskjed til Kirurgisk serviceklinikk, og da dekker vi de merkostnadene de har. I og med at dette er kjent, at det på torsdager er en viss fare for overtid, så har de klart å organisere det. Så meg bekjent har de alltid klart å stille opp når vi sier at OK, i dag trenger vi det teamet. I praksis har det jo vært sånn at vi trenger det nesten hver torsdag. Så det er blitt en fast ordning.” – Sitat klinikkdirektør ved Ortopedisk klinikk*

Det finnes med andre ord ordninger som gjør at man får operert flere pasienter ved at Ortopedisk klinikk kompenserer Kirurgisk serviceklinikk gjennom kjøp av tjenester fra Ortopedisk seksjon. Det gjøres også avtaler om interne kjøp av tjenester ved introduksjon av en ny type aktivitet, men disse avtalene lages kun som midlertidige løsninger i påvente av en eventuell beslutning om en økt ramme i neste budsjettår.

*”Det vanlige er at når det kommer noe helt nytt som vi på ingen måte klarer å få inn under rammen, så sier vi at så mye ekstra vil dette koste, avhengig av hvor mye av egne ressurser vi klarer å legge i. Så da må de betale seg ut av det, for de får jo en inntekt det året. Men da pleier vi å gå sammen inn i budsjettprosessen og si at her er det en ny aktivitet, den har vi betalt sånn og sånn hittil i år, skal vi fortsette, skal vi ikke fortsette, hvordan skal finansieringen av denne løses? Og da pleier jo det å løses med at vi får en bevilgning, selv om den alltid er mindre enn det vi har beregnet at det skal koste. Men da har vi på en måte tatt det som vår oppgave.” – Sitat klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

## **Operasjonssystemet**

Et viktig hjelpemiddel i driften og samhandlingen mellom Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk klinikk er operasjonsprogrammet, ORBIT. Dette programmet fungerer som en kommunikasjonskanal mellom klinikkene. ORBIT har flere funksjoner, det brukes til å planlegge og å melde inn operasjoner, det inneholder operasjonskort og det brukes til å hente ut rapporter på aktivitet.

Når en operasjon rekvireres av en brukerklinikk gjøres dette i operasjonssystemet, ORBIT, i dette systemet registreres det hvem som skal delta, hva som skal gjøres og hvor og når operasjonen skal finne sted. I ORBIT finnes det operasjonskort som sendes inn sammen med operasjonsrekvisisjonen, dette operasjonskortet beskriver de ulike operasjonene.

---

*”I det store operasjonsprogrammet, ORBIT, finnes det noe som heter et operasjonskort. Der står det om en prosedyre, en type operasjon krever sånn og sånn oppdekning, skal bruke de og de forbruksmaterialene.(...)” – Sitat controller ved Kirurgisk serviceklinikk.*

Med operasjonssystemet og de tilhørende operasjonskortene burde dette kunne fungere som et godt grunnlag både for kostnadsfordeling mellom seksjonene som bruker utstyret og til å spore kostnadene til hver enkelt operasjon dersom man ønsket det. Det går dessverre ikke da informasjonen i operasjonskortene i for liten grad stemmer med det faktiske forbruket. Man har derfor valgt å bruke antall operasjoner som en kostnadsdriver og fordeler kostnadene til utstyr basert på antall operasjoner året i forveien.

*”Ja, det [fordelingsnøkkelen] er en historisk nøkkel, så vi klarer aldri å ta opp de endringene som skjer underveis. Det er alltid masse trøbbel med å sitte og nistirre på innkjøpene og prøve å finne ut av hva det er som har endret seg.” – Sitat klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

Dette medfører at man har dårlig kostnadskontroll på utstyr og at man har små incentiver til å begrense bruken av det, da hver seksjon bare betaler en brøkdel av kostnaden det er å forbruke en enhet mer.

### **Oppfølging av samarbeidet**

Ved utfordringer i den daglige driften løses dette ved dialog mellom de som er på vakt, i tillegg til at ORBIT er et viktig kommunikasjonsmiddel i form av at operasjonsplanen legges inn og oppdateres fortløpende der.

*”Våre vakthavende snakker jo med operasjonssykepleierne som er koordinator for øyeblikkelig hjelp operasjoner og for elektive før morgenmøte hver morgen, slik at de er enige om hvilke pasienter som skal opereres. Det skal også være bestemt dagen før, men på grunn av øyeblikkelig hjelp må du hele tiden holde på og prioritere, den kommunikasjonen er god. Og vi har jo et godt dataverktøy, ORBIT, et av de få dataverktøyene som fungerer i helsevesenet.” – Sitat klinikkoverlege ved Ortopedisk klinikk*

For å sørge for at det er god drift er kommunikasjonen mellom avdelingene viktig. I henhold til samarbeidsavtalen (punkt 10, Oppfølging av avtalen) skal det være samarbeidsmøter mellom seksjonsleder, seksjonsoverlege ved Kirurgisk serviceklinikk og ansvarlig (koordinerende) kirurg, altså klinikkoverlege ved Ortopedisk klinikk en gang per måned. I praksis har man disse møtene cirka hver fjortende dag og dialogen på ledernivå beskrives som god fra klinikkene.

*”Cirka hver fjortende dag, har jeg møte med overlegen på Ortopedisk klinikk. Så har jeg ikke så mange formelle møter med klinikkdirektøren på Ortopedisk klinikk, men vi snakkes innimellom på telefon likevel. Jeg føler at dialogen opp mot dem er veldig grei.” – Sitat seksjonsleder ved Ortopedisk seksjon*

I dialogen mellom det operasjonelle personellet, sykepleiere og kirurger, på de to klinikkene er det derimot noen utfordringer, dette kan i stor grad knyttes til manglende innsikt om hva de ulike partene oppfatter som utfordringer og mulige løsninger på dem

*”Vi har et veldig godt samarbeid med Ortopedisk klinikk, vi ønsker oss litt nærmere dialog med kirurgene og sykepleierne. Men det skal vi prøve å få til nå, å ha et møte en gang i halvåret eller året mellom kirurgene og sykepleierne her nede. Bare for å ha den dialogen på hva går bra, hva går ikke bra og hva kan gjøres bedre. Hva irriterer de seg over, hva irriterer vi oss over. Som vi kan gjøre noe med. Å få organisert et dialogmøte der. Det blir enda bedre.” – Sitat seksjonsleder ved Ortopedisk seksjon.*

Dialogen innad på Kirurgisk serviceklinikk oppfattes denne som meget god både av seksjonsleder og den administrative ledelsen ved klinikken.

### **5.2.3 Kobling mellom handling og oppfølging/evaluering**

#### *Måling og rapportering av samarbeidet*

Driften måles etter flere styringsparametere, i samarbeidsavtalen (punkt 3, Avtalens omfang) står det at måloppnåelse skal vurderes etter følgende styringsparametere:

- Antall pasienter
- Knivtid
- Totaltid
- Utnyttelse av tildelt stuetid
- Bruk av overtid som er knyttet til tid utover avtalt stuetid

*(Kilde: Samarbeidsavtale 2012 mellom Ortopedisk klinikk og Kirurgisk serviceklinikk)*

Måltallene måles med et unntak i operasjonsprogrammet, ORBIT.

*”Utenom det siste punktet om overtid så har vi et operasjonsplanleggingssystem, ORBIT, der vi får ut alle dataene. Som du ser fra samarbeidsavtalen er det satt opp antall operasjonsstuer de er tildelt, sånn at der har vi den tildelte tiden. Og så kan vi måle ut fra ORBIT hva som er brukt til knivtid, totaltid, antall operasjoner, elektive, øyeblikkelig hjelp.” – Sitat assisterende direktør ved Kirurgisk serviceklinikk*

Det er enighet mellom klinikkene om måltallene som ligger i avtalen, noe som illustreres av uttalelsene til de ulike aktørene ved Ortopedisk klinikk og Kirurgisk serviceklinikk om verdien av måltallene.

*”Ja, absolutt [måltallene har en verdi for oss]. Du kan si at det som er viktig for oss er kapasiteten vi får i operasjonsstuene, så der er stuetid det måltallet som er viktig. Knivtid er viktig, med tanke på at det er den tiden vi opererer, alt som går vekk er ikke så interessant for oss, det handler om å ta ned byttetid og all tid som går utenfor. Så de to begrepene er helt avgjørende for oss. Så er det klart at i den grad vår aktivitet pålegger Kirurgisk serviceklinikk ekstra aktivitet, så er det viktig å ha de tallene på hvor mye dette koster i overtid og ekstra kostnader for Kirurgisk serviceklinikk. Så vi har fellesinteresse av å ha de måltallene, og jeg synes de er dekkende. Når det gjelder stueutnyttelse, så er det viktig, det som henger på totaltid, så er det komplisert og det er vi ikke alltid helt enige om hva som skal beregnes. Hva som er årsaken til at vi ikke får den fullt utnyttet.” – Sitat klinikkdirektør ved Ortopedisk klinikk*

*”Jeg vet ikke hvilke andre målkrav vi skulle ha, som er lett å dra ut av de dataene vi har. Det har noe med det å gjøre og. Vi forsøkte oss i perioder med personell innsats per DRG, personellinnsats per operasjon. Vi har forsøkt oss på en rekke andre sammenstillinger, men de varierer så voldsomt fra seksjon til seksjon at det er vanskelig å bruke de til så veldig mye.” – Sitat klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

Ser man på hva som ligger i de ulike tallene, splittes antall pasienter i elektive og øyeblikkelig hjelp operasjoner. Knivtid er den tiden kirurgen bruker på pasienten, altså fra man åpner opp operasjonsstedet til man har sydd igjen.

Totaltid er den totale tiden det er aktivitet på en stue, dette inkluderer forberedelser og opprydding i tillegg selve operasjonen. Utnyttelse av tildelt stuetid er gitt ved totaltiden i prosent av tildelt tid, mens overtid knyttet til tid utover tildelt stuetid måler overforbruket til Ortopedisk klinikk utover den tiden de er tildelt.

*”Det [utnyttelse av tildelt stuetid] beregnes ut fra den totaltiden som er tilgjengelig og da målt opp mot hvor mye av totaltiden er det aktivitet på operasjonsstuene. Også er det klart at det er mange typer aktivitet, blant annet byttetiden mellom to pasienter. Hvordan håndterer vi den? Vi ligger jo på en utnyttelsesgrad på 80-90 % i lange perioder er det 90 % utnyttelse av totaltiden, men det betyr jo ikke at knivtiden utgjør 90 %, det er veldig mye annet som går vekk.” – Sitat klinikkdirektør ved Ortopedisk klinikk*

Det er satt et mål om at utnyttelse av tildelt stuetid skal ligge på 85 %, operasjonsstuene er åpne i 8 timer på dagtid

*”Vi måler det de [Ortopedisk klinikk] har på elektiv stuekapasitet, altså det som er på dagtid. Og da kan vi si at hvis det begynner halv åtte til halv fire, for eksempel, så har du tiden mellom det, det er det som man har disponibelt. Også ser man på hva som er brukt og da får man ut en prosent. Den bør jo aldri ligge på 100 % for du må jo ha noe rom, men rundt 85 %.” – Sitat assisterende klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

Skal man gå mer i detalj på produktivitet må man se på hvordan tiden brukes på operasjonsstuene, her er knivtid det eneste måltallet de har i dag, siden byttetiden beregnes som en del av totaltiden.

*”Ja, [byttetiden ligger i totaltiden,] klargjøring av stuene og alt rundt det. Når det er aktivitet på stuen. Det vi kanskje burde hatt er når starter vi på stuen om morgenen, altså knivtid start og hvor lang tid går det mellom hver pasient. De to tingene tror jeg det ville vært fornuftig å ha i tillegg, så det er kanskje noe vi skal få med.” – Sitat klinikkdirektør ved Ortopedisk klinikk*

Med utgangspunkt i måltallene i samarbeidsavtalen utarbeides det månedlige rapporter, disse ligger som en del av det hva hver enkelt seksjonsleder sender inn til klinikkledelsen, men det følges også opp gjennom samarbeidsmøtene som beskrevet under koblingen mellom plan og handling. Disse rapportene publiseres så internt så alle ansatte ved sykehuset kan se de.

*”Det ligger i avtalen at det skal være månedlige møter også legges jo disse dataene ut som en web rapport hver måned så alle kan lese de. Det er vi ganske åpen på, hva vi klarer å yte. Og ellers blir det litt ad hoc møter innimellom, hvis det er sykdom eller fravær for eksempel. Vi måler jo sykefraværet vårt.” –Sitat assisterende klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

Disse rapportene på aktivitet og utnyttelse av kapasitet er også tema på oppfølgingsmøtene hver fjortende dag mellom Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk klinikk, som beskrevet over. I tillegg til dette er det møter mellom klinikkdirektørene der man i større grad bruker disse måltallene og evaluerer samarbeidet. Rapportene er også, som nevnt i avsnittet om koblingen mellom mål og plan, et viktig grunnlag i evalueringen man gjør når det bestemmes hvilken kapasitet de ulike klinikkene skal få til neste år. Sykehusledelsen bruker også disse rapportene gjennom året til å omprioritere kapasiteten til Kirurgisk serviceklinikk mellom de ulike brukerklinikkene om nødvendig.

## *Rapportering internt på Kirurgisk serviceklinikk*

Internt på Kirurgisk serviceklinikk følges alle seksjonene opp mot sine respektive budsjett. Underveis i budsjettåret er det månedlige plenumsmøter for alle seksjonsledere ved Kirurgisk serviceklinikk med klinikkdirektør og controller ved klinikken, til disse møtene må alle seksjonsledere forberede sin månedlige rapport hvor de blant annet rapporterer på økonomi og aktivitet.

*“Vi har oppfølging på to nivå, månedlige fellesmøter for alle seksjonslederne, hvor vi går igjennom ”highlights”, bemanning, sykefravær, vikarkostnader og resultatet generelt, på et litt overordnet nivå. Både på klinikken som helhet og ned på de ulike seksjonene. Før pleide vi å gå spesielt inn på de tre verste, men det har ikke noe for seg å ta i plenum. Men de som har underskudd på mer enn 100.000 blir kalt inn på møte med klinikkdirektør og meg. Der går vi gjennom resultatet og hele kontoplanen. Vi går spesielt inn på variable kostnader, hvor mye de bruker på overtid, hvor mye de bruker på vikarer og begrunnelsene for det. Også ser vi på sykefravær og på ressursituasjonen fremover. (...) Vi bruker veldig mye grafer for å se utviklingen fremover, så vi kan anslå hvor dyrt det blir utover. De vet at de går med underskudd, men vi opplever at en tett dialog er den eneste og beste måten til å få de mer bevisst på at vi følger med. Men det er veldig gode dialogmøter.” –Sitat controller ved Kirurgisk serviceklinikk*

Dersom en avdeling har et underskudd på bunnlinjen på mer enn 100.000 kroner blir lederen altså kalt inn til et oppfølgingsmøte for å forklare underskuddet og bli enige om hvilke tiltak som må gjøres for å rette opp i dette resultatet. Om man blir kalt inn til oppfølgingsmøte avhenger kun av bunnlinjen

*“I den rapporten de må sende inn hver måned må de forklare seg hvis det er steder de går 50.000 i pluss eller minus, så da får vi den begrunnelsen vi trenger der. Målet vårt er ikke å gå etter dem, hvis de totalt sett går i null lar vi de være i fred i forhold til hvordan de disponerer midler. Men de rapporterer jo på det så de må jo forklare seg hver måned uansett. Vi vil ikke kalle de inn hvis de går i pluss, men har en stor rød pot.” – Sitat controller ved Kirurgisk serviceklinikk*

Det er altså klinikkledelsens intensjon å gi seksjonslederne en viss frihet til å omdisponere midlene i budsjettet så lenge bunnlinjen ikke er negativ. Denne friheten er dog noe begrenset og avhenger av den totale ressursituasjonen på klinikken.

*“Ja, og av og til når vi går med underskudd så kan vi ikke det [omdisponere på postene]. Og siden vi er en klinikk som, det gikk ti år med underskudd, så var det to år med overskudd og så har det ligget og vaket de siste par årene og da er det sånn at vi må gå med overskudd et sted og da må vi inn og stramme opp.” – Sitat klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk*

## Rapportering til sykehusledelsen

Også Kirurgisk serviceklinikk som klinikk leverer en månedlig rapport oppover i systemet til sykehusledelsen. I oppfølgingen mot sykehusledelsen rapporteres det på økonomi, aktivitet og sykefravær. I rapporten vises aktiviteten for de ulike seksjonene ved Kirurgisk serviceklinikk målt i antall operasjoner, knivtid og totaltid. Det finansielle resultatet og sykefravær rapporteres for klinikken samlet. Koblingen mellom økonomi og aktivitet er spesielt viktig her, dersom klinikken leverer over avtalt aktivitet tillattes til en viss grad et underskudd.

*”Aktiviteten blir tatt med i betraktningen, det er og sånn at når Kirurgisk serviceklinikk må gjøre særlige tiltak for å tilfredsstille etterspørselen fra klinikkene, så vil vi ta med i betraktningen om det skal være noen kontrollerte avvik. Det blir gjort en skjønnsvurdering på det i tilbakemeldingen. Hvis jeg ser et negativt økonomisk avvik, så vil jeg også se på gjennomstrømningen av pasienter fra klinikkene i forhold til de aktivitetsmålene vi opprinnelig har satt oss. Men hvis du betrakter oss som styrt i en silo, for det er det du gjør når du legger ansvaret nedover i hierarkiet, og pasient går på tvers av alle siloene, så interaksjonen er veldig nødvendig. Selv er vi opptatt av respekten for de økonomiske rammene, og holdningen og evnen til planmessig samarbeid. Så vi liker det dårlig hvis det er sånn at en rammefinansiert avdeling eventuelt skal blokkere for gjennomstrømningen for å oppnå et eller annet spesifikt økonomisk mål som kan være underordnet. Det kan være underordnet i gitte situasjoner, men da må vi ha avklaring.” – Sitat økonomidirektør*

Denne oppfatningen deles også av ledelsen ved Kirurgisk serviceklinikk

*”Ja, underskudd aksepteres [hvis aktiviteten er høy]. Og når vi går med underskudd så melder vi inn og roper et varsko og sier at nå har vi to valg, vi kan gå med underskudd eller så kan vi stenge ned. Men vi går jo aldri med underskudd uten å prøve å gjøre noe med det. Vi kan jo stenge ned stuer, men det går jo utover inntektene til alle andre klinikker så det er vanligvis ikke noe godt valg ” – Sitat klinikkdirektør ved Kirurgisk serviceklinikk.*

*”Det spørs hva det skyldes. På nivå to så er det flere som har fått lov til å gå med underskudd i flere år og har fått lov til å overleve uendelig lenge. Ved vår avdeling, vi gikk med underskudd i ti år og før jeg kom var vi ti toppledere på 15 år, så der røk man jo ut hele veien, sånn at det er litt forskjellig. Det handler nok om at det å gå med underskudd og være i opposisjon, den kombinasjonen tåles ikke. Og det samme gjelder nok litt hos oss også. Sånn som intensiv og kirurgisk seksjon som har hatt en aktivitetsøkning som har vært fullstendig uventet samtidig med at de ikke har hatt folk, og da kan vi på en måte ikke forfølge seksjonsleder. Men det er jo klart at andre seksjonsledere har vi oppdaget at har gjort avtaler og kjøpt og solgt arbeidstid utenom systemet og gitt alt for høy lønn i forhold til det de har lov til, og da er det ut.” – Sitat klinikkdirektør Kirurgisk serviceklinikk*



De relevante funnene som ble gjort i innhenting av data til denne utredningen er blitt presentert i dette kapitlet, disse funnene vil i neste kapittel bli analysert med utgangspunkt i teorien som ble presentert i kapittel 3.

## 6. Analyse

I dette kapittelet vil funnene som er presentert i empirikapittelet bli analysert med utgangspunkt i den teoretiske referanserammen som er presentert i kapittel tre. I første del av analysen vil dagens styringssystem bli analyseres med utgangspunkt i styringssirkelen som er presentert i kapittel tre. Deretter vil budsjetteringsmetoden bli analysert. I den tredje, og siste, delen av kapittelet vil finansieringen og organiseringen av Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon bli analysert.

### 6.1 Styringssystemet

I kapittel tre ble den ideelle styringssirkelen presentert, men som diskutert videre i teorien ser man ikke alltid den ideelle styringssirkelen i praksis. I det følgende vil det diskuteres i hvilken grad styringssystemet ved Kirurgisk serviceklinikk følger den ideelle styringssirkelen, med andre ord om det er sammenheng mellom de ulike fasene i styringssirkelen.

#### 6.1.1 Kobling mellom mål og plan

Ved sykehus legges planen for hva som skal gjøres før endelig budsjetttramme er klar, ved Haukeland begynner man planleggingen av neste års budsjett allerede i andre halvdel av september. På dette tidspunktet har man ikke den endelige budsjetttrammen og man legger derfor planer for hvordan man skal nå målsetningene sine før man vet om man har råd til det. Kirurgisk serviceklinikk er derfor prisgitt at økonomiavdelingen ved Haukeland treffer med sine anslag for budsjetttrammen. Dersom budsjettet man har utarbeidet viser seg å basere seg på for høyt anslag vil man ikke finne ut av dette før noe ut i budsjettåret, dette er med på å svekke koblingen mellom mål og plan ved Kirurgisk serviceklinikk. Problemet forsterkes ytterligere av at sykehusledelsen gjennomfører et såkalt osthøvelkutt på klinikknivå, det innebærer at de kutter en lik prosentdel i budsjettet til alle klinikkene. For å motvirke at et sånt kutt fører til en ytterligere svekkelse i koblingen mellom mål og plan velger de ved Kirurgisk serviceklinikk å gjøre konkrete innsparingstiltak på de ulike seksjonene, fremfor å gjennomføre et nytt osthøvelkutt på seksjonsnivå. I denne prosessen forsøker de også å involvere seksjonslederne i størst mulig grad for å sikre at kuttene som gjennomføres er de beste alternativene på den enkelte seksjon. Dette bidrar også til at tiltakene blir bedre

---

forankret hos den enkelte seksjonslederen. De senere årene har forøvrig dette ikke vært et stort problem, da økonomiavdelingen har truffet godt med sine anslag og kuttene dermed har vært små sett i forhold til den totale rammen. En viktig forutsetning for at det skal være kobling mellom mål og plan er også hvordan budsjettet oppfattes av de personene som har som jobb å følge det, hvordan dette fungerer på Kirurgisk serviceklinikk vil bli diskutert nærmere i under analysen av budsjetteringsmetoden.

Når man skal se mer på koblingen mellom mål og plan, er det faktum at Kirurgisk serviceklinikk er en støtteavdeling helt essensielt for den videre diskusjonen. Det må med andre ord være sammenheng mellom målene og planene til Kirurgisk serviceklinikk og de somatiske klinikkens mål og planer. For å få til dette i legges de detaljerte planene for aktivitet etter at klinikkene har fått tildelt sine respektive rammer. Man ser altså detaljert på hvilke mål man kan nå innenfor det gitte budsjettet. På denne måten kan man sikre størst mulig grad av sammenheng mellom mål og plan, så sant man treffer med anslaget på rammen som diskutert over. Et annet element som er med å sikre sammenheng mellom mål og plan er at man bruker rapportene på utnyttelse fra tidligere perioder når man bestemmer hvilken kapasitet de ulike klinikkene skal ha hos Kirurgisk serviceklinikk. Man ser med andre ord på i hvilken grad det var konsistens mellom plan og handling i forrige periode når man bestemmer kapasitetsfordelingen mellom klinikkene.

Samtidig er det en klar utfordring i koblingen mellom mål og plan når man ser på finansieringsmåten til klinikkene, Ortopedisk klinikk, og de andre brukerklinikkene, har incentiver til å operere flere pasienter da dette vil gi økte inntekter, mens Kirurgisk serviceklinikk ikke får økte inntekter av å behandle flere pasienter. Dette fører til at Kirurgisk serviceklinikk blir en flaskehals for resten av sykehuset. Dette vil bli diskutert nærmere i neste avsnitt og i analysen av finansieringen av Kirurgisk serviceklinikk i siste del av kapittelet.

### **6.1.2 Kobling mellom plan og handling**

Det at man har ulik finansieringsmodell på Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon på den ene siden og Ortopedisk klinikk på den andre er, som nevnt over, et potensielt problem i form av at Kirurgisk serviceklinikk kan bli en flaskehals for de andre klinikkene. I praksis har man tre valg når Ortopedisk klinikk ønsker økt aktivitet, man kan si nei, man kan

ta betalt for det, eller man kan gå med underskudd. De to siste alternativene praktiseres som vist i empirikapittelet til en viss grad.

I utgangspunktet er holdningen ved Kirurgisk serviceklinikk at man ikke skal si nei, det at man ikke kan stenge ned operasjonsstuer fører til at man må bli kreative når det kommer til innsparinger. Underskudd knyttet til høyere aktivitet kan i utgangspunktet godtas, mens underskudd ved planlagt drift i utgangspunktet ikke godtas.

De midlertidige internprisingsavtalene man tidvis benytter seg av innebærer at Ortopedisk klinikk dekker Kirurgisk serviceklinikk sine utgifter knyttet til den ekstra aktiviteten. De gjeldende internprisingsavtalene knytter seg til en bestemt dag i uken, i tillegg til at man inngår avtaler med varighet ut budsjettåret ved ny type aktivitet, for eksempel nye behandlingsmetoder. Ved bruk av disse internprisingsavtalene kan Ortopedisk klinikk på den måten ikke gjennomføre operasjoner som ikke dekker de totale kostnadene til sykehuset. I disse tilfellene vil planen tilpasses handlingen, men dette kan sees på samme måte som høyere salg enn budsjettet i en privat profittmaksimerende virksomhet, og fører derfor ikke til et brudd i koblingen mellom plan og handling. Ved å benytte seg av internpriser unngår man også å vekte målene i bestiller dokumentet ulikt. En annen fordel med denne løsningen er at betalingen for økt kapasitet, i henhold til teorien bak internpriser, skal gi Kirurgisk serviceklinikk incentiver til å legge til rette for flere operasjoner, noe det det til en viss grad gjør.

Det lages dog ikke internprisingsavtaler hver gang aktiviteten blir høyere enn planlagt, og ved høyere aktivitet enn budsjettet er det som sagt ledelsens holdning at underskudd kan godtas. Dette kan sees på som at det enten praktiseres myke budsjettbetingelser, eller at det tillates fordi Ortopedisk klinikk i denne situasjonen genererer mer inntekter til sykehuset. Utfordringen her ligger i at man ikke alltid har en god nok oversikt over kostnadene på Kirurgisk serviceklinikk. Man kan derfor ikke vite med sikkerhet om den enkelte operasjonen fører til en budsjettoverskridelse for sykehuset totalt sett eller ikke. Da man i flere tilfeller ikke har denne oversikten velger derfor sykehuset i å vekte målene om ventetid og garantiforpliktelser i bestiller dokumentet tyngre enn målet om å holde budsjettet. Da man ikke kjenner den totale økonomiske konsekvensen for sykehuset, risikerer man derfor at det praktiseres myke budsjettbetingelser og man får et brudd i koblingen mellom plan og handling i form at planen indirekte tilpasses handling fremfor at handling tilpasses planen. Dette vil bli analysert videre i delen om finansieringen av Kirurgisk serviceklinikk.

---

For å sørge for at man holder seg til planen som er lagt for året følges det altså opp med møter. Siden Ortopedisk seksjon er til for å levere tjenester til Ortopedisk klinikk og disse tjenestene derfor er kostnadsdriver for så å si alle kostnader ved Ortopedisk seksjon, er man avhengig av både å følge opp at samarbeidet fungerer best mulig og at man holder budsjettet. Dette innebærer for Ortopedisk seksjon altså at man har møter horisontalt i organisasjon, med Ortopedisk klinikk, og vertikalt i organisasjonen, med ledelsen på Kirurgisk serviceklinikk. I samarbeidsmøtene med Ortopedisk klinikk følges det nøye opp at man får utnyttet kapasiteten best mulig for på den måten å beholde koblingen mellom plan og handling, at dette fungerer ser man også av rapportene på samarbeidet der Ortopedisk seksjon og Ortopedisk klinikk når målet som er satt for det viktigste av styringsparameterne, utnyttelse av tildelt stuetid.

Også de månedlige møtene mellom seksjonsleder, controller og klinikkdirektør er et viktig virkemiddel for å sørge for at det er kobling mellom plan og handling. At man må forklare underskudd og komme med tiltak for hvordan man skal rette det opp kombinert med at det er umulig å redusere kapasiteten på operasjonsstuen i forhold til planen, kan sees som et virkemiddel for å beholde en sterk kobling mellom plan og handling. Utfordringen her ligger, som diskutert over, i om man skal prioritere kvalitet og ventelistemål over budsjettmål i en situasjon hvor man ikke lenger har mulighet til å holde budsjettet. I tilfellet ved normal drift og budsjettoverskridelser virker det å være en klar prioritering av kvalitetsmålene fremfor budsjettet, noe som altså svekker koblingen og lar handlingene styre planen og ikke omvendt. Dette problemet forsterkes av at man på flere områder har vanskeligheter med å spore kostnadene og på den måten ha god kostnadskontroll.

Videre er det en utfordring i koblingen her at det er dårlig dialog mellom det operasjonelle personellet på Ortopedisk seksjon og Ortopedisk klinikk, dette fører til at man gjennomfører den daglige driften på en måte som bidrar til å gjøre det vanskeligere å overholde budsjettet.

### **6.1.3 Evaluering**

Som de andre leddene i styringssirkelen er også evalueringsfasen koblet sammen med to andre perioder, først må man ha rapporter som er relevante og på den måten viser hva som faktisk har skjedd i perioden, i tillegg må disse rapportene kunne gi grunnlag for å ta bedre beslutninger i fremtiden. I evalueringen av Ortopedisk seksjon og Kirurgisk serviceklinikk er det viktig igjen viktig å se både på samarbeidet, på budsjettet og ikke minst sammenhengen

mellom disse. Det utarbeides følgelig rapporter som både rapporterer om samarbeidet og økonomien. Dette er koblet sammen for å sørge for at man evalueres på rett grunnlag.

Måloppnåelsen i samarbeidsavtalen måles, som presentert i kapittel fem, etter følgende styringsparametere:

- *Antall pasienter*
- *Knivtid*
- *Totaltid*
- *Utnyttelse av tildelt stuetid*
- *Bruk av overtid som er knyttet til tid utover avtalt stuetid*

Styringsparameterne måles altså alle i operasjonsprogrammet, Orbit. Her skilles det også mellom elektive pasienter og øyeblikkelig-hjelp pasienter. Det er vanskelig å styre forholdet mellom disse to, da man har en gitt kapasitet og ikke kan kontrollere antallet øyeblikkelig-hjelp pasienter. Det totale antallet pasienter er derfor et bedre mål på jobben Ortopedisk seksjon gjør, antall elektive og øyeblikkelig-hjelp har likevel en verdi å måle, da dette kan gi viktig input i fremtidige diskusjoner om kapasitet, spesielt knyttet opp mot ventelister.

Totaltid er altså den totale tiden operasjonsstuene er i bruk, dette kan knyttes tett opp mot utnyttelse av stuetid, målet her er en utnyttelse på 85 % av den tiden som er teoretisk mulig. Med teoretisk mulig menes åpningstidene for operasjonsstuen hver dag. Fratrukket på 15 % sporer seg i noe grad til tid hvor de ansatte ved Kirurgisk serviceklinikk er i møter eller på andre måter indisponible i løpet av dagen, men størsteparten kan spores til at man ikke starter å operere med en gang operasjonsstuene åpner og avslutter før de stenger. Derfor vil et mål på når man starter og slutter om dagen kunne gi mer informasjon om hvorfor utnyttelse av stuetid ligger på et gitt nivå. Gjennom å måle dette vil man sette fokus på at dette er vesentlig for å bedre utnyttelsen av operasjonsstuene. Totaltid og utnyttelse av stuetid kombinert med antall pasienter er derfor viktige mål på den totale produktiviteten, dog på et noe aggregert nivå.

Skal man gå mer i detalj på produktiviteten må man se på selve gjennomføringen av operasjonene, her er knivtid det eneste måltallet de har i dag. Knivtid er den tiden som brukes på selve operasjonen, altså fra man åpner opp pasienten til pasienten er sydd igjen. Dette er et mål som utelukkende måler kirurgens effektivitet, og vil således variere avhengig av kirurgens erfaring og hvor komplisert operasjonen er. Selv innenfor samme type operasjoner vil det være variasjoner her. Dette tallet brukes i dag ikke til å måle faktisk

---

knivtid for en gitt operasjon opp mot en gitt standard eller et mål. Dette må man selvfølgelig med tanke på pasientsikkerhet også være meget forsiktig med å gjøre. Dette måltallet må derfor knyttes opp mot totaltid, og målet er selvsagt å ha lengst mulig total knivtid i forhold til totaltid for på den måten å utnytte operasjonsstuen maksimalt til å operere. Et forholdstall mellom knivtid og totaltid vil her ha meget lav verdi da lengden på operasjonene varierer og en lengre operasjon selvsagt vil ha et høyere forholdstall enn en kortere operasjon. Knivtid er derfor et bra mål på hvor mye man faktisk opererer. Men det dette måltallet ikke måler, omstillingstid, vil ha en større verdi i forhold til forbedringspotensial enn målet på knivtid i seg selv.

Skal man utnytte operasjonsstuen bedre er det omstillingstiden man må se på, altså tiden fra en pasient er ferdig operert til neste er klar til å opereres. Dette finnes det ikke et direkte mål på per i dag, selv om man kan finne det ved å trekke knivtiden fra totaltiden. Bakgrunnen for at det ikke finnes et mål på det kan trolig delvis spores til trivselen til operasjonssykepleierne som står for forberedelsene av operasjonsstuen. Viktigheten av omstillingstid for å få gjennomført flere operasjoner er likevel stor, og et måltall for omstillingstid vil derfor ha stor verdi når man skal evaluere foregående periode og sette nye mål. Man måler med andre ord ikke de stedene hvor man potensielt kan ha forbedringspotensial, dette er med på å svekke koblingen mellom evaluering og mål.

Det siste måltallet, bruk av overtid utover tildelt stuetid er et viktig måltall, det sier noe om hvor mye større kapasitet det eventuelt kan være bruk for. Det er også en viktig forklaringsvariabel i situasjoner der Ortopedisk seksjon går med underskudd. Dette måltallet bidrar derfor til å skape en kobling mellom evaluering og mål.

Disse måltallene går sammen med regnskapstallene inn i de månedlige rapportene som utarbeides av den ansvarlige lederen og sendes oppover i systemet. Dette innebærer at seksjonsleder ved Ortopedisk seksjon utarbeider sin rapport og leverer den til controller og klinikkdirektør. Klinikkdirektør er igjen ansvarlig for å utarbeide rapporten som sendes til administrerende direktør og økonomidirektør. Det at den ansvarlige lederen selv må utarbeide sin egen rapport er med på både å bevisstgjøre og ansvarliggjøre den aktuelle lederen. At alle avvik må forklares og at man både må komme med prognoser og tiltak for å dekke inn eventuelle underskudd underveis i året er med på å øke verdien av evalueringen, i form av at man må finne løsninger for igjen å tilpasse planen etter målene og handlingene etter planen. Utfordringen her ligger selvsagt i at det er tidvis svake eller manglende

koblinger mellom fasene i styringssirkelen og at man derfor går direkte til å tilpasse handlingene.

Når man ser på resultatet til Ortopedisk seksjon settes dette i sammenheng med aktivitetstallene fra samarbeidet. I tillegg ser man på bemanningssituasjonen og under det sykefravær og vikarkostnader. Bakgrunnen for det sterke fokuset på bemanningssituasjonen er at størsteparten av kostnadene ved Ortopedisk seksjon knytter seg til personalkostnader. De ser dog utelukkende resultatet i forhold til planlagt bemanningssituasjon med dagens rutiner. Det rapporteres for eksempel ikke kostnaden av at sykepleiere utfører enkle arbeidsoppgaver som kunne vært utført av andre ansatte med lavere utdanning og lønn. Det finnes med andre ord ikke noen analyse av bemanningssammensetningen. Ved for eksempel å innføre strategiske kostnadsanalyser vil man da kunne rapportere om disse institusjonelle kostnadene ved klinikken og på den måten få en riktigere evaluering. Strategiske kostnadsanalyser vil dog ikke bli analysert videre her, da det ligger utenfor utredningens omfang.

I følge teorien bak styringssirkelen skal man bruke rapportene til å evaluere det som har skjedd i perioden og bruke det som grunnlag når man reviderer målene. Siden målene til Kirurgisk serviceklinikk i stor grad styrt av sykehusledelsen som igjen er styrt av statens bestillingsdokument, kombinert med at det er en serviceklinikk, er det vanskelig å endre for mye på de overordnede målene for klinikken. Like fullt skal rapporteringen kunne gi beslutningsmuligheter for sykehusledelsen. På dette punktet lykkes rapporteringssystemet på den noen områder, mens det feiler på andre. Rapporteringen på utnyttelse av tildelt stuetid brukes som grunnlag når man skal omfordele stuetiden mellom de ulike klinikkene og sørger på den måten for at målene og planene for neste periode blir påvirket av rapporteringen fra foregående periode. Det er som derimot feiler er i selve regnskapsrapporteringen, her bruker man regnskapet så å si bare til å forklare avvik, på den måten blir det er brudd både i koblingen mellom handling og evaluering og mellom evaluering og mål.

En taktikk som ofte er brukt av agenten i prinsippal agent forhold er å gå med underskudd for på den måten få økte bevilgninger i neste periode, verken på Ortopedisk seksjon eller i ledelsen ved Kirurgisk serviceklinikk er dette dog et problem, da det er deres inntrykk at de ikke vil få større budsjetttramme i fremtiden ved underskudd. På den måten er det ingen incentiv til å overskride budsjettet sitt for å få en lettere situasjon i neste periode. Den eneste måten en seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk kan få økt budsjetttramme ved



---

underskudd er om en annen seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk har budsjettmidler å ta av. Det er dog sjelden en seksjon leverer overskudd, dette kan blant annet knyttes til at den eneste konsekvensen av et overskudd for en seksjonsleder er en mindre budsjetttramme neste år. Dette fungerer derfor som incentiv til ikke å drive så kostnadseffektivt som mulig om man er i en situasjon hvor man kan levere overskudd. På den måten blir det veldig liten forskyvning i budsjettene mellom avdelingene, spesielt når budsjetteringsmetoden langt på vei er inkrementell budsjettering. Incentivet som er tenkt fra sykehusledelsen, med mer penger til investeringer når man går med overskudd, ser ut til å ha en svak forbigående effekt i form av at utbyggingen som pågår for øyeblikket kommer Kirurgisk serviceklinikk til gode. Dette sees ikke på som et sterkt incentiv i dag, og det er følgelig naturlig å anta at det ikke vil bli sterkere når investeringsmidlene skal gå til andre deler av sykehuset i fremtiden. Man sitter da igjen med at det sterkeste incentivet til å levere et godt økonomisk resultat er at man får drive i fred så lenge man ikke går med underskudd. Man har altså en situasjon hvor incentivet til å gå i null er ganske sterkt, mens incentivet til å gå med overskudd er helt avhengig av en organisasjonskultur med solidaritet for andre avdelinger. Dette fører til at det blir et brudd i koblingen mellom evaluering og strategisk planlegging.

## 6.2 Budsjetteringsmetode

Budsjettet skal altså utarbeides på bakgrunn av planene som blir lagt i den strategiske planleggingsfasen. Kirurgisk serviceklinikk får et sett med instruksjoner på hva de skal gjøre det neste året, dette vil i stor grad si hva de skal stille tilgjengelig av ressurser til avdelingene de leverer tjenester til, og de får en budsjetttramme de må klare dette innenfor. Videre får hver seksjonsleder ved Kirurgisk Serviceklinikk sitt sett med instruksjoner på hva de skal gjøre og et forslag til budsjett. Den offisielle budsjettprosessen starter i begynnelsen av september, da har man dog allerede hatt budsjettet i tankene siden sommeren.

Aktivitetstallene og kostnadene som går inn i budsjettet baserer seg i stor grad på tidligere års aktivitet og ressursforbruk supplert med nye aktiviteter besluttet av sykehusledelsen. Dette budsjettet danner grunnlaget for en diskusjon mellom avdelingsleder og controller ved Kirurgisk serviceklinikk og seksjonslederne der man omfordeler ressurser mellom seksjonene basert på behov.

Skal man knytte dette til budsjetteringsteori kan man si at metoden som benyttes er en miks av nedbrytingsmetoden og inkrementell budsjettering. Ser man på fordelene med

nedbrytingsmetoden er den største fordelen med denne metoden lettere for organisasjonen å nå målene sine, siden Kirurgisk serviceklinikk er en støtteavdeling som ikke selv bestemmer aktiviteten sin virker det derfor hensiktsmessig å velge en variant som innebærer elementer av nedbrytingsmetoden. En potensiell ulempe med nedbrytingsmetoden er at mangelen på påvirkningskraft fører til at ledere på lavere nivåer ikke kommer med viktige innspill i budsjettprosessen. På tross av dette har seksjonslederne et klart eierskap til budsjettet sitt og ønsker å levere det de har lovet innenfor de rammene de har lovet.

Dette kan til en viss grad knytte seg til at nedbrytingsmetoden har vist seg å fungere godt når et selskap opplever krise, fordi alle da ønsker å dra i den retningen toppledelsen bestemmer. Nå er det ingen krisesituasjon ved Kirurgisk serviceklinikk, men situasjonen er at de har stramme rammer og det kan derfor oppleves som en krisesituasjon. Siden situasjonen minner om krise, vil altså ledere på lavere nivåer tenke at det er ledelsen som vet best hva som skal prioriteres. Men dette kan også i stor knyttes til kulturen ved Kirurgisk serviceklinikk, at alle ønsker å dra i samme retning uavhengig av om det oppfattes som krise.

I kombinasjon med nedbrytingsmetoden bruker man altså inkrementell budsjettering, men istedenfor å basere seg på fjorårets budsjett forsøker ledelsen i større grad å basere seg på fjorårets regnskapstall. Gjennom å basere seg på historiske data fremfor å bygge opp budsjettet helt på nytt er det mulig å gjennomføre budsjettprosessen fortere, samtidig som man allerede ved starten av budsjettprosessen i stor grad vet hvordan det endelige budsjettet vil se ut. Dermed slipper at seksjonsledere får tildelt et helt ukjent budsjett. Dette kan være en medvirkende årsak til at seksjonslederne føler eierskap til budsjettet.

Den største ulempen ved å bruke inkrementell budsjettering som metode knytter seg til problemet med at man beholder tidligere feilprioriteringer fordi de ikke blir lagt merke til, virkemiddelet til Kirurgisk serviceklinikk er her i større grad å benytte seg av regnskapstall enn tidligere budsjett, man budsjetterer med andre ord basert på historiske data istedenfor historiske antakelser. Dette virkemiddelet vil dog bare delvis fjerne problemet, da man hele tiden strever etter å holde budsjettet sitt og prioriterer ressursbruken ut fra dette. Regnskapstallene fra tidligere år vil derfor i stor grad reflektere tidligere budsjetter. Derfor klarer man ikke helt å unngå denne fallgraven i budsjettplanleggingen ved Kirurgisk serviceklinikk, spørsmålet er dog hvor mye dette har å si for budsjettplanleggingen i denne avdelingen da det er en støtteavdeling. Kirurgisk serviceklinikk har bare begrensede muligheter til å styre aktivitetsnivået, og enda viktigere, de kan ikke styre aktivitetsmiksen.

---

Faren for store feildisponeringer er derfor ikke en vesentlig risiko ved Kirurgisk serviceklinikk. Dette skal etter planen understøttes av at det er et fokus på bunnlinsen til seksjonene og ikke enkelt poster i regnskapet, som diskutert tidligere virker dog ikke dette å fungere helt som planlagt da man har meget stramme budsjett. Man klarer derfor ikke helt å fjerne alle ulempene med inkrementell budsjettering, noe som bidrar til et brudd i styringssirkelen i form av manglende kobling mellom mål og plan.

## 6.3 Finansiering

I denne delen av analysen vil finansieringen og organiseringen av Ortopedisk seksjon og Kirurgisk serviceklinikk bli diskutert. Først vil dagens finansieringsmåte bli analysert ut fra hva slags ansvarssted de er organisert som, hva fungerer bra og hva fungerer mindre bra med dagens rammefinansiering og hvorfor. Deretter vil det bli diskutert fordeler og ulemper ved alternative finansieringsmetoder gjennom å organisere seg som andre typer ansvarssteder.

### 6.3.1 Dagens finansieringsmåte

#### *Servicesenter*

I teorien i kapittel 3.4 ble det presentert ulike typer ansvarssteder. Et servicesenter ble i kapittel 3 definert som *En avdeling som produserer tjenester som leveres internt i organisasjonen uten at mottaker av tjenestene betaler for det* av Hoff (2010). Det vil si at avdelinger som er definert som serviceavdelinger er finansiert gjennom en gitt budsjetttramme. Denne beskrivelsen passer med hvordan Kirurgisk serviceklinikk er organisert i dag, og man kan følgelig definere Kirurgisk serviceklinikk som et servicesenter i henhold til teorien.

Finansieringen av Kirurgisk serviceklinikk er altså rammefinansiering. Det vil si at inntekten til avdelingen er helt frikoblet fra aktiviteten. I prinsippal agent teorien som ble presentert i kapittel tre ble det vist at prinsippalen og agenten kan ha ulike mål og interesser, kombinerer man dette med et budsjett der inntekten er helt frikoblet fra aktivitet risikerer man derfor at agenten handler ut fra egne interesser fremfor prinsippalens interesser. For å unngå at agenten handler ut fra egeninteresse trenger man derfor et styringssystem for å sørge for at prinsippalens mål og interesser blir ivaretatt. I kapittel 3 ble det presentert 10 måter prinsippalen kan utøve sin styring på, fra Opstad (2003), flere av disse brukes både fra sykehusledelsen i sin prinsippal rolle ovenfor Kirurgisk serviceklinikk og av ledelsen i

Kirurgisk serviceklinikk i sin prinsipal rolle ovenfor Ortopedisk seksjon, i det følgende vil det bli diskutert om og hvordan disse metodene benyttes for å utøve kontroll over Kirurgisk serviceklinikk

1. *Spesifisering av målene*

Det første steget som tas for å styre både Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon er en spesifisering av målene fra ledelsen sin side. Dette innebærer at det kommer et sett med instruksjoner om hva som skal leveres innenfor den rammen de blir tildelt. Denne metoden brukes altså som den overordnede metoden for å utøve styring over Kirurgisk serviceklinikk, og igjen Ortopedisk seksjon.

2. *Grad av delegering av beslutninger*

Også dette virkemiddelet brukes for å utøve kontroll over Kirurgisk serviceklinikk, sykehusledelsen har siste ord i fordelingen og bruken av kapasiteten ved Kirurgisk serviceklinikk. Selv om Kirurgisk serviceklinikk har en viss frihet og spiller en viktig rolle i tildeling av kapasitet til de ulike klinikkene vil beslutningen ligge hos sykehusledelsen som på den måten utøver en klar kontroll over klinikkens handlingsrom.

3. *Omfang av pålagte oppgaver*

Det kan også argumenteres at omfanget av oppgavene sykehusledelsen pålegger Kirurgisk serviceklinikk er såpass omfattende at det er vanskelig for klinikkledelsen å fravike oppgavene og bruke ressursene på en annen måte.

4. *Instruks for hvordan oppgavene skal gjennomføres*

Siden det er snakk om et sykehus vil det alltid være en del regler for hvordan man løser oppgavene sine. Likevel står Kirurgisk serviceklinikk ganske fritt, innenfor de rammene som gjelder for hele helsesektoren, til å løse oppgavene som de selv ønsker.

5. *Grad av rapportering og tilbakemelding*

Kirurgisk serviceklinikk må levere månedlige rapporter til sykehusledelsen på økonomi og aktivitet. På denne måten overvåkes klinikken kontinuerlig av sykehusledelsen. Det kan dog diskuteres om måltallene som rapporteres fanger opp det som er vesentlig for sykehusledelsen å vite. Kirurgisk serviceklinikk rapporterer aktivitet både som absolutte tall (antall pasienter, knivtid, totaltid og bruk av overtid utover tildelt stuetid) og forholdstall (utnyttelse av tildelt stuetid). Som diskutert tidligere er disse måltallene noe mangelfulle da de i for liten grad sier noe om hvor effektivt man utnytter ressursene, som for eksempel at man bruker sykepleiere til å

---

utføre oppgaver billigere personell kan gjøre. Rapporteringen fra Kirurgisk serviceklinikk viser derfor ikke hele sannheten.

6. *Etablering av en felles kultur*

På dette punktet har man kommet en lang vei i prinsippal agent forholdet mellom sykehusledelsen og Kirurgisk serviceklinikk. Det er en gjennomgangstone ved klinikken at det er viktig for dem å løfte hodet og ta beslutninger til det beste for sykehuset sett under ett. Sykehusledelsen har med andre ord klart å skape en følelse ved klinikken om at de jobber etter samme mål.

7. *Belønnings og sanksjonsordninger*

Som nevnt tidligere i analysen av styringssirkelen oppleves incentivene til å gå med overskudd som svake. Ingen føler at det er noen belønning utover at de slipper sanksjoner, som i så fall i stor grad vil bestå av tettere oppfølging og kontroll.

8. *Innføring av kontraktstyring*

Dette virkemiddelet vil i sin rene form, altså å vurdere å hente inn et annet selskap til å gjøre jobben, i praksis være så å si umulig å benytte seg av ved en serviceklinikk som leverer medisinske tjenester på et offentlig sykehus. Virkemiddelet benyttes følgelig ikke på denne måten for å utøve kontroll over Kirurgisk serviceklinikk eller Ortopedisk seksjon. Det er dog lagt inn en mulighet på tvers av organisasjonen her, i form av at Kirurgisk serviceklinikk eller Ortopedisk klinikk kan si opp avtalen, men heller ikke dette er en trussel som praktiseres i virkeligheten.

9. *Omorganisering av virksomheten*

Heller ikke dette virkemiddelet, eller trusselen om det, har vært benyttet for å utøve kontroll over Kirurgisk serviceklinikk.

10. *Utskiftning*

Dette virkemiddelet har vært benyttet ved flere klinikker på Haukeland, kombinasjonen av å være i opposisjon og ikke levere resultater, fører til at man ikke får fortsette i stillingen sin. På den måten viser sykehusledelsen hva de ikke tolererer fra klinikkledelsen og dette fungerer derfor som et sterkt incentiv for agenten til å følge prinsippalens ønske.

Sykehusledelsen bruker med andre ord flere av metodene Opstad nevner for å utøve kontroll over Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon. Disse styringsmetodene fungerer også bra og for det aller meste handler Kirurgisk serviceklinikk i tråd med sykehusledelsens

ønsker. Basert på dette kan man si at å velge rammefinansiering er et godt valg som vil medføre at man har kontroll på kostnadene ved avdelingen.

Trekker man derimot inn brukerklinikkene og deres eventuelle ønsker om høyere aktivitet blir bildet noe med komplisert. Valget av rammebudsjettering som finansieringsmåte for Kirurgisk serviceklinikk kan, som diskutert tidligere, være problematisk siden resten av sykehuset har innslag av innsatsstyrtefinansiering. Brukeklinikkene har mulighet til å øke inntektene sine gjennom å operere flere pasienter, disse operasjonene vil altså ikke øke inntektene til Kirurgisk serviceklinikk, men påføre de ytterligere kostnader. Man har altså to alternativer, si nei til operasjonene, tillatte underskudd eller praktisere myke budsjettbetingelser. Skal man her gjøre en økonomisk vurdering av om man skal operere en ekstra pasient må man derfor vite om inntekten sykehuset får vil være nok til å dekke kostnadene ved denne operasjonen både på Ortopedisk klinikk og Ortopedisk seksjon. Med andre ord må man, med dagens system, vite om overskuddet på Ortopedisk klinikk blir stort nok til å dekke underskuddet på Ortopedisk seksjon/Kirurgisk serviceklinikk. Samtidig må man også vite at den aktuelle ekstraintekten ikke brukes opp på Ortopedisk klinikk, men faktisk blir til et overskudd ved klinikken ved årets slutt. For å kunne vite dette med sikkerhet må man derfor både ha en kontroll som fører til at ekstraintekten til Ortopedisk klinikk ikke brukes opp internt på klinikken og en beregning av kostnaden knyttet til denne pasienten for Ortopedisk seksjon.

Som vist i empirien og diskutert i analysen av koblingen mellom plan og handling i styringssirkelen, har man midlertidige internprisingsavtaler som knytter seg til eventuelt kveldsarbeid en dag i uken i tillegg til avtaler som inngås ved ny type aktivitet. På denne måten sikrer man altså at kostnadene til de aktuelle klinikkene, og på denne måten sykehuset totalt sett, blir dekket. og man er ikke avhengig av en ekstra kontroll av hva som skjer med overskuddet ved Ortopedisk klinikk. Disse avtalene sørger altså, når de brukes, for at det er kobling mellom plan og handling og sørger for at handlingen tilpasses planen og ikke omvendt.

Dette viser at Kirurgisk serviceklinikk i praksis ikke følger definisjonen som et rent servicesenter. Når man derfor likevel må lage en kostnadskalkyle for dette ved Ortopedisk seksjon kan man derfor stille spørsmål ved om man ikke istedenfor burde velge en finansieringsmetode som kompenserte Ortopedisk seksjon direkte, for på denne måten å sikre at sykehuset totalt sett ikke taper penger på en ekstra operasjon. Med dette som

---

bakgrunn kan derfor være verdt å se på alternative måter å definere Kirurgisk serviceklinikk som ansvarssted på.

### 6.3.2 Alternative finansieringsmåter

I teorien i kapittel 3.4 ble det også vist tre andre typer ansvarssenter, i tillegg til servicesenter. Basert på kjennetegnene ved Kirurgisk serviceklinikk vil det nå presenteres fordeler og ulemper med de ulike typene ansvarssenter Kirurgisk serviceklinikk kan være. Først av alt kan man utelukke at Kirurgisk serviceklinikk er et inntektssenter, disse finner man svært sjeldent i offentlig sektor og et inntektssenter vil også være en avdeling som får den ferdige varen levert og har som ansvar å selge den. En beskrivelse som altså på ingen måte passer med Kirurgisk serviceklinikk eller underseksjonen Ortopedisk seksjon. Man står da altså igjen med enten et kostnadssenter eller et overskuddssenter.

Ser man på hva som er den største styringsutfordringen knyttet til finansiering i dag, finner man at det er at det til en viss grad praktiseres myke budsjettbetingelser. Man kan derfor se på om det burde være et innslag av aktivitetsstyrt finansiering og på den måten endre Ortopedisk seksjon fra et servicesenter til et kostnadssenter eller overskuddssenter. Siden det er et ønske fra sykehusledelsen at samtlige avdelinger skal bidra til et overskudd vil det dog ikke være aktuelt å organisere Ortopedisk seksjon som et kostnadssenter siden dette per definisjon er et ansvarssted som ikke skal levere overskudd. Og om man så skulle åpne for det, er det et krav at et kostnadssenter skal kunne ha muligheten til selv å legge den kortsiktige produksjonsplanen. Dette er noe Ortopedisk seksjon har svært begrenset, om noen, mulighet til å gjøre. Man står følgelig igjen med valget mellom et servicesenter, som det er i dag, eller et overskuddssenter.

#### *Overskuddssenter*

For å se nærmere på om Ortopedisk seksjon kunne vært finansiert som et overskuddssenter brukes Anthony og Youngs fem kriterier for å vurdere om et ansvarssted skal være et overskuddssenter.

1. *Har lederen ved Ortopedisk seksjon mulighet til å påvirke inntektene og utgiftene i rimelig grad?*

Utover det avtalte grunntilbudet kan Ortopedisk seksjon bestemme om de ønsker å holde operasjonsstuene åpen lenger, gitt at de har personell til det. På den måten har Ortopedisk

seksjon en mulighet til å påvirke kvantumet til en viss grad. Videre har de også mulighet til å påvirke bruken av personell og rutiner, som igjen vil påvirke kostnadene.

*2. Oppfattes eventuell profitt ved Ortopedisk seksjon som et rettmessig inntrykk av den økonomiske situasjonen ved seksjonen?*

Ved en forhåndsavtalt internpris på tjenestene seksjonen leverer vil dette være mulig, et eventuelt overskudd vil reflektere at man har klart å levere til en lavere pris en forutsatt og med andre ord driver godt, og omvendt ved underskudd.

*3. Vil konkurransen internt få negative konsekvenser for organisasjonen som helhet?*

Siden hver somatiske klinikk har sin tilhørende seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk, vil det ikke bli en konkurranse om pasientene mellom de ulike seksjonene. Man løper derimot en risiko for at prisen på tjenestene til Ortopedisk klinikk blir satt feil. Settes prisene for høyt eller for lavt, vil man ikke utnytte kapasiteten fullt ut. Det er derfor viktig at man i så fall setter rett pris, dette vil bli diskutert videre under.

*4. Finnes det internpriser?*

Per i dag finnes det ingen faste internpriser, det er dog til stadighet midlertidige avtaler om kjøp av økt kapasitet mellom Ortopedisk klinikk og Ortopedisk seksjon. Dette viser at det er mulig å lage internpriser.

*5. Er fordelene ved å ha et overskuddssenter større enn de økte kostnadene ved å organisere det som et overskuddssenter?*

For å svare på dette spørsmålet kreves det en grundigere kvantitativ analyse som ikke er gjort i denne utredningen grunnet omfang og mangel på tilgang til tallmateriale. Ser man dog på det som har kommet frem i denne utredningen, praktiseres det tidvis intern kjøp. Det innebærer at det tidvis gjøres kalkyler for å fastslå hva en operasjon koster, dette peker derfor i retning av at kostnaden ikke vil bli større.

Det ligger med andre ord til rette for at man kan organisere Ortopedisk seksjon som et overskuddssenter, på denne måten vil man unngå problemet ved at det i dag praktiseres myke budsjettbetingelser ved seksjonen.



---

## **Internprisingsmetode**

Spørsmålet blir da hvilken metode man skal bruke for å fastsette internprisene. I kapittel 3.4 ble det presentert fire ulike metoder for internprising, markedsbaserte priser, kostnadsbaserte priser, forhandlingsbaserte priser eller toprissystem. Man kan umiddelbart utelukke bruken av markedsbaserte priser, da det ikke finnes noe eksternt marked for de tjenestene som tilbys.

En mulighet vil være å bruke kostnadsbaserte priser, med selvkost som utgangspunkt. Ved å kalkulere en pris på forhånd vil man da ha incentiver til hele tiden å jobbe for å holde kostnadene lavere enn den fastsatte prisen, samtidig som man får dekket de indirekte kostnadene også. Et potensielt problem med å lage selvkostbaserte priser kan være at strukturen ved Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon kan gjøre det vanskelig å finne korrekt pris, dette er også et av argumentene mot internpriser som brukes på sykehuset i dag. Vanskeligheten med å finne den rette prisen kan også bli et incentiv for Ortopedisk seksjon til å skru opp prisen for å sikre et større overskudd, eventuelt ikke trenge å følge opp kostnadsstyringen i tilstrekkelig grad. Dette er i så fall noe sykehuset samlet sett vil tape på.

En løsning på at det er vanskelig å finne riktige kostnadsbaserte internpris er selvfølgelig å bruke forhandlingsbaserte priser, siden det ikke finnes noe marked og kan være noe vanskelig å finne korrekt kostnads basert pris peker dette seg ut som et godt alternativ. Man kan da forhandle seg frem til en pris både Ortopedisk klinikk og Ortopedisk seksjon er fornøyd med samtidig som det gir sykehusledelsen mulighet til å påvirke prisen noe og på den måten bruke prisen til å sette mål for kostnadene til Ortopedisk seksjon.

Et siste alternativ er å bruke et toprissystem, dette kan igjen gjøres på to måter. Den første metoden, med ulik kjøpspris og salgspris, er en metode som i brukes i situasjoner der man ikke kjøper de interne tjenestene og på den måten må subsidiere tjenestene. Dette vil ikke være et problem ved Ortopedisk seksjon, da de har monopol på tjenester Ortopedisk klinikk er avhengig av. Samtidig vil man med denne metoden også til en viss grad praktisere myke budsjettbetingelser. Det siste alternativet er da at man har en pris for å ha kapasiteten tilgjengelig og en pris for selve bruken.

Dette alternativet er ikke veldig ulikt måten Haukeland sykehus sentralt og Ortopedisk klinikk selv er finansiert på, med en grunnramme og noe innsatsstyrt finansiering. Denne metoden brukes også tidvis i dag, hvor Ortopedisk seksjon har en ramme samtidig som det

inngås midlertidige internprisingsavtaler ved behov for økt kapasitet. Prisene i disse avtalene er basert på en kalkyle for de direkte kostnadene, ved å ha rene internpriser basert på direkte kostnader vil dette i lange løp, som vist i teorien, føre til at man taper penger. Ved å benytte seg av et toprissystem vil man derimot kunne dekke inn de faste kostnadene gjennom grunnrammen. Prisen som må betales vil derfor være de direkte kostnadene av en operasjon av en gitt type.

Å gjøre dette til en permanent løsning, som forankres oppover i organisasjonen, vil ikke kreve store ressurser, da man allerede har mye av prisingsgrunnlaget som trengs. Ved å innføre dette permanent vil man altså få bukt med det største styringsproblemet, som er at det praktiseres myke budsjettbetingelser.

## 7. Oppsummering og konklusjon

I kapittel 1 ble oppgaven og problemstillingen presentert, i kapittel 2 ble metoden som er brukt i denne utredningen gjort rede for. Kapittel 3 presenterte den teoretiske referanserammen som er brukt i utredningen, i kapittel 4 ble det gitt en kort innføring i endringene helsesektoren gikk gjennom i forbindelse med innføringen av ny helsereform i 2002, det viktigste for denne utredningen i kapittel 4 var innføringen av innsatsstyrfinansiering av sykehusene. I kapittel 5 ble det først gitt en kort introduksjon til studieobjektene i utredningen, før funnene som ble gjort i utredningen ble presentert. Kapittel 6 var en analyse av funnene som ble presentert i kapittel 5 med utgangspunkt i teorien som ble presentert i kapittel 3. I dette kapittelet blir det gitt et sammendrag av de viktigste funnene som ble analysert i kapittel 6 som en konklusjon på problemstillingen.

Ved Haukeland sykehus og på den måten også Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon, legger man budsjettplanen før man har fått den endelige budsjettrammen. Dette medfører et osthøvelkutt på klinikk- og seksjonsnivå, som er med på å svekke koblingen mellom mål og plan. Det kompenseres delvis for problemet ved å gjennomføre konkrete innsparingstiltak på den enkelte seksjonen, men metoden fører like fullt et brudd mellom mål og plan de gangene man bommer med anslaget på rammen man får fra Helse-Vest.

At de konkrete planene for aktivitet legges etter at man har fått tildelt sin foreløpige ramme, gjør at man kan prioritere de høyest vektete målene i bestillingsdokumentet. Samtidig som man baserer seg på tall for kapasitetsutnyttelse i tidligere perioder er dette med på å skape en kobling mellom mål og plan, gitt at man treffer med rammen.

Budsjettmetoden som benyttes kan sies å være en hybrid mellom nedbrytingsmetoden og inkrementell budsjettering. At man bruker nedbrytingsmetoden fører til at hele virksomheten blir ivaretatt i budsjettet, men det vil i mange tilfeller føre til at eierskapet til budsjettet blir svakt. Det at man opplever de stramme budsjettene som en krisesituasjon, minsker dog dette problemet da man er mer tilbøyelig til å lytte til ledelsens instruksjoner i kriser. At man benytter seg av inkrementell budsjettering og derfor baserer budsjettet på fjorårets budsjett og regnskap, fører dog til at man ikke fanger opp eventuelle feildisponeringer fra tidligere perioder. Dette fører derfor til et brudd mellom mål og plan i styringssirkelen.

I koblingen mellom plan og handling kan de ulike finansieringsmodellene til Kirurgisk serviceklinikk, representert ved Ortopedisk seksjon, og Ortopedisk klinikk føre til brudd i koblingen mellom mål og plan. I analysen ble det vist at man med de offisielle retningslinjene ved sykehuset enten kan si nei til flere operasjoner enn planlagt eller gå med underskudd. I mange tilfeller velger man da det siste alternativet og praktiserer på den måten myke budsjettbetingelser. Når man velger dette alternativet fører det til et brudd i koblingen mellom plan og handling. Velger man å si nei til å gjennomføre flere operasjoner risikerer man på den andre siden å sitte med ubrukt kapasitet andre steder og at man ikke når de andre målene i bestillingsdokumentet.

Dette problemet blir tidvis løst gjennom at man inngår midlertidige avtaler om interne kjøp der Ortopedisk klinikk betaler for ekstra kapasitet, når denne løsningen benyttes medfører det at man beholder koblingen mellom plan og handling. Disse avtalene gjelder dog ikke hver dag, og man bør derfor vurdere om man ikke skal omorganisere Kirurgisk serviceklinikk og Ortopedisk seksjon fra et servicesenter til et overskuddssenter. I så fall kan det være hensiktsmessig med et topssystem ikke ulikt det resten av sykehuset har. Den innsatsstyrte delen bør i så fall reguleres etter kostnadsbaserte priser, alternativt forhandlingsbaserte om man ikke klarer å lage tilstrekkelig gode kostnadskalkyler.

For å passe på at man holder seg til planen gjennomføres det møter hver andre uke, mellom de som er ansvarlige for driften. Dette er med på å styrke koblingen mellom plan og handling. Det er dog en noe manglende dialog mellom det operasjonelle personellet på Ortopedisk seksjon og Ortopedisk klinikk. Dette fører til at man gjennomfører driften på en sub optimal måte i forhold til planen.

Når man beveger seg inn i evalueringsfasen, finner man at måltallene for samarbeidet i all hovedsak er gode og nyttige. Spesielt er utnyttelse av tildelt stuetid et viktig måltall, hvordan man scorer på dette tallet er også et av de viktigste kriteriene i en eventuell tildeling av økt kapasitet i neste budsjettperiode. Videre er det viktig å trekke frem at det mangler måltall for de områdene hvor man har størst forbedringspotensial i samarbeidet, dette går på byttetid mellom operasjoner og når man starter og slutter å operere om dagen.

Den økonomiske rapporteringen sees i sammenheng med aktivitetstallene fra samarbeidet, da det er en viktig forklaringsvariabel. Det at den enkelte leder selv må utarbeide rapporten og komme med tiltak for å rette opp eventuelle negative avvik er med på å ansvarliggjøre

den enkelte lederen. På den måten vil man starte den korrekte prosessen med at man setter nye mål, legger nye planer som igjen fører til handling. De svake og til dels manglende koblingene mellom de ulike fasene i styringssirkelen, som er identifisert tidligere, fører dog til at man tilpasser handlingen uten å gå gjennom de nødvendige stegene. Dette kan sees på som at man enten hopper over to faser eller går i feil retning i styringssirkelen.

Kort oppsummert vil dette si at det er avdekket brudd mellom samtlige faser i styringssirkelen, men det er også avdekket at det er koblinger mellom fasene. Det klareste bruddet kommer som en følge av de ulike finansieringsmetodene. Dette er et brudd som det er fullt mulig å rette opp i, og det gjøres også tidvis gjennom midlertidige internkjøp. Ved å få på plass en slik ordning permanent vil man i større grad unngå at Ortopedisk seksjon blir en flaskehals, samtidig som man unngår at det praktiseres myke budsjettbetingelser.

## Litteraturliste

### **Bøker og andre skriftlige publikasjoner:**

- Anthony, Robert N. og David W. Young. 2003. *Management Control in Nonprofit Organizations*. 7. utg. Boston, Mass.: McGraw-Hill/Irwin
- Bergstrand, Jan. 2009. *Accounting for Management Control*. 1. utg. Lund: Studentlitteratur
- Hoff, Kjell Gunnar. 2010. *Driftsregnskap og budsjettering*. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Johannessen, Asbjørn, m.fl. 2010. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt
- Kvale, Steinar og Sven Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Løkkebø, Marit og Birgitte Vik. 2006. *Internprising som styringsverktøy i sjukehussektoren*. Siviløkonomutredning. Bergen: Norges Handelshøyskole.
- Opstad, Leiv og John Erik Berg. 1992. *Helseøkonomi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Opstad, Leiv. 2003. *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nyland, Kari og Inger Johanne Pettersen. 2010. *Økonomistyring i staten – likhet eller mangfold?*. Magma. nr 4. årgang 13.
- Pettersen, Inger Johanne m.fl. 2008. *Økonomi og helse*. 2. utg. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Saunders, Mark N.K. m.fl. 2007. *Research Methods for Business Students*. 4. utg. Harlow: FT Prentice Hall
- Yin, Robert K. 2003. *Case Study Research: Design and Method*. 3. utg. Thousand Oaks, Calif.: Sage

---

**Internettressurser:**

www.haukeland.no, 1 "*Historie*".

<http://haukeland.no/omoss/jubileum/historie/Sider/side.aspx>, hentet 18.06.12

www.haukeland.no, 2. "*Organisasjonskart*".

<http://haukeland.no/omoss/organisering/Documents/Organisasjonskart%20norsk.pdf>,  
hentet 20.02.12.

www.haukeland.no, 3. "*Om oss*". <http://haukeland.no/omoss/avdelinger/ksk/Sider/om-oss.aspx>, hentet 18.06.12

www.lovdatab.no, 1. "*LOV-1999-07-02 nr. 61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*". <http://lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>, hentet 07.05.12.

www.lovdatab.no, 2. "*LOV 2001-06-15 nr 93: Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*". <http://www.lovdatab.no/all/hl-20010615-093.html>, hentet 07.05.12

www.regjeringen.no, 1. NOU 1996:5. "*Hvem skal eie sykehusene?*"

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1996/NOU-1996-5.html?id=140503>, hentet 18.11.12.

www.regjeringen.no, 2 "*Innsatsstyrt finansiering*"

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/innsatsstyrt-finansiering.html?id=227811>, hentet 18.11.12.